



Рецензируемый научно-практический журнал
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Издатель:

НП «Издательский Дом
Медицина и Просвещение»

Адрес:

г.Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
Тел./факс: (3842) 73-52-43
E-mail: m-i-d@mail.ru
www.medpressa.kuzdrav.ru

Шеф-редактор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Макетирование:

И.А. Коваленко

Директор:

С.Г. Петров

Издание зарегистрировано в
Сибирском окружном межрегиональном
территориальном управлении
Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых
коммуникаций.
Свидетельство о регистрации
№ ПИ 12-1626 от 29.01.2003 г.

Отпечатано:

ООО «АНТОМ», г. Кемерово,
ул. Сибирская, 35

Тираж: 500 экз.

Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Ивойлов В.М.,
Колбаско А.В., Разумов А.С. – ответственный секретарь,
Подолужный В.М. – зам. главного редактора, Чурля-
ев Ю.А., Шипачев К.В.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кеме-
рово), Брюханов В.М. (Барнаул), Бураго Ю.И. (Кеме-
рово), Галеев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемер-
ово), Громов К.Г. (Кемерово), Гукина Л.В. (Кемерово),
Ефремов А.В. (Новосибирск), Захаренков В.В. (Ново-
кузнецк), Золоев Г.К. (Новокузнецк), Копылова И.Ф.
(Кемерово), Криковцов А.С. (Кемерово) Новиков А.И.
(Омск), Новицкий В.В. (Томск), Селедцов А.М. (Кеме-
рово), Сытин Л.В. (Новокузнецк), Тё Е.А. (Кемерово),
Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Царик Г.Н.
(Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк), Шмидт И.Р.
(Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово).

ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АДМИНИСТРАЦИИ ГОРОДА НОВОКУЗНЕЦКА
МЛПУ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №29 – МЕДСАНЧАСТЬ ОАО «ЗСМК»
ГОУ ДПО «НОВОКУЗНЕЦКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ РОСЗДРАВА»
ФИЛИАЛ ГУ НИИ ОБЩЕЙ РЕАНИМАТОЛОГИИ РАМН

Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 3-2008: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ. СОВРЕМЕННАЯ ПОМОЩЬ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ. Материалы научно-практической конференции, посвященной 50-летию юбилею ГКБ № 29 г. Новокузнецка. 25 апреля 2008 г. — Кемерово: ИД «Медицина и Просвещение», 2008. — 204 с.



Спецвыпуск содержит материалы научно-практической конференции, посвященной 50-летию юбилею Городской клинической больницы № 29 г. Новокузнецка.

Главный редактор:

профессор А.Г. Короткевич

Редакционный совет:

Профессор А.А. Луцик
Профессор Э.М. Перкин
Профессор И.К. Раткин
Профессор Ю.А. Чурляев
Д.м.н. Н.В. Никифорова

© НП Издательский Дом «Медицина и Просвещение», 2008 г.

Воспроизведение полностью или частями на русском и других языках разрешается по согласованию с редакцией

Полнотекстовая электронная версия издания доступна в Интернет по адресу WWW.MEDPRESSA.KUZDRAV.RU

БЕЛОКОНЬ Н.И., КОРНЕВ Е.Г.
Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк

АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ЦИРКУЛЯРНОЙ РЕЗЕКЦИИ ТРАХЕИ

Благоприятный исход оперативного лечения рубцовых стенозов трахеи во многом зависит от анестезии и вентиляции легких, которая обеспечивает адекватный газообмен во время операции.

За 2 года (2006-2007 гг.) в отделении торакальной хирургии прооперированы 12 больных, нуждавшихся в пластических операциях на трахее вследствие развития стеноза различной этиологии. У всех больных имелась определенная степень дыхательной недостаточности, что требовало проведения мероприятий по нормализации внешнего дыхания (ригидная бронхоскопия с бужированием, продленная интубация трахеи, трахеостомия). Перед операцией всем пациентам проведена трахеобронхоскопия и томография области стеноза для установления точной локализации, уровня и распространения поражения, а также для выбора оптимального варианта ИВЛ.

ИВЛ могла быть проведена двумя путями. Первый — трахею интубируют трубкой, которая проходит через зону стеноза, раздувают манжету и начинают вентиляцию легких. Проведение трубки должно быть без сильного сопротивления, чтобы не вызвать кровотечение в просвет дыхательных путей из рубцово-измененных тканей трахеи. Резекцию трахеи и наложение анастомоза выполняют на оротрахеальной трубке. Второй способ применяют в тех случаях, когда не удается провести трубку за стеноз, ее конец находится над ним, и в этом положении начинают ИВЛ. Затем мобилизуют трахею и пересекают ее ниже стеноза, начинают шунт-дыхание, оротрахеальную трубку удаляют. Во время шунт-дыхания строго следят за герметичностью дыхательных путей, чтобы избежать попадания крови в каудальный конец трахеи.

После резекции стенозированного участка накладывают швы на мембранозную и боковые стенки трахеи. Шунт-дыхание прекращают, вновь вводят оротрахеальную трубку, конец которой под контролем зрения продвигают за трахеальный анастомоз в каудальном направлении и накладывают швы на переднюю стенку трахеи.

Шунт-дыхание мы использовали у 2-х пациентов. В премедикацию включался только атропин и транквилизаторы без анальгетиков, чтобы предупредить возможное усугубление дыхательной недостаточности. После проведенного по общепринятым методикам вводного наркоза (в подавляющем большинстве случаев использовали барбитураты), осуществляется интубация трахеи с последующей ИВЛ. Введение зонда в желудок обязательно. Наркоз поддерживается закипно-кислородной смесью в соотношении 2 : 1 с дробным введением наркотических анальгетиков с транквилизаторами.

Пробуждение, раннее восстановление адекватного самостоятельного дыхания и экстубация (лучше в конце операции или в раннем операционном периоде) проводятся с целью возможно более раннего восстановления эффективного кашлевого рефлекса у больного, который в дальнейшем будет вынужден долгое время оставаться в положении с наклоненной головой. Поэтому после операций на трахее перевод на спонтанное дыхание, в большинстве случаев, происходил непосредственно в операционной. Продолжение вспомогательной вентиляции потребовалось всего в 3-х случаях.

Во всех наших наблюдениях вентиляция легких была достаточной, нарушений газообмена, приведших к гипоксии, отмечено не было.

БЕЛОКОНЬ Н.И., КОРНЕВ Е.Г.
Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ИНТРА- И ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ МИАСТЕНИЕЙ

Миастения — сложное нейроэндокринное заболевание, основным проявлением которого является слабость и особенно быстрая, патологическая мышечная утомляемость после физической нагрузки. Наряду с этим, при

миастении нарушается функция многих органов и систем. Лечение пациентов с этой патологией — одна из сложных проблем современной медицины, решение которой невозможно без совместных усилий специалистов различного профиля: не-

вропатологов, иммунологов, хирургов, анестезиологов-реаниматологов.

Цель исследования — анализ особенностей обезболивания, ведения интра- и периоперационного периода у больных, оперированных по поводу миастении.

Материал и методы. В период с 2006 по 2007 гг. в ГКБ № 29 г. Новокузнецка оперированы 10 больных миастенией в возрасте от 16 до 60 лет. Результаты оперативного лечения лучше, если операцию производят в первые 2-2,5 года от начала заболевания. Отсюда вытекает особая важность ранней диагностики миастении. В наших наблюдениях от момента появления первых клинических симптомов миастении до операции прошло менее 1 года у 6-ти больных (60 %), у 3-х (30 %) — 1-2 года, у 1-го (10 %) — от 2-х до 3-х лет.

Основная задача предоперационной подготовки больных с миастенией заключалась в обеспечении максимально возможной медикаментозной компенсации имеющихся миастенических симптомов. Достичь такого уровня компенсации возможно при оптимальном подборе дозы антихолинэстеразных препаратов (АХЭП) и назначением в ряде случаев преднизолона по пульс-схеме (утренний прием всей суточной дозы кортикостероида через день). Как правило, пациенты используют один АХЭ-препарат (чаще таблетированные формы прозерина или калимина).

Отличительной особенностью больных миастенией является широкая вариабельность индивидуальной дозы антихолинэстеразных препаратов. В нашей практике имеются наблюдения случаев приема больной 12 таблеток калимина в сутки без признаков передозировки. Такая неустойчивая и малоэффективная реакция на АХЭП характерна для больных миастенией, сочетающейся с тимомой.

За период исследования только одну больную оперировали на высоте смешанного (холинергического и миастенического) криза. В этом клиническом наблюдении относительная срочность операции была обусловлена неэффективностью проводимой медикаментозной терапии и прогрессирующим ухудшением состояния больной. В настоящее время в различных клиниках при тимэктомии используют различные методы анестезиологического пособия. Мы же применяли «классическую» методику проведения анестезии, разработанную на кафедре анестезиологии-реаниматологии ЛенГИДУВа под руководством проф. В.Л. Ваневского — проведение анестезии в условиях «аутокураризации» (при полном отказе от при-

менения мышечных релаксантов на всех этапах операции).

После операции перед анестезиологом возникает еще одна крайне сложная проблема: как долго больной будет находиться на ИВЛ? Как правило, прогнозировать длительную ИВЛ в послеоперационном периоде можно еще до операции. Предикторами несостоятельности функции аппарата внешнего дыхания в послеоперационном периоде являются длительность клинической симптоматики миастении более года, агрессивность и форма течения процесса, а также степень медикаментозной компенсации больного.

Результаты. В наших наблюдениях с использованием классической методики анестезии послеоперационная ИВЛ не проводилась, все больные были переведены на самостоятельное дыхание и экстубированы на операционном столе или в ближайшем послеоперационном периоде. Применение АХЭП в раннем послеоперационном периоде продолжалось по дооперационной схеме с последующим постепенным снижением дозы. Антибактериальные препараты, угнетающие нервно-мышечную проводимость, не использовали. Плазмаферез был проведен 7 больным в послеоперационном периоде. Эфферентные методы лечения сочетались с приемом кортикостероидов, препаратов калия и калий-сберегающих диуретиков. Из осложнений послеоперационного периода следует отметить миастенический криз, развившийся на 3 сутки послеоперационного периода у одной больной и потребовавший проведение длительной ИВЛ.

Таким образом, полноценная реабилитация больных миастенией может быть успешной лишь в случае соблюдения следующих условий:

1. Ранняя диагностика и, по возможности, раннее оперативное лечение.
2. Подготовка к операции должна быть направлена на максимально возможную для данного пациента медикаментозную компенсацию заболевания;
3. Для обезболивания при оперативном лечении целесообразно применять легко управляемые анестетики, не вызывающие в послеоперационном периоде длительной депрессии дыхания.
4. Учитывая аутоиммунный характер заболевания, у пациентов с низкой чувствительностью к АХЭП необходимо шире использовать возможности эфферентных методов лечения в комбинации с кортикостероидами, как на этапе предоперационной подготовки, так и в послеоперационном периоде.

БУРМИСТРОВ Е.Г., ПАВЛЕНКО А.А., КОРСАКОВ Д.В.
Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк

ОБОСНОВАНИЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ, У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ В ОТДЕЛЕНИИ ОБЩЕЙ РЕАНИМАЦИИ ГКБ № 29

Рациональная антибактериальная терапия у больных в критическом состоянии определяется исходной патологией и той нозокоммиальной флорой, которая преобладает в каждом конкретном отделении реанимации.

Цель работы — провести микробиологический мониторинг у больных, находящихся на продленной искусственной вентиляции легких в отделении общей реанимации, для разработки рациональной схемы стартовой антибиотикотерапии и дальнейшей ее коррекции.

Материалы и методы. Обследованы 64 больных в возрасте от 20 до 70 лет, находящихся на лечении в отделении реанимации. Все больные, в зависимости от исходной патологии, были разбиты на пять групп:

- Энцефалиты, менингоэнцефалиты — 6 больных;
- ВИЧ-инфекция, сепсис — 5 больных;
- Инсульты, энцефалопатии — 16 больных;
- Тяжелая сочетанная травма — 14 больных;
- Перитониты, абдоминальный сепсис — 23 больных.

Все больные с момента поступления в отделение реанимации находились на искусственной вентиляции легких, всем проводился забор и посев мокроты при проведении фибротреахеобронхоскопии.

Результаты исследования. Анализ полученных данных показал, что у всех пациентов имела место микстфлора.

Так, у больных 1-й группы преобладающими микроорганизмами оказались грибы рода *Candida* 66,6 % с первичными высевами на 4-е сутки от момента поступления в РАО; *Ps. aeruginosa* 50 %, высев на 3-и сутки, чувствительные к цефалоспорином 3 поколения, фторхинолонам, карбопенемам; *Citrobacter diversus* 33 %, чувствительные к карбопенемам. Развитие пневмонии у этих пациентов происходило на 3-5 сутки

У пациентов 2-й группы преобладали грибы рода *Candida* - 60%, с первичными высевами на 3-и сутки; *Ps. aeruginosa* — 60 % с высевами на 3-и сутки; *Klebsiella pneumoniae* — 60 %, высев на 2-е сутки, чувствительная к фторхи-

нолонам, цефалоспорином 3 поколения. Пневмония у этих пациентов присоединялась на 4-6 сутки.

В 3-й группе преобладали *Ps. Aeruginosa* — 55,5 %, высев на 3-и сутки, чувствительная к карбопенемам; *Citrobacter freundii* — 44,4 %, высев на 7-е сутки, чувствительный к фторхинолонам. В этой группе пневмония выявлялась на 3-и сутки.

У пострадавших 4-й группы преобладающими микроорганизмами оказались грибы рода *Candida* — 57,1 %, высев на 3-и сутки; *Ps. aeruginosa* — 57,1 %, высев на 4-е сутки; *Str. pneumoniae* — 42,9 %, высев на 7-е сутки, чувствительный к цефалоспорином 3 поколения.

Легочные осложнения у этих пациентов выявлялись на 3-4 сутки.

У больных 5-й группы преобладали грибы рода *Candida* 45,45 %, высев на 4-е сутки; *Ps. Aeruginosa* — 50 %, высев на 4-е сутки, чувствительная к карбопенемам; *Enterobacter aerogenes* — 27,3 %, высев на 7-е сутки. Течение заболевания осложнялось присоединением пневмонии на 3-4 сутки.

Таким образом, у всех пациентов были выделены грибы рода *Candida*, *Ps. Aeruginosa*. Остальная флора (*Str. pneumoniae*, *Enterobacter aerogenes*, *Citrobacter freundii*, *E. coli*, *Moraxella catarrhalis*, *Klebsiella pneumoniae* и др.) встречалась в большей или меньшей степени.

Выводы:

1. У тяжелых больных, находящихся на продленной искусственной вентиляции легких в отделении общей реанимации ГКБ № 29, стартовая антибактериальная терапия должна начинаться с цефалоспоринов 3-4-го поколения или ингибиторзащищенных пенициллинов.
2. Усиление антибактериальной терапии препаратами, действующими на синегнойную палочку, учитывая данные микробиологического мониторинга, должно начинаться с 3-х суток лечения.
3. Со 2-3-х суток проведения антибактериальной терапии необходимо назначение антимикотических препаратов.

ОСНОВНЫЕ ВОЗБУДИТЕЛИ ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ И ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ

Организация отделений реанимации и внедрение в повседневную клиническую практику новых технологий заметно улучшили результаты интенсивной терапии при многих критических состояниях. Вместе с тем, широкое внедрение новых технологий, повышающих выживаемость в период шока и острой дыхательной недостаточности, изменило общую структуру осложнений и летальности. Уже не первое десятилетие внутрибольничные инфекции (ВБИ) представляют собой проблему огромной практической важности во всем мире. Ведь присоединение ВБИ к основному заболеванию нередко сводит на нет результаты лечения. Вентилятор-ассоциированная пневмония (ВАП) является одним из наиболее частых осложнений у реанимационных больных, существенно увеличивающим длительность госпитализации, стоимость лечения и сопровождающимся значительной летальностью. Поскольку антибактериальная терапия в подавляющем большинстве случаев назначается эмпирически, большое значение придается спектру микробной флоры и ее чувствительности к антибактериальным препаратам (АБП) в реанимационных отделениях конкретных лечебных учреждениях.

Цель исследования — определение основных возбудителей ВАП и их чувствительности к АБП.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ бактериологического исследования мокроты у 257 пациентов, находившихся на интенсивном лечении в ОРИТ № 1 МУЗ ГКБ № 1 г. Новокузнецка, госпитализированных в период 2004-2006 гг. Критерием для отбора больных служила длительность ИВЛ не менее 48 часов. У всех больных на 5, 6, 7 сутки ИВЛ и далее не реже 1 раза в неделю проводился забор мокроты методом эндотрахеальной аспирации или бронхоальвеолярного лаважа. Бактериологическое исследование осуществлялось посевом мокроты из стандартных разведений на специальных средах. Диагностическим уровнем считалась концентрация возбудителя 10^5 - 10^6 КОЕ/мл. Чувствительность к антибиотикам определялась методом диффузии в агар стандартных дисков.

Результаты. Наиболее часто (80 %) выделялась грамотрицательная флора, среди которой

доминировали: *Acinetobacter baumani* — 48 %, *Pseudomonas aeruginosa* — 46 %, *Klebsiella* — 20 %, *E. coli* — 20 %, *Enterococcus faecalis* — 18 %, *Enterobacter* — 18 %. При этом в 100 % случаев микрофлора присутствовала в различных ассоциациях. *Acinetobacter baumani* обладала резистентностью к большинству антибиотиков широкого спектра. Культуры *Acinetobacter baumani* в 100 % были устойчивы к цефалоспорином 1-2 поколения. Наибольшая активность отмечалась у меропенема (25 %). Наибольшая чувствительность у *Pseudomonas aeruginosa* определялась к цефтазидиму (57 %), к меропенему чувствительность составляла 30 %, к ципрофлоксацину — 28 %, чувствительность к амикацину составляла всего лишь 17 %. В отношении *Klebsiella* достаточно активным препаратом был меропенем (37 %), чувствительность к амикацину и цефалоспорином 1-2 поколения была низкой и не превышала 10 %. *E. coli* в 50 % чувствительна к меропенему, чувствительность к амикацину и цефалоспорином первых двух поколений составляла 7 % и 30 %, соответственно. *Enterobacter* отличался 50 % чувствительностью к меропенему и 100 % резистентностью к другим АБП. *Enterococcus faecalis* в 18 % случаев был чувствителен к ванкомицину, к остальным АБП был устойчив.

В 20 % случаев в посевах мокроты росла грамположительная флора, представленная в основном *Staphylococcus aureus*, у которого отмечалась чувствительность в 100 % к фузидину, 40 % к ванкомицину, 25 % к гентамицину, 20 % к ципрофлоксацину.

Заключение. Поскольку в этиологии пневмонии у вентилируемых пациентов доминирующую роль играет грамотрицательная флора, эмпирическую терапию ВАП нужно начинать с АБП, преимущественное действие которых направлено на грамотрицательную флору. Препаратом выбора на данный момент является меропенем. При подозрении на участие в этиологии грамположительной флоры терапия должна включать ванкомицин и/или рифампицин. В любом случае стартовая АБТ должна быть скорректирована по результатам посевов мокроты с определением чувствительности к антибиотикам. Необходимо проводить профилактику развития ВАП.



ДЕМИДОВА Н.Ю., КАМЕНЕВА Е.А., КОВАЛЬ С.С.,
ГРИГОРЬЕВ Е.В., АГАФОННИКОВА Л.П.
*Городская клиническая больница № 3 им. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

КОМБИНИРОВАННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ В ХИРУРГИИ ГЕПАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Цель исследования — определить эффективность проведения комбинированной анестезии и послеоперационной анальгезии в хирургии гепатодуоденальной зоны.

Материалы и методы. Обследованы 25 больных с оперативными вмешательствами в гепатодуоденальной зоне (резекция печени — 10 больных, панкреатодуоденальные резекции — 10 больных, корпокаудальные резекции — 5 больных). Больные были рандомизированы на две группы: группа 1 — стандарт анестезиологического пособия, включавшего ингаляционную анестезию севофлюраном, инфузию фентанила и кетамина, в послеоперационном периоде обезболивание опиоидами и препаратами НПВП; группа 2 — анестезия севофлюраном комбинирована с эпидуральным введением ропивакаина 0,2-0,5 % в дозе 2-6 мл/час со снижением дозы после операции. Больные в группах сопоставимы по показателям анестезиологического риска (по ASA II-III), основной и сопутствующей патологии.

Использовали для оценки инструментальные и лабораторные показатели: общеклинические, неинвазивного мониторинга, системы гемостаза по биохимическим (Момот В.В., 2006) и гемовискозиметрическим (АРП Меднорд, Томск) данным, частоту послеоперационных осложнений и время нахождения в отделении реанимации.

Результаты и обсуждение. По показателям гемодинамики исследуемые группы больных не отличались, сохраняя стабильность в течение всего времени анестезиологического пособия. Отмечено, что интраоперационный мониторинг гемостаза в 1 группе характеризовался развитием претромботического состояния, то есть активацией сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза, угнетением фибринолиза и усилением ферментативно-коагуляционного компонента. Подобные изменения были достоверно менее выраженными во 2 группе. Послеоперационный период характеризовался сохранением претромботического состояния в 1 группе (Стандарт) и отсутствием подобного во 2 группе (Наропин), как минимум, в течение 2 суток после операции. Частота послеоперационных осложнений: пневмонии — 12 % против 4 % в группах 1 и 2, соответственно; нарушения коронарного кровообращения, обострения ИБС — 8 % против 2 %; локальные инфекционные осложнения (в том числе и несостоятельность анастомозов) — 13 % против 2 %.

Закключение. Комбинированная эпидуральная анестезия и послеоперационная анальгезия в хирургии гепатодуоденальной зоны позволяет избежать нарушений в системе гемостаза и снизить частоту послеоперационных осложнений.

ЕГОРОВ И.В., АФОНИНА Т.А., АЛЕКСАНДРОВА Е.Ф.
*Городская клиническая больница № 5,
г. Новокузнецк*

КРИТЕРИИ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОФИЛЬТРАЦИИ НА РАННЕМ ЭТАПЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Цель исследования — оптимизировать критерии раннего применения непрерывной вено-венозной гемофильтрации (НВВГФ) в комплексном лечении и профилактике синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) у больных с тяжелой сочетанной травмой.

Материалы и методы. НВВГФ в дополнение к стандартной терапии была проведена 11 пострадавшим с тяжелой сочетанной травмой, у которых в течение 48 часов после поступления сохранялась недостаточность двух и более органов и систем. Основными клиническими и лабора-

торными критериями оценки тяжести состояния являлось наличие дыхательной недостаточности с нарушением кислородтранспортной функции крови, а также оценка органной дисфункции по шкале APACHE II. Все больные были трудоспособного возраста (25-55 лет), находились на ИВЛ с относительно стабильными показателями гемодинамики без применения вазопрессорной поддержки. Критерием исключения являлось наличие ЧМТ. Тяжесть состояния на момент оценки по APACHE II составляла 27 ± 2 балла. НВВГФ была выполнена вено-венозным доступом двухканальными катетерами «B Braun» HV 1220, на аппарате Multifiltrate гемофильтрами «Polysulfone» HF 1000S, с использованием пре- и постдилюции и скоростью потока крови 150-250 мл/час. Объем замещения составлял 35 мл/кг/час и более. Как антикоагулянт использовался Гепарин в дозе от 1000 до 4000 ЕД/час. Длительность процедуры составила $56,5 \pm 12$ часов. Для оценки центральной гемодинамики использовалась интегральная реография на аппарате «Диамант-Р».

Результаты. Оценка легочной дисфункции и эффективности НВВГФ была разделена на три этапа. I – до начала ГФ, II – через 12 часов после начала процедуры, III – по окончании ГФ. Исходные показатели свидетельствовали о повреждении альвеоло-капиллярной мембраны и нарушении диффузии кислорода: $PaO_2/FiO_2 - 141 \pm 38$; $VO_2 - 191 \pm 73$; $DO_2 - 834 \pm 254$; $KEO_2 < 15 \%$; $PaO_2 - 75 \pm 4,6$ мм рт. ст.; $PvO_2 - 66 \pm 3,4$ мм рт. ст.; $FiO_2 - 0,5$. Исходно показатели гемодинамики оставались стабильными, тип кровообращения оценивался как гиподинамический. Обращало внимание повышение центрального венозного давления и тахикардия до 110 ± 15 мин.

Уже через 12 часов после начала ГФ отмечалась положительная динамика, что проявлялось увеличением инспираторного индекса, PaO_2 , и снижением фракции кислорода во вдыхаемой смеси. Изменение показателей кислородотранспортной функции крови сводилось к тому, что доставка кислорода снижалась, а его потребление имело тенденцию к увеличению: $PaO_2/FiO_2 - 211 \pm 40$; $VO_2 - 208 \pm 67$; $DO_2 - 760 \pm 254$; $PaO_2 - 92 \pm 3,6$ мм рт. ст.; $PvO_2 - 60 \pm 3,4$ мм рт. ст.; $KEO_2 > 25 \%$; $FiO_2 - 0,4$.

По окончании проведения ГФ, что соответствовало в среднем 5-м суткам с момента поступления больного в стационар, данные кислородного транспорта, доставка, потребление кислорода тканями, коэффициент экстракции кислорода приближались к нормальным расчетным показателям, хотя и не являлись достоверно значимыми: $PaO_2/FiO_2 - 245 \pm 38$; $VO_2 - 170 \pm 60$; $DO_2 - 658 \pm 167$; $PaO_2 - 98 \pm 2,4$ мм рт.

ст.; $PvO_2 - 66 \pm 3,4$ мм рт. ст.; $KEO_2 - 20-25 \%$; $FiO_2 - 0,4$.

Более клинически достоверным было: стабилизация гемодинамики, уменьшение тахикардии ($ЧСС = 96 \pm 5$), увеличение напряжения кислорода в артериальной крови, соответственно увеличение инспираторного индекса, что позволило снизить фракцию кислорода во вдыхаемой смеси. При оценке тяжести состояния по шкале APACHE II количество баллов снизилось до 18 ± 4 .

В данной группе пролеченных больных 8 пациентов выжили. Трое умерших пациентов исходно перенесли тяжелый травматический шок на фоне поражения органов грудной клетки, брюшной полости и множественной скелетной травмы.

Заключение. Ретроспективный анализ позволяет интерпретировать исходные и полученные через 12 часов от начала НВВГФ данные нарушенного кислородного транспорта, как следствие реперфузии на фоне восстановления микроциркуляции к 3-м суткам от начала травматической болезни. Высвобождение в кровоток из ишемизированных тканей продуктов нормального обмена веществ, продуктов распада клеток и тканей из очагов тканевой деструкции, медиаторов воспаления, активированных ферментов регуляторных систем, активных соединений при перекисном окислении липидов является неоспоримым фактором развития ССВО на ранних стадиях травматической болезни. Увеличенное потребление и повышенная экстракция тканями кислорода свидетельствуют о кислородной задолженности тканей и косвенно свидетельствуют о нарушении тканевого дыхания. Можно предположить, что более раннее включение в комплексную терапию НВВГФ пациентам с тяжелой сочетанной травмой позволит профилактировать развитие ОРДСВ, снизить повреждающее воздействие медиаторов воспаления на эндотелий, механически удалить из кровотока продукты распада клеток и тканей. Технически проведение НВВГФ с использованием пре- и постдилюции, на наш взгляд, также является более обоснованным, поскольку позволяет уменьшить дозу вводимого антикоагулянта, увеличить срок службы гемофильтра, тем самым, менее агрессивно воздействовать на систему гемостаза и более качественно провести процедуру.

Проведение НВВГФ в ранние сроки может способствовать более скорому восстановлению гомеостаза, нормализации кислородного транспорта, уменьшению степени выраженности ССВО, уменьшению количества дней, требующихся для проведения искусственной вентиляции легких, и снизить риск развития полиорганной недостаточности.

ЕПИФАНЦЕВА Н.Н., БОРЩИКОВА Т.И., СУРЖИКОВА Г.С.,
ЧУРЛЯЕВ Ю.А., НИКИФОРОВА Н.В., ВЯЛОВА В.Н., ПУРАХИНА С.М.

*Филиал ГУ НИИ общей реаниматологии РАМН,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
Городская клиническая больница № 1,
Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк*

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В ДИНАМИКЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Синдром эндогенной интоксикации (СЭИ) является неспецифическим синдромом и наблюдается при разнообразных патологических состояниях. При тяжелой черепно-мозговой травме (ТЧМТ) эндогенная интоксикация обусловлена деструктивными процессами и нарушением регуляции центральной нервной системой физиологических систем детоксикации, в результате которых в тканях накапливаются продукты обмена веществ, вызывающие дисфункцию органов и систем. Эндогенная интоксикация способствует развитию иммунопатологических процессов у больных ТЧМТ. Целесообразным является исследование и оценка иммунных дисфункций у больных ТЧМТ в динамике посттравматического процесса в сопоставлении с маркерами эндогенной интоксикации.

Материалы и методы. Обследованы 53 пациента с ТЧМТ (у 30 больных — закрытая травма, у 23 — открытая), в возрасте от 17 лет до 65 лет (28 мужчин и 5 женщин). Структура интракраниальных повреждений: тяжелый ушиб головного мозга — 8 человек, массивное субарахноидальное кровоизлияние — 3, внутримозговые гематомы — 42 (субдуральные — 24, внутримозговые — 9, внутрижелудочковые — 8, эпидуральные — 1). В 39 случаях больным проводились оперативные вмешательства, 5 — лечились консервативно. Больные были подразделены на 2 группы в зависимости от исхода травмы. 1-ю группу составили больные с благоприятным исходом — 29 человек (54,7 %), 2-ю группу — с неблагоприятным исходом (умершие) — 24 человека (45,3 %). Контрольную группу составили 23 практически здоровых лиц, 20 мужчин (86,9 %) и 3 женщины (13,1 %) в возрасте $40,25 \pm 12,4$ лет.

Степень выраженности СЭИ оценивали по уровню среднемолекулярных пептидов (СМП) при длинах волн 254 и 282 нм, лейкоцитарному индексу интоксикации (ЛИИ), уровню циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Субпопуляционный состав лимфоцитов (Li) оценивали методом непрямой иммунофлуоресценции с моноклональными антителами против CD3 (маркер зрелых T-Li), CD4 (маркер T-хелперов/ин-

дукторов), CD8 (маркер T-цитотоксических Li), CD20 (маркер зрелых B-Li). Лабораторные исследования проводились на 1, 3, 5, 7, 10, 15 суток от момента травмы. Статистические результаты обрабатывали программой «Statistica-6» с использованием критерия Стьюдента, корреляции Пирсона.

Результаты исследования. У обследованных больных в 1-е сутки СМП при длинах волн 254 и 282 нм были достоверно выше нормы в обеих группах ($p < 0,01$), на 3-и сутки повышение сохранялось при длине волны 254 нм ($p < 0,001$). К 5-м суткам имелось относительное снижение СМП, а на 7-е сутки «вторая волна» их повышения с достоверной разницей в группах сравнения ($p < 0,05$). В динамике посттравматического периода уровень СМП снижался, и значимых различий в их уровне у больных обеих групп не отмечалось.

При оценке ЛИИ отмечалось существенное повышение его в 1-е и 3-и сутки после травмы в обеих группах. На 5-7-е сутки ЛИИ несколько снижался у больных 1-й группы, однако в последующие 10-15 суток этот показатель оставался выше контрольного. У больных 2-й группы ЛИИ в 2 раза превышал этот показатель у больных 1-й группы.

Количество лимфоцитов у больных было значительно сниженным на протяжении всего периода наблюдений, причем их количество в группе 1, было несколько выше, чем в группе 2, причем на 10-15 сутки эта разница становилась достоверной (2-2,4-х кратное превышение).

При анализе субпопуляционного состава лимфоцитов отмечалось достоверное снижение количества CD3-Li, CD4-Li и CD8-Li по сравнению с контролем уже в первые сутки после травмы без значимых различий между группами. В динамике посттравматического периода уровень T-Li, а также число T-хелперов и T-цитотоксических лимфоцитов оставались значительно сниженными, при этом на 10-е сутки число CD4-Li у больных 1 группы было в 1,8 раза выше по сравнению с таковым во 2 группе, на 15-е сутки число CD4-Li в 1-й группе в 2,7 раза превышало их уровень 2-й

группы — $0,48 \pm 0,07 \times 10^9/\text{л}$ и $0,56 \pm 0,10 \times 10^9/\text{л}$ против $0,27 \pm 0,19 \times 10^9/\text{л}$ и $0,21 \pm 0,07 \times 10^9/\text{л}$, соответственно.

Количество Т-цитотоксических лимфоцитов у больных 2-й группы в 5-7 сутки наблюдения было значимо ниже таковых у больных 1-й группы. В последующие сутки этот показатель продолжал снижаться, и на 10-15 сутки у больных 2-й группы был в 2,2-3,6 раза ниже по сравнению с его количеством у больных 1-й группы — $0,12 \pm 0,1 \times 10^9/\text{л}$ и $0,09 \pm 0,04 \times 10^9/\text{л}$ против $0,26 \pm 0,03 \times 10^9/\text{л}$ и $0,32 \pm 0,06 \times 10^9/\text{л}$, соответственно.

Таким образом, на фоне выраженных признаков эндогенной интоксикации у больных ТЧМТ с 1-х суток посттравматического периода развивается Т-иммуносупрессия со снижением числа Т-хелперов и Т-цитотоксических лимфоцитов.

Низкие показатели CD4- Li и CD8-Li являются крайне неблагоприятным фактором прогноза, так как свидетельствуют о формировании выраженной иммунной недостаточности, которой отводится значительная роль в формировании инфекционных осложнений при ТЧМТ.

ЗУЕВА Н.С., ВОЕВОДИН С.В., МАТВЕЕВ Ф.Б.
Городская клиническая больница №1,
г. Новокузнецк

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Панкреонекроз представляет собой хирургическую патологию, требующую максимального вложения усилий, как хирургов, так и реаниматологов. Одной из составляющих интенсивной терапии панкреонекроза является полноценное обеспечение энергетическими и пластическими материалами пациента. У данной категории больных необходимо длительно выключать желудок при энтеральном питании. Развитие тяжелого сепсиса, синдрома гиперметаболизма-гиперкатаболизма, тяжелой белково-энергетической недостаточности определяет проведение смешанного вида питания, включающего энтеральный и парентеральный вид.

Цель исследования — изучение эффективности различных видов нутритивной поддержки у пациентов с панкреонекрозами в ОРИТ № 1 МЛПУ ГКБ № 1.

Материал и методы. Исследования проведены на базе отделения реанимации и интенсивной терапии № 1 МЛПУ ГКБ № 1 у 22 пациентов в возрасте 39 ± 21 лет за период с 2004 по 2006 гг. Пациенты с панкреонекрозами относились к категории тяжелых и крайне тяжелых. Оценка тяжести состояния больных по шкале APACHE II составила 9 баллов и более, по SOFA — 6 баллов и более.

В большинстве случаев ($n = 14$; 66,7 %) был применен смешанный вид питания, включавший энтеральное питание через еюнальный зонд, введенный за связку Трейца, и парентеральное питание, включавшее растворы аминокислот из расчета 1,5-2 г на кг, жировых эмульсий и концентрированной 20 % глюкозы, в 2-х случаях — с

добавлением глутамина. Изолированное энтеральное питание применялось у 5 пациентов (20,8 %). Изолированное парентеральное питание получали 3 пациента (12,5 %).

Результаты и обсуждение. При проведении смешанного вида питания отмечалось достоверно значимое снижение активности амилазы, начиная с 5-х суток, однако у пациентов, получавших изолированные виды питания, амилаза оставалась на высоких цифрах (табл.). Уровень общего белка также был выше у больных со смешанным видом питания, также как и альбумина, хотя его уровень варьировал в течение периода наблюдения.

Таблица
Динамика содержания амилазы

Сутки	Группа со смешанным типом питания	Группа с изолированным типом питания
1 сутки	$1961,3 \pm 1703,6$	$1285,0 \pm 244,7$
3 сутки	$1161,7 \pm 388,6$	$548,9 \pm 153,8$
5 сутки	$525,0 \pm 235,2$	$759,9 \pm 390,9$
7 сутки	$179,0 \pm 32,3$	$339,6 \pm 212,9$
10-28 сутки	$240,7 \pm 64,8$	$366,5 \pm 169,38$

У большинства пациентов с панкреонекрозами в ОРИТ проводился смешанный вид нутритивной поддержки, включавший энтеральное и парентеральное питание. При выраженном синдроме гиперкатаболизма-гиперметаболизма, выраженной белково-энергетической недостаточности, тяжело сепсисе смешанное питание дополнялось раствором глутамина в составе парентерального питания.

Раннее энтеральное питание через еюнальный зонд являлось необходимой составляющей, пред-

упреждавшей транслокацию бактерий и токсинов через стенку кишки, восстанавливающей энтеропиты, нормализующей перистальтику кишки, что, в свою очередь, приводило к уменьшению пареза ЖКТ.

При ограничении объема энтерально вводимой смеси, при тяжелом сепсисе с синдромом гиперкатаболизма-гиперметаболизма, выраженной белково-энергетической недостаточности пациенты нуждались в дополнительном проведении парентерального питания, включающего растворы амино-

кислот, жировые эмульсии и концентрированные растворы глюкозы. У данной категории больных был необходим строгий контроль гликемии с целью уменьшения гнойно-септических осложнений.

Выводы:

1. Раннее энтеральное питание через еюнальный зонд способствует восстановлению функции кишечника у больных с панкреонекрозами.
2. Смешанное энтеральное и парентеральное питание позволяет более эффективно бороться с белково-энергетической недостаточностью.

ЗУЕВА Н.С., ВОЕВОДИН С.В.
Городская клиническая больница №1,
г. Новокузнецк

ДИЛЯТАЦИОННАЯ ТРАХЕОСТОМИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У КРАЙНЕ ТЯЖЕЛЫХ БОЛЬНЫХ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ДЛИТЕЛЬНОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКЕ

Обеспечение проходимости дыхательных путей и разобщение их с желудочно-кишечным трактом является одной из основных составляющих при лечении сепсиса у крайне тяжелых больных в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), нуждающихся в респираторной поддержке. У данной категории пациентов велика вероятность развития трахеобронхита и пневмонии. При проведении ИВЛ оротрахеальная интубация не исключает микроаспираций желудочного содержимого и мокроты, травматизации трахеи, не обеспечивает адекватной санации трахео-бронхиального дерева, комфорта больного.

Цель исследования — оценка различных методов трахеостомии у пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии № 1 МЛПУ ГКБ № 1.

Материал и методы. Исследования проведены на базе ОРИТ № 1 МЛПУ ГКБ № 1 у 17 пациентов в возрасте 39 ± 21 лет за 2006 год. Пациенты с хирургической и травматологической патологией находились на длительной ИВЛ. Оценка тяжести состояния больных по шкале АРАСНЕ II составила 15 баллов и более.

Результаты и обсуждение. В большинстве случаев ($n = 14$, 82 %) была применена чрезкожная дилатационная трахеостомия, в 3-х случаях (18 %) — классическая трахеостомия. Показаниями для наложения классической трахеостомы явились особенности анатомии шеи (толстая и короткая шея) — в 2-х случаях, коагулопатия — в 1-м случае. Сроки наложения трахеосто-

мы составили 5 ± 2 суток от момента начала ИВЛ.

Отмечено, что у подавляющего большинства пациентов ОРИТ, нуждавшихся в проведении длительной ИВЛ, была применена чрезкожная дилатационная трахеостомия. И только при наличии противопоказаний проводилась классическая трахеостомия.

Чрезкожная дилатационная трахеостомия выполнялась у крайне тяжелых пациентов в ОРИТ, поскольку представляет собой малотравматичное вмешательство, не требующее транспортировки больного в операционную, более простое в исполнении с меньшим количеством осложнений. Малая травматичность при наложении чрезкожной дилатационной трахеостомы обуславливала хорошую переносимость при проведении операции даже в ранние сроки (3-7 сутки).

Малый поперечный разрез, отсутствие рассечения мягких тканей и хрящей при чрезкожной дилатационной трахеостомии привели к уменьшению сроков реабилитации после деканюляции, вероятности развития посттрахеостомических стенозов трахеи и минимальному косметическому дефекту. При проведении фибробронхоскопии отсутствовали стенотические сужения на уровне трахеостомического отверстия после деканюляции. После наложения классической трахеостомы отмечен 1 случай развития стеноза.

Выводы:

1. Ранняя трахеостомия показана у крайне тяжелых септических пациентов при предполагаемой длительной ИВЛ.

2. Чрезкожная дилатационная трахеостомия предпочтительна при отсутствии противопо-

казаний — коагулопатия, толстая и короткая шея, большие размеры щитовидной железы.

КАМЕНЕВА Е.А., ГРИГОРЬЕВ Е.В., ЕГОРОВА О.Н.,
КОВАЛЬ С.С., ДЕМИДОВА Н.Ю.
*Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ПРОФИЛАКТИКА ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННЫХ ПНЕВМОНИЙ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Цель исследования — разработка комплекса профилактики вентилятор-ассоциированных пневмоний (ВАП) при тяжелой сочетанной травме.

Материалы и методы. Ретро- и проспективно исследованы 30 больных с тяжелой сочетанной травмой (скелетная травма + ЧМТ — 60 %, скелетная травма + тупая травма живота — 40 %, из исследования исключены больные с первичным повреждением легких). Лабораторные исследования: общеклинические, анализ газового состава крови с расчетом индекса оксигенации, мультифокальные микробиологические исследования биологических жидкостей с исследованием чувствительности микрофлоры к антибиотикам, показатели системы гемостаза биохимическими (Баркаган З.С., Момот В.В., 2002) и инструментальными методами (гемовискозиметрия АРП Меднорд), оценка вероятности и тяжести развития ВАП по шкале CPIS в динамике (Fartoukh M., 2003).

Группа 1 — больные со стандартом интенсивной терапии тяжелой сочетанной травмы. Группа 2 — больные с комплексом интенсивной профилактики ВАП (последний включал в себя инкубацию клеточной массы — ИКМ — с рекомбинантным интерлейкином 2 «Ронколейкин» с началом процедуры в первые сутки после травмы).

Статистическая обработка — пакет ANOVA. Оценка выживаемости в группах по кривой Каплана-Мейера.

Результаты и обсуждение. Исходные данные по обеим группам больных не имели достоверных отличий ни по тяжести травмы, ни по тяжести травматического шока, ни по характеру респираторной поддержки и объемам и качествам инфузионных сред. Исходные данные шкалы CPIS — $1,2 \pm 1,0$ против $1,0 \pm 0,4$ баллов в группах 1 и 2, соответственно. Антибактериальная терапия назначалась по данным карты резистентности отделения реанимации и показателям полуколичественного прокальцитонинового теста. На фоне проведения инкубации клеточной массы с Ронколейкином получена следующая динамика: показатели шкалы CPIS на 3-и сутки наблюдения — $1,2 \pm 0,9$ против $2,9 \pm 0,9$ баллов в группе 1, различия достоверны; показатели индекса оксигенации — 340 ± 39 против 321 ± 45 в группах 1 и 2, соответственно, различия недостоверны; показатели агрегации тромбоцитов по данным гемовискозиметрии и биохимической оценке гемостаза показывали усиление в 1-й группе при нормализации показателей в группе 2.

Клинические исследования показывают уменьшение времени нахождения на ИВЛ в группе 2 (Ронколейкин) против группы 1 (Стандарт) — $8,1 \pm 1,2$ суток против $10,1 \pm 1,5$ суток, различия достоверны.

Выводы: Включение в комплекс профилактики ВАП при тяжелой сочетанной травме метода ИКМ с Ронколейкином позволяет уменьшить тяжесть и длительность пневмонии, снизить время нахождения больного на ИВЛ.



КАМЕНЕВА Е.А., ГРИГОРЬЕВ Е.В., КОВАЛЬ С.С.,
ДЕМИДОВА Н.Ю., ЗВЯГИН Р.Ю., ФРОЛОВ А.Ю.
*Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

НЕИНВАЗИВНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ КАК ЭТАП РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ОСТРОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ЛЕГКИХ (ПЕРВЫЕ ВПЕЧАТЛЕНИЯ)

Цель исследования — обосновать показания для проведения неинвазивной вентиляции (НВЛ) легких у больных с острым респираторным дистресс-синдроме (ОРДС).

Материалы и методы. Исследованы 9 больных с ОРДС («прямой» ОРДС — 2 больных, «непрямой» ОРДС — 7 больных, причины развития синдрома: тяжелая сочетанная травма без превалирования тяжелой черепно-мозговой травмы, острый панкреатит, панкреонекроз). Исследовались в динамике: общеклинические показатели, газовый состав артериальной и смешанной венозной крови, расчет индекса оксигенации, индекс тяжести повреждения легких по Мюррею. Для перевода больного на НМВ Оценивали следующие показания: инициация респираторной поддержки при индексе Мюррея более 0,5 балла и значении индекса оксигенации менее 300; окончание респираторной поддержки при «отлучении» больного от вентилятора. Использовали респиратор Draeger Evita XL, режим BiPAP или CPAP.

Результаты и обсуждение. Инициация респираторной поддержки с использованием НМВ была успешной у 2 пациентов, индекс оксигенации увеличивался до значений более 300, при этом не отметили ухудшения показателей индекса Мюррея, показатели церебральной недостаточности не изменялись. У 7 больных попытки провести НМВ были безуспешны, спустя 6-10 часов больные были интубированы. Этап отлучения от вентиляции сопровождался эффективной оксигенацией у всех 9 пациентов, больные испытывали комфорт, лабораторно не зафиксировали значимых изменений индекса оксигенации и показателей шкалы Мюррея. Повторных переводов на ИВЛ не было.

Заключение. Первые впечатления от НМВ показали: инициация респираторной поддержки при проведении НМВ у больных с ОРДС была безуспешной, при отлучении от вентилятора методы НМВ был эффективен. Целесообразным является продолжение исследований (малое число наблюдений).

КЛОЧКОВА-АБЕЛЬЯНЦ С.А.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

К ОЦЕНКЕ МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА У ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА

Выявление скрытых анемических состояний всегда затруднительно в связи с неспецифической картиной заболевания и широкой вариабельностью нормальных показателей концентрации сывороточного железа (СЖ), ферритина, коэффициента насыщения трансферрина, общей и латентной железосвязывающей способности (Жданова Е.В., 2002). Представленные в литературе основные показатели метаболизма железа в организме человека не однозначны (Шевченко Н.Г., 1997; Левина А.А. и соавт., 2001). В связи с этим, целесообразным и актуальным является разработка нормативных показателей феррокинетики у женщин, проживающих в

г. Новокузнецке, крупном промышленном центре Кузбасса.

Обследованы 49 практически здоровых женщин в возрасте от 16 до 52 лет. Исследование показателей периферического звена эритрона проводили на гематологическом анализаторе DANAM HC-5710 с оценкой следующих параметров: содержание гемоглобина, количество эритроцитов (RBC), гематокрит (HCT), средний объем эритроцитов (MCV), среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), показатель анизоцитоза эритроцитов (RDW). Количественное определение железа в сыворотке крови и об-

щей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС) проводили феррозиновым методом с использованием диагностических наборов на анализаторе ФП-901 «Labsystems» с последующим вычислением латентной железосвязывающей способности сыворотки (ЛЖСС) и коэффициента насыщения трансферрина железом (КНТ). Оценку запасов железа проводили по уровню сывороточного ферритина, который исследовали иммуноферментным методом с использованием тест-систем.

Математическую обработку данных проводили на персональном компьютере IBM PC Pentium-4, с помощью прикладных программ «Microsoft Excel» 2000, «Microsoft Word» 2000. Статистические расчеты проводили с использованием пакета «Bio-stat», Version 4.03. Для оценки достоверности результатов исследований использовали t-критерий Стьюдента и определяли значимость различий (p). Разницу двух сравниваемых величин считали достоверной при $p < 0,05$ (Гланц С., 1998).

При оценке показателей периферического звена эритроцитоза у здоровых женщин, проживающих в условиях крупного промышленного центра, установлено, что уровень эритроцитов составил $4,18 \pm 0,05 \times 10^{12}/л$ и варьировал в пределах от $3,51$ до $5,0 \times 10^{12}/л$. Содержание гемоглобина в среднем составило $135,88 \pm 3,08$ г/л с вариациями от 124 до 150 г/л. Средний объем эритроцитов был $89,15 \pm 1,38$ фл и варьировал у обследованных лиц от $77,3$ до 99 фл. Среднее содержание гемоглобина в эритроците в среднем составило $33,15 \pm 0,31$ пг с уровнем его у отдельных лиц от $29,3$ до $34,9$ пг. Средняя концентрация гемоглобина в эритроците составила $37,44 \pm 0,55$ г/дл и варьировала от $36,8$ до 38 г/дл. Показатель анизоцитоза эритроцитов в среднем составил $11,1 \pm 0,1$ % с колебаниями от $10,7$ до $13,1$ %. Полученные результаты исследований периферического звена эритроцитоза у практически здоровых женщин г. Новокузнецка находятся в пределах общепринятой нормы и близки к данным литературы (Журавская Э.Я., 1992; Левина А.А. и соавт., 2001).

Уровень сывороточного железа у здоровых женщин г. Новокузнецка в среднем составил $20,4 \pm 1,02$ мкмоль/л и варьировал от $11,8$ до $28,9$ мкмоль/л. Полученные показатели существенно не отличаются от приводимых другими авторами по европейскому региону (Шевченко Н.Г., 1997; Левина А.А. и соавт., 2001; Романова Л.А. и соавт., 2002) и по Сибири (Журавская Э.Я., 1992). У здоровых женщин ОЖСС была в пределах $50,5-72,1$ мкмоль/л и составила в среднем $65,68 \pm 1,83$ мкмоль/л. Средняя величина ЛЖСС составила $44,53 \pm 1,87$ мкмоль/л, варьируя у здоровых женщин от $30,2$ до $54,2$ мкмоль/л. Аналогичные показатели ОЖСС и ЛЖСС у практически здоровых женщин представлены в работах Шевченко Н.Г. (1997), Левиной А.А. с соавт. (2001), Романовой Л.А. с соавт. (2002). В то же время, по данным Журавской Э.Я. (1992), показатели ОЖСС и ЛЖСС у женщин г. Новосибирска и Горного Алтая оказались выше на 10 % и 20 %, соответственно, по сравнению с данными, полученными у здоровых женщин г. Новокузнецка.

Содержание сывороточного ферритина у здоровых женщин г. Новокузнецка в среднем составило $33,55 \pm 2,59$ нг/мл, варьируя от $20,5$ до 96 нг/мл, и существенно не отличалось от аналогичных показателей, полученных другими исследователями (Щербинина С.П. и соавт., 2005). В то же время, по результатам исследований запасов железа у здоровых женщин Горного Алтая и г. Новосибирска (Журавская Э.Я., 1992), запасы железа были значительно выше, по сравнению с таковыми у практически здоровых женщин г. Новокузнецка, что может быть обусловлено наличием предлатентного дефицита железа в организме.

Полученные нами данные представлены в качестве нормативных показателей метаболизма железа для практически здоровых женщин г. Новокузнецка и могут быть использованы для корректной оценки нарушений метаболизма железа при проведении дифференциальной диагностики анемических состояний.

ЛУКАШЕВ К.В., МАРТЫНЕНКОВ В.Я., КАН С.Л., ТАНКОВ В.А.
Филиал ГУ НИИ Общей реаниматологии РАМН,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
Городская клиническая больница №29,
г. Новокузнецк

МЕТОДЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ГРУДНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Цель работы — изучение внешнего дыхания в периоперационном периоде у больных с поражением спинного мозга раз-

личного генеза (компрессионная миелопатия) на грудном уровне позвоночника для проведения сравнительной оценки методов послеоперацион-

ного обезболивания в комплексе интенсивной терапии.

Материалы и методы. У 30 больных с поражением спинного мозга на грудном уровне позвоночника до операции, в 1-3 и 5-7 сутки послеоперационного периода проводилось исследование: функции внешнего дыхания (ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1, ИГ, СОС₂₅₋₇₅); клинико-неврологическое и нейрофизиологическое (ЭМГ, иЭМГ, ССВП) обследование. По методу обезболивания больные, сопоставимые по полу и возрасту, были разделены на две группы:

Первая группа — традиционное системное введение опиоидных анальгетиков (промедол 2 % — 1,0 в/м, 4-6 раз в сутки) — 18 пациентов.

У пациентов второй группы применялось проведение длительной эпидуральной блокады раствором анемкаина 0,25-0,5 % дважды в сутки по 20-25 мг на уровне Th_{2,3}. Катетеризация эпидурального пространства выполнялась интраоперационно у 12 человек.

Исследование внешнего дыхания проводилось после перевода больного на самостоятельное дыхание на фоне послеоперационного обезболивания.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи непараметрических методов вариационной статистики с использованием сертифицированного пакета программ InStat (Sigma, США), «Microsoft Office Excel XP».

Результаты. В предоперационном периоде статистически достоверной разницы по показате-

лям функции внешнего дыхания между группами получено не было. Результаты исследования представлены в таблице.

Всем пациентам проведены декомпрессиивно-стабилизирующие операции в условиях эндотрахеального наркоза. Длительность ИВЛ в послеоперационном периоде была достоверно выше в I группе и составила $160,0 \pm 21,0$ минут, а во II группе — $90,0 \pm 25,0$ минут ($p < 0,05$).

На фоне послеоперационного обезболивания промежуток в I группе выявлялось снижение ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1, СОС_{25-75%} в 1,7-2,2 раза ($p < 0,05$) в сравнении с исходным уровнем. Отмечалось достоверное снижение PaO_2 до $85,5 \pm 2,3$ мм Hg ст. и повышение $PaCO_2$ до $41,5 \pm 1,4$ мм Hg ст. при сравнении со II группой. В группе с длительной эпидуральной блокадой показатели ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1, СОС_{25-75%} после операции снижались в 1,1-1,3 раза ($p < 0,05$), $PaO_2 = 100 \pm 3,3$ мм Hg ст., а $PaCO_2 = 35,7 \pm 1,7$ мм Hg ст., данные ФВД представлены в таблице.

Таким образом, при проведении послеоперационного обезболивания у больных, оперированных на грудном отделе позвоночника, предпочтение следует отдавать длительной эпидуральной блокаде, что, помимо хорошего анальгетического эффекта, способствует сокращению времени искусственной вентиляции легких, проведению ранней активизации пациентов и позволяет в послеоперационном периоде предупреждать развитие легочных осложнений.

Таблица
Показатели ФВД у больных

Показатели ФВД, % от должного	До операции		После операции	
	Группа I (n = 18)	Группа II (n = 12)	Группа I (n = 18)	Группа II (n = 12)
ОФВ1	$78,2 \pm 6,28^{**}$	$84,7 \pm 5,03^{**}$	$42,97 \pm 7,22$	$68,17 \pm 3,27^*$
ФЖЕЛ	$73,93 \pm 7,46^{**}$	$73,0 \pm 5,0$	$39,84 \pm 7,44$	$63,07 \pm 2,94^*$
ОФВ1/ФЖЕЛ×100% (индекс Генслара)	$109,78 \pm 3,81$	$120,0 \pm 5,45$	$110,64 \pm 2,31$	$109,63 \pm 4,25$
СОС 25-75%	$73,06 \pm 10,91^{**}$	$95,67 \pm 7,09^{**}$	$42,36 \pm 7,07$	$71,70 \pm 7,37^*$
ЖЕЛ	$76,55 \pm 7,85^{**}$	$63,54 \pm 5,64$	$35,01 \pm 7,75$	$58,37 \pm 2,91^*$

Примечание: * достоверность различия средних величин показателей между группами I и II ($p < 0,01-0,05$); ** достоверность различия средних величин показателей в группах до операции и после ($p < 0,01-0,05$).

ОСЛОЖНЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОСОБИЙ

Осложнениями при анестезии принято считать непредвиденные нарушения функций органов, вызванные анестезиологическими мероприятиями при оперативном вмешательстве.

Материалы и методы. В основу сообщения положен годовой отчет за 2007 год работы отделения анестезиологии и реанимации Клинической больницы № 1, являющейся основной базой кафедры анестезиологии и реаниматологии ГИУВа. Отделение осуществляет плановую и экстренную, а также первичную реанимационную, помощь во всех подразделениях стационара и других ЛПУ города. Анестезиологи отделения организуют и обеспечивают перевод и транспортировку тяжелых терапевтических и хирургических больных в отделения реанимации и диагностические службы больницы. В отделении работают 20 врачей, 8 из них имеют высшую категорию, 2 — первую, заведующий отделением имеет ученую степень доктора медицинских наук. За 2007 г. выполнено 20072 анестезиологических пособий (АП), 35,4 % — экстренных, 64,6 % — плановых. Анестезиологическая активность составила 80,5 % от числа операций в больнице. Количество АП на одного врача увеличилось за год более чем на 100 и составило 1003,6.

Результаты и обсуждение. С осложнениями прошло 35 АП (0,17 %). Большинство осложнений (33) выпадают на долю общей анестезии, а именно эндотрахеального метода наркоза, ис-

пользуемого у наиболее тяжелого контингента больных. По долевого участию этот метод составил 15 % от общего числа пособий, уступив по частоте только внутривенному наркозу (23 % всех АП). Превалируют осложнения, связанные с нарушением гемодинамики: 15 коллапсов и 6 случаев гипертензии. Ведущей причиной коллапсов явилась исходная гиповолемия больных при недостаточной предоперационной подготовке. Наиболее вероятной причиной гипертензии является недостаточная нейровегетативная защита в наркозе.

Смерть 3 больных, к которой причастно АП, составила общую анестезиологическую летальность в 0,015 %. Все 3 случая связаны с тяжелой сопутствующей патологией: в одном случае не диагностированная лимфома средостения, сдавливающая трахею, что не позволило проводить адекватную ИВЛ, в двух других случаях была патология сердечно-сосудистой системы.

Заключение. Ведущий качественный показатель работы отделения анестезиологии — осложнения АП — в нашей практике из года в год уменьшается, составив 0,17 % — вполне благополучный показатель. В то же время, анестезиологическая летальность в 0,015 %, хотя и несколько ниже средней по стране (0,02 %), но заставляет задуматься над совершенствованием работы. Это мы видим в повышении квалификации врачей и оснащении рабочего места анестезиологов мониторами.

НИКИФОРОВ В.В., НИКИФОРОВА Н.В.,
АРХИПОВА С.В., СТАНКОВА О.Н., ЕРШОВ Е.В.

Городская клиническая больница № 29,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ БЕЛКОВ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Изменения концентрации индивидуальных белков имеют место при многих, как физиологических, так и патологических, состояниях. Тем не менее, биологическое и патофизиологическое значение этих изменений хорошо описано всего лишь для небольшого числа белков плазмы крови.

Цель исследования — изучить особенности изменения концентрации плазминогена/плазмина (ПГ/ПН), α_2 -макроглобулина (α_2 -МГ), α_1 -антитрипсина (α_1 -АТ) и лактоферрина (ЛФ) — белков острой фазы воспалительного ответа в крови больных инфарктом миокарда (ИМ).



Материалы и методы. Обследованы в динамике (1-14 сутки) 37 больных ИМ. Среди них, трансмуральный инфаркт диагностирован в 22,2 % случаев, крупноочаговый — в 66,7 %, мелкоочаговый — в 11,1 %. В сыворотке крови изучено изменение концентрации ПГ/ПН — сериновой протеазы, растворяющей фибрин и являющейся важнейшим компонентом фибринолитической системы крови; α_1 -АТ — основного ингибитора сериновых протеаз; α_2 -МГ — универсального ингибитора всех четырех классов протеаз; ЛФ — обладающего антиоксидантными, антибактериальными и противовоспалительными свойствами.

Группу контроля составили 58 добровольцев в возрасте 35-55 лет.

Обрабатывались данные, полученные при анализе белкового спектра крови, с применением твердофазного иммуноферментного метода (в качестве маркера использовалась пероксидаза хрена) с использованием 96-луночных планшетов и низковольтного ракетного иммуноэлектрофореза с применением моноспецифических поликлональных антисывороток.

Твердофазным иммуноферментным методом определялась концентрация ЛФ, методом низковольтного ракетного иммуноэлектрофореза — содержание α_2 -МГ, α_1 -АТ и комплекса ПГ/ПН. Данные, полученные в контрольной группе, были приняты за норму — ПГ/ПН — $112,90 \pm 2,66$ мг/л; α_1 -АТ — $2,64 \pm 0,24$ г/л; α_2 -МГ — $2,57 \pm 0,34$ г/л; ЛФ — 612 ± 41 мкг/л. Полученные результаты обрабатывались с помощью методов математической статистики с вычислением Mann-Whitney Test для непараметрических независимых выборок.

Результаты. Согласно полученным данным, при ИМ с 1-х суток происходило снижение концентрации ПГ/ПН до $95,66 \pm 3,20$ мг/л ($p < 0,001$). Далее, к 5-м суткам, его содержание достоверно увеличивалось ($103,96 \pm 2,90$ мг/л; $p = 0,004$), но оставалось ниже контрольных данных. Только на 14-е сутки уровень исследуемой протеазы достигал нормы — $106,27 \pm 3,40$ мг/л (в сравнении с нормой $p > 0,05$). По-видимому, на фоне ИМ имеет место не только интенсивный расход ПГ/ПН в фибринолитических реакциях, но и замедленное восстановление содержания в крови этого важного компонента системы фибринолиза.

Содержание α_1 -АТ с 1-х по 10-е сутки оставалось в пределах нормы, затем к 14-м снижалось до $1,93 \pm 0,12$ г/л ($p < 0,01$). Поскольку α_1 -АТ — это основной ингибитор сериновых протеиназ,

то можно заключить, что избыточной активации протеолитических процессов в крови больных с ИМ не происходило.

Регистрировалось снижение концентрации α_2 -МГ с 1-х суток проведенного исследования ($1,82 \pm 0,11$ г/л; $p = 0,02$). В динамике содержание этого белка увеличивалось, и на 7-е сутки приближалось к норме — $1,99 \pm 0,09$ г/л ($p = 0,052$). В период с 7-х по 14-е сутки происходило дальнейшее нарастание концентрации α_2 -МГ, которая в конце исследования достигала $2,51 \pm 0,13$ г/л. Снижение содержания α_2 -МГ может иметь место либо когда данный белок расходуется в протеолитических реакциях, либо когда накапливается в очагах повреждения и воспаления. Поскольку низкая концентрация α_2 -МГ имела место при нормальном содержании α_1 -АТ, то потребление неспецифического ингибитора в системных протеолитических реакциях становится маловероятным. Скорее всего, α_2 -МГ в виде комплексов с протеазами откладывался в очаге повреждения, что характерно для него, как для белка, регулирующего воспалительный ответ.

С 1-х по 14-е сутки отмечено более чем 2-кратное увеличение содержание ЛФ в крови всех обследованных пациентов. При этом достоверного изменения его концентрации за все время проводимого исследования не наблюдалось, уровень ЛФ колебался от 1639 ± 197 мкг/л (1 сутки) до 1662 ± 177 мкг/л (14 сутки). Поскольку какие-либо инфекционные осложнения не характерны для больных ИМ, то повышенное содержание ЛФ свидетельствует об активации антиоксидантной системы организма. Как известно, железо-насыщенный ЛФ, представляя Fe^{3+} , может являться участником реакции образования гидроксильного радикала ОН- (по реакции Хабер-Вейса). С другой стороны, железо-ненасыщенный ЛФ, способный к связыванию ионов железа, может выступать белком, тормозящим образование свободных радикалов.

На сегодня установлено, что в очаге повреждения свободнорадикальные процессы могут значительно активироваться. С этих позиций ЛФ можно рассматривать, по-видимому, как один из факторов, способных регулировать указанные процессы.

Таким образом, изучение концентрации острофазовых белков в крови больных ИМ помогает проводить оценку патологических процессов, развивающихся как в организме, так и в очаге повреждения.

НИКИФОРОВА Н.В., РАТКИН И.К., РОССАМАХИН В.В.,
КАН С.Л., АРХИПОВА С.В., ТАНКОВ В.В.

*Городская клиническая больница № 29,
филиал ГУ НИИ общей реаниматологии РАМН,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКОВ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ В СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ И ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Использование современных лабораторных методов и новейшей диагностической аппаратуры позволило расширить наше представление о сущности процессов, происходящих при повреждении головного мозга. Четкое понимание механизмов и последовательности изменений в центральной нервной системе помогает в разработке и проведении патогенетически обоснованной терапии у данной категории пациентов.

Цель исследования — изучить изменение концентрации острофазовых белков в спинномозговой жидкости (СМЖ) пациентов, оперированных по поводу геморрагического гипертонического инсульта (ГИ) с формированием внутримозговых гематом и пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ).

Материалы и методы. Обследованы (1-7 сутки) 17 больных с ГИ (1-я группа) и 85 пострадавших с ТЧМТ (2-я группа), поступивших в стационар в крайне тяжелом состоянии, со степенью утраты сознания по шкале ком Глазго 5-9 баллов. У всех пациентов выявлены внутримозговые гематомы, что потребовало экстренного оперативного вмешательства. В СМЖ изучено изменение концентрации следующих белков острой фазы системного воспалительного ответа: альбумина (А) — основного белка, осуществляющего связывание и транспорт различных метаболитов и отражающего степень повреждения гематоэнцефалического барьера; α_2 -макроглобулина (α_2 -МГ) — ингибитора, оказывающего в ликворе основной антиплазминовый эффект; плазминогена/плазмина (ПГ/ПН) — одного из основных протеолитических ферментов организма; лактоферрина (ЛФ), обладающего антиоксидантными, антибактериальными и противовоспалительными свойствами. Группа контроля — 18 пациентов с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника (СМЖ получали перед проведением диагностической миелографии).

Концентрация белков определена с использованием иммунохимических методов. Данные контрольной группы были приняты за норму и составили: А — $0,18 \pm 0,02$ г/л; α_2 -МГ — $1,47 \pm 0,21$ мг/л; ПГ/ПН — $1,65 \pm 0,14$ мг/л; ЛФ — $4,56 \pm 1,49$ мкг/л. Результаты обрабатывались

с помощью методов математической статистики с исчислением Mann-Whitney Test для непараметрических независимых выборок.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что содержание А с 1-х суток было повышенным у всех обследованных пациентов. При этом достоверной разницы между группами не отмечалось — $1,30 \pm 0,42$ г/л в 1-й группе; $2,08 \pm 0,35$ г/л во 2-й ($p > 0,05$). В дальнейшем содержание А снижалось, но по 7-е сутки (включительно) превышало показатели контрольной группы. Данные изменения свидетельствуют, что при ГИ и ТЧМТ имела место одинаковая (III-IV) степень повреждения гематоэнцефалического барьера. Тем не менее, процессы с участием острофазовых белков, развивающиеся в ЦНС при двух указанных патологических состояниях, имели свои особенности.

Так, при ГИ содержание α_2 -МГ в 1-е сутки повышалось до $48,47 \pm 12,18$ мг/л, при ТЧМТ — до $112,55 \pm 28,51$ мг/л ($p = 0,02$). На 3-и сутки его уровень снижался до $23,62 \pm 3,91$ мг/л и $32,33 \pm 7,12$ мг/л, соответственно ($p > 0,05$), затем к 5-м вновь появлялась достоверная разница содержания α_2 -МГ, определенного в двух группах (при ТЧМТ концентрация была более высокой, $p = 0,03$). Следует отметить, что до конца исследования содержание ингибитора в СМЖ всех пациентов в несколько раз превышало данные контрольной группы. Учитывая свойства α_2 -МГ накапливаться в очагах повреждения и воспаления, можно говорить о развитии более выраженной местной воспалительной реакции в ответ на травматическое повреждение вещества головного мозга, чем аналогичные изменения при внутримозговых гематомах в результате ГИ.

У пациентов 1-й группы содержание ПГ/ПН в 1-е сутки достоверно не отличалось от данных контрольной группы. Далее, к 3-м суткам, его уровень снижался до $1,08 \pm 0,15$ мг/л ($p < 0,05$), и до конца исследования не достигал нормальной величины. При ТЧМТ концентрация этого фермента в 1-е сутки повышалась до $4,23 \pm 0,49$ мг/л ($p < 0,05$ в сравнении между группами; $p < 0,01$ в сравнении с контролем), затем снижалась до нормальной величины, но на про-



тяжении всего исследования была выше, чем у пациентов 1-й группы. Такое изменение концентрации изучаемого протеолитического фермента свидетельствовало, что при ГИ избыточного поступления ПГ/ПН в СМЖ не происходило. Тем не менее, зарегистрированное с 3-х суток снижение концентрации протеиназы подтверждает развитие в ЦНС ряда саногенных протеолитических реакций. При ТЧМТ отмечалось избыточное поступление ПГ/ПН, что является одним из факторов вторичного повреждения вещества головного мозга и требует специальных методов коррекции.

С 1-х по 7-е сутки отмечено многократное увеличение концентрации ЛФ у всех обследованных

пациентов. При этом достоверная разница между 1-й и 2-й группами появлялась с 3-х суток, когда при ГИ содержание ЛФ достигало $231,47 \pm 39,22$ мкг/л, при ТЧМТ — $112,51 \pm 17,06$ мкг/л ($p < 0,01$). По-видимому, при ГИ в ЦНС отмечается более выраженная активация свободнорадикальных процессов, чем и вызвано большее поступление ЛФ, обладающего антиоксидантными свойствами.

Таким образом, изучение концентрации острофазовых белков в СМЖ помогает проводить оценку патологических процессов, развивающихся в ЦНС, и способствует выбору правильной тактики лечения.

ОСИПОВА Е.А., СУРЖИКОВА Г.С., ЧЕВЫЧАЛОВА Е.В.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
Городская клиническая больница № 1,
г. Новокузнецк*

НЕОПТЕРИН КАК ПОКАЗАТЕЛЬ АКТИВАЦИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Клеточный иммунитет играет ведущую роль в защите организма от вирусных, грибковых и бактериальных инфекций. Активное участие в реализации клеточного иммунитета принимают Т-лимфоциты и система моноцитов/макрофагов. Полноценный иммунный ответ обеспечен только при активном взаимодействии между клетками, которое осуществляется с помощью цитокинов — биологически активных веществ, секретируемых активированными клетками иммунной системы. Определение концентрации отдельных цитокинов не всегда корректно использовать для оценки состояния клеточного иммунитета. Это связано с коротким периодом полужизни цитокинов, которые могут немедленно связаться со специфическими рецепторами, представленными на клетках-мишенях или циркулирующими в растворимой форме. Кроме того, биологический эффект одного цитокина, как правило, реализуется совместно с действием других. Поэтому концентрация отдельных цитокинов отражает только ограниченный взгляд на взаимодействие между ними и иммунокомпетентными клетками. В связи с этим, для оценки клеточного звена иммунного ответа наибольший интерес представляет измерение высвобождения биологически более инертного продукта — неоптерина.

Неоптерин относится к птеридинам, которые представляют собой гетерогенную группу веществ, производных гуанозинтрифосфата. По

химической структуре неоптерин — это D-эритро-1,2,3- тригидроксипропилптеридин — промежуточный продукт метаболизма гуанозинтрифосфата в биоптерин.

Концентрация неоптерина в плазме крови отражает совместное действие различных цитокинов на популяцию моноцитов/макрофагов, и исследование неоптерина представляет значительный интерес при инфекционных заболеваниях, хронических воспалительных процессах, сопровождающихся активацией иммунного ответа.

Цель исследования — изучение содержания неоптерина в сыворотке крови у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов.

Материалы и методы. Обследованы 63 женщины в возрасте от 23 до 48 лет с обострением хронического аднексита, эндометрита, находившиеся на лечении в гинекологическом отделении «Городской клинической больницы № 1» г. Новокузнецка. Длительность заболевания от полугода до 5 лет. Рецидивы заболевания отмечались с частотой 1 раз в 6 месяцев. Всем больным проведено клинико-лабораторное обследование: определение видоспецифических антител методом ИФА, выявление видо- и родоспецифических ДНК возбудителей, определяемых методом ПЦР, а также цитологическое исследование препаратов, взятых из цервикального канала и со слизистой влагалища. В окрашенных препаратах оценивалось на-

личие «ключевых клеток», почкующихся клеток, нитей псевдомицелия, признаков метаплазии цилиндрического эпителия эндоцервикса.

На основании проведенных исследований, сформированы группы больных: группа с признаками уреа- и микоплазменной инфекции ($n = 25$), группа с признаками вагинального кандидоза ($n = 17$) и хроническими воспалительными заболеваниями половых органов, вызванных хламидиями ($n = 21$).

Неоптерин у пациентов определяли методом ИФА в сыворотке крови с использованием диагностических наборов «Neopterin ELISA».

Результаты исследований. Уровень неоптерина у обследованных больных был значительно повышен и варьировал от 17 до 35 нмоль/л против референтных значений 9-11 нмоль/л ($p = 0,006$). У женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов уровень неоптерина в группе с признаками уреа- и микоплазменной инфекций составил $25,31 \pm 5,4$ нмоль/л, в группе больных с признаками вагинального кандидоза — $24,55 \pm 3,8$ нмоль/л, у пациентов с хламидийной инфекцией неоптерин был в пределах $21,26 \pm 3,71$ нмоль/л. Существенных различий в уровнях неоптерина у больных с хроническими

воспалительными заболеваниями половых органов, вызванных различными этиотропными факторами (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis*, *Candida albicans*) не выявлено.

При хронических воспалительных процессах отмечается активация иммунитета, одно из центральных мест иммунного реагирования принадлежит моноцитарно-макрофагальной системе, индикатором активности которой является неоптерин. Исследование неоптерина при хронических воспалительных заболеваниях половых органов является целесообразным, уровень его позволяет говорить о степени выраженности иммунного ответа при хронических инфекционно-воспалительных процессах, независимо от характера возбудителя инфекции. Повышение концентрации НП свидетельствует об активности хронического воспалительного процесса.

Повышение концентрации НП в сыворотке крови является адекватным клинико-лабораторным маркером активации клеточного иммунитета. Количественный анализ может быть использован для диагностики, оценки эффективности лечения и прогноза хронических воспалительных заболеваний.

СОКОЛОВСКИЙ В.С., КАНТУРОВ С.Г., ПРОЦИВ Я.А., ДОВБЕТА В.И., ЛЕВКИН С.Е.

*Кузбасский НИИ травматологии и реабилитации
Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей,
ГУЗ ОКОХБВЛ,
г. Прокопьевск*

ВЛИЯНИЕ ВНЕДРЕНИЯ ПЛЕКСУСНЫХ АНЕСТЕЗИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ НА СТРУКТУРУ ОБЕЗБОЛИВАНИЙ В ИТАР

Профиль, специализация лечебных учреждений оказывают существенное влияние не только на показатель хирургической и анестезиологической активности, но и во многом определяют структуру обезболиваний по больнице в целом. Если на выбор метода предстоящего обезболивания активное влияние оказывают характер, тяжесть и органная локализация основной патологии, травматичность, продолжительность оперативных вмешательств, положение пациентов на операционном столе и т.д., то определяющим в выборе средств анестезии выступает нозология и тяжесть сопутствующей патологии у наркотизируемых больных.

На современном этапе развития анестезиологической науки пришло понимание того, что общее обезболивание и регионарные методы анестезии не должны противопоставляться один другому. Мануальное и техническое исполнение

проводниковых анестезий в ЛПУ Кузбасса на протяжении ряда лет стало профессиональной прерогативой именно врачей анестезиологов-реаниматологов, что лишь подтверждает отсутствие на сегодняшний день причин для конкуренции при выборе наиболее безопасного метода обезболивания, а именно этими качествами и обладают регионарные способы анестезии. Врачи анестезиологи-реаниматологи ГУЗ ОКОХБВЛ, научные сотрудники института с 1984 года активно участвовали в разработке и внедрении в работу отделений ИТАР ЛПУ Кузбасса новых способов плексусного обезболивания, как верхней, так и нижней конечностей, а объективная оценка эффективности 25-летнего использования научных разработок практическим здравоохранением и составила предмет настоящего исследования.

Цель исследования — разработка новых способов плексусного обезболивания верхних, нижних



конечностей и изучение влияния их внедрения на динамику и структуру анестезиологических пособий в работе отделения ИТАР ГУЗ ОКОХБВЛ г. Прокопьевска.

Материал и методы. Результаты внедрения оригинальных методик плексусного обезболивания конечностей анализированы за 25-летний период их применения в отделении анестезиологии-реанимации крупнейшего (400 коек хирургического профиля) специализированного областного ортопедо-травматологического центра Кузбасса. Статистический анализ годовых отчетов показал, что только в 2007 году в больнице было пролечено 8645 больных. Хирургическая активность достигнута в 75,2 %, анестезиологическая — 60,3 %. При этом на верхних конечностях оперированы 1129 пациентов, а аналогичный количественный показатель для нижних конечностей составил 1421.

Способ анестезии плечевого сплетения (А.С. № 1286169).

Положение пациента горизонтальное, голова его располагается по средней линии, верхние конечности приведены к туловищу. На коже пациента красителем рисуется угол с вершиной — верхний край грудино-ключичного сочленения. Лучами угла являются: ось ключицы и прямая, соединяющая сосцевидный отросток с вершиной угла. На биссектрису полученного угла опускается перпендикуляр из середины ключицы, а точка их пересечения и является местом для вкола инъекционной иглы. Инъекционная игла продвигается под углом 40-45° относительно фронтальной плоскости пациента, но перпендикулярно оси его шейного отдела позвоночника на глубину 2,5-3,0 см. При появлении симптомов механического раздражения длинных ветвей плечевого сплетения вводится 45,0-50,0 мл анестезирующего раствора. Анестезия наступает через 15-20 минут.

Способ высокой плексусной анестезии нижней конечности.

Анестезия сакрального сплетения и запирающего нерва (патент на изобретение № 2240145). Точка предполагаемого вкола для инъекционной иглы на коже тела пациента определяется методом пальпации и локализуется на 2-3 см выше верхнего края большого вертела бедренной кости анестезируемой стороны. Кожа и подкожная клетчатка, места предполагаемого доступа к седалищному нерву инфильтрируют 3,0-5,0 мл 0,5 % раствора новокаина. Доступ к седалищному нерву осуществляется иглой в 12-14 см, которая вводится в ткани во фронтальной плоскости пациента и перпендикулярно оси его тела на глубину до соприкосновения с поверхностью тела подвздошной кости. Скользя кончиком иглы по поверхности тела подвздошной кости, продолжая погружать иглу в ткани до момента потери сопротивления или появления парестезий, которые являются критериями для анестезии седалищного нерва 40,0 мл соответствующей концентрации анестезирующего раствора в смеси с адреналином или без такового. Анестезия наступает через 15-20 минут. Блокада бедренного нерва осуществляется под Пупартовой связкой, по методике изложенной М.И., Кузиным и С.Ш. Харнасом. Анестезия латерального кожного нерва бедра по Nystrum.

Заключение. Внедрение предложенных способов плексусного обезболивания конечностей существенно изменило структуру анестезиологических пособий для 65 % больных травматологического профиля и значительно расширило частоту их применения в составе моно-, сочетанных и комбинированных анестезий. Предложенные способы плексусного обезболивания просты в исполнении, атравматичны, а по своей надежности и эффективности превосходят свои аналоги и прототипы.

СОКОЛОВСКИЙ В.С., КАНТУРОВ С.Г., ИВЛЕВА Н.Н.

Кузбасский НИИТР,

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,

ГУЗ ОКОХБВЛ,

г. Прокопьевск

ОСОБЕННОСТИ ПЕРФУЗИИ АНЕСТЕЗИРОВАННЫХ ТКАНЕЙ В УСЛОВИЯХ ИХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕСИМПАТИЗАЦИИ

Результаты выполненных исследований показали, что в условиях регионарных анестезий величина подфасциального давления в анестезированных конечностях существенно возрастает. Величина асимметрии давления у боль-

ных, оперированных под спинномозговой и эпидуральной анестезией, наблюдалась исходно, т.е. достигала статистически достоверных различий ($t > 3$). В условиях плексусных анестезий верхних конечностей величина подфасциального дав-



ления, по сравнению с интактными, увеличилось на более значимые величины: $t > 24,3$, $t > 24,0$. Результаты исследований потребовали своей интерпретации, что и определило цель научного поиска.

Цель исследования — изучение влияния высоких плексусных обезболиваний конечностей на состояние перфузии анестезированных тканей.

Материал и методы. Объектом исследования явились 6 пациентов с гнойно-септическими осложнениями после оперативных вмешательств на костях и суставах нижних конечностей, обязательным элементом при лечении которых применялось длительное внутриартериальное введение антибиотиков по катетеру, установленному превентивно в условиях операционных. Исследуемую группу наблюдений составили трое больных, которым оперативные вмешательства и в т.ч. катетеризации бедренных артерий осуществлялись в условиях плексусных анестезий, как и последовавшие за ними рентгенологические исследования.

После выполнения оперативных вмешательств и чрескожной катетеризации левой бедренной артерии по Сельдингеру больные транспортировались в рентгенкабинет, где им через катетеры, установленные в просвет бедренных артерий, в течение 5 минут вводилось по 40,0 мл 76 % раствора урографина. Затем каждому больному осуществлялась рентгенография области левого бедра в двух проекциях, но реализовывалась диагностическая процедура спустя 10 и 25 минут после введения контрастных растворов.

Контрольную группу исследований составили пациенты (3 чел.), которым внутриартериальное введение рентгеноконтрастного раствора и последующие рентгенологические исследования осуществлялись с помощью вышеописанной методики, но с тем отличием, что они реализовывались уже вне плексусных анестезий.

Результаты. Результаты научных поисков у всех больных основной группы наблюдений были однотипны, что подтверждено сопоставлением описаний данных рентгенологических исследований. В качестве примера служит описание рентгенограмм **больного Ф-ва**, 45 лет. Исследования показали, что через 10 минут после внутриартериального введения распространение контраста определялось по переднезадней поверхности проксимальной трети бедра в виде четкообразной сосудистой сети, соединенной между собой анастомозами. При этом диаметр сосудов колебался от 0,1 до 0,2 см. Отмечались также единичные скопления контраста, на фоне

сосудистой сети овальной формы, зернистой структуры, размерами до 0,8 см. На рентгенограммах, выполненных через 25 минут после внутриартериального введения контраста, заполнение сосудистой сети снижалось. Уменьшилось количество сосудов, но сохранилась сетчатость сосудистого рисунка, на фоне которого определялись скопления контраста овальной формы с достаточно ровными контурами, размерами до 0,8 см. Изменение рентгенологической картины связано с заполнением контрастом лимфатических сосудов верхней трети бедра и его лимфатических узлов.

Результаты рентгеноконтрастных исследований у трех больных контрольной группы наблюдений были также однотипны, что выразилось в полном отсутствии каких-либо следов присутствия контрастного вещества в тканях верхней трети бедра. Можно однозначно утверждать, что именно высокие плексусные анестезии нижних конечностей, на уровне клетчаточного пространства среднего этажа малого таза, обеспечивали максимально возможную вегетативную денервацию паравазальных симпатических сплетений не только кровеносных сосудов, но вовлекали в процесс вегетативной блокады стенки лимфатических сосудов и капилляров.

Фармакологическая же блокада вегетативных сплетений, расположенных в стенках лимфатических сосудов и капилляров, открывает шлюз и, тем самым, обеспечивает активное поступление в последние жидкости из межтканевого пространства. Можно утверждать, что жидкая часть крови, на участках с симпатической денервацией кровеносных сосудов, покидает сосудистое русло, т.е. она устремляется в межтканевое пространство, чем и объясняется увеличение подфасциального давления в условиях плексусных анестезий. Фармакологическая блокада вегетативных образований, локализованных в стенках лимфатических сосудов и капилляров, открывает дренажный шлюз последних, по которым и происходит отток ранее поступившей из кровеносных сосудов сердечно-сосудистой системы жидкой части крови, жидкости.

Таким образом, результаты выполненных исследований убедительно доказывают, что именно высокие плексусные анестезии конечностей обеспечивают создание искусственного вектора по более активному перемещению, на уровне капилляров сердечно-сосудистой системы, жидкой части крови в межтканевое пространство, а затем и в просвет капилляров, но уже лимфатической системы.



ТАНКОВ В.А., ПАНФИЛОВА Н.О., ПИЛЯЕВ Ю.А., ЧУРЛЯЕВ Ю.А.
Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк

РОЛЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ С РАЗВИТИЕМ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА

Основная масса экстрацеребральных осложнений у пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ) отмечается со стороны органов дыхания. При этом, в 61,2 % случаев возникает острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), сочетающийся с пневмонией. Легкие, включившись в патологический процесс, сами становятся дополнительным источником факторов, поддерживающих ДВС-синдром. В результате возникает порочный круг, что значительно отягощает течение патологического процесса. Присоединение бактериальной инфекции еще более усугубляет течение ДВС-синдрома и является дополнительным провоцирующим фактором в развитии тромботических и геморрагических осложнений. При этом отмечается избыточный выброс катехоламинов, что приводит к повреждению сосудов, в первую очередь сосудов легких, влияя на их функцию.

Нарушение функции эндотелия сопровождается увеличением агрегации тромбоцитов, задержкой кровяных пластинок и дополнительным поражением легочных капилляров. Расстройства легочного газообмена и прогрессирование нарушений кровообращения с усилением сосудистой проницаемости и увеличением отека интерстиции приводят к формированию особого структурно-функционального формирования состояния — ОРДС. В этом контексте пневмония рассматривается как завершающий этап легочных повреждений при ТЧМТ.

Цель исследования — анализ результатов рентгенологического обследования легких у пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой при развитии острого респираторного дистресс-синдрома.

Материалы и методы. Нами проведены рентгено-патоморфологические исследования легких 32-х пациентов, умерших в результате ТЧМТ. Все наблюдения были разделены на 2 группы: 1-ю группу наблюдений составили 15 случаев смерти от ТЧМТ. В нее вошли умершие в срок от нескольких часов до трех

суток после получения травмы. 2-ю группу составили 17 наблюдений пострадавших, проживших более трех суток после получения ТЧМТ. В обеих группах клинические проявления основного заболевания сопровождались дыхательной недостаточностью различной степени выраженности.

Результаты. В 1-й группе наблюдений рентгенологическая картина легких была примерно однотипной: у умерших в срок до 12 часов с момента получения ТЧМТ легкие выглядели воздушно, малокровно. С увеличением времени до 1-2-х суток рентгенологическая картина становилась более пестрой: верхушечные сегменты оставались малоизмененными, в задне-нижних отделах определялись неравномерные уплотнения, полнокровие, очаговые ателектазы, участки буллезного вздутия. В этой же группе больных довольно редко возникали пневмонии (3 случая), обычно сочетавшиеся с гнойным эндобронхитом.

Во 2-й группе наблюдений отмечались более значительные изменения в легких. Нарастали воспалительные проявления в бронхах, вплоть до явлений панбронхита. В 8 случаях имели место пневмонии, маскирующие картину ОРДС.

Необходимо отметить некоторые особенности поражения легких при ТЧМТ, которые отличались от таковых при других патологических состояниях, например, при кардиогенном или бактериально-токсическом шоке. Эти особенности заключались в том, что интерстициальный отек был мало выражен, преобладала рентгенологическая картина уплотнения межлунговой ткани легких.

Вывод: Описанная картина легочных изменений у пострадавших с ТЧМТ подтверждает необходимость проведения рентгенологического исследования легких в первые сутки после получения травмы.

Такой подход позволяет проводить своевременную диагностику развития легочных осложнений, что помогает в проведении адекватной терапии.



ТОМАШЕВСКИЙ И.А.

Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ОПТИМИЗАЦИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОЙ КАТЕГОРИИ РИСКА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ

Цель исследования — обосновать целесообразность использования сбалансированных растворов в ортопедической хирургии у пациентов с соматической патологией.

Материалы и методы. Исследованы 34 пациента с ортопедическими оперативными вмешательствами (эндопротезирования суставов нижней конечности). Средний возраст больных 65 ± 8 лет. Группа 1 (24 пациента) — инфузионная терапия на основе стандартного официального физиологического раствора из расчета 10 мл/кг массы тела с включением препаратов гидроксипрохлорида крахмала (200/0,5) 7 мл/кг массы тела и компонентов крови по показаниям (нарушения свертывания), гемотрансфузии не проводились. Группа 2 (20 больных) — включение в объем инфузионной терапии сбалансированного раствора Стерофундин изотонический (ББраун) из расчета 9 мл/кг массы тела. По коллоидным компонентам инфузионная терапия в группах была идентичной. Больные были сопоставимы по уровню анестезиологического риска по ASA, выбору пособия (регионарная анестезия), соматической патологии (98 % — кардиальная патология, 46 % — гипертоническая болезнь, 37 % — хроническая обструктивная болезнь легких). Лабораторные

показатели: общеклинические, мониторинг сегмента ST, динамика ЭКГ, гемостазиологические показатели, ионограмма и показатели КОС смешанной венозной крови, частота послеоперационных осложнений.

Результаты и обсуждение. Гемодинамические показатели в исследуемых группах не отличались и характеризовались стабильностью АД, достаточным темпом диуреза. В группе 1 отметили депрессию сегмента ST в 12 % случаев без клинической картины ангинозных болей, в группе 2 подобных изменений не отметили. По уровню электролитного состава: у 50 % больных 1 группы зафиксировали гипокалиемию по данным ЭКГ и ионограммы, в группе 2 гипокалиемия наблюдалась в 5 %. По данным гемостазиологических показателей группы не отличались. Отмечено увеличение частоты послеоперационных осложнений в виде обострения сопутствующих кардиологических заболеваний в группе 1 в сравнении с группой 2 — 23 % против 12 %, соответственно.

Заключение. Стерофундин показан в качестве базового инфузионного раствора при проведении анестезиологического пособия у пациентов высокого риска при эндопротезировании крупных суставов конечности.

ЧЕРЕНКОВ А.А., НЕКРАСОВ А.И., ПОНОМАРЕВ С.Б.

Ижевский филиал НИИ ФСИН России,

Управление федеральной службы исполнения наказаний России по Удмуртской Республике,
г. Ижевск

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР АНЕСТЕЗИОЛОГА В УСЛОВИЯХ УЧРЕЖДЕНИЙ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ: ВОПРОСЫ ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДА

Наряду с учреждениями министерства здравоохранения, медицинская помощь оказывается и в медицинских подразделениях других министерств и ведомств. В частности, в учреждениях федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН), она же уголовно-исполнительная система (УИС). Работа врача анестезиолога-реаниматолога в учреждениях УИС име-

ет свои особенности, связанные, прежде всего, со своеобразием спецконтингента и условиями функционирования службы.

В отличие от «гражданского здравоохранения», доверительные отношения в системе «врач — пациент» в УИС далеко не столь безусловны. Ввиду данной особенности, пациент может скрыть информацию о преморбидном фоне (на-



личии ВИЧ-инфекции, туберкулеза), времени приема воды и пищи, какой-либо другой важной информации. Помимо субъективного факта негативного отношения наших пациентов к врачам, как представителям администрации учреждения УИС, существует и ряд объективных факторов, имеющих существенное значение при сборе анамнеза и прогнозировании течения анестезии и раннего послеоперационного периода.

Факт повышенной концентрации в учреждениях УИС наркозависимых, токсикоманов, лиц с девиантными формами поведения является общеизвестным. По данным статистики УФСИН России по Удмуртской Республике, в настоящее время до 18 % лиц из числа подозреваемых, обвиняемых и осужденных наблюдаются как наркозависимые и склонные к употреблению психически активных веществ. Количество наркозависимых в учреждениях УФСИН России по Удмуртской Республике в 2007 году составило 318 человек, за аналогичный период прошлого года — 263 (увеличение на 20 %). До 25 % всех осужденных состоят на учете у психиатра.

Многие заключенные страдают запущенными формами заболеваний, негативно относятся к лечению и даже умышленно ухудшают состояние своего здоровья. Проведенный пятилетний анализ оперативных вмешательств одного из учреждений выявил, что на первом месте из сопутствующих заболеваний выступают различные формы туберкулеза легких (до 26 %), весьма высока концентрация больных с ВИЧ-инфекцией (11,6 %), гепатитами В и С (6,9 %), имеющими тяжелые расстройства, прежде всего, функций гемостаза. При этом у ряда больных преморбидные расстройства накладываются друг на друга.

Общеизвестен факт важности предоперационного осмотра пациента врачом анестезиологом. Недооценка в анализе информации о состоянии

преморбидного фона пациента, данных осмотра, лабораторных и функциональных проб может увеличить риск осложнений, как в интра-, так и в ранний послеоперационный период. В отличие от «гражданского здравоохранения», более важное значение имеет не собственно сбор анамнеза, а изучение медицинской документации, при этом всех больных целесообразно рассматривать как пациентов, которым присуща проблема «полного желудка».

При собственно осмотре больных более пристальное внимание следует обратить на состояние полости рта. Значительная часть наших пациентов страдает различными формами пародонтоза, у многих пациентов имеются выполненные непрофессионально «рандоловые» зубные протезы. Эти факторы создают повышенный риск травматизации зубов в процессе интубации трахеи. Важным нюансом является состояние носовых ходов. У значительной части наших пациентов в анамнезе имеются травмы носа. Зачастую это превращает банальную установку назогастрального зонда в сложнейшую манипуляцию.

Как уже указывалось выше, до 26 % лиц, содержащихся под стражей, больны различными формами туберкулеза легких (правда, в последние годы прослеживается тенденция к снижению данного показателя), весьма высок уровень больных с бронхиальной обструкцией, что во многом обусловлено курением дешевых сортов табака и (на «воле») каннабиноидов. Все эти факторы ведут к компрометации дыхательной системы и требуют тщательного подхода при выборе режимов ИВЛ.

Таким образом, предоперационный осмотр пациентов, содержащихся в учреждениях УИС, имеет свою специфику. Знание данной специфики позволит снизить частоту осложнений не только в учреждениях УИС, но и в «гражданском здравоохранении».

ЧЕШОКОВ Д.Н.

Городская клиническая больница № 29,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ПРИМЕНЕНИЕ ДАЛАРГИНА ДЛЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЗАЩИТЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Цель исследования — изучение эффекта модифицированной нейролептаналгезии с применением даларгина в комплексе анестезиологической защиты головного мозга при интракраниальных вмешательствах.

Материалы и методы. Обследовано 54 больных с опухолями головного мозга супратенториальной локализации на шести выделенных нами этапах анестезиологического пособия: 1-й — исходный, 2-й — вводный наркоз, 3-й — кожного раз-

реза, 4-й — рассечения твердой мозговой оболочки (ТМО), 5-й — удаления опухоли, 6-й — окончания операции. Исходную внутричерепную гипертензию диагностировали у всех больных.

Первую, контрольную, группу составили 24 человека, средний возраст $54,5 \pm 3,3$ года. Всем пациентам назначали стандартную премедиацию: на ночь фенobarбитал 0,2 г, за 40 минут до операции — дроперидол 5 мг, промедол 20 мг внутримышечно. В операционной проводили внутривенную премедиацию — димедрол 0,14 мг/кг, атропин 0,014 мг/кг. Индукция в наркоз осуществлялась сочетанием тиопентала натрия (5 мг/кг) и оксibuтирата натрия (50 мг/кг). Прямую ларингоскопию и интубацию трахеи осуществляли по общепринятой методике. Искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) проводили закисно-кислородной смесью в режиме умеренной гипервентиляции (PaCO_2 30 мм рт. ст.). К моменту кожного разреза вводились расчетные дозировки дроперидола (0,25 мг/кг), фентанила (0,005 мг/кг), для поддержания анестезии вводили указанные препараты по методике нейролептаналгезии — фентанил по 2 мл каждые 20-25 мин. операции, дроперидол по 2-3 мл каждые 1,5-2 часа операции.

Вторую, основную, группу составили 30 человек, средний возраст $52,7 \pm 2,4$ года. В стандартную премедиацию включали даларгин 1 мг внутримышечно. Вводный наркоз, ИВЛ осуществлялись по вышеописанной методике. В этой группе проводили модифицированную нейролептаналгезию: начиная с этапа рассечения ТМО и далее, по ходу операции, вводили внутривенно болюсно даларгин из расчета 0,015 мг/кг каждые 30 минут. Фентанил и дроперидол в указанных выше дозировках вводили однократно до кожного разреза.

Контроль среднего артериального давления (САД), внутричерепного давления (ВЧД) осуществляли с помощью мониторной системы «Sirecust 1260» на каждом этапе. Величину ВЧД вычисляли по значениям ликворного давления (ЛД). Для измерения ЛД использовали люмбальный катетер, проведенный в субарахноидальное пространство в начале вмешательства. Значения среднего АД и ЛД фиксировали непрерывно и рассчитывали церебральное перфузионное давление (ЦПД) по общепринятой формуле: $\text{ЦПД} = \text{среднее АД} - \text{ВЧД}$. Для исключения явлений сосудистого спазма проводилось исследование температурного гомеостаза — измерение центральной и периферической температур.

Результаты. Проведенные исследования показали, что в обеих группах на 1-м этапе регистрировалось высокое ВЧД, обусловленное наличием объемного образования в полости черепа. На 2-м

этапе отмечалось повышение ВЧД. На момент кожного разреза, в результате стабилизации анестезии, значения ВЧД в обеих группах возвращались к исходным величинам. На последующих этапах операции отмечалось снижение ВЧД, которое к окончанию операции оказывалось достоверно ниже ($p < 0,01$) исходных величин. Достоверного различия величины ВЧД на каждом этапе операции в основной и контрольной группах не отмечалось.

На протяжении всех этапов исследования значения ЦПД оставались стабильными в обеих группах. Однако, в основной группе ЦПД на всех этапах статистически достоверно ($p < 0,001$) превышало значения ЦПД, зафиксированные в контрольной группе, где значения ЦПД были близки к пороговым величинам.

Средняя продолжительность операции в 1-й группе составила $177,3 \pm 16,0$ минут. Количество введенного в ходе анестезии фентанила составило $0,69 \pm 0,05$ мг, дроперидола — $15,96 \pm 1,37$ мг. Восстановление сознания отмечалось через $69,4 \pm 1,2$ мин. Показатели центральной, периферической температур и их градиента свидетельствовали о развитии непреднамеренной интраоперационной гипотермии — центральная температура к окончанию операции снижалась до $35,2 \pm 0,4^\circ\text{C}$, градиент центральной и периферической температур в конце операции достоверно превышал градиент температур, зафиксированный в начале исследования.

В группе больных с применением даларгина продолжительность операции составила $173,5 \pm 8,6$ минуты, средняя доза введенного фентанила $0,33 \pm 0,02$ мг, дроперидола — $9,6 \pm 0,7$ мг, даларгина — $4,50 \pm 0,43$ мг. Восстановление сознания и клинически адекватного дыхания происходило в операционной, в проведении ИВЛ пациенты не нуждались. Раннее пробуждение позволяло провести оценку неврологического статуса больного в ближайшем послеоперационном периоде. Развития гипотермии не отмечалось — центральная температура к окончанию исследования составила $36,1 \pm 0,2^\circ\text{C}$, градиент температур по окончании операции был статистически достоверно меньше градиента температур, зафиксированного вначале.

Таким образом, улучшение мозгового кровотока за счет повышения ЦПД и цитопротекторных свойств даларгина позволяет уменьшить степень ишемического повреждения головного мозга при интракраниальных вмешательствах, не усугубляет уже существующую ишемию мозга, предотвращает развитие отека головного мозга. Использование даларгина позволяет снизить дозы вводимых депрессантов центральной нервной системы — фентанила и дроперидола.

ЧЕСНОКОВ Д.Н.

Городская клиническая больница № 29,
г. НовокузнецкОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИНОЦИЦЕПТИВНОЙ ЗАЩИТЫ
ПРИ КЛИПИРОВАНИИ АНЕВРИЗМ АРТЕРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Известна методика проведения анестезиологического пособия при удалении опухолей головного мозга, основанная на совместном введении анальгетика фентанила и α_2 -агониста центрального действия клофелина.

Цель исследования — изучение возможности использования вышеуказанного способа анестезии при клипировании аневризм артерий головного мозга.

Материалы и методы. Исследование проведено у 12 больных с аневризмами переднемозговой-переднесоединительной артерий, подвергнутых оперативному лечению, на шести выделенных нами этапах: 1-й — исходный, 2-й — вводный наркоз, 3-й — кожного разреза, 4-й — рассечения твердой мозговой оболочки (ТМО), 5-й — выделения и клипирования аневризмы, 6-й — окончания операции.

Премедикация осуществлялась стандартным способом. Вводный наркоз — внутривенным введением сочетания 1 % раствора тиопентала натрия (5 мг/кг) и 0,005 % раствора фентанила (100–200 мкг). Затем, на фоне миоплегии, проводили интубацию трахеи и переводили больного на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) смесью за-киси азота и кислорода. После этого начинали внутривенное введение инфузоматом фентанила (10 мл

0,005 % раствора) и клофелина (2 мл 0,01 % раствора) в 50 мл 0,9 % раствора натрия хлорида. Средняя скорость введения составила 0,2–0,4 мл/кг массы/ч. Как правило, к этапу кожного разреза дополнительно в/в болюсно вводили 200–300 мкг фентанила. Инфузионно-трансфузионную терапию проводили по общепринятым правилам. За 30–40 минут до окончания операции введение фентанила и клофелина прекращали, за 5–10 минут — переводили больного на ИВЛ воздушно-кислородной смесью. Во время операции проводили мониторинг артериального давления систолического, диастолического, среднего, частоты сердечных сокращений (ЧСС) на этапах исследования, КЩС крови.

Результаты исследования. Полученные данные представлены в таблице (n = 12).

Закключение. Проведенные исследования показали, что антиноцицептивная защита, реализуемая с помощью фентанила и клофелина, при хирургическом лечении аневризм артерий головного мозга обеспечивает адекватный уровень нейроветегативной защиты больного, характеризуется исключительной стабильностью гемодинамических и метаболических показателей гомеостаза. Данная методика анестезии обеспечивает быстрое пробуждение больного после операции.

Таблица

Исследуемые параметры	Этапы исследования					
	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й
АД сист. (мм рт. ст.)	120,0 ± 4,1	133,1 ± 4,1	118,3 ± 2,8	123,8 ± 4,5	125,4 ± 3,5	129,2 ± 4,1
АД диаст. (мм рт. ст.)	77,0 ± 3,3	87,5 ± 3,2	77,6 ± 2,5	81,6 ± 3,3	82,2 ± 4,0	83,5 ± 3,1
АД ср. (мм рт. ст.)	91,3 ± 2,8	102,6 ± 2,7	91,0 ± 2,6	95,6 ± 2,8	96,6 ± 3,1	98,7 ± 2,7
ЧСС (уд/мин)	75,8 ± 2,7	110,4 ± 2,8	95,0 ± 3,5	90,7 ± 3,4	85,1 ± 2,2	92,6 ± 3,7

ЧЕЧЕНИН М.Г., РАТКИН И.К., ВОЕВОДИН С.В., НИКИФОРОВА Н.В.

Городская клиническая больница № 29,
Филиал ГУ НИИ общей реаниматологии РАМН,
г. НовокузнецкПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЛЕГОЧНЫХ
ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Система дыхания у пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ) является одной из наиболее угрожаемых

по развитию экстрацеребральных инфекционных осложнений. В свою очередь, легочная патология может выступать в качестве фактора, значитель-

но утяжеляющего течение травматической болезни головного мозга. При этом ведущей причиной респираторных нарушений в раннем посттравматическом периоде является развитие пневмоний.

Цель исследования — оценить эффективность профилактики легочных инфекционных осложнений (пневмоний) у пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой путем прогнозирования вероятности их развития и выбора оптимального способа искусственной вентиляции легких и режима антибактериальной терапии.

Материалы и методы. Обследовано в динамике (1-9 сутки) 218 пострадавших с ТЧМТ, поступивших в стационар в крайне тяжелом состоянии, со степенью утраты сознания по шкале ком Глазго 5-9 баллов. Среди них 85 человек — основная группа, где применен метод прогнозирования и ранней профилактики легочных инфекционных осложнений; 133 — контрольная группа, в которой вышеуказанный метод не применялся. Эффективность метода оценивалась с использованием Chi-square test. У пострадавших основной группы применен способ прогнозирования развития легочных инфекционных осложнений по уровню лактоферрина (ЛФ) крови. С этой целью твердофазным иммуноферментным методом определялась концентрация указанного белка в 1, 3, 5 и 9 сутки. Все иммунохимические исследования выполнены на базе Центральной научно-исследовательской лаборатории Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей.

Результаты. При значении ЛФ менее 1000 нг/мл пострадавший рассматривался, как пациент с развивающимся легочным инфекционным осложнением, несмотря на отсутствие инструментальных и клинических признаков. Такой подход объясняется тем, что у 69 % по-

страдавших с ТЧМТ доклиническим проявлением легочных инфекционных осложнений является концентрация ЛФ крови менее 1000 нг/мл. В этом случае усиливалась антибактериальная терапия (применялись цефалоспорины III-IV поколения, меронем, ванкомицин в стандартной дозировке). Кроме того, выбирался оптимальный способ проведения длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ), включающий установку параметров работы респиратора с учетом роста (h), возраста (a) и массы тела (m); определения должной торакопульмональной растяжимости ($C_{\text{долж}}$); положительного давления конца выдоха ($P_{\text{ДКВ}_{\text{прин}}}$). При улучшении состояния пациента, переходили к вспомогательной вентиляции легких.

Во второй группе ИВЛ проводилась по стандартной методике. Смена антибактериальной терапии осуществлялась при клинической картине и рентгенологических признаках развития пневмонии. Сравнение результатов лечения показало, что в основной группе количество легочных инфекционных осложнений имело место у 55 чел. (64,7 %), в контрольной — у 114 чел. (85,7 %). Согласно критерию Chi-square test, $p = 0,0005$, что говорит о статистически достоверном снижении количества легочных инфекционных осложнений при использовании описанного метода прогнозирования и ранней профилактики. Летальность при ТЧМТ, осложненной развитием пневмонии, составила в основной группе 47,2 %, в контрольной — 63,1 %.

Таким образом, изменение тактики лечения пострадавших с ТЧМТ, основанное на прогнозировании легочных инфекционных осложнений по уровню ЛФ крови, позволяет снизить количество пневмоний в раннем посттравматическом периоде.

ЗНАЧЕНИЕ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ В ФОРМИРОВАНИИ РЕФЛЕКТОРНЫХ СИНДРОМОВ ШЕЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Патоморфологические субстраты, формирующие болевые синдромы шейного остеохондроза, многообразны. До введения в практику МРТ, распространенность грыж дисков при шейном остеохондрозе считалась невысокой. Методики выявления рентгеногегативных грыж дисков были инвазивными (дискография, пневмомиеелография, миелография с контрастными йодсодержащими растворами, флеспондилография и др.) и производились только тем пациентам, у которых наблюдались явные, выраженные и резистентные к консервативным методам лечения компрессионные синдромы. Исследователи полагали, что для грыж дисков характерны именно компрессионные синдромы. Консервативное лечение при грыжах дисков считалось бесперспективным. При введении в практику МРТ выяснилось, что грыжи дисков шейного отдела позвоночника имеют большое распространение (по данным А.М. Хелимского, 2000, — в 83,1 % случаев хронических дискогенных болевых синдромов) и часто не вызывают компрессию нервно-сосудистых образований. Выявление при МРТ грыж дисков приводит в ряде случаев к необоснованному расширению показаний к оперативному лечению без учета клинической симптоматики у конкретного больного.

Нам представляется, что показанием к оперативному лечению является не грыжа диска, а наличие компрессионного синдрома, резистентного к методам консервативного лечения.

Цель исследования — изучить возможность формирования грыжами шейных дисков комплекса рефлекторных синдромов (без компрессионных) и оценить эффективность дерцепции шейных дисков для лечения данной категории больных.

Материалы и методы. За период с 2004 по 2007 годы в нейрохирургической клинике ГKB № 29 обследованы 182 пациента. Эти больные имели следующие особенности: все поступили после комплексного консервативного лечения в течение более 2-х месяцев, которое было неэффективным; при МРТ обследовании у всех выявлены грыжи дисков шейного отдела позвоночника; были направлены с различными диагнозами только компрессионных синдромов для оперативного лечения («для удаления грыж дисков»).

При тщательном неврологическом обследовании, после анализа данных ЭМГ выявлено, что только 59 больных ($32,4 \pm 3,5$ %) имели компрес-

сионные синдромы, сочетающиеся с рефлекторными, и требовали декомпрессионных вмешательств. У 123 пациентов имелся комплекс рефлекторных синдромов, имитирующих компрессионные. Всем 123 пациентам проведена дерцепция шейных дисков по стандартной методике. В дальнейшем в течение 8-12 дней проводилось лечение, в том числе медикаментозные блокады.

Результаты и их обсуждение. При проведении дерцепции шейных дисков воспроизводились имеющиеся у 123 больных рефлекторные синдромы. Проводя дерцепцию, мы решали не только лечебные задачи, но и диагностические, т.е. устанавливали «виновные» диски, из которых формировались конкретные клинические синдромы. У 83 больных ($67,5 \pm 4,2$ %) характерные для них синдромы воспроизвелись с уровней, содержащих грыжи дисков, и из соседних, у 19 ($15,4 \pm 3,3$ %) — только с уровней с грыжами дисков, у 21 пациента ($17,1 \pm 3,4$ %) — с уровней, не содержащих грыжи дисков. Непосредственно после дерцепции шейных дисков все больные отмечали улучшение. Однако у 101 пациента ($82,1 \pm 3,5$ %) сохранялись клинические проявления (в меньшей степени, чем до дерцепции), обусловленные нейродистрофическими изменениями в «периферических» тканях — мышцах, связках, капсулах суставов. Дополнительное целенаправленное проведение медикаментозных блокад привело к исчезновению данных симптомов. Трудоспособность у пролеченных 123 больных восстановилась в сроки от 2 недель до 1,5 месяцев. 48 больных (39 %) предпочли изменить условия труда на более легкие.

Заключение. Для выбора адекватного метода диагностики комплекса синдромов шейного остеохондроза ведущим остается тщательное клиническо-неврологическое обследование. Выявленная при МРТ-обследовании грыжа шейного диска может не быть причиной ни компрессионных, ни рефлекторных синдромов (у 17,1 % пациентов при дерцепции дисков с уровней, содержащих грыжи, не было воспроизведения характерных болей). Больным с диагностированными грыжами шейных межпозвонковых дисков, не вызывающими компрессионные синдромы, целесообразно производить дерцепцию клинически актуальных дисков для ликвидации резистентных к консервативному лечению рефлекторных синдромов, не прибегая к декомпрессионно-стабилизирующим операциям.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДЕРЕЦЕПЦИИ ШЕЙНЫХ ДИСКОВ ПРИ ГРЫЖЕВЫХ ФОРМАХ РЕФЛЕКТОРНЫХ СИНДРОМОВ ШЕЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Сотрудниками Новокузнецкой нейрохирургической клиники изучалась эффективность дерецепции при не грыжевых формах рефлекторных синдромов шейного остеохондроза. О границах распространения вводимого в диски раствора судили по данным дискографии (А.И. Осна, 1969). Считалось, что при отсутствии разрыва фиброзного кольца вводимый раствор не распространяется за его пределы, а при наличии разрыва фиброзного кольца дерецепция категорически противопоказана. При этом не учитывали различные физико-химические свойства контрастного вещества для дискографии и спирт-новокаиновый раствор для дерецепции.

Цель исследования — выявление степени распространения из диска спирт-новокаинового раствора в ткани шейного отдела позвоночника, в которых может происходить химическая денервация во время проведения дерецепции шейных дисков.

Материал и методы. Исследовали препараты 20 трупов людей в возрасте от 37 до 86 лет, умерших от причин, не связанных с патологией шейного отдела позвоночника. Эксперимент проводили в первые 24 часа после наступления смерти. На 9 препаратах было исследовано 4 диска; на 7 — 3 диска; на 4-х — 2 диска. Всего изучено 65 дисков. В морге у трупа вырубали комплекс шейных позвонков (далее называемый «препарат»). С косметической целью шейные позвонки трупа замещались деревянным протезом. Каждый диск препарата пунктировали тонкими иглами, через которые заполняли полость диска контрастным веществом. Делали рентгенограммы (дискограммы) в прямой и боковой проекциях, по которым давали заключение о распространении контрастного вещества в дисках. По установленным в диски иглам вводили спирт-новокаиновый раствор (применяемый при дерецепции) с добавлением метиленовой синьки (1 мл на 10 мл). После этого удаляли дуги позвонков хирургическим инструментарием. Корешковые манжетки с корешками пересекали скальпелем с одной стороны как можно латеральнее (близко к межпозвонковым отверстиям). Дуральный мешок с корешковыми карманами отодвигали в противоположную отсеченным корешкам сторону. Каждый диск разрезали в горизонтальной (аксиальной) плоскости со стороны позвоночного канала

и визуально определяли область распространения спирт-новокаинового раствора с синькой.

Результаты и их обсуждение. При проведении дискографии различные варианты внутридискового дистрофического процесса (без грыжи) выявлены в 56 ($74,7 \pm 5\%$) из 75 дисков, емкость этих дисков была увеличена. Грыжи обнаружены в 19 дисках ($25,3 \pm 5\%$).

В 4-х дисках контрастное вещество вводилось при повторной пункции диска — получено контрастирование внутридискового пространства и вытекание окрашенного спирт-новокаинового раствора из канала, сформированного предыдущей пункцией. Дальше полости диска спирт-новокаиновый раствор не распространялся. Это следует учитывать в тех случаях, когда при дерецепции пункционная игла выходит из полости диска: повторная пункция диска не приведет к полноценному пропитыванию спирт-новокаиновым раствором периферических отделов диска.

При введении 0,2 мл спирта с синькой в диски, в которых отсутствовали грыжи, получено слабое окрашивание задней продольной связки. При повторном введении окрашенного спирт-новокаинового раствора до ощущения эластического сопротивления диска получено хорошее окрашивание задней продольной связки. Увеличение объема вводимого раствора приводило к пропитыванию периферических отделов диска и задней продольной связки. На аксиальном срезе окрашивался весь диск. Окрашивания твердой мозговой оболочки в этих препаратах не было.

При исследовании дисков с грыжами в стадии секвестрированной протрузии (17 дисков) получено окрашивание диска, задней продольной связки и твердой мозговой оболочки, соприкасающихся с грыжей диска. В двух сегментах при введении спирта в диски с частично выпавшими грыжами (где была нарушена целостность фиброзного кольца) мы наблюдали окрашивание лишь центральной части диска, и обильное вытекание спирта в позвоночный канал через грыжевые ворота. При вскрытии дурального мешка попадания окрашенного спирт-новокаинового раствора в интрадуральное пространство не выявлено.

При данной патогенетической ситуации (пролапсе диска) распространение спирт-новокаинового раствора и контрастного вещества, вводимого в полость диска, не отличается. 19 препаратов



твердой мозговой оболочки, подвергнутой воздействию окрашенного спирт-новокаинового раствора, изучались гистологически. Проницаемости для спирт-новокаинового раствора не выявлено.

Результаты сравнивали в трех сериях эксперимента: при нормальном фиброзном кольце, при протрузии диска, т.е. частичном нарушении фиброзного кольца, и при частичном пролапсе (полном нарушении целостности фиброзного кольца межпозвонкового диска).

Заключение. На основании результатов данного эксперимента можно предполагать, что в кли-

нических условиях химическая денервация происходит не только в диске и задней продольной связке, но и в ограниченной части эпидурального пространства и находящихся в этом пространстве элементах твердой мозговой оболочки. При введении спирт-новокаинового раствора в диск после повторной его пункции, произведенной в связи с технической погрешностью, раствор не доходит до периферии диска, вытекая из сформированного предыдущим проколом канала, и не обеспечивает полноценную «химическую перерезку» нервных окончаний, т.е. дерецепцию диска.

БУЛГАКОВ В.Н., КАРПЕНКО В.С., ЛУЦИК А.А.
*Городская клиническая больница № 29,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ОПТИМИЗАЦИЯ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА К ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОМУ ОТДЕЛУ ПОЗВОНОЧНИКА ДЛЯ ДЕКОМПРЕССИВНО-СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

Цель исследования — улучшение результатов хирургического лечения пациентов с разнообразной патологией пояснично-крестцового отдела позвоночника с использованием переднего надлобкового поперечного забрюшинного доступа.

Материал и методы. В эксперименте (100 экспериментальных операций), а затем в клинике (у 82 пациентов в возрасте от 4 до 58 лет) изучались параметры разработанного нами переднего надлобкового поперечного забрюшинного доступа и общепринятого переднебокового забрюшинного доступов.

Методика предложенной нами операции следующая (получен патент РФ на изобретение № 2209044 от 27.07.2003 г.): В положении пациента на спине с валиком под пояснично-крестцовым отделом позвоночника и опущенным головным концом на 10-15°, выполняли на коже маркировку линии разреза: на границе между верхней и средней третью расстояния между билякальной линией и верхним краем лонного сочленения проводится поперечная линия на 5-6 см в правую и в левую сторону. По намеченной линии выполняли поперечный разрез кожи, подкожной клетчатки и поверхностной фасции. По линии разреза кожи рассекали апоневроз с заходом под кожный лоскут вертикально вверх на 3-4 см. Отсеченный таким образом апоневроз имеет форму клина с закругленным концом и основанием расположенным на 2-3 см ниже пупочного кольца. Прямую мышцу живота (справа

или слева) вместе с нижней надчревной артерией и веной оттягивали латерально и впереди. Из под нее, ориентируясь по направлению к боковым отделам подвздошной кости, тупо раздвигали волокна поперечной фасции в области латеральных отделов подвздошной ямки и осуществляли доступ в забрюшинное пространство. По переднемедиальному краю большой поясничной мышцы и наружной подвздошной артерии и вены осуществляли подход к пояснично-крестцовому отделу позвоночника. Парietaльную брюшину отслаивали за среднюю линию и вместе с мочеточником смещали медиально, вместе с брюшной смещали срединно расположенную прямую кишку. После этого обнажалась площадка, ограниченная бифуркациями аорты и нижней полой вены сверху, левыми и правыми подвздошными сосудами по сторонам. Хорошо становится видна нижняя половина тела L5 позвонка, диск L5-S1 и передняя поверхность крестца до 3-го крестцового позвонка. Срединные крестцовые сосуды пересекали. Рассекали переднюю продольную связку, удаляли межпозвонковый диск или смежные отделы позвонков L5 и S1 с компрессирующим субстратом (в зависимости от вида и характера патологического процесса — грыжа диска, псевдоклин Урбана и др.). Операцию завершали спондилодезом пористым никилидом титана.

Результаты исследования и их обсуждение. Оперативные параметры доступа, выявленные при клиническом исследовании, практически не



отличались от экспериментальных данных. Доступ создает оптимальные пространственные соотношения в ране: малую глубину раны ($7,5 \pm 0,14$ см), большие углы наклона оси операционного действия ($85,1 \pm 0,5^\circ$), операционного действия по длине раны ($82,2 \pm 0,8^\circ$) и ширине раны ($79,5 \pm 0,8^\circ$). Это свидетельствует о хорошей возможности перемещения пальцев хирурга и инструментов в ране, создает наилучшие условия для хирургических манипуляций на пояснично-крестцовых позвонках, особенно при ревизии позвоночного канала, удаления из него компрессирующего субстрата. Предложенный нами доступ не вызывает косметического дефекта и уменьшает травматичность операции (кровопотеря минимальная), т.к. небольшой разрез кожи

(длина раны над лобком 10-12 см) и апоневроза делается параллельно линии прохождения волокон, не пересекается ни одна мышца, ни одна значимая артерия или нерв.

Использование разработанного нами переднего надлобкового поперечного забрюшинного доступа к пояснично-крестцовому сегменту позвоночника выполнено в клинике у 82 пациентов в возрасте от 4 до 58 лет со спондилолистезом L5 позвонка, эластических протрузиях или частично выпавших грыжах диска L5-S1 (но не пролапсах), опухоли передней поверхности крестца. Это позволяет рекомендовать предложенный метод лечения для более широкого внедрения в хирургическую практику нейрохирургов и ортопедов-травматологов.

ВАВИН В.В., МИНГАЛЕВ Н.В.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

НАШ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЭНДОНАЗАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РИНОЛИКВОРЕИ

Приблизительно в 80-90 % случаев риноликворея возникает в результате автодорных или других черепно-мозговых травм, в то же время, не менее 16 % этих повреждений носят ятрогенный характер и развиваются как осложнение хирургических вмешательств в полости носа и околоносовых пазухах (E.E. Dodson et al., 1994; M. Gjuric et al, 1996; D.C. Lanza et al, 1996).

Эндоскопический эндоназальный доступ при пластике интраоперационных повреждений твердой мозговой оболочки в настоящее время является наименее инвазивной методикой при вмешательствах в области ситовидной пластики, пазухах решетчатой кости, клиновидной пазухе, а также в полости турецкого седла (D.E. Mattox, D.W. Kennedy, 1990; E.E. Dodson et al., 1994; A.G. Zeitouni et al., 1994; M. Gjuric et al., 1996; S.P. Nao, 1996; D.C. Lanza et al., 1996).

Развитие эндоскопических методов ринохирургии сдерживается в России дефицитом необходимого оборудования, поэтому подавляющее большинство операций по поводу риноликвореи по-прежнему производится нейрохирургами с использованием более травматичных доступов (Козлов В.С. 1997).

Приводим 2 случая успешного эндоназального закрытия риноликвореи, проведенного нами.

Больной Г., 23 года, поступил в плановом порядке в ЛОР отделение ГКБ № 1 г. Новокузнецка с диагнозом: «Посттравматическая де-

формация клеток решетчатого лабиринта справа, хронический гиперпластический этмоидофронтит справа, посттравматический лептоменингит, хроническое течение. Гидроцефальный синдром». В анамнезе имелись многочисленные черепно-мозговые травмы, проходил стационарное лечение в неврологическом отделении по поводу хронического посттравматического лептоменингита. Беспокоили давящие проходящие боли в области глаза и лба справа. По данным спиральной компьютерной томографии имелось предположение о наличии опухоли решетчатого лабиринта справа (деформация клеток решетчатого лабиринта и отсутствие их пневматизации).

При эндоскопической ревизии решетчатого лабиринта справа с биопсией для уточнения диагноза под местной анестезией вскрыта Bulla ethmoidalis, просвет ее заполнен гиперплазированной слизистой оболочкой. За ней имелась тонкая костная пластинка, резецированная сразу над устьем верхнечелюстной пазухи на протяжении 3 мм. При этом отмечено обильное истечение прозрачной жидкости под давлением. Далее при ревизии среднего носового хода выявлены эктопированные вниз клетки, задние из которых были смещены на уровень нижней носовой раковины и заполненные гиперплазированной слизистой оболочкой. При срочном биохимическом анализе вытекающей жидкости подтверждено, что это ликвор. Выполнена пластика и тугая пломбировка дефекта передней черепной ямки дезинтегриро-

ванным лоскутом из средней носовой раковины. Дефект плотно пломбирован лоскутом. Ликворея прекратилась. Лоскут фиксирован тампоном с 1 % диоксидином.

Дальнейшее лечение проводилось совместно с нейрохирургом. На третьи сутки у больного развились явления менингита (с максимальным цитозом 117 в мкл). Проводились ежедневные пункции спинномозгового канала с введением антисептиков и с целью понижения ликворного давления, антибактериальная терапия, дегидратация. На перевязках производилась смена тампона, анемизация слизистой оболочки, эвакуация слизи и фибрина, обработка антисептиками. На восьмые сутки явления менингита разрешились, отмечено полное приращение лоскута и ликвидация постоперационного ринита. Выписан на 17 день после операции с выздоровлением. Амбулаторное наблюдение в течение 18 месяцев не выявило рецидива ликвореи, нарушений носового дыхания, обоняния, гнойных осложнений.

Больной С., 37 лет, диагноз: «Открытая черепно-мозговая травма, фронтобазальный перелом, риноликворея слева. Перелом костей носа, перелом нижней челюсти, скуловых костей, верх-

ней челюсти справа». Учитывая, что риноликворея сохранялась в течение 5 суток после травмы, было решено произвести закрытие дефекта передней черепной ямки эндоназально. При эндоскопическом осмотре полости носа слева выявлено опущение дна передней черепной ямки до уровня среднего носового хода. Верхняя и средняя носовые раковины смещены и вдавлены латерально. На глубине 35 мм выявлен дефект ситовидной пластинки и места прикрепления средней носовой раковины около 3 мм. Стеkanie ликвора. Средняя носовая раковина мобилизована и перемещена медиальной поверхностью к дефекту. Ликворея прекратилась. При этом разблокирован остеомагистральный комплекс. Установлен марлевый фиксирующий тампон с 1 % диоксидином, смена которого производилась на 3 и 5 сутки. Далее была отмечена стойкая ликвидация ликвореи и надежная фиксация лоскута. Вскоре больной выписан с выздоровлением. Амбулаторное наблюдение в течение 10 месяцев не выявило осложнений и рецидивов риноликвореи.

Таким образом, эндоназальный эндоскопический метод лечения риноликвореи является эффективной, минимально инвазивной техникой.

КАЗАНЦЕВ В.В., ЛУЦИК А.А., КОТЕНЕВ В.В.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ПЕРВОГО СЕГМЕНТА ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ МЕТОДОМ ТРАНСПОЗИЦИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ

Одной из причин вертебрально-базилярной сосудистой недостаточности (ВБСН) может быть патологическая извитость (ПИ) первого сегмента позвоночной артерии (ПА). Септальный стеноз в области перегиба артерии, представляющий патоморфологическую сущность гемодинамических нарушений, является показанием к хирургическому лечению.

Предлагаемые реконструктивные операции сопряжены с риском ишемических, тромботических и геморрагических осложнений, поскольку приходится временно выключать кровотоки в оперируемых артериях, сшивать сосуды и использовать антикоагулянты (Э.М. Баркаускас, П.А. Паулюкас, 1982; П.А. Паулюкас, 1991; А.А. Луцик, В.В. Казанцев, 2002, 2006).

Цель исследования — улучшение результатов хирургического лечения больных с ВБСН, обусловленной патологической извитостью ПА, на

основе использования метода транспозиции ствола ПКА.

Материал и методы. 56 больных от 28 до 67 лет (18 мужчин и 38 женщин) с ВБСН, обусловленной ПИ первого сегмента ПА, оперированных в Новокузнецкой нейрохирургической клинике с 2002 по 2007 гг. Методом случайной выборки больные были распределены на две репрезентативные по основным характеристикам группы: I группа, 29 человек (основная) — пациенты, которым проведены корригирующие операции, устраняющие септальный стеноз ПА методом транспозиции и фиксации ствола ПКА к прилежащим тканям; II группа, 27 человек (контрольная) — пациенты, которым по этому же поводу проведены различные реконструктивные операции на первом сегменте ПА (реимплантация устья ПА в ПКА, в устье щито-шейного ствола, общую сонную артерию, или сегментарная резекция участка ПИ с последующим наложением анастомоза

«конец-в-конец» или со стволом щито-шейного ствола).

Для диагностики использовались клинические, нейрофизиологические, ультразвуковые, лучевые методы исследований. С помощью ЭЭГ, РЭГ, АСВП и ТКД изучались коллатеральное кровообращение и толерантность мозга к ишемии.

Операции проводились под эндотрахеальным наркозом с мониторингом функционального состояния головного мозга, использованием увеличительно-осветительной оптики и микрохирургического инструментария.

Результаты и их обсуждение. Оценка результатов проводилась в раннем (до 1 месяца) и позднем (от 1 года до 5 лет) послеоперационных периодах по данным клинического, ультразвукового и нейрофизиологического исследований.

Положительные результаты в основной группе были отмечены в раннем периоде у 27 человек (93,1 %), в позднем — у 26 пациентов (89,7 %).

Положительные результаты в контрольной группе были отмечены в раннем периоде у 24 человек (88,9 %), в позднем — у 22 пациентов (81,5 %).

У пациентов I группы в раннем периоде существенных осложнений не было. У 2-х пациентов клинического эффекта в раннем периоде не отмечалось, так как сохранялась стойкая неврологическая симптоматика после перенесенных ранее инсультов. В позднем периоде ухудшение отмечено у 3-х больных за счет прогрессирующего атеросклероза.

Во II группе в раннем периоде у 2-х пациентов течение осложнилось послеоперационными гематомами вследствие повышенной кровоточивости тканей на фоне антикоагулянтной терапии. У одного из них сдавление ПА гематомой привело к развитию ишемического стволового инсульта. В третьем случае произошел тромбоз оперированной артерии с летальным исходом. В позднем

периоде отмечены ухудшения, связанные с рестенозом (2 случая) и атеросклерозом (2 случая).

Сравнивая ближайшие и отдаленные результаты 2-х групп оперированных больных, можно заметить преобладание положительных результатов в первой группе при отсутствии осложнений, имевших место во второй группе. Различия двух групп по распределению осложнений, связанных с применением разных методов устранения перегибов ПА, статистически высоко достоверны ($p < 0,01$).

Выводы:

1. Любая форма патологической извитости ПА у больных с ВБСН имеет гемодинамическое значение при наличии септального стеноза на участке ангуляции и подлежит хирургической коррекции.
2. Реконструктивные операции, проводимые для устранения перегибов ПА, сопряжены с риском геморрагических и ишемических осложнений, снижающих эффективность хирургического лечения ВБСН.
3. Преимущества корригирующих операций при патологической извитости ПА методом транспозиции ПКА заключаются в снижении риска осложнений, имеющих место при реконструктивных вмешательствах на ПА.
4. Использование метода транспозиции ПКА для коррекции патологической извитости ПА позволило улучшить результаты хирургического лечения больных с ВБСН в основной группе, по сравнению с контрольной.
5. В лечении больных с ВБСН, обусловленной патологической извитостью превертебрального сегмента ПА, при отсутствии сопутствующего органического стеноза устья ПА, рекомендуется использовать метод транспозиции ПКА, как «органосохраняющий» и более безопасный, по сравнению со сложными реконструктивными операциями на сосудах.

КАЗАНЦЕВ В.В., ЛУЦИК А.А., КОТЕНЕВ В.В.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ С-ОБРАЗНОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ МЕТОДОМ ТРАНСПОЗИЦИИ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

При цереброваскулярной болезни (ЦВБ), обусловленной патологической извитостью (ПИ) внутренних сонных артерий (ВСА) определяющее гемодинамическое значение имеет перегиб с формированием септального сте-

ноза. Данные ситуации могут быть врожденными (дисплазии) или приобретенными (атеросклероз, артерииты, артериальная гипертензия) и являются показанием для хирургической коррекции. Используемые реконструктивные операции со-



пряжены с риском ишемических, тромботических и геморрагических осложнений, поскольку на период реконструкции артерий временно выключается кровоток в них и в последующем накладывается сосудистый шов, что нередко требует применения антикоагулянтов (Э.М. Баркаускас, П.А. Паулюкас, 1982; П.А. Паулюкас, 1991; А.А. Луцик, В.В. Казанцев, 2002, 2006).

Цель — улучшение результатов хирургического лечения больных с ЦВБ, обусловленной С-образной патологической извитостью ВСА, на основе применения метода транспозиции и фиксации общей сонной артерии к передней продольной связке.

Материалы и методы. 52 больных от 24 до 65 лет (20 мужчин и 32 женщины) с ЦВБ, обусловленной С-образной патологической извитостью ВСА, оперированных в Новокузнецкой нейрохирургической клинике с 2002 по 2007 гг. Методом случайной выборки больные были распределены на две репрезентативные по основным характеристикам группы: I группа, 25 человек (основная) — пациенты, которым проведены корригирующие операции, устраняющие септальный стеноз в области перегиба ВСА методом транспозиции и фиксации ствола ОСА к передней продольной связке позвоночника; II группа, 27 человек (контрольная) — пациенты, которым проведены различные реконструктивные операции на ВСА в связи с ее патологической извитостью.

Для диагностики использовались клинические, нейрофизиологические, ультразвуковые, лучевые методы исследований. С помощью ЭЭГ, РЭГ, АСВП и ТКД исследовались коллатеральное кровообращение и толерантность мозга к ишемии, определяли показания для проведения операционной защиты мозга от ишемии.

Операции проводились под эндотрахеальным наркозом, с операционным мониторингом функционального состояния головного мозга.

Результаты и их обсуждение. Оценка результатов лечения проводилась по данным клинического, нейрофизиологического и ультразвукового исследований в раннем (до 1 месяца) и позднем (от 1 года до 5 лет) послеоперационных периодах.

Положительные результаты в основной группе были отмечены в раннем периоде у всех 25 человек (100 %), сохраняясь в позднем периоде у 22 пациентов (88 %); у 3-х пациентов (12 %) болезнь прогрессировала. Положительные результаты в контрольной группе были отмечены в раннем периоде у 23 человек (85,2 %), в позднем — у 21 пациента (77,8 %).

Во II группе в раннем периоде были осложнения: кровотечение с формированием гематомы шеи — 3 (11,1 %), в том числе с ишемическим инсультом — 2 (7,4 %), тромбоз оперированной ВСА — 1 (3,7 %), инфаркт миокарда (без тяжелых последствий) — 1 (3,7 %), гиперперфузионный синдром — 9 (33,3 %), парез подъязычного нерва — 4 (14,8 %).

В позднем периоде в контрольной группе ухудшения были связанные с рестенозом (2 случая инсульта — 7,4 %) и прогрессированием энцефалопатии (3 случая — 11,1 %).

Сравнивая ближайшие и отдаленные результаты 2-х групп оперированных больных, можно заметить преобладание положительных результатов в первой группе при отсутствии осложнений, имевших место во второй группе. Различия двух групп по распределению числа осложнений, связанных с применением разных методов устранения перегибов ПА, статистически высоко достоверны ($p < 0,01$).

Выводы:

1. С- и S-образные формы патологической извитости ВСА у больных с ЦВБ имеют гемодинамическое значение при наличии септального стеноза на участке ангуляции и подлежат хирургической коррекции.
2. Реконструктивные операции, проводимые для устранения перегибов ВСА, сопряжены с риском тромбо-геморрагических, стенотических и других осложнений, снижающих эффективность хирургического лечения данной категории больных.
3. Преимущество корригирующих операций при С- и S-образных патологических извитостях ВСА методом транспозиции и фиксации ОСА к передней продольной связке позвоночника перед реконструктивными заключается в значительном снижении риска осложнений, наблюдающихся в контрольной группе.
4. Использование метода транспозиции ОСА с целью коррекции патологической извитости ВСА позволило получить лучшие результаты хирургического лечения больных с ЦВБ в основной группе, по сравнению с контрольной.
5. При отсутствии сопутствующего атеросклеротического стеноза устья ВСА метод транспозиции ОСА с фиксацией к передней продольной связке позвоночника для устранения С- и S-образных перегибов ВСА является предпочтительной альтернативой реконструктивным вмешательствам и может быть рекомендован в лечении больных с ЦВБ, обусловленной патологической извитостью ВСА.

НАШ ОПЫТ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИРИНГОМИЕЛИИ ПРИ АНОМАЛИИ КИАРИ I

В течение длительного периода времени единственным оперативным вмешательством при синингомиелии была операция Пуссепса. В 1973 году широкое распространение получила операция Гарднера, обосновавшего гидродинамическую теорию синингомиелии при патологии краниовертебральной области, одной из которой является аномалия Киари.

Существующие аномалии черепа, верхне-шейного отдела позвоночника, опущение миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие, а также сопутствующий спаечный процесс ЗЧЯ, особенно в отверстии Мажанди, приводит к нарушению ликвородинамики. Повышение градиента ликворного давления в центральном спинномозговом канале при его незапачении по сравнению с субарахноидальным пространством спинного мозга является причиной синингомиелитических кист.

В настоящее время Операция Гарднера в ее классическом варианте осуществляется редко. Предложенные модификации заключаются в резекционной трепанации задней черепной ямки (ЗЧЯ), рассечении твердой и арахноидальной оболочек с резекцией или без резекции миндалин мозжечка с реконструкцией большой затылочной цистерны. К дополнительным вмешательствам относятся ликворошунтирующие операции.

Показаниями к проведению хирургического вмешательства при этой патологии, опубликованными в 2005 году О.Е. Егоровым являются:

1. Быстро-медленно-прогрессирующие формы аномалии Киари I типа.
2. Нарастание выраженности общемозговых и очаговых неврологических симптомов.

Материал и методы. За период с 2003 по 2007 гг. были оперированы 5 больных с аномалией Киари I типа — 4 женщины и 2 мужчин в возрасте от 19 до 51 года. Клиническая картина была представлена гипертензионно-гидроцефальным синдромом, пирамидно-бульбарным и синингомиелитическим синдромом у 4 больных, гипертензионно-гидроцефальным и синингомиелитическим синдромом у 1 больного. Изолированно синингомиелитический синдром не встречался ни у одного больного. Больным проведены рентгенологическое, нейрофизиологическое и МРТ исследования.

Хирургическое вмешательство было направлено на решение следующих **задач**:

1. Выравнивание градиента ликворного давления на краниоспинальном уровне за счет вос-

становления ликвороциркуляции из отверстия Мажанди и БЗЦ в спинальное субарахноидальное пространство.

2. Декомпрессия продолговатого мозга и верхних сегментов спинного мозга на краниовертебральном уровне.
3. Закрытие входа в центральный канал спинного мозга.
4. Реконструкция большого затылочного отверстия.

Операция проводилась в положении сидя, что обеспечивало точную ориентировку средней линии при доступе и значительно уменьшало кровопотерю. Рассечение мягких тканей проводилось по Наффцигеру-Тауну, экономно резецировалась затылочная кость по заднему краю БЗО. У некоторых больных проводилась ламинэктомия С1 позвонка. Рассечение ТМО с использованием микрохирургической техники позволяло избежать преждевременного вскрытия арахноидальной оболочки и массивного истечения ликвора из большой затылочной цистерны. Осмотр мозговых структур и субарахноидального пространства через паутинную оболочку под оптическим увеличением позволял до ее вскрытия уточнить расположение сосудов, миндалин мозжечка и, тем самым, избежать их повреждения. После продольного вскрытия, арахноидальную оболочку подшивали к ТМО. Атрауматично рассекали спайки в отверстии Мажанди, особенно стремились освободить от спаек сосуды и продолговатый мозг. В трех случаях, при грубом спаечном процессе и в отсутствии гарантии в его рецидиве, наложен трансильвиев вентрикулоцистерный анастомоз. Резекцию миндалин мозжечка до 70 % их объема производили субпиально с помощью ультразвукового десектора. Важным этапом являлось разобщение полости IV желудочка и центрального канала спинного мозга. Вход в канал располагался в области задвижки и во всех случаях был расширен, его разрывтие проводилось тампонадой кусочком мышечной ткани. Твердая мозговая оболочка ушивалась герметично.

Результаты лечения оценивались в раннем и отдаленном послеоперационном периодах. Положительные результаты достигнуты у всех больных. Сразу после операции у всех больных регрессировал гипертензионно-гидроцефальный синдром, в ближайшие месяцы — пирамидно-бульбарный. По данным МРТ-исследования, у всех больных в сроки от 6 месяцев до 1 года после операции отмечено восстановление проходимости



спинального субарахноидального пространства и значительное уменьшение сирингомиелической кисты, что совпадало с регрессом спинальной симптоматики.

Выводы:

1. Хирургическое вмешательство является основным методом лечения аномалии Киари I типа.

2. Микрохирургическое вмешательство позволяет атравматично ликвидировать компрессию продолговатого и спинного мозга, разобщить полость IV желудочка от центрального канала спинного мозга и восстановить нарушенную ликвороциркуляцию, как одну из причин сирингомиелии.

КАРПЕНКО В.С., ЕПИФАНЦЕВ А.Г., БУЛГАКОВ В.Н., КУЗИН В.А.

Городская клиническая больница 29,
г. Новокузнецк

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТАЛЛОИМПЛАНТАТОВ ИЗ НИКЕЛИДА-ТИТАНА

Первичные опухоли и опухолеподобные заболевания позвоночника составляют 5-9 % от всех новообразований позвоночника. С учетом метастатических поражений, этот показатель достигает 15-18 %. Несмотря на успехи хирургической нейровертебрологии, многие вопросы лечения опухолевых поражений позвоночника, особенно у больных с метастатическими поражениями, во многом остаются нерешенными. В первую очередь, это касается диагностики, тактики и последовательности хирургического лечения, показаний, противопоказаний и сроков оперативного вмешательства, методов декомпрессии и выбора материалов и конструкций для стабилизации пораженных позвоночных сегментов, схем и режимов комплексного воздействия на опухолевый процесс.

За период с 1978 по 2003 годы в Новокузнецкой нейрохирургической клинике находились на лечении 69 больных с различными нозологическими формами опухолевых поражений позвоночника со сдавлением и без сдавления содержимого позвоночного канала, в том числе 4 детей, 38 мужчин и 27 женщин. Возраст варьировал от 5 до 70 лет.

Анализ литературных данных и наши наблюдения позволяют высказаться за активное направление в хирургии опухолей позвоночника, так как другие методы (химио-рентгенотерапия) имеют ограниченное и далеко не главное применение.

Показания к операции были следующие:

1. Первичные опухоли позвоночника (49 больных).
2. Метастатические поражения позвоночника (20 больных):
 - а) одиночный метастаз;
 - б) синдром сдавления спинного мозга и его корешков;

в) компенсированное состояние больного.

3. Ожидаемая продолжительность жизни более 6 месяцев при известном первичном опухолевом процессе.

Противопоказаниями для операции являлись:

1. Диффузное метастазирование при известном первичном опухолевом процессе и плохом прогнозе.
2. Тяжелое, декомпенсированное состояние больного.

В ведущих клиниках России подход к лечению опухолевых поражений позвоночника практически един — декомпрессиивно-стабилизирующие операции. Если разработанные доступы позволяют провести циркулярную декомпрессию спинного мозга и его корешков при тотальном поражении позвонка, то проблема надежной стабилизации позвоночника при этой ситуации до конца не решена.

В настоящее время не существует конструкции, способной выдерживать нагрузки одинаково адекватно как спереди, так и сзади. Поэтому мы, как и многие вертебрологи, предпочитаем раздельную фиксацию, вначале заднего опорно-связочного комплекса, а затем переднего опорного комплекса в один или два этапа, с целью замещения функции как основной, так и вспомогательной подсистем.

На современном этапе, из существующих способов заднего спондилодеза, многоуровневая фиксация позвоночника транспедикулярной конструкцией является оптимальной, хотя и имеется ряд отрицательных сторон, материалы же для замещения пораженного тела позвонка самые разнообразные. В нашей клинике используются металлоимплантаты из никелида-титана, сочетающие в себе биохимическую и биомеханическую совместимость с тканями организма

и позволяющие создать опорную функцию позвоночника.

На основании анализа наших наблюдений и литературных данных, мы руководствовались следующими принципами лечения больных с опухолевыми поражениями позвоночника:

1. Ранний диагноз и раннее, без промедления, активное хирургическое лечение опухолевых поражений позвоночника обеспечивает хороший функциональный исход лечения и улучшает качество жизни.
2. Радикальное удаление опухоли с полноценной декомпрессией спинного мозга и надежной передней или задней стабилизацией позвоночника в зависимости от локализации поражения
3. Металлоимплантат из пористого никелида-титана является идеальным материалом для замещения пораженного тела позвонка и создает надежный опорный спондилодез.
4. Двухэтапность операции при поражении передних и задних структур позвоночника.

При тотальном поражении позвонка первым этапом является задняя декомпрессивно-стабилизирующая операция, а затем удаление тела позвонка с замещением металлоимплантатом из никелида-титана.

5. Тотальное поражение позвонка диктует необходимость циркулярной декомпрессии спинного мозга и его корешков.
6. Первичная надежная стабилизация позвоночника, предпочтительно в сочетании с передней и задней стабилизирующей операцией, позволяет активизировать больного в ранние сроки.
7. Сдавление спинного мозга, независимо от нозологической формы опухолевого поражения позвоночника, является прямым показанием к декомпрессивно-стабилизирующей операции как можно в ранние сроки.
8. Терапия опухолей позвоночника должна быть комбинированной, включая хирургическое, радиологическое и химиотерапевтическое лечение.

КОЛОТОВ Е.Б., ЕВСЮКОВ А.В.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,

г. Новокузнецк

СОЧЕТАНИЕ РЕФЛЕКТОРНЫХ СИНДРОМОВ ОСТЕОХОНДРОЗА И СПОНДИЛОАРТРОЗА

Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника относятся к наиболее распространенным заболеваниям человека. В структуре заболеваний нервной системы в амбулаторно-поликлинических учреждениях на их долю приходится до 70 %, в стационарных — до 55,5 %. Спондилоартроз следует рассматривать как дегенеративно-дистрофическое поражение дугоотростчатых суставов (ДС), которое развивается в той же последовательности патоморфологических изменений, как при остеоартрозе периферических суставов. Вторичный спондилоартроз часто развивается на фоне остеохондроза.

Цель исследования — улучшить результаты лечения больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника путем изучения клинических проявлений спондилоартроза в сочетании с рефлекторными синдромами остеохондроза и разработки методов их дифференциальной диагностики и комплексного лечения.

Материалы и методы. Основная группа состояла из 110 больных (64 женщины, 46 мужчин), у которых было сочетание некомпрессионных синдромов спондилоартроза и остеохондроза на

шейном (51 больной) и поясничном (59 больных) уровнях.

В качестве контрольной группы было выбрано 60 человек (36 женщин и 24 мужчин), находившихся на стационарном лечении по поводу рефлекторно-болевых синдромов остеохондроза и получавших стандартное комплексное лечение остеохондроза позвоночника (за исключением дерекцепции дугоотростчатых суставов). Обе группы были статистически однородны ($p < 0.05$).

Всем больным проводилось клиничко-неврологическое, офтальмологическое, нейрофизиологическое, рентгенологическое исследования, КТ или МРТ, а также мануальное тестирование.

Для доказательства зависимости рефлекторных синдромов от остеохондроза позвоночника использовали дерекцепцию межпозвонковых дисков. Дерекцепция выполнялась на всех уровнях клинически актуального отдела позвоночника у каждого больного.

По аналогии с дерекцепцией межпозвонковых дисков, для воспроизведения рефлекторно-болевых синдромов спондилоартроза выполняли лечебно-диагностические блокады дугоотростчатых суставов на шейном уровне у 51 пациента,



на поясничном — у 59 больных. Всего обследовано 412 ДС: 184 в шейном отделе позвоночника, 256 — на поясничном уровне. Исследование с последующей денервацией ДС выполняли не только на клинически значимом уровне, но и на смежных с ним.

Результаты и обсуждение. Рефлекторные синдромы остеохондроза и спондилоартроза, диагностированные до пункционных процедур, совпадали с воспроизводимыми из межпозвонковых дисков и из области ДС болевыми феноменами. Клинические проявления рефлекторно-болевых синдромов остеохондроза и спондилоартроза оказались схожи. Местные болевые синдромы были ведущими, имелись у каждого пациента. У 85 % больных в местах локализации болей обнаружены проявления нейроостеофиброза. При попытке определить закономерность локализации болевых синдромов остеохондроза и спондилоартроза в зависимости от уровня клинически актуальных позвоночных двигательных сегментов (ПДС) оказалось, что патологическая импульсация из верхне-шейных ПДС (C2-C4) у 30 больных (58,8 %) формирует отраженные боли, миодистонические и дистрофические синдромы в области шеи, надплечий, а из ПДС C4-C7-Th1 у 21 больного (41,2 %) — в руках, в межлопаточной области и передней грудной стенки.

На поясничном уровне отраженные боли иррадиировали в область почек, реберно-позвоночный угол, в пупочную область, что соответствовало ПДС Th12-L3 (24 пациента, 40,6 %). Из нижнепоясничных ПДС болевой синдром распространялся в паховую и аногенитальную области (35 пациентов, 59,4 %). У 38 больных (34,5 %, $p < 0,01$) воспроизвелись одни и те же синдромы, как из межпозвонкового диска, так и из соответствующих ему дугоотростчатых суставов, что объясняется, по всей видимости, общностью иннервации межпозвонковых дисков и соответствующих им смежных ДС.

Клиническое выздоровление выявлено в основной группе на 10 % больше, чем в контрольной группе, значительное улучшение — на 19 %. Достоверно ($p < 0,05$) уменьшилось число пациентов с незначительным результатом лечения (на 14 %).

Заключение. Рефлекторно-болевые синдромы остеохондроза схожи по своим клиническим проявлениям с подобными синдромами остеохондроза, что объясняется общностью иннервации межпозвонковых дисков и ДС. Сочетание рефлекторных синдромов спондилоартроза и остеохондроза требует дифференцированного подхода к лечению, которое должно включать в себя последовательное применение дерцепции межпозвонковых дисков и ДС.

КОЛОТОВ Е.Б., ЕВСЮКОВ А.В., ПЕГАНОВА М.А.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ПУНКЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕФЛЕКТОРНЫХ СИНДРОМОВ СПОНДИЛОАРТРОЗА

Спондилоартроз — дистрофическое поражение дугоотростчатых суставов (ДС), которое развивается в той же последовательности морфологических изменений, как при остеоартрозе периферических суставов. В зарубежной литературе практически любые хронические болевые проявления в области позвоночника называют «фасеточным синдромом», который диагностируют даже при отсутствии рентгенологического подтверждения артроза ДС.

Главным диагностическим показателем «фасеточного синдрома» считают положительный результат новокаиновой блокады ДС. Livsnits et Gepstein, например, утверждают, что артроз ДС служит причиной поясничного болевого синдрома в 54 %, а патология межпозвонковых дисков — только в 20 %. Следует отметить, что под патологией межпозвонковых дисков указанные авторы понимают лишь грыжевые выпячивания и

совершенно не учитывают рефлекторные (некомпрессионные) синдромы остеохондроза, которые в нашей клинике хорошо изучены благодаря дископункционным методам исследования.

Нам представилось целесообразным провести подобные исследования при спондилоартрозе путем введения раствора в область пораженных дугоотростчатых суставов.

Материалы и методы. Были обследованы 108 больных с некомпрессионными синдромами спондилоартроза на всех уровнях позвоночного столба (шейный отдел — 24 пациента, грудной — 26, поясничный — 58), которые лечились дерцепцией ДС. Как и при дерцепции межпозвонковых дисков, пациент определял свои ощущения при введении в область ДС раствора соды. Наша задача заключалась в выявлении клинически значимого из пораженных ДС, т.е. того сустава, из которого воспроизводились

«знакомые больному», характерные для его заболевания болевые синдромы.

Как показали наши наблюдения, клинически значимый ДС можно было предварительно определить по выраженной болезненности при пальпации в паравerteбральной области над пораженным ДС, когда боль часто иррадиировала в место локализации болевого синдрома. У всех больных имелось подтверждение артроза ДС по данным лучевой диагностики (проводились обзорная рентгенография заинтересованного отдела позвоночника, КТ и МРТ).

Пунктировали не только болезненный при пальпации ДС, но и оба соседних, т.к. далеко не всегда рентгенологическая картина выявляет клинически актуальный ДС. Кроме того, не исключалась возможность формирования различных синдромов от каждого из пунктированных ДС в «очаге спондилоартроза». Представление об ответственности клинически значимого ДС за воспроизведенный болевой синдром перепроверяли путем введения концентрированного анестетика, который ликвидировал боль. Для получения стойкого результата и денервации (дерцепции) суставных нервов вводили спирт-новокаиновый раствор в соотношении 1 : 1.

Результаты и их обсуждение. Рефлекторные синдромы спондилоартроза, выявленные до пункционного обследования, совпадали с полученными во время дерцепции. Местные болевые синдромы были ведущими, имелись у каждого пациента. Отраженные боли чаще локализовались в межлопаточной и надключичной областях, вдоль ребер, в области грудины и передней грудной стенки, реберной дуги сзади. Удалось выявить и такие болевые синдромы, как псевдокардиальный и псевдоабдоминальный. Рефлекторные миодистонические и миодистрофические синдромы формировались преимущественно в параверте-

бральных мышцах в виде болезненного их напряжения, которое обычно регрессировало после пункционного лечебного воздействия. Комплекс пораженных артрозом соседних дугоотростчатых суставов, патологическая импульсация из которых формирует специфический рефлекторный синдром, целесообразно объединять в понятие «очаг спондилоартроза». Пункционное лечебно-диагностическое вмешательство на каждом из этих ДС позволяет диагностировать все рефлекторные синдромы и оказать лечебное воздействие на очаг спондилоартроза.

Результаты денервации ДС оказались значительно лучше, чем после традиционного консервативного лечения. Они прослежены в период от 0,5 года до 2,5 лет. Отличные результаты составили 63 %, хорошие — 37 %. Неудовлетворительных результатов и осложнений при проведении данной процедуры не было.

Заключение. Пункционные лечебно-диагностические вмешательства на дугоотростчатых суставах играют решающую роль в диагностике рефлекторных синдромов спондилоартроза путем их воспроизведения, а затем ликвидации (денервации) введением спирт-новокаинового раствора к области суставного нерва. Рефлекторные (некомпрессионные) синдромы клинически актуального спондилоартроза многообразны и имеют сходство с рефлекторными проявлениями остеохондроза позвоночника в связи с общностью вегетативной иннервации межпозвонковых дисков и дугоотростчатых суставов.

Лечение спондилоартроза должно быть комплексным и начинаться с назначения обезболивающих, спазмолитических, нестероидных противовоспалительных средств, физиотерапевтических процедур, мануальной терапии. Лишь при неэффективности консервативного лечения показана дерцепция суставных нервов.

КОТЕНЕВ В.В.

Городская клиническая больница 29,
г. Новокузнецк

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ АНОМАЛИИ ПАУЭРСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА

Цель исследования — выявление особенностей ишемических нарушений у пациентов с аномалией Пауэрса справа (АП), т.е. латеральным смещением устья правой позвоночной артерии, в зависимости от

пола и возраста, с помощью ангиографического метода.

Материал и методы. За период 2003-2005 гг. выполнено исследование 24 больных — 12 женщин и 12 мужчин в возрасте от 21 до 60 лет, с



аномалией Пауэрса справа. Использованы: клинический неврологический метод, трансфеморальная селективная ангиография по методике Сельдингера ветвей дуги аорты на аппарате Philips Integris CV.

Результаты. Ишемический инсульт (ИИ) в вертебрально-базиллярном бассейне (ВББ) наблюдался у 12 пациентов, что составило 50 % от всего количества ишемических нарушений. При латеральном смещении устья правой позвоночной артерии без комбинированного поражения выявлено 5 случаев ИИ в ВББ (41,7 %), при этом в 3 случаях у мужчин: 2 наблюдения в возрастной группе до 30 лет и 1 наблюдение в возрасте 41-50 лет; среди женщин — 2 ИИ в возрастной группе 41-50 лет. При латеральном смещении устья правой позвоночной артерии в комбинации с гипоплазией выявлено 2 случая ИИ в ВББ (16,7 %), по одному случаю у мужчин и женщин в возрастных группах 31-40 и 41-50 лет, соответственно. При латеральном смещении устья правой позвоночной артерии в комбинации с устьевым стенозом наблюдалось 2 случая (16,7 %) ИИ в ВББ, по одному случаю у мужчин и женщин в возрастных группах 61-70 и 41-50 лет, соответственно. При латеральном смещении устья правой позвоночной артерии в комбинации с устьевым стенозом и патологической извитостью было 2 случая (16,7 %) ИИ в ВББ, оба у мужчин в возрасте 31-40 и 51-60 лет. При латеральном смещении устья правой позвоночной артерии в комбинации с гипоплазией и патологической извитостью наблюдался 1 случай (8,3 %) ИИ в ВББ у женщины в возрасте 51-60 лет. Мы выявили 5 случаев (20,8 %) развития ишемических инсультов в бассейне левой внутренней сонной артерии (ВСА), при этом все случаи были при латеральном смещении устья правой позвоночной артерии без комбинированного поражения. Из них, 3 наблюдения у женщин в возрасте 31-40 лет (2 наблюдения) и 41-50 лет (1 наблюдение); у мужчин — по одному наблюдению в возрастных группах до 30 лет и 51-60 лет, соответственно. Мы наблюдали 3 случая (12,5 %) развития ишемических инсультов в бассейне правой ВСА, по одному при латеральном смещении устья правой позвоночной артерии без комбинированного поражения, при латеральном смещении устья правой позвоночной артерии в комбинации с устьевым стенозом и при латеральном смещении устья правой позвоночной артерии в комбинации с устьевым стенозом и патологической извитостью. Из них, 2 случая у женщин в возрастных группах 41-50 и 51-60 лет, соответственно, и 1 случай у мужчины в возрасте 51-60 лет. Наблюдалось 2 случая (8,3 %) развития ишемического инсульта

та в ВББ и левой ВСА, поровну среди мужчин и женщин — у мужчин 1 случай при латеральном смещении устья правой позвоночной артерии в комбинации с устьевым стенозом в возрасте 41-50 лет и у женщин 1 случай при латеральном смещении устья правой позвоночной артерии в комбинации с гипоплазией в возрасте 41-50 лет. Выявлено 2 случая (8,3 %) развития ишемического инсульта в ВББ и правой ВСА — по одному случаю у мужчин при латеральном смещении устья правой позвоночной артерии без комбинированного поражения в возрасте 31-40 лет, и у женщин при латеральном смещении устья правой позвоночной артерии в комбинации с устьевым стенозом в возрасте 41-50 лет.

При анализе всех случаев развития ИИ при латеральном смещении устья правой позвоночной артерии выявлено, что 12 наблюдений (50 %) приходится на латеральное смещение устья правой позвоночной артерии без комбинированного поражения, поровну среди мужчин и женщин. При латеральном смещении устья правой позвоночной артерии в комбинации с гипоплазией выявлено всего 3 случая (12,5 %) ИИ, из них 2 наблюдения среди женщин. Выявлено, что при латеральном смещении устья правой позвоночной артерии в комбинации с устьевым стенозом наблюдалось всего 5 случаев ИИ (20,8 %), из них 3 случая выявлено у мужчин. При латеральном смещении устья правой позвоночной артерии в комбинации с устьевым стенозом и патологической извитостью мы наблюдали всего 3 ИИ, в 1,5 раза чаще у мужчин. При латеральном смещении устья правой позвоночной артерии в комбинации с гипоплазией и патологической извитостью нами выявлен 1 случай ИИ у женщины. Отмечено 8 случаев полушарных (левополушарных и правополушарных) инсультов (33,3 %), при этом у женщин — 5 случаев, что в 1,6 раза чаще по отношению к мужчинам.

Заключение. При латеральном смещении устья правой позвоночной артерии без комбинированного поражения наступает половина всех ишемических инсультов. При комбинации латерального смещения устья правой позвоночной артерии со стенозом и патологической извитостью частота возникновения ишемических нарушений мозгового кровообращения у мужчин в 2 раза выше. ИИ в ВББ возникает в половине всех случаев ишемических нарушений, при этом в 1,7 раза чаще у мужчин молодого трудоспособного возраста. Группой риска можно назвать возрастную группу 41-50 лет, где в 2,4 раза чаще развиваются ишемические инсульты в обеих половых группах, при этом в 4 раза чаще у женщин.



ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ СОСУДИСТЫХ СПЛЕТЕНИЙ МОЗГОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) составляет около 40 % от всех видов травм и относится к числу наиболее распространенных повреждений с высокой летальностью. При этом выделяют первичное (травматическое) и вторичное (гипоксическое) повреждение головного мозга (Т.Ф. Гоман, 1981; В.В. Семченко, 1999; Н.В. Никифорова, 2004; С.Л. Кан, 2006).

В связи с тем, что сосуды микроциркуляторной системы обладают стандартной реакцией на любое воздействие, проявляющейся локальным и/или диссеминированным синдромом внутрисосудистого свертывания (ДВС), изучение внутрижелудочковых сосудистых сплетений может послужить морфологическим маркером давности ЧМТ еще до развития грубых деструктивных изменений в веществе головного мозга, тем более что забор сосудистых сплетений на гистологическое исследование при аутопсии не представляет какой-либо сложности.

Было проведено патоморфологическое изучение изменений сосудистых сплетений мозговых желудочков в 84 случаях ЧМТ с заведомо известной досудочной летальностью (73 мужчины и 11 женщин), с использованием селективных окрасок фибрина, предложенных А.С. Lendrum (1962) на основе условного времени коагуляции фибрина (методы Marcuis-Scarlett-Blue (MSB) и Picro-Mallory V., Masson 44/41) в модификации Д.Д. Зербино и Л.Л. Лукасевич (1984) — метод ОКГ («оранжевый-красный-голубой»).

При исследовании сосудистых сплетений у лиц, погибших в первые десятки минут после получения ЧМТ, отмечался отек и разрыхление соединительно-тканной стромы, малокровие, коллапс и набухание стенок мелких артерий и артериол с сохранением дифференцированной окраски слоев методом ОКГ (синяя интима и адвентиция, фиолетово-красные мышечные волокна меди). Среди разрыхленных коллагеновых и мышечных волокон в стенке артериол появляются очаговые отложения гомогенных желтых масс «молодого» фибрина.

После ЧМТ (через несколько десятков минут — до 3-6 часов) малокровие сосудов сменяется реактивным неравномерным полнокровием, отмечаются стазы и сладжи эритроцитов, а в просвете

венул и капилляров — шаровидные и каплевидные тромбы из молодого фибрина желтого цвета и разрушенных эритроцитов. В одном случае (падение с большой высоты) было обнаружено диффузное фибриноидное набухание стенок сосудов (диффузное прокрашивание в ярко-желтый цвет) и оранжево-красные фибриновые тромбы в просвете сосудов.

При давности ЧМТ от 3-6 часов до 1 суток отмечались многочисленные оранжево-красные и красные фибриновые тромбы в капиллярах и артериолах на фоне выраженного полнокровия, неравномерное фибриновое пропитывание поверхности ворсинок, некробиоз, некрозы и десквамация кубического эпителия ворсинок, стенок капилляров и артериол, множественные очаги фибриноидного некроза.

Таким образом, в сосудистых сплетениях мозговых желудочков при ЧМТ обнаруживаются патологические изменения разного характера, позволяющие устанавливать (определять) время наступления травмы. Очевидно, что сосудистые сплетения мозговых желудочков являются своеобразной «мишенью» для развивающегося в результате ЧМТ локального, а затем и генерализованного, ДВС-синдрома. Циркулирующие в крови пострадавшего микротромбы попадают в артериолы и капилляры сосудистых сплетений и образуются в них, что влечет за собой их окклюзию и, как следствие, полный или частичный блок в системе циркуляции тканевой и цереброспинальной жидкости. Следовательно, при развитии гемодинамического блока на уровне сосудистых сплетений локальная гиперемия ЦНС ведет к прогрессирующему увеличению выхода жидкой части крови в периваскулярные пространства, затем в межуточную ткань мозга (нейропиль).

Становится очевидным, что быстро развивающиеся выраженные расстройства гемодинамики и гемореологии в сосудистых сплетениях желудочков мозга являются одной из главных причин быстро прогрессирующего некупируемого травматического отека и набухания вещества головного мозга.

Можно предположить, что с гемореологической патологией в системе сосудистых сплетений мозговых желудочков связано и возникновение некупируемого отека и набухания головного моз-



га, даже в случаях успешно выполненной эвакуации внутричерепной гематомы и гемостаза по-

врежденных оболочечных или паренхиматозных сосудов.

ЛУЦИК А.А., КАЗАНЦЕВ В.В., ЕВСЮКОВ А.В.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк*

КОМПРЕССИОННЫЙ СИНДРОМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ

Наиболее часто шейный остеохондроз клинически проявляется некомпрессионным (рефлекторным) синдромом позвоночной артерии. Он обусловлен спазмом позвоночной артерии и ее ветвей в связи с патологической импульсацией из пораженного межпозвонкового диска. Рефлекторный синдром позвоночной артерии можно воспроизвести при дискографии и ликвидировать дерезацией клинически значимого диска.

Цель исследования — изучение патогенетического лечения компрессионного синдрома позвоночной артерии.

Материал и методы. Оперированы 262 больных по поводу компрессионного синдрома позвоночной артерии. Наиболее частыми клиническими проявлениями данного заболевания были приступообразные головные боли, головокружения системного или невестибулярного характера, атаксия, тошнота, рвота, зрительные и стволовые расстройства, приступы «dropp-attack», синкопальные и гипоталамические приступы. Примерно у 60 % больных отмечалась зависимость синдрома от определенных движений или положений шеи, сопровождающихся усугублением компрессии артерии. Важнейшим компонентом, позволяющим исследовать недостаточность вертебробазиллярного кровообращения и восходящих афферентных путей, являются стволовые вызванные потенциалы и функциональная вертебральная ангиография.

Основным показанием к операции считали безуспешность комплексного (включая блокады позвоночных артерий) консервативного лечения в течение полугода при наличии выраженных клинических проявлений и компрессирующего субстрата. Выбор операции зависит от всего комплекса патогенетических ситуаций, определяющих заболевание в каждом конкретном случае. При компрессии сосудов унковертебральными или спондилоартрозными разрастаниями, грыжей диска, передней лестничной мышцей необходимо производить декомпрессивные, декомпрессивно-стабилизирующие или декомпрессивно-пластические операции, многие из которых разработаны

в нашей клинике (А.А. Луцик, 1997). Используя современные возможности микрохирургической техники, отдаем предпочтение декомпрессии позвоночной артерии через межпоперечный промежуток — без дискэктомии и спондилодеза. При сочетанном сдавлении артерии, корешка и спинного мозга производили декомпрессию нервно-сосудистых структур после дискэктомии через межпозвонковое пространство (не резецируя тела позвонков). Удаленный диск замещали дубликатурой аутодермы, что позволяло сохранить около 30 % подвижности в оперированном позвоночном сегменте и предупредить перегрузку соседних дисков. В тех случаях, когда приходилось делать декомпрессивно-стабилизирующую операцию, использовали титан-никелевые пористые имплантаты. При динамическом сдавлении артерии достаточно сделать стабилизирующую операцию.

Результаты и их обсуждение. Компрессионный дискогенный синдром позвоночной артерии был обусловлен сдавлением артерии: 1) костно-хрящевыми разрастаниями унковертебральных сочленений (у 54,4 % больных); 2) разгибательным динамическим подвывихом позвонков по Ковачу, когда артерия сдавливалась при разгибании шеи передне-верхним углом суставного отростка в месте фиксации ее в отверстии реберно-поперечного отростка нижележащего позвонка (26,9 %); 3) сочетанием скаленус-синдрома с латеральным отхождением устья позвоночной артерии, когда артерия перегибалась через спазмированную переднюю лестничную мышцу (8,1 %); 4) боковыми грыжами дисков (6,9 %); 5) костными разрастаниями суставных отростков при вторичном спондилоартрозе (3,7 %).

Почти у 40 % больных дискогенный синдром позвоночной артерии сочетался с недискогенной недостаточностью этой артерии, преморбидно пораженной атеросклерозом, в связи с патологической извитостью, аномалиями позвоночника, гипоплазией, васкулитом. В таких случаях, кроме устранения дискогенной компрессии, приходилось дополнительно производить реконструктивные и пластические операции на артерии. У 29 больных кровоснабжение шейного отдела

спинного мозга полностью зависело от состояния позвоночных артерий (при отхождении артерии шейного утолщения Лазорты не от ветвей подключичной, а от позвоночной), формировался спинально-церебральный сосудистый синдром, т.е. сочетание синдрома позвоночной артерии с ишемической миелопатией.

Отдаленные результаты хирургического лечения синдрома позвоночной артерии изучены у 262 больных. Отличные результаты получены у 29,1 % больных. Хорошие результаты (трудоспособность восстановлена, боли и дискомфорт в

шейно-затылочной области возникают периодически и не требуют стационарного лечения) отмечены у 37 % пациентов. Удовлетворительный результат наблюдался у 21,8 % больных, незначительное улучшение — у 7,6 %. Операция не дала ожидаемого эффекта у 12 больных (4,5 %).

Заключение. Дифференцированный выбор хирургического вмешательства с учетом патогенетических ситуаций позволяет получить положительный результат у преобладающего большинства больных с компрессионным синдромом позвоночной артерии.

ЛУЦИК А.А., КОЛОТОВ Е.Б., АМИНОВ Р.Р., ЕВСЮКОВ А.В.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ЛАТЕРАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА (ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ)

Неудовлетворительные результаты хирургического лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков, по данным разных авторов, достигают 7-27 %. Одной из причин неблагоприятного исхода оперативного лечения таких больных является неоднозначное отношение нейрохирургов к стенозу межпозвонкового отверстия. Нередко в литературе можно встретить ошибочное мнение, что стенозом межпозвонкового отверстия можно считать лишь деформацию этого отверстия гипертрофированным суставным отростком. Стеноз позвоночного канала может быть врожденным или приобретенным, центральным или латеральным (в области межпозвонкового отверстия), односторонним или двухсторонним, локальным, сегментарным или распространенным. Он может быть обусловлен сочетанием нескольких факторов: врожденной узости, грыжи межпозвонкового диска, костно-хрящевых разрастаний суставных отростков, гипертрофии желтой связки и т.д. Латеральный стеноз требует детальной диагностики и комплексного хирургического лечения, направленного на ликвидацию всех его компонентов.

Цель работы — изучить влияние врожденного стеноза поясничных межпозвонковых отверстий на результаты хирургического лечения корешкового компрессионного синдрома, обусловленного сочетанием грыжи межпозвонкового диска со спондилоартрозом.

Материалы и методы. Изучены 116 пациентов в возрасте от 21 до 70 лет, оперированных по поводу корешкового компрессионного синдрома, обусловленного сочетанием грыжи межпозвонкового диска с деформирующим спондилоартрозом

поясничного отдела позвоночника. Контрольную группу А составили 36 больных, у которых не было латерального врожденного стеноза. Пациенты с врожденным стенозом межпозвонковых отверстий, в зависимости от характера оперативного вмешательства, разделены на две равных группы: 1) в группе Б для декомпрессии корешка не только удаляли грыжу диска, но также расширяли межпозвонковое отверстие путем частичной резекции костно-хрящевых разрастаний суставных отростков (фораминомия); 2) в группе В удаляли грыжу диска без фораминомии. По основным клиническим признакам, полу и возрасту больных три указанные группы были однородными. На аксиальных и сагиттальных срезах МРТ и КТ измеряли размеры клинически актуальных межпозвонковых отверстий в до- и послеоперационном периодах; Для объективизации корешкового болевого синдрома и результатов лечения использовали опросник Освестри и визуально-аналоговую шкалу (ВАШ). Обращали также внимание на среднее время пребывания больных после операции до выписки из стационара и интервал времени от первых проявлений корешковых болей до развития ирритативно-дефицитарной стадии компрессии корешка, потребовавшей оперативного лечения.

Результаты. В контрольной группе А переднезадний размер межпозвонкового отверстия на поясничном уровне составил $18 \pm 4,25$ мм. В группе Б этот размер был уменьшен до $11,9 \pm 2,1$ мм, а в группе В — до $12,1 \pm 1,8$ мм. Разница в диаметре «клинически актуальных» межпозвонковых отверстий в группах Б и В оказалась не достоверной. Известно, что при уменьшении



сагиттального диаметра межпозвонкового отверстия до 12 мм латеральный стеноз принято считать относительным канала, а при диаметре 10 мм и менее — абсолютным, которому некоторые авторы придают самостоятельное компрессирующее значение. У больных группы В, которым во время операции по каким-либо причинам не была выполнена фораминотомия, результаты лечения были значительно хуже, чем в группе Б: «клиническое выздоровление», «значительное улучшение» и «улучшение» были меньше на 11,3 %, 3,5 %, 3,8 %, соответственно. В группе Б, в которой размеры межпозвонкового отверстия в результате выполнения фораминотомии были увеличены до $19,2 \pm 2,9$ мм, результаты хирургического лечения достоверно не отличались от контрольной группы больных с нормальными исходными параметрами межпозвонкового отверстия. Временной интервал, от момента появления корешковой боли до развития ирритативно-дефицитарной стадии компрессии корешка, в группах Б и В был значительно

меньше ($2,9 \pm 0,8$ и $3,0 \pm 0,4$ месяца, соответственно), по сравнению с контрольной группой больных без врожденного латерального стеноза ($6,4 \pm 0,75$ месяца). Время же пребывания больных группы В (без расширения стенозированного межпозвонкового отверстия) в стационаре после операции было достоверно больше, чем в группах А и Б ($10,7 \pm 0,2$ и $7,9 \pm 0,2$; $8,2 \pm 0,42$ суток, соответственно), что было обусловлено сохраняющимся болевым синдромом и необходимостью проведения как повторных оперативных вмешательств (у 11 % больных), так и дополнительного комплекса консервативного лечения, включающего перидуральные блокады.

Закключение. Компрессия корешка на фоне стеноза межпозвонкового отверстия может возникнуть даже при небольшой протрузии диска и быстрее, чем при нормальном размере межпозвонкового отверстия. Удаление грыжи диска у таких больных должно сочетаться с фораминотомией.

ПОПОВ В.П., ПОПОВ А.В., ТРУХАЧЕВ И.Г., САВЧЕНКО П.А., СЫРКАШЕВ В.А.
ММЛПУ Городская больница № 1,
г. Томск

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДНЫХ И ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ

Фиксация поврежденного грудного и поясничного отделов позвоночника при травме и последствиях травматических повреждений является трудной и далекой от разрешения задачей. Несмотря на значительные успехи науки о медицинских материалах и множество предложенных способов стабилизирующих операций и конструкций, эта проблема далека от разрешения.

Способы оперативной фиксации поврежденного позвоночника можно условно разделить на 3 группы:

- А) Задний спондилодез, когда фиксируются костные структуры заднего опорного комплекса или задней колонны по Dennis.
- Б) Передний спондилодез или корпородез, когда фиксации подвергаются тела позвонков, составляющие передний опорный комплекс или переднюю колонну по Dennis.
- В) Различные сочетания передних и задних способов фиксации поврежденного позвоночного сегмента, что позволяет осуществить фиксацию как переднего, так и заднего опорного комплекса или двух колонн по Dennis.

Начало широкому внедрению методов заднего спондилодеза было положено с конца 19 века, когда в 1891 году Hadra фиксировал позвоночник, связав остистые отростки позвонков серебряной проволокой. До настоящего времени способы заднего спондилодеза постоянно совершенствовались, как в части техники исполнения, выборе фиксируемых структур заднего опорного комплекса, так и по выбору конструкций, которых до настоящего времени предложено великое множество.

Несмотря на то, что способ заднего спондилодеза различными конструкциями до настоящего времени достаточно широко используется у нас в стране, он не лишен некоторых недостатков: далеко не всегда удается устранить деформацию поврежденного сегмента позвоночника; недостаточная устойчивость к нагрузкам; необходимость фиксации значительного числа неповрежденных сегментов; иногда переломы костных элементов задних структур позвоночника, необходимость внешней, часто длительной иммобилизации. Кроме того, выполнение заднего спондилодеза при тяжелых проникающих или взрывных переломах тел позвонков при хорошей реклинации может



привести к образованию «свободного пространства» на уровне тел сломанных позвонков, что существенно нарушает биомеханику позвоночника и служит фактором перегрузки для задних конструкций, а это требует обязательного выполнения переднего спондилодеза (корпородеза).

По мере развития анестезиологии и реаниматологии, усовершенствования техники оперативных пособий стало развиваться направление переднего межтелового спондилодеза. В июне 1931 года В.Д. Чаклин впервые выполнил операцию переднего межтелового спондилодеза из внебрюшинного доступа с хорошим результатом. В дальнейшем метод переднего спондилодеза постоянно совершенствовался, и к настоящему времени достаточно часто применяется в хирургическом лечении повреждений позвоночника и его заболеваний различного генеза. Хотя эта операция хорошо обоснована с биомеханической и патогенетической точек зрения, она не нашла широкого применения у врачей травматологов. Некоторые специалисты вертебрологи считают ее технически трудной, нередко сопровождающейся значительной кровопотерей. Часто говорится и о том, что операция переднего межтелового спондилодеза не обеспечивает достаточно надежной первичной фиксации на уровне повреждения.

Как альтернатива переднему спондилодезу, работами Roy — Camill (1979) начата разработка нового способа фиксации позвоночника, когда фиксирующие элементы проходят через ножки дуг позвонков в тела. С тех пор этот способ фиксации получил большое развитие и позволил решить много проблем, связанных со стабилизацией позвоночника. Однако и этот метод не лишен недостатков и не позволяет добиться абсолютно надежной стабилизации, особенно при значительных разрушениях передних отделов позвоночника. Кроме того, полноценная декомпрессия содержимого позвоночного канала возможна только при удалении передних костных структур поврежденного позвонка. Так называемый, «циркулярный» спондилодез, который довольно широко распространился во всем мире, также не лишен недостатков. В первую очередь, это высокая степень травматичности оперативного вмешательства, которое обычно выполняется в два этапа.

Результатом нашего исследования явилось изучение результатов оперативной стабилизации позвоночника после его травматических повреждений. Следует заметить, что мы являемся сторонниками первичного переднего спондилодеза с применением различных методик замещения поврежденных или удаляемых структур переднего опорного комплекса позвоночника. Неизменным

в нашей работе остается только одно — применение для спондилодеза металлических имплантатов, изготовленных из пористого никелида титана. Пути улучшения результатов первичной передней стабилизации поврежденного позвоночника мы ищем в комбинации пористых цилиндрических имплантатов из никелида титана, сочетая их с дополнительными фиксирующими конструкциями, которые изготовлены из литого сплава никелида титана. Высокая механическая прочность этих имплантатов в сочетании с исключительной степенью биохимической и биомеханической совместимостью с тканями живого организма делает их, по нашему мнению, методом выбора при лечении травм позвоночника.

За период 2005-2007 годов в отделении травматологии Городской больницы № 1 г. Томска находились на лечении 137 пациентов с нестабильными повреждениями позвоночника. Мужчин 75, женщин 62. Наибольшее число пострадавших было в самом работоспособном возрасте — 20-40 лет.

По отделам повреждения позвоночника больные распределились следующим образом: переломы грудного (кроме Th12) отдела позвоночника — 26 человек; поясничного отдела (кроме L1) — 42 пациента; повреждения переходного груднопоясничного отдела (Th12 и L1 позвонки) отмечены у 69 больных. С осложненными повреждениями позвоночника было 4 человека.

Показанием к оперативной стабилизации позвоночника служили нестабильные повреждения позвоночника. Степень деформации позвоночного столба, наступившей после травмы, оценивалась нами по двум количественным показателям: угол компрессии и угол Виберга и Куртиса. Введение в практику работы этих показателей позволило нам получить объективную оценку степени коррекции деформации позвоночника, которая была достигнута в ходе операции. В чистом виде цилиндрический имплантат из пористого никелида титана, без какой-либо дополнительной фиксации, использован при операции переднего спондилодеза у 19 больных. В комбинации с дополнительным фиксирующим устройством — в ходе 43 операций.

Отдаленные результаты изучены в сроки от 1 мес. до 3 лет. Сроки активизации пациентов, основные этапы послеоперационной реабилитации у пациентов обеих групп были одинаковыми. Ни в одном случае не проводилось внешней иммобилизации. Во всех случаях, где применялось дополнительное фиксирующее устройство, не было отмечено ни изменения положения пористого имплантата, ни потери достигнутой в ходе операции коррекции.

РАТКИН И.К., БОНДАРЕНКО Г.Ю., ДОРОФЕЕВ Ю.И.
Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ДИСКОВ НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ

Грыжи дисков на шейном уровне нередко проявляются дискогенной шейной миелопатией, корешковым болевым синдромом или их сочетанием, синдромом позвоночной артерии. В большинстве этих случаев больным показано оперативное лечение. Большое число применяемых методов спондилодеза после декомпрессии нервно-сосудистых структур на данном уровне свидетельствует о нерешенности данной проблемы.

Цель исследования — усовершенствовать декомпрессивно-стабилизирующие операции при грыжах шейных межпозвонковых дисков, вызывающих сдавление спинного мозга и корешков спинномозговых нервов.

Материал и методы. В Новокузнецкой нейрохирургической клинике за последние 10 лет авторы оперировали 348 больных с грыжами дисков на шейном уровне по модифицированной нами методике. В зависимости от клинических проявлений, выделено три группы больных:

- а) больные с корешковым болевым синдромом — 72 пациента ($20,7 \pm 2,2 \%$); из них с клиникой компрессии С5 корешка — 10 человек, С6 — 27, С7 — 31, С8 — 4 пациента;
- б) больные с дискогенной шейной миелопатией различной степени выраженности — 253 пациента ($72,7 \pm 2,4 \%$);
- в) больные с сочетанием дискогенной шейной миелопатии и корешкового болевого синдрома — 23 пациента ($6,6 \pm 1,3 \%$).

Всем больным до операции проводили комплексное обследование, включающее обзорные и функциональные рентгенограммы шейного отдела снимки позвоночника в 3/4; электромиографию; КТ и (или) магнитно-резонансную томографию.

В большинстве случаев сдавление спинного мозга и корешка вызывала одна грыжа — 263 пациента ($75,6 \pm 2,3 \%$). У других больных выявленные на МРТ грыжи дисков на других уровнях также сопровождалась компрессией спинного мозга. Операция на двух уровнях выполнена у 58 пациентов ($16,7 \pm 2 \%$), на трех — у 18 ($5,2 \pm 1,2 \%$), на четырех — у 9 больных ($2,6 \pm 0,9 \%$).

Показаниями к удалению грыж дисков являлись:

- а) гипералгический корешковый болевой синдром;
- б) клиника радикулопатии, причиной которой являлась грыжа диска, при отсутствии положительного эффекта от других методов лечения;

в) дискогенная компрессионно-ишемическая миелопатия;

- г) прогрессирующая миелорадикулопатия, при наличии дискорадикуломедулярного конфликта, подтвержденного МРТ.

Модифицированный нами метод хирургического лечения компрессионных синдромов шейного остеохондроза заключался в следующем. В положении больного на спине с разгибанием шейного отдела позвоночника производили поперечный разрез шеи справа по ходу кожной складки, длиной 40-50 мм. Тупым и острым путем обнажали переднюю поверхность тел шейных позвонков. Производили рентгенологический контроль, определяли уровни планируемой декомпрессии и стабилизации. Корончатой фрезой диаметром 10-13 мм, с ограничителем глубины погружения и костными ложками, удаляли грыжу диска с задними костными разрастаниями тел позвонков до задней продольной связки, которая иссекалась в пределах костного паза до твердой мозговой оболочки. Дефекта 10-13 мм в межтеловом промежутке было достаточно, чтобы полноценно выполнить декомпрессию спинного мозга и корешка, рассечь эпидуральные рубцы под хорошим визуальным контролем. Следует отметить, что в большинстве случаев компрессия нервного корешка была обусловлена хрящевым компонентом диска, а сдавление спинного мозга чаще вызывалось грыжей диска в сочетании с задними костными разрастаниями тел позвонков на данном уровне (дискоостеофитическим узлом).

Операцию завершали установкой в передних отделах тел позвонков имплантата из пористого никелида титана в виде шурупа с резьбой, диаметром на 1-2 мм больше диаметра костного паза и длиной 12-15 мм, который позволял сохранить высоту межтелового промежутка, выполнить первично надежный спондилодез, исключить формирование кифоза в оперированном сегменте, значительно уменьшить риск инфекционных осложнений за счет асептических свойств данного сплава и малого размера протеза. Переднюю часть конструкции погружали в костный паз на 2-3 мм, что позволяло избежать ее контакта с органами шеи и исключить формирование грубого рубца в области имплантата, нарушения глотания больных в послеоперационном периоде и необходимость спондилодеза. Дополнительной внутренней стабилизации оперированного сегмента не требовалось. После операции больным проводилась иммобилизация шейного отдела по-

звоночника мягким воротником Шанца в течение двух-трех недель. Выписывали пациентов из стационара через 8-10 дней, после снятия швов. Через 6-8 недель больные могли приступить к труду.

Результаты. Отличные и хорошие результаты отмечены у 308 пациентов, у которых купирован болевой синдром и регрессировали явления миелорадикулопатии. У 32 больных отмечена стабилизация клинических проявлений миелопатии. У 8 пациентов наблюдалось прогрессирование сегментарных и проводниковых

нарушений. Несостоятельных спондилодезов не выявлено.

Заключение. Оптимизированная нами методика операции позволяет полноценно выполнить декомпрессию нервно-сосудистых образований и первично-надежный спондилодез у больных с компрессионными синдромами шейного остеохондроза при минимальном объеме хирургического вмешательства, избежать ряда общеизвестных осложнений при данных операциях и, тем самым, улучшить результаты лечения больных с вышеуказанной патологией.

РАТКИН И.К., БОНДАРЕНКО Г.Ю., ДОРОФЕЕВ Ю.И.

*Городская клиническая больница № 29,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРМИРОВАННЫХ ИМПЛАНТАТОВ ИЗ ПОРИСТОГО НИКЕЛИДА ТИТАНА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ НАДЕЖНОСТИ СПОНДИЛОДЕЗА И ПРОФИЛАКТИКИ ДЕФОРМАЦИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

В последние годы широкое признание в хирургии позвоночника получили методы межтелового спондилодеза с применением имплантатов из пористых сплавов никелида титана. Эти сплавы обладают открытой пористой структурой, близкой к структуре костной ткани, свойством фиксации к любым контактирующим тканям, что исключает ряд общеизвестных осложнений.

В Новокузнецкой нейрохирургической клинике пористые имплантаты для спондилодеза применяют в течение 19 лет. Для замещения тел позвонков при позвоночно-спинномозговой травме, аномалиях развития, опухолях используют пористые цилиндрические имплантаты, которые устанавливают в виде распорки между телами выше- и ниже расположенных позвонков. Стабилизация позвоночника с помощью имплантатов из пористого никелида титана позволяет раньше активизировать больных, не прибегая к строгому постельному режиму и массивным фиксирующим корсетам, тем самым, уменьшая количество осложнений и создавая наиболее благоприятные условия для восстановления утраченных функций. В клинике проведено более 700 опорных спондилодезов больным с повреждениями и заболеваниями позвоночника. Наш опыт использования конструкций из пористого никелида титана позволил выделить три основных вида осложнений, возникающих при их имплантации:

- а) внедрение конструкции в губчатое вещество тел смежных позвонков с последующим формированием кифоза в оперированных сегментах, связанное с удалением замыкательных пластин тел позвонков;
- б) миграция имплантата вследствие его неправильной установки в задних отделах тел, недостаточной или неадекватной внешней иммобилизации позвоночника в раннем послеоперационном периоде;
- в) перелом пористого имплантата при замещении двух и более позвонков, особенно на шейном уровне, где диаметр пористого цилиндра не превышает 15-16 мм в силу анатомических особенностей данного отдела позвоночника.

Для профилактики вышеуказанных осложнений в клинике начато применение армированных имплантатов из пористого никелида титана с расположенным в них по центру на всем протяжении титановым стержнем, выступающим за края имплантата на 3-8 мм с каждой стороны. Для шейного отдела позвоночника мы использовали пористые армированные цилиндры диаметром 14-16 мм, для средне-грудного — 18-20 мм, для нижне-грудного и поясничного отделов позвоночника — 22-25 мм. Толщина титанового стержня, в зависимости от диаметра пористого имплантата, составляет 3-6 мм.

Особенности проведения опорного спондилодеза армированным имплантатом из пористого никелида титана заключается в следующем: по-



сле проведения доступа к передней или передне-боковой поверхности позвоночного столба, в зоне поражения резецируется тело поврежденного позвонка. Замыкательные пластинки тел смежных позвонков по возможности сохраняются. При доступном разгибании и возможной тракции оперируемого отдела позвоночника, подобранную соответствующих размеров конструкцию устанавливают в костной ране так, чтобы концы титанового стержня внедрились в подготовленные пазы в телах позвонков. Необходимо учитывать, чтобы имплантат располагался в передних и средних отделах оси тел позвонков, при условии сохранности смежных замыкательных пластинок. При этом основная нагрузка концов имплантата приходится на замыкательные пластинки тел позвонков, что значительно уменьшает риск внедрения имплантата в губчатое вещество тел позвонков, формирования кифоза и миграции конструкции.

Применение армированных пористых имплантатов особенно актуально у больных пожилого возраста с остеопорозом тел позвонков, остеохондропатией, когда повреждение смежных замыкательных пластинок может привести к неустойчивости спондилодеза. В случаях формирования грубого кифоза в поврежденном отделе позвоночника, при операциях на верхне-шейном отделе позвоночника, после проведенной ранее

ламинэктомии в данном отделе, при замещении дефекта тел позвонков более 45-50 мм, актуальность использования армированных пористых имплантатов, на наш взгляд, неоспорима, так как армированные конструкции значительно прочнее, при их использовании исключается вероятность перелома пористого имплантата и его смещение вследствие статической или динамической нагрузки. Надежность спондилодеза в данных случаях обеспечивается дополнительной фиксацией титановым стержнем.

За последние 10 лет в клинике оперированы 107 больных с использованием армированных пористых имплантатов с хорошими и отличными результатами. Из них, на шейном уровне — 55 больных, на грудном — 10, на грудно-поясничном — 27, на поясничном — 15 человек.

Таким образом, использование армированных конструкций из пористого никелида титана повышает надежность спондилодеза за счет фиксации имплантата с телами позвонков при помощи титанового стрежня, позволяет замещать протяженный дефект тел позвонков, не прибегая к повышению прочности имплантата за счет увеличения его диаметра, сокращает время основного этапа операции и значительно снижает риск возникновения вышеуказанных осложнений, нередко возникающих после данных операций.

РАТКИН И.К., БОНДАРЕНКО Г.Ю., ЕВСЮКОВ А.В.

*Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИСТМИЧЕСКИХ СПОНДИЛОЛИСТЕЗОВ L5 ПОЗВОНКА 3-4 СТЕПЕНИ

До настоящего времени нет единой хирургической тактики у больных со спондилолистезом L5 позвонка 3-4 степени, что позволяет считать эту проблему одной из актуальных в вертебрологии. Дискутабельным остается вопрос о необходимости восстановления оси позвоночника путем вправления тела L5 позвонка. Известные методы стабилизации не лишены недостатков. Спондилодез костным трансплантатом сопровождается высоким риском осложнений в виде рассасывания, переломов и смещения трансплантата в послеоперационном периоде. Задний транспедикулярный спондилодез конструкциями из титана с попыткой форсированного вправления позвонка нередко сопровождается усугублением неврологических выпадений и часто не приводит к формированию костного блока в области хирургического вмешательства.

Цель исследования — изучение эффективности вентрального межтелового спондилодеза армированными винтами из пористого никелида титана, устанавливаемыми через тело L5 в тело S1 позвонка при выраженном спондилолистезе.

В Новокузнецкой нейрохирургической клинике за период с 1999 по 2007 гг. были оперированы 18 пациентов с истмическими нестабильными спондилолистезами L5 позвонка 3-4 степени. Основные жалобы больных были на боли в пояснице, усиливающиеся при любой, даже незначительной, физической нагрузке, ходьбе, при движениях в поясничном отделе позвоночника. Нередко пациенты описывали характерные боли, распространяющиеся по дерматомам, свидетельствующие о воздействии на корешки спинномозговых нервов. Чаще всего выявлялись боли по дерматомам одного или обоих S1 корешков.

При осмотре выявлялись напряжение и болезненность паравerteбральных мышц, ограничение движений в поясничном отделе позвоночника, ступенеобразная деформация мягких тканей в области остистых отростков L5-S1 позвонков. В неврологическом статусе имели место снижение ахилловых рефлексов и, реже, парез разгибателей стоп.

Для диагностики величины смещения тела L5 позвонка, определения степени его наклона и выявления нестабильности в сегменте L5-S1 всем пациентам выполнялись спондилограммы поясничного отдела позвоночника с функциональными пробами. На спондилограммах выявлялся спондилолиз в межсуставном отделе дуги L5 позвонка и смещение тела L5 позвонка кпереди на три четверти его сагиттального размера и более, на фоне чего задние отделы тела S1 позвонка вызвали значительную деформацию позвоночного канала. Это играло основную роль в развитии синдрома корешковой компрессии, наряду с деформацией межпозвонковых отверстий на данном уровне. При функциональных пробах на спондилограммах определялась различной степени выраженности патологическая подвижность в сегменте L5-S1. У всех пациентов имелись дистрофические изменения межпозвонковых дисков L4-L5 и L5-S1 позвонков.

Основными задачами хирургического вмешательства являлись достижение надежного спондилодеза для предупреждения дальнейшего смещения L5 позвонка и декомпрессия корешков спинномозговых нервов. Форсированное вправление L5 позвонка не производилось, так как при попытке вправления у пациентов с 3-4 степенью спондилолистеза имеется высокий риск развития неврологических расстройств. Оперативное лечение производилось в положении больных на спи-

не с высоким валиком под поясничным отделом позвоночника, чем достигалось разгибание в оперируемом сегменте. Это обеспечило уменьшение степени смещения у 10 пациентов. Во всех случаях (18 больных) уменьшился угол наклона смещенного позвонка. К передней поверхности тел L4, L5, S1 позвонков использовался левосторонний переднебоковой параректальный внебрюшинный доступ. При наличии синдрома корешковой компрессии декомпрессия достигалась удалением «клина», образованного задне-верхними отделами тела S1 позвонка.

Для вентрального межтелового спондилодеза использовались предложенные нами армированные винты из пористого никелида титана, которые устанавливались через тело L5 позвонка в тело S1 позвонка. Длина винта составляет 50-80 мм, диаметр — 25 мм, диаметр внутреннего армирующего титанового стержня 7 мм.

Во время и после операции всем пациентам проводился рентгенологический контроль. После стабилизации сегмента по нашему методу противопоказаний к активизации пациентов, прежде всего к вертикальному положению, не было. Пациенты начинали ходить на вторые-третьи сутки после операции. Осложнений не отмечено. При анализе отдаленных результатов миграции имплантатов не выявлено.

Таким образом, спондилодез L5-S1 армированным винтовым имплантатом из пористого никелида титана, ввинчиваемым в передне-верхнюю поверхность L5 и далее в тела L5 и (через диск) S1 позвонков является надежным, физиологичным и доступным методом оперативного лечения спондилолистезов 3-4 степени. Применение данного метода обеспечивает регресс неврологической симптоматики, быструю реабилитацию и восстановление трудоспособности.

РАТКИН И.К., ДОРОФЕЕВ Ю.И., БОНДАРЕНКО Г.Ю., ЕВСЮКОВ А.В.

*Городская клиническая больница № 29,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк,
ГУЗ ОКОХБВЛ,
г. Прокопьевск*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВЕНТРАЛЬНЫХ СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ СИСТЕМ ПРИ ОДНОЭТАПНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ПОСТРАДАВШИХ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНКОВ НА ГРУДОПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ

Хирургическое лечение повреждений позвоночника и спинного мозга на грудно-поясничном уровне обусловлено боль-

шой распространенностью данной патологии (до 54,9 %) среди всех повреждений позвоночника, а также высокой инвалидизацией пострадавших



(до 90 %). Известные способы хирургического лечения при нестабильных осложненных переломах позвонков на грудопоясничном уровне, как правило, требуют двухэтапного оперативного вмешательства и отличаются друг от друга применением различных фиксирующих конструкций.

Цель исследования — изучить возможность одноэтапного хирургического лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой грудопоясничной локализации путем использования оригинальной вентральной фиксирующей конструкции.

Материалы и методы. За период с 2000 года в условиях Новокузнецкой нейрохирургической клиники на базе Городской клинической больницы № 29 и Областной клинической ортопедо-хирургической больницы восстановительного лечения г. Прокопьевска одноэтапным способом оперированы 54 пациента с позвоночно-спинномозговой травмой на уровне грудопоясничного перехода с различной степенью неврологических нарушений. Для оценки функции спинного мозга применяли международную классификацию International Standards for Neurological Functional Classification of Spinal Cord (ISCSCI). Дополнительно проводились электромиографическое исследование, обзорная спондилография, миелография с применением водорастворимого контраста, компьютерная или магнитно-резонансная томография поврежденного уровня, КТ-миелография. При одноэтапном оперативном вмешательстве трансплевральным или подреберным передне-боковым доступом после декомпрессии нейро-сосудистых образований выполняли опорный межтеловой спондилодез имплантатом из пористого никелида титана. Вентральная стабилизирующая система представляет собой пластину из сплава титана, фиксирующуюся к телам позвонков при помощи костных винтов системы «Z-plate II», «Vantage», а также устройство для спондилодеза (Патент № 2307625), состоящее из никелид-титанового имплантата, дополнительно фиксированного с наkostной пластиной.

30 из 54 пациентов (55,6 %), которым проводилось одноэтапное декомпрессивно-стабилизи-

рующее хирургическое вмешательство, выполнены межтеловой спондилодез с применением армированного имплантата из пористого никелида титана. Двадцати четырем пациентам (44,4 %) с переломами Th11, Th12 и L1 позвонков при одноэтапном вмешательстве установлены вентральные стабилизирующие системы. В 12 случаях применялась система «Z-plate II», в 5 — «Vantage», в остальных 7 случаях использовалось устройство для спондилодеза (Патент № 2307625).

Результаты. В 96,3 % случаев при декомпрессии передних отделов спинного мозга в отдаленном периоде отмечена существенная положительная неврологическая динамика. Лишь у 2 пациентов (3,7 %) с длительным сроком травматической болезни спинного мозга, отнесенных к группе В, не было отмечено регресса неврологических нарушений. У 53 больных (98,1 %) при проведении контрольной послеоперационной рентгенографии установлено достоверное уменьшение кифотической деформации, а в 35 случаях (64,8 %) — полное восстановление оси позвоночника на поврежденном уровне. 34 пациента (63 %) к моменту выписки могли занимать вертикальное положение и ходить.

Применение одноэтапного хирургического лечения данной патологии способствовало снижению интраоперационной кровопотери, исключению внедрения дополнительных фиксирующих конструкций, устанавливаемых при заднем доступе.

Заключение. При нестабильных осложненных переломах грудопоясничного уровня одноэтапное декомпрессирующе-стабилизирующее хирургическое вмешательство, с использованием конструкций из никелида титана в сочетании с вентральными стабилизирующими системами, позволяет полноценно декомпримировать нейрососудистые образования позвоночного канала, выполнить первично надежный спондилодез, исключить необходимость в дополнительных фиксирующих операциях, активизировать и полноценно реабилитировать данный контингент больных в ранний послеоперационный период.

РАТКИН И.К., ЛУЦИК А.А.

Городская клиническая больница № 29,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНСТРУКЦИЙ ИЗ НИТИНОЛА ДЛЯ ПЕРЕДНЕГО СПОНДИЛОДЕЗА НА КРАНИО-ВЕРТЕБРАЛЬНОМ УРОВНЕ

У больных с заболеваниями и повреждениями кранио-вертебральной области стабилизирующие операции выполня-

ют в основном задним доступом. Иногда задний спондилодез выполнить не представляется возможным из-за несостоятельности задних



костных структур верхних шейных позвонков в связи с ранее произведенной резекцией дуг атланта, аксиса или чешуи затылочной кости. В таких случаях необходим передний спондилодез.

Целью исследования — разработка методов стабилизации и фиксации кранио-verteбрального перехода спереди путем использования трансорального или подчелюстного доступов.

Материал и методы. В Новокузнецкой нейрохирургической клинике разработаны конструкции из сплава никелида титана с эффектом термомеханической памяти для переднего и межсуставного атланта-аксиального спондилодеза, на которые получены 7 авторских свидетельств и патентов. За последние 15 лет в клинике оперированы 38 пациентов с использованием разработанных фиксаторов. Хорошо зарекомендовали себя три вида конструкций из металла с памятью формы:

1. Конструкции для межсуставного (бокового) атланта-аксиального спондилодеза применены у 14 больных с кранио-verteбральными аномалиями и травматическими повреждениями верхних шейных позвонков.
2. Конструкции для переднего срединного спондилодеза применены у 9 пациентов с несостоятельностью поперечной связки атланта.
3. Конструкции для фиксации отломка зубовидного отростка с телом аксиса использованы у 15 больных с переломами этого отростка.

Трансоральный доступ для спондилодеза использовали у 29 больных, подчелюстной — у 9 пациентов.

Результаты. Применение разработанных конструкций дает возможность из одного переднего доступа как выполнить декомпрессию спинного и продолговатого мозга, так и фиксировать шейные верхние сегменты, что исключает необходимость второго этапа операции.

Последнее обстоятельство имеет большое значение для обеспечения благоприятного течения послеоперационного периода у больных с кранио-verteбральными аномалиями, так как дополнительное хирургическое вмешательство может привести к декомпенсации функции стволовых отделов головного мозга. Конструкции целесообразно использовать при трансоральном доступе, так как для их установки наиболее оптимальным является прямой угол оси операционного действия.

Применение разработанных фиксаторов позволило выявить ряд их существенных преимуществ перед существующими устройствами:

- а) небольшие размеры конструкций для переднего атланта-аксиального спондилодеза позволяют использовать их при трансоральном доступе;
- б) установка фиксаторов осуществляется легко благодаря их особому техническому исполнению, что сокращает время основного этапа операции, при этом исключается повреждение позвоночных артерий, спинного мозга и его оболочек;
- в) фиксация одного атланта-аксиального сегмента обеспечивает сохранение полного объема движений в верхнем суставе головы;
- г) индифферентность сплава никелида титана к биологическим тканям способствует первичному заживлению операционной раны, уменьшается количество местных инфекционных осложнений;
- д) первичная надежность спондилодеза и отсутствие необходимости формирования костного блока в области операции не требуют длительной внешней иммобилизации позвоночника у больных после хирургического вмешательства;
- е) высокая коррозионная устойчивость сплава позволяет осуществлять пожизненную имплантацию конструкций.

Основной этап операции значительно упрощается при наличии набора одноименных конструкций с разными параметрами — длины, ширины, угла изгиба, размера фиксирующих элементов. При необходимости, во время хирургического вмешательства используется рентгенологический контроль.

Осложнений при использовании фиксаторов для переднего спондилодеза на уровне кранио-verteбрального перехода нами не отмечено.

Таким образом, использование разработанных конструкций из сплава никелида титана с эффектом памяти формы для переднего атланта-аксиального спондилодеза дает возможность надежно фиксировать оперированные сегменты, уменьшить количество интраоперационных осложнений и несостоятельных спондилодезов, сократить время основного этапа операции, раньше активизировать и полноценно реабилитировать больных после хирургического вмешательства и, тем самым, улучшить результаты их лечения.





РАТКИН И.К., ЛУЦИК А.А.
Городская клиническая больница №29,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ КРАНИО-ВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Цель исследования — обобщение 40-летнего опыта использования трансфарингеального доступа для хирургического лечения больных с застарелыми атланта-аксиальными дислокациями. Исходы таких операций в значительной мере зависят от предоперационной подготовки, адекватного анестезиологического пособия и послеоперационного лечения, проводимых с учетом и своевременным выявлением всех возможных осложнений.

Оперированы более 200 больных с травматическими, опухолевыми, аномальными и воспалительными дислокациями атланта.

В предоперационном периоде особое внимание обращается на изучение патологического очага и выявление нарушений, связанных с основным патологическим процессом. Для сдавления верхних шейных сегментов и стволовых структур головного мозга характерны хроническая дыхательная недостаточность, дистрофические изменения миокарда, относительная гиповолемия, склонность к коллапсам. Кроме того, присоединяется вертебро-базиллярная сосудистая недостаточность, обусловленная компрессией и натяжением позвоночных артерий на измененных костно-хрящевых структурах верхних шейных позвонков, спазмом этой артерии и ее ветвей. В связи с этим, в предоперационном периоде в обязательном порядке исследуется состояние сердечно-сосудистой системы, оценивается функция внешнего дыхания и газовый состав крови.

Пациентам, которым планируется использование трансорального доступа, для целенаправленной санации определяется чувствительность к антибиотикам микрофлоры ротоглотки. В течение предоперационного и послеоперационного периодов проводится орошение ротоглотки больного растворами антисептиков и антибиотиков, к которым чувствительна его микрофлора. За три дня до операции назначается антибактериальная терапия.

Оперативное вмешательство выполняется в условиях эндотрахеального наркоза. В первые годы при выполнении трансорального доступа пациентам производилась трахеостомия. В последующем были разработаны специальные инструменты для расширения полости рта, подтягивания вверх мягкого неба и разведения раны задней стенки глотки, что позволило отказаться

от трахеостомии и проводить обычную интубацию.

При выраженной нестабильности атланта, для профилактики дополнительного повреждения мозга во время интубации, иногда на операционном столе приходится проводить скелетное вытяжение за кости черепа. В некоторых случаях показано введение эндотрахеальной трубки с использованием бронхоскопа. Во время оперативного вмешательства необходима регистрация вызванных потенциалов ствола головного мозга, что позволяет объективизировать функцию стволовых структур при проведении декомпрессии. Запись соматосенсорных стволовых вызванных потенциалов производится в течение основных этапов операции и сравнивается с исходными данными. Такой мониторинг позволяет вовремя выявить нежелательные воздействия на нервно-сосудистые образования ствола мозга, исключить их дальнейшую травматизацию, своевременно начать целенаправленную терапию.

В раннем послеоперационном периоде больные лечатся в отделении реанимации, где особое внимание уделяется состоянию сердечно-сосудистой системы и восстановлению самостоятельного дыхания. С появлением современных микропроцессорных вентиляторов, значительно облегчился мониторинг функционального состояния аппарата внешнего дыхания и процесс отлучения пациента от респиратора. Для профилактики местных осложнений со стороны раны, а так же для ликвидации отека задней стенки глотки, осуществляется постоянное орошение ее полости раствором антисептика с добавлением сосудосуживающих препаратов и антибиотиков. При выраженном отеке интубационную трубку можно удалять не раньше 2-3-го дня после операции.

Для профилактики пневмонии необходимо со 2-х суток начинать лечебную физкультуру, перкуссионный массаж грудной клетки, физиолечение. В обязательном порядке продолжается введение антибиотиков, начатое в предоперационном периоде. При длительном проведении искусственной вентиляции легких применяются антибактериальные фильтры, регулярно осуществляется санационная фибробронхоскопия, показания к которой определяют совместно врач-реаниматолог и эндоскопист. Особое значение эндоскопическая санация трахеобронхального дерева

приобретает у пациентов с грубыми бульбарными расстройствами, когда в результате нарушения акта глотания и угнетения кашлевого рефлекса в дыхательных путях происходит скопление инфицированного секрета, затекающего из полости носо- и гортаноглотки. Как показал наш опыт, своевременное проведение санационной фибро- бронхоскопии позволяет в три раза уменьшить количество бронхопневмоний.

Обязательно проведение дезагрегантной и антикоагулянтной терапии (лучше использовать низкомолекулярные формы гепарина).

Всем пациентам с первых суток разрешается поворачиваться в постели. В тех случаях, когда имеют место грубые проводниковые нарушения, используются противополежневые системы и производится смена положения тела каждые два часа.

Только после полной нормализации витальных функций больные могут быть переведены из реанимации в общее отделение. При отсутствии грубых неврологических расстройств им разрешается самостоятельно вставать и ходить на 2-3 сутки после операции.

РАТКИН И.К., ЛУЦИК А.А.

*Городская клиническая больница № 29,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ПОРИСТЫЕ ИМПЛАНТАТЫ В ЛЕЧЕНИИ АТЛАНТО-АКСИАЛЬНЫХ ДИСЛОКАЦИЙ

При нестабильности атланта производят атланто-аксиальный спондилодез или окципитоспондилодез. Предложено большое количество методов стабилизации кранио-вертебральной области, что свидетельствует о нерешенности данной проблемы.

Цель исследования — разработка методов атланто-аксиального спондилодеза путем использования имплантатов из пористого никелида титана.

В Новокузнецкой нейрохирургической клинике за последние 17 лет оперированы 27 больных, у которых для фиксации верхних шейных позвонков использованы пористые имплантаты. Эти имплантаты нашли применение при следующих патогенетических ситуациях:

- 1) для фиксации атланто-аксиальных суставов у больных с переломами Джеферсона;
- 2) для закрепления отломка зубовидного отростка к телу аксиса при переднем смещении атланта;
- 3) для соединения передней дуги атланта с телом аксиса после удаления отломка зубовидного отростка при заднем вывихе атланта;
- 4) для формирования зубовидного отростка аксиса после его резекции в тех случаях, когда фиксировать отломок зуба с телом аксиса не представляется возможным.

Техника межсуставного атланто-аксиального спондилодеза пористыми имплантатами довольно простая. В положении больного на спине осуществляют трансoralный или подчелюстной доступ к передним костным структурам атланта и аксиса. Скелетируют переднюю дугу атланта,

основание зубовидного отростка и тело аксиса. При необходимости декомпрессии спинного и продолговатого мозга производят вправление вывиха атланта, удаление зубовидного отростка или тела аксиса. Выполняют рентгенологический контроль для уточнения уровня операции, взаимоотношений между верхними шейными позвонками. Для межсуставного атланто-аксиального спондилодеза электрической фрезой высверливают пазы в области суставов верхних шейных позвонков справа и слева, в которые помещают имплантаты из пористого никелида титана при вытяжении шейного отдела позвоночника. В костную рану засыпают антибиотик с учетом чувствительности микрофлоры ротоглотки больного, и рану тщательно ушивают наглухо.

Техника металлоостеосинтеза сломанного зубовидного отростка аксиса пористым имплантатом аналогична описанной выше. После доступа к верхним шейным позвонкам, под рентгенологическим контролем осуществляют вправление вывиха атланта. В отломке зубовидного отростка и теле аксиса электрической фрезой формируют глубокие пазы, в которые помещают подготовленную конструкцию из пористого металла при вытяжении шейного отдела позвоночника. После устранения экстензии шеи имплантат плотно фиксируется между позвонками, благодаря шероховатой поверхности имплантата и окружающей костной ткани позвонков. Рану ушивают наглухо.

У больных с передним чреззубовидным вывихом атланта резецируют костно-хрящевые структуры аксиса, вызывающие сдавление нерв-



но-сосудистых образований и замещают дефект костной ткани имплантатом из пористого никелида титана.

В тех случаях, когда во время операции выполнить надежный паз в отломке зубовидного отростка аксиса не представляется возможным, последний удаляется и формируется зубовидный отросток из пористого никелида титана, который служит опорным стержнем и осью вращения для атланта. При надежной фиксации нижнего конца имплантата, последний будет выполнять функцию зубовидного отростка аксиса — препятствовать смещению атланта при сохранности его ротационных движений.

В отдельных случаях целесообразно использовать для стабилизации кранио-вертебрального перехода имплантатов из пористого никелида титана совместно с фиксаторами из металла с эффектом памяти формы. В этих случаях комбинированный спондилодез обладает не только первичной надежностью фиксации, но и исключает нестабильность атланта в отдаленном послеоперационном периоде благодаря формированию костного блока в области пористых

имплантатов, которые прорастают остеонной тканью. Такая операция направлена на ускорение формирования костного сращения в области перелома зубовидного отростка аксиса. Комбинированный спондилодез целесообразно производить при нестабильных повреждениях верхних шейных позвонков, в случаях повышенного риска повторного смещения атланта у больных после передней декомпрессии нервно-сосудистых образований на данном уровне. При застарелых осложненных вывихах атланта после полноценной декомпрессии выполняют комбинированный спондилодез. При этом имплантат из пористого никелида титана помещают в сформированные пазы в отломке зубовидного отростка и нижних отделах тела аксиса. Окципитоспондилодез выполняют конструкцией из сплава никелида титана с эффектом памяти формы.

Таким образом, при повреждениях верхних шейных позвонков полноценная декомпрессия мозга должна сочетаться с первично надежным атланто-аксиальным спондилодезом или окципитоспондилодезом.

ТЮЛЬКИН О.Н., НАРЫШКИН А.Г., ГОРЕЛИК А.Л., БУХАРЦЕВ Н.Н.

*Российский нейрохирургический институт им. А.Л. Поленова,
Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева,
г. Санкт-Петербург*

ИНТЕНСИВНОЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Черепно-мозговая травма относится к наиболее распространенным видам повреждения, частота ее составляет 36-40 % от всех видов травмы. У мужчин встречаются более тяжелые травмы и в 3 раза выше летальность. Общая летальность при черепно-мозговой травме составляет 4-5 %, при тяжелой травме — 68-70 %. Среди причин инвалидизации, наступившей вследствие травм, на долю ЧМТ приходится 25-30 %.

Цель сообщения — оценка возможностей интенсивного комплексного восстановительного лечения тяжелой черепно-мозговой травмы в промежуточном периоде травматической болезни головного мозга.

Материалы и методы. За период 2004-2006 гг. проведен анализ результатов лечения 30 больных с тяжелой черепно-мозговой травмой. Исследование проводилось в гомогенной группе пациентов, сходных по срокам заболевания и выраженности клинических проявлений: 2-6 месяцев после ЧМТ, грубые нарушения когнитивных функций, количество баллов по шкале Бартела на момент

исследования не более 20. Возраст варьировал от 18 до 65 лет. Дополнительно анализировались данные КТ/МРТ головного мозга, результаты ЭЭГ. Оценка результатов проводилась при выписке больных из стационара (шкала Бартел, MMSE). У всех больных в лечении применялась транскраниальная микрополяризация головного мозга, различные схемы введения церебролизина, стандартные методики восстановительного лечения. Контрольную группу составили 42 пациента с тяжелой черепно-мозговой травмой, имеющие сходные клинические проявления, отвечающие критериям включения в исследование.

Результаты и обсуждение. Лечение больных с тяжелой ЧМТ в промежуточном периоде травматической болезни головного мозга направлено на устранение основных дезадаптирующих синдромов, к которым относятся: 1) синдром неврологического дефицита; 2) синдром психических дисфункций; 3) ликвородинамические нарушения; 4) синдром вегетативной дисрегуляции; 5) эпилептический синдром. Как правило, име-

ется сочетание нескольких синдромов, в той или иной степени выраженности.

На первый план лечебных мероприятий выходят консервативные методики. Мы использовали сочетание активных физических методов лечения (массаж, ЛФК, электромеханические тренажеры) с медикаментозной поддержкой (сосудистые препараты, церебропротекторы и т.д.), а также электровоздействием на головной мозг микродоз постоянного тока (транскраниальная микрополяризация).

У 15 пациентов церебролизин использовался в дозировке 10 мл в/в, у 15 пациентов — в дозировке 20 мл в/в, в течение 10 суток. В контрольной группе медикаментозное лечение преимущественно проводилось глитилином и кортексином по стандартным схемам. Транскраниальная микрополяризация в контрольной группе не проводилась. В 2-х случаях лечения больных основной группы, наряду с консервативными методами лечения, потребовалось хирургическое вмешательство. Обоим пациентам было выполнено вентрикулоперитонеальное шунтирование системами среднего давления, в связи с формированием у них ликвородинамических нарушений и нарастающей окклюзионной гидроцефалии. По данным нейровизуализации, при благоприятном развитии течения травматической болезни, картина изменений в головном мозге и желудочковой системе стабилизировалась. По ЭЭГ отмечены предпосылки к восстановлению физиологического ЭЭГ паттерна, регрессу очаговых и общемозговых изменений.

Все больные при поступлении находились в состоянии тяжелой деменции и набирали по шкале MMSE не более 10 баллов. После курса лечения у 20 пациентов (66,7 %) отмечена положительная динамика, они перешли в группу деменции умеренной степени выраженности (от 11 до 19 баллов), двое больных (6,7 %) достигли еще более высоких результатов (20-23 балла) и перешли в

группу деменции легкой степени выраженности. У 8 пациентов (26,6 %) достичь положительных результатов не удалось, у них сохранилась тяжелая деменция.

Индекс Бартела позволил оценить эффективность лечения, в первую очередь, неврологического дефицита. Исходное состояние больных составляло не более 20 баллов по Бартелу и они находились в состоянии полной зависимости. После лечения 16 пациентов (53,3 %) при тестировании набирали от 21 до 60 баллов и перешли в группу выраженной зависимости, 4 больных (13,3 %) достигли стадии умеренной зависимости (61-90 баллов), остальные 10 пациентов (33,4 %) не показали положительной динамики, позволившей бы им переместиться на более высокий уровень адаптации.

Результаты лечения больных контрольной группы оказались достоверно ($P < 0,05$) хуже, как по восстановлению двигательных нарушений, так и когнитивных функций. Сравнивая результаты лечения пациентов основной группы в зависимости от схемы применения церебролизина, мы не обнаружили достоверной зависимости исходов лечения от дозировки препарата.

Следует подчеркнуть, что восстановление интеллектуально-мнестических нарушений в наших наблюдениях всегда сочеталось с регрессом очаговых неврологических нарушений. Улучшение результатов лечения в основной группе, по сравнению с контрольной, по нашим данным, связано с использованием методики транскраниальной микрополяризации головного мозга.

Таким образом, комплексное, с учетом патогенетических факторов и преобладающих клинических синдромов, лечение тяжелой черепно-мозговой травмы позволяет более чем в половине случаев достичь положительных изменений в состоянии пациентов и создать благоприятные условия для их последующей реабилитации.

ШИГИН О.А.

*МУЗ Центральная городская больница,
г. Междуреченск*

ИСТИННАЯ ТРАВМАОПАСНОСТЬ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПИСТОЛЕТА «ОСА»

В последние годы отчетливо прослеживается тенденция к увеличению черепно-мозговых ранений. Связано это с повышением криминальности в стране, достаточно свободной продажей как огнестрельного, так и неогнестрельного оружия. Наш город не стал исключением — значительно увеличилось число пострадавших

с огнестрельными ранениями из травматического пистолета «Оса».

Цель исследования — оценить истинную опасность нанесения вреда здоровью травматическим пистолетом «Оса» на примере жителей города Междуреченск (население 108,6 тысяч человек) за период 2006-2007 гг.



Технические характеристики травматического пистолета «Оса». Травматический пистолет «Оса» — многофункциональная система гражданского оружия, предназначенная для активной самообороны, подачи сигналов и освещения местности. Комплекс состоит из бесствольного пистолета (ПБ) различных модификаций и специальных боеприпасов: травматического, светозвукового, сигнального и осветительного. В комплексе «Оса» снаряд (резиновая пуля со стальной армирующей вставкой) получает необходимый импульс и направление во время движения внутри дульца удлиненной гильзы. Легальность бесствольных пистолетов «Оса» обеспечивается, в соответствии со статьями 37 Уголовного кодекса РФ и закона «Об оружии», лицензией на приобретение, хранение и ношение оружия самообороны.

Доступность. Исходя из определения, пистолет не относится к табельному (боевому) оружию, получить лицензию на приобретение не составляет большого труда, таким образом, травматическим пистолетом «Оса» может пользоваться любой человек без криминального прошлого.

На самом деле, учитывая отсутствие должного контроля, пистолет можно приобрести не только в магазине. В связи с доступностью пистолета «Оса», значительно увеличилось число случаев использования его при криминальных травмах. Локализация повреждений разнообразна, тяжесть — от легких до смертельных. Причем пистолет зачастую выступает в виде оружия нападения, а не самообороны.

По данным Городского отдела УВД за 2007 г., количество убийств с использованием огнестрельного оружия — 17, из них с использованием травматического пистолета «Оса» — 4. Зарегистрировано телесных повреждений, причиненных пистолетом «Оса» — 37; разбоев с применением пистолета «Оса» — 5; мелкое хулиганство — 11; умышленное повреждение автомобиля из пистолета «Оса» — 1.

За период 2006-2007 гг. в санпропускник хирургического корпуса МУЗ ЦГБ г. Междуреченска поступили 89 пациентов с огнестрельными ранениями различных локализаций. По зоне повреждений пострадавшие распределились следующим образом: голова — 28,1 %; шея — 6,7 %; живот — 15,7 %; грудная клетка, верхние и нижние конечности — 49,4 %. Огнестрельные ЧМР из пистолета «Оса» — 17 пациентов, что составило 19,1 % от всех огнестрельных ранений и 68 % ранений в голову. По возрасту пациенты распре-

дились следующим образом: 0-5 лет — 1 (5,9 %), 15-20 лет — 4 (23,5 %), 20-25 лет — 7 (41,2 %), 25-30 лет — 2 (11,8 %), 30-35 лет — 1 (5,9 %), 35-40 лет — 1 (5,9 %).

Пациенты были доставлены бригадой «Скорой медицинской помощи»: 3 — из травмпункта, 12 — взяты с улицы. Двое обратились самостоятельно с сопровождающими. Ко всем были применены стандартные методы обследования в условиях противошоковой палаты санпропускника: краниография в прямой и боковой проекциях, ЭХО-ЭГ, СКТ головы, оценка неврологического статуса, осмотр и ревизия повреждений мягких тканей, апоневроза, костей черепа. Больные, имеющие сопутствующие повреждения, осмотрены хирургом, травматологом, при необходимости реаниматологом. Все пациенты были оперированы по экстренным показаниям, от 1 до 6 часов от момента травмы.

По виду повреждения больные распределились следующим образом (классификация Н.С. Косинской): линейные непроникающие переломы — 2, вдавленные импрессионные — 4, раздробленные — 7, дырчатый слепой с простым типом раневого канала — 3, дырчатый слепой с радиарным типом раневого канала — 1, дырчатый слепой с диаметральным типом раневого канала — 1.

Умерли 2 пациента. Один больной умер спустя 6 часов после операции (имелось радиарное слепое ранение головы), второй пациент — спустя 72 часа после операции (диаметральное слепое ранение головы). Остальные пациенты (15 человек) выписаны с неврологическим дефицитом разной степени выраженности.

Исход огнестрельных черепно-мозговых ранений, причиненных травматическим пистолетом «Оса»: летальность — 11,8 %, пациенты с грубым неврологическим дефицитом — 29,4 %, с неврологическим дефицитом средней степени выраженности — 23,5 %, с умеренными неврологическими нарушениями — 35,3 %.

Таким образом, травматический пистолет «Оса» как средство для нейтрализации противника на самом деле является серьезным оружием, способным убить. Основываясь на наших наблюдениях, ранения в опасную зону, даже таким «безопасным» пистолетом, как «Оса», ведут к серьезным последствиям — очень высокому проценту летальности (11,8 %) и последствий в виде грубого неврологического дефицита (29,4 %) с последующей инвалидизацией.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ГОРОДА НОВОКУЗНЕЦКА

Ожирение в настоящее время является одним из самых распространенных хронических заболеваний в мире. Темпы его распространения приобретают характер неинфекционной эпидемии. И хотя в последние годы произошли существенные изменения в концепции терапии ожирения, пересмотрены ее основные принципы и тактика, на практике ее эффективность на сегодня остается довольно низкой. Это связано со многими факторами, в первую очередь, с тем, что многие годы ожирение считалось скорее эстетической, чем медицинской проблемой. При проведении лечения, как правило, ставились нереальные цели достижения идеального веса, проводилась прерывистая, курсовая терапия, отсутствовала долговременная стратегия лечения. А низкие результаты краткосрочной терапии порождали неверие пациентов и врачей в необходимость и возможность лечения ожирения, усложняемого также и ограниченным выбором средств, для этого.

Однако, несмотря на столь выраженную проблему, современные организационные, медицинские и психологические аспекты проблемы избыточной массы тела и ожирения до сих пор остаются до конца нерешенными. Поэтому нами была поставлена **цель** — изучить в динамике приверженность к лечению и выполнению рекомендаций у пациентов с избыточной массой тела и ожирением.

Материалы и методы. Для реализации поставленной задачи в 2007 г. проведено социологическое исследование среди 338 пациентов с избыточной массой тела и ожирением, которые обращались за медицинской помощью в период 2004-2005 гг. в муниципальные лечебно-профилактические учреждения. Из них, 228 человек обратились в эндокринологическое отделение № 2 МЛПУ «ГКБ № 1» и 110 человек — в частный медицинский центр «Евромед».

Результаты исследования. После госпитализации в эндокринологическое отделение № 2 МЛПУ «ГКБ № 1», лишь 21,5 % пациентов соблюдали врачебные рекомендации по снижению массы тела. В результате, только у 19,3 % пациентов наблюдалось снижение массы тела. На вопрос: «Обращались ли Вы по поводу избыточного веса к врачу повторно после госпитализации? Если нет, то почему?» 19,3 % опрошенных сослались на «сложность попасть на прием к эндокриноло-

гу (трудно получить талон на прием)»; 22,8 % пациентов отметили «бесполезность врачебного осмотра (так как заранее известно, что врач предложит стандартные рекомендации — меньше употреблять в пищу жирных и сладких продуктов)»; 12,7 % сослались на положительный результат самостоятельно используемых методов снижения веса и поэтому отсутствием потребности (по их мнению) в дополнительной консультации врача; 31,7 % пациентов не имели (с их слов) жалоб на свое состояние здоровья, несмотря на наличие избыточного веса; 7,8 % пациентов сослались на отсутствие достаточных материальных средств на лечение. Только лишь 5,7 % (13 пациентов) обратились за амбулаторно-поликлинической помощью к эндокринологу для коррекции веса.

В частном медицинском центре рекомендованное лечение для коррекции избыточного веса выполняли 91,8 % пациентов с положительным эффектом от лечения во всех случаях. Несоблюдение врачебных рекомендаций и отрицательный эффект от лечения 8,2 % пациентов отнесли за счет собственной неорганизованности и «низкой силой воли».

Выводы:

1. После выписки из стационара среди пациентов с избыточной массой тела и ожирением наблюдается низкий уровень соблюдения рекомендаций — 21,5 % и обращаемости за помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения — 5,7 %.
2. Незначительная приверженность к лечению, наблюдающаяся в МЛПУ, требует обязательного включения в лечебный процесс психотерапевтов для повышения мотивации по снижению веса и разработки новых организационных форм наблюдения и лечения данной категории пациентов.
3. Пациенты частного медицинского центра в 91,8 % случаев выполняют врачебные рекомендации, так как организация оказания медицинской помощи в данном центре на более высоком уровне (прием врачей до 21.00 часа, в том числе в выходной день субботу, что способствует отсутствию огромных очередей; комфортные кабинеты с удобной мебелью и приятной цветовой гаммой; персонал знаком с психологическими особенностями пациентов), все это повышает приверженность к лечению в данном учреждении.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗОФЕНОПРИЛА В ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Ингибиторы АПФ прочно вошли в стандарт лечения больных острым инфарктом миокарда (ИМ). Их назначение в ранние сроки позволяет уменьшить смертность, улучшить ремоделирование левого желудочка (ЛЖ), существенно уменьшить сердечную недостаточность. В России наиболее часто используемыми ингибиторами АПФ являются эналаприл, периндоприл, лизиноприл, реже каптоприл. В 2006 г. на Российском фармацевтическом рынке появился новый препарат — зофеноприл (зокардис, фирмы Berlin-Chemi/Menarini). Как и каптоприл, зофеноприл в своей химической структуре содержит сульфгидрильную группу, что обеспечивает ему более высокую, по сравнению с эналаприлом и периндоприлом, антиоксидантную активность и активацию АТФ-зависимых калиевых каналов. В отличие от каптоприла, зофеноприл относится к ингибиторам АПФ II класса, т.е. он должен метаболизироваться в печени в зофеноприлат, что обеспечивает ему более длительный клинический эффект. В плацебо-контролируемом исследовании SMILE при лечении зофеноприлом больных ИМ снижение ранней смертности было значительно больше, чем при лечении каптоприлом или лизиноприлом.

Цель исследования — оценка эффективности и безопасности применения зофеноприла у больных острым ИМ.

В исследование включены 15 больных острым Q-образующим инфарктом миокарда передней и передне-боковой локализации. Диагноз ИМ устанавливался на основании клиники, типичных изменений по ЭКГ, повышении специфических ферментов (КФК-МВ). Возраст пациентов от 43 до 66 лет, средний $54,1 \pm 8,1$ года. Из них, первичный ИМ был у 12, повторный — у 3. Сопутствующая артериальная гипертензия имела у 60,5 %, сахарный диабет — у 13,3 %. Курили до развития ИМ 86,7 % больных.

Зокардис назначался в дозе 7,5 мг 1 раз в первые сутки госпитального периода. При стабильной гемодинамике, через 5-7 дней дозу увеличивали до 15 мг/сут, по 7,5 мг 2 раза в сутки. В первые часы ИМ зокардис был назначен 8 пациентам, в первые сутки ИМ — 12 (80 %). Оставшимся 3 больным препарат был назначен на вторые сутки. Повторное увеличение дозы зокардиса проводили на 10-12 сутки ИМ. Курс лечения — 4 недели.

В качестве группы сравнения была изучена эффективность эналаприла у 20 больных первичным Q-образующим ИМ передне-боковой локализации. По возрасту, тяжести ИМ, наличию сопутствующих заболеваний группа не отличалась от группы зофеноприла. Эналаприл назначался в начальной дозе 2,5-5 мг в сутки, при стабильности гемодинамики через 5-7 дней дозу увеличивали до 5-10 мг/сут в два приема. Повторное увеличение дозы эналаприла проводили на 10-12 сутки ИМ.

Оба препарата вызывали снижение систолического (САД) и диастолического (ДАД) давления, без существенного влияния на ЧСС (табл.).

При этом наиболее выраженное снижение АД отмечено на 2 сутки приема зофеноприла (на 15 %), и на 3 сутки — эналаприла (на 14 %). После увеличения доз препаратов, зофеноприла до 15 мг/сут и эналаприла до 5-10 мг/сут, гипотонических реакций не отмечалось. Доза зокардиса 30 мг/сут была испытана только у 4 больных с исходной артериальной гипертензией. Отмечена хорошая переносимость препарата во всех испытываемых дозах. При этом обращало на себя внимание, что доза эналаприла увеличивалась врачами более осторожно и, как правило, у больных с гипертонической болезнью. Доза зофеноприла увеличивалась согласно протоколу исследования на 10-12 сутки ИМ. Смертельных исходов в группах не отмечалось, рецидивы ИМ произошли только

Таблица
Влияние зофеноприла и эналаприла на гемодинамику в остром периоде ИМ

	Зофеноприл			Эналаприл		
	САД	ДАД	ЧСС	САД	ДАД	ЧСС
Исходные данные	137,5 ± 8,2	86,3 ± 9,6	75,6 ± 5,1	138,8 ± 12,4	88,4 ± 8,6	76,8 ± 6,2
1-е сутки	121,3 ± 10,5	80,0 ± 8,7	72,4 ± 8,7	122,0 ± 8,7	84,4 ± 9,2	76,8 ± 8,8
2-е сутки	116,3 ± 12,2	78,2 ± 8,3	73,1 ± 4,1	118,4 ± 8,4	80,4 ± 12,2	80,4 ± 10,2
3-и сутки	125,0 ± 16,7	76,8 ± 10,6	74,1 ± 4,2	116,8 ± 8,6	82,4 ± 6,8	84,4 ± 8,4
4-е сутки	121,3 ± 9,2	78,8 ± 8,3	72,7 ± 4,4	118,8 ± 12,4	84,8 ± 8,8	78,4 ± 6,4
5-е сутки	120,6 ± 10,2	77,6 ± 8,8	72,8 ± 6,2	112,6 ± 8,6	80,4 ± 8,4	76,4 ± 8,2

у 1 пациента в группе, принимающей эналаприл. Оба препарата хорошо переносились пациентами, побочные эффекты не отмечены.

Таким образом, зофеноприл (зокардис) по эффективности не уступает часто используемому в клинической практике эналаприлу. Неудобством

в лечении зофеноприлом было то, что у нас были только таблетки по 30 мг, поэтому при назначении малых доз их приходилось делить на 4 и 2 части. Использование таблеток по 7,5 мг, несомненно, повысит удобство назначения препарата и приверженность больных к лечению.

БИЧАН И.В., МАКЛАКОВА Т.П., БИЧАН Н.А., ГАМИДОВА И.И., ГЕРУС А.Ю.

*Городская клиническая больница № 1,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АМИОДАРОН-ИНДУЦИРОВАННЫМ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

В клинической практике врачам разных специальностей приходится сталкиваться с проблемой назначения препаратов, обладающих не только высокой эффективностью, но и большим спектром побочных действий, которые могут осложнять течение основного заболевания. К таким препаратам относится амиодарон, занимающий ведущее место в лечении жизнеопасных нарушений ритма сердца, но и обладающий широким спектром воздействия на щитовидную железу (ЩЖ). Амиодарон-ассоциированная дисфункция щитовидной железы может проявляться гипотиреозом, гипертиреозом, доброкачественной эутиреоидной гипертироксинемией. Наибольшего внимания заслуживает амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз.

Известны две формы:

1. Амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз 1 типа, который возникает у больных, ранее имеющих заболевания ЩЖ, и механизм развития которого обусловлен избыточным синтезом тиреоидных гормонов вследствие чрезмерного поступления в организм йода. При обследовании у больных выявляется диффузный или многоузловой зоб, нормальная или повышенная васкуляризация ткани ЩЖ.
2. Амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз 2 типа (деструктивный тиреотоксикоз), представляющий собой деструктивный тиреоидит с высвобождением избытка тиреоидных гормонов. Патогенез такого тиреотоксикоза обусловлен прямым цитотоксическим и тиротоксическим действием амиодарона. ЩЖ при этом диффузная, плотная, иногда небольших размеров. На УЗИ выявляется, как правило, нормальная структура ЩЖ без усиленной васкуляризации.

Как правило, амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз наблюдается в старшей возрастной группе, когда чаще встречается как патология

щитовидной железы, так и сердечно-сосудистой системы, и именно пожилым людям назначается амиодарон.

За 3 года в нашей клинике мы наблюдали 8 случаев амиодарон-индуцированного тиреотоксикоза: 5 мужчин и 3 женщины в возрасте 54-78 лет. Все пациенты получали препараты амиодарона в поддерживающей дозе в течение от 9 месяцев до 10 лет по поводу ИБС с постоянной или пароксизмальной формами фибрилляции предсердий, в одном случае — по поводу пароксизмальной желудочковой тахикардии. Через 6-48 месяцев терапия амиодароном стала неэффективной, т.к. участились нарушения ритма сердца, усилилась выраженность приступов стенокардии, развились или усилились признаки сердечно-сосудистой недостаточности.

Следует отметить, что клиническая картина амиодарон-индуцированного тиреотоксикоза характеризуется некоторыми особенностями и, в частности, отсутствием классических признаков тиреотоксикоза — потливость, тремор рук, что обусловлено антиадренергической активностью амиодарона. При этом в клинической картине заболевания доминируют сердечно-сосудистые расстройства.

Все пациенты амбулаторно осмотрены эндокринологом, в 4-х случаях диагностирован диффузный токсический зоб, 1 — аутоиммунный тиреоидит, в двух — диффузный узловой токсический зоб, у 1-го больного с изначально неэффективным приемом кордарона — многоузловой токсический зоб. Диагноз амиодарон-ассоциированного тиреотоксикоза подтвержден гормональным исследованием (снижением ТТГ до 0,01-0,2 при норме 0,23-3,4, и повышением тиреоидных гормонов — свободного тироксина до 123, трийодтиронина до 4,3-6,6), низким уровнем холестерина 2,5-3,9 ммоль/л. Что касается УЗИ картины щитовидной железы, то она была полиморфной.



У всех пациентов определялся диффузный зоб с общим объемом 19,1-42,3 см³ с неоднородностью структуры (встречался фиброз и коллоидные зоны), у 3 пациентов даже не изменена васкуляризация. У одного больного со смешанным зобом узлы не превышали 1 см в диаметре и носили коллоидный характер, у второго размеры достигали 2-4 см. У 3 пациентов с диффузным токсическим зобом регистрировался повышенный уровень антител к тиропероксидазе — до 520 Ед/мл, а у больной с аутоиммунным тиреоидитом — до 460 Ед/мл.

Достижение компенсации тиреотоксикоза сопряжено со многими трудностями и требует индивидуального подхода в каждом случае. Для лечения тиреотоксикоза мы применяли тионамиды (мерказолил, тирозол), причем потребность доз была выше, чем при обычном тиреотоксикозе, а сроки наступления эутиреоза более поздние, что обусловлено особенностями фармакокинетики

препарата, а именно, способностью к кумуляции. В качестве альтернативной антиаритмической терапии вместо амиодарона у 6 пациентов использовались β -блокаторы, у 1 больного — пропафенон, и у 1 — верапамил.

Врачи общей практики, терапевты, кардиологи не должны забывать о высокой распространенности патологии щитовидной железы, трудностях своевременной диагностики, особенно у пожилых лиц. Всех пациентов, которым планируется назначение амиодарона, необходимо проконсультировать с эндокринологом, провести исследование функции щитовидной железы и ее структуры. Каждые 6 месяцев лечения амиодароном необходимо проводить контроль гормональной функции (ТТГ, Т₄ свободного и АТ к ТПО), что позволит не только своевременно выявить наличие тиреотоксической патологии, но и прогнозировать возможное развитие дисфункции щитовидной железы.

БИЧАН Н.А., МЕЩЕРЯКОВА О.П.
Городская клиническая больница № 1,
г. Новокузнецк

ОПЫТ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Первичная легочная гипертензия (ЛАГ) — редко встречающееся заболевание (1 : 2000000) в практике врача интерниста. Женщины болеют чаще (1,7 : 1). Широкий интерес к данному заболеванию обусловлен тяжестью состояния пациентов, неблагоприятным прогнозом и недостаточной разработанной тактикой лечения. По данным литературы, продолжительность жизни после постановки диагноза в 80-е годы прошлого века составляла в среднем 2,8 года у больных с идиопатической ЛАГ. В связи с этим, представляет практический интерес опыт успешного лечения больной данной патологии.

Больная К., 42 лет переведена в кардиологическое отделение МЛПУ «ГКБ № 1» из районной больницы в январе 2007 г. Диагноз первичной ЛАГ больной был установлен одним из авторов более 10 лет назад. По рекомендации женщина регулярно принимала коринфар и эуфиллин, но продолжала проживать на высокогорье (Таштагольский район). Состояние было относительно благополучным, несмотря на умеренную одышку. Работала бухгалтером.

Ухудшение наступило в конце ноября 2006 г. после перенесенного респираторного вирусного заболевания. Лечение в районной больнице было

безуспешным, состояние прогрессивно ухудшалось и 17.01.07 г. пациентка переведена в кардиологическое отделение.

При поступлении состояние тяжелое: одышка в покое, головокружение, обмороки при переходе даже в положение сидя, выраженная слабость. Удовлетворительного питания. Диффузный «чугунный» цианоз. Грудная клетка нормостенического типа, равномерно участвует в дыхании, ЧД — 20 в мин. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы отсутствуют. АД — 90/70 мм рт. ст., ЧСС — 88 уд/мин. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Выраженный акцент и раздвоение II тона над легочной артерией, легкий систолический шум во 2 межреберье слева. Живот обычной формы, печень не увеличена, отеков нет.

В анализе крови — эр — $5,91 \times 10^{12}$, Нв — 155 г/л, Л — $11,4 \times 10^9$, тромбоциты — 209×10^9 , гематокрит — 0,44, лейкоцитарная формула не нарушена, СОЭ — 5 мм/ч. Биохимические анализы без патологии: билирубин — 5,7 ммоль/л, АсАТ — 0,67, АлАТ — 0,15 ммоль/л, холестерин — 4,3 ммоль/л, креатинин — 166 ммоль/л, глюкоза — 3,5 ммоль/л, белок общий — 62,3 г/л, К плазмы — 4,9 ммоль/л, Na плазмы — 136 ммоль/л, хлор — 105,3 ммоль/л, СРБ — 4,3 мг/л. Коагу-

лограмма: фибриноген — 4,1 г/л, ПТИ — 46 %, АЧТВ — 43 сек. КЩС — рН — 7,351, рСО₂ — 36,8, рО₂ — 12,2, ВЕ (-5,2 ммоль/л), SBC — 19,4, НСО₃ — 20,6, ТСО₂ — 21,7, SO₂% — 12,5. Анализ мочи без патологии.

Рентгенография грудной клетки: В легочной ткани без очаговых и инфильтративных изменений. Признаки резко выраженной легочной гипертензии, корни расширены. Синусы свободные. Сердце расширено в поперечнике в обе стороны, увеличены правые отделы сердца. Аорта уплотнена. **ЭКГ:** синусовая тахикардия 120 в мин. Гипертрофия и систолическая перегрузка правого желудочка. **ЭХОКГ:** значительно расширены правые отделы сердца (ПЖ — 48 мм, правое предсердие 52 × 50 мм, легочная артерия — 35 мм, правая ветвь — 31 мм, левая ветвь — 29 мм, нижняя полая вена — 28 мм, не коллабирует на вдохе); среднее давление в легочной артерии — 69 мм рт. ст. (при норме 8-18); значительная гипертрофия миокарда правого желудочка 15 мм (норма 2-5 мм), его гиперкинез с вовлечением межжелудочковой перегородки, что создает видимость парадоксального движения; левые отделы сердца не увеличены (левый желудочек — 38 мм, левое предсердие — 32 мм, аорта — 31 мм); клапаны сердца интактны; жидкости в перикарде нет.

На основании клиники, признаков выраженной легочной гипертензии при отсутствии признаков врожденного порока сердца, гипертрофии правых отделов сердца выставлен диагноз: «Идиопатическая легочная гипертензия (болезнь Айерса), 4 функциональный класс».

Тактика лечения больной была разработана на консилиуме. Учитывая низкое АД, отсутствие эффекта от предыдущей терапии, от назначения антагонистов кальция решено отказаться. Назна-

чено лечение: синденафил (виагра) в начальной дозе 25 мг в сутки с последующим ее повышением до 50 мг, небилет 2,5 мг (как дозатор оксида азота), вазопростан 20 мг в/в на 200 мл физ. р-ра, клексан 40 мг 2 раза в день, варфарин, дигоксин 0,25 мг/сут в два приема, эуфиллин в/в, оксигенация кислорода, в начале постоянная, в дальнейшем по 30-20 мин. каждый час.

На фоне проводимой терапии самочувствие пациентки улучшилось — уменьшилась одышка, исчезли головокружение и обмороки, тахикардия, уменьшился цианоз, повысилось АД до 100-105/80 мм рт. ст., больная стала передвигаться в пределах палаты. В лечении доза синденафила (виагры) увеличена до 50 мг/сут, вазопростана до 40 мг в/в капельно. После повышения АД в лечение были добавлены кордипин-ретард по 10 мг 2 раза в сутки с дальнейшим увеличением дозы до 20 мг 2 раза в сутки и верошпирон 50 мг. В динамике значительно уменьшились признаки легочной гипертензии по данным ЭХОКГ: среднее легочное давление понизилось до 36,3 мм рт. ст., уменьшился размер ПЖ до 36 мм, правого предсердия до 45 × 50 мм, нижней полой вены до 23 мм. Через 37 дней больная была выписана из отделения с рекомендациями продолжить лечение: синденафил (виагрой) 50 мг/сут, небилет 2,5 мг, кордипин-ретард 20 мг 2 раза в сутки, варфарин 2,5 мг, пентоксифиллин 1 т 3 раза, дигоксин 0,25 мг/сут, верошпирон 50 мг.

В течение года после выписки состояние остается стабильным, сохраняются одышка при незначительных физических нагрузках, головокружение. Обмороки отсутствуют. Больной определена инвалидность 1 группы. К сожалению, пациентка продолжает проживать на высокогорье, что, несомненно, усугубляет тяжесть заболевания.

БАВИН В.В., МИНГАЛЕВ Н.В.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕКСИДОЛА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

В среднем около 5-15 % взрослого населения и 5 % детей страдают различными формами синуситов. В России острый риносинусит ежегодно диагностируется у 10 миллионов человек (Шиленкова В.В., 2003; Козлов С.Н., 2004). Тенденция увеличения количества больных острым гнойным ри-

носинуситом характерна не только для нашей страны.

В США около 20 миллионов человек ежегодно переносят острый бактериальный риносинусит (Brook I., 2002; Anand V.K., 2004). По оценкам экспертов Американского национального бюро исследования здоровья (United States National Health



Interview Survey), риносинуситы являются наиболее частой причиной посещений врача — 141,3 на 1000 населения (Benson V., 1998). В Канаде распространенность риносинусита составляет 135 человек на 1000 населения (Durr D.G., 2001).

В настоящее время в России острый риносинусит ежегодно диагностируется у 10 миллионов человек (Козлов С.Н., 2004), удельный вес больных риносинуситом среди пациентов, госпитализированных в специализированные отделения, составляет 40-50 % (Морозов С.А., 2002), а по мнению некоторых авторов — до 70 % (Козлов С.Н., 2004; Пискунов Г.З., 2006). Похожие тенденции характерны и для других стран.

Риногенные орбитальные и внутричерепные осложнения, вызванные гнойными риносинуситами, не имеют заметной тенденции к снижению (Дайняк Л.Б., 1997; Дерюгина О.В., 2001). Несмотря на улучшение прогноза при риногенных внутричерепных осложнениях, связанное с новыми возможностями антибактериальной терапии, смертность от них продолжает быть высокой (Волков А.Г., 2000; Благовещенская Н.С., 1989).

Актуальность проблемы риносинусита связана и с наносимым этим заболеванием экономическим ущербом (Hsueh P.R., 1999; Ray N.F., 1999).

Последние годы активно изучается участие процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты в патогенезе различных патологических состояний. Доказана важная роль этих процессов в развитии острого воспаления и перехода его в хроническую форму. Поэтому возникает необходимость разработки способов коррекции системы антиоксидантной защиты слизистой оболочки и всего организма. Это позволит преодолеть избыточное перекисное окисление липидов, отягощающее течение воспаления при риносинусите, оказывающее провоспалительное дисметаболизующее и повреждающее действие, углубляющее нарушение иммунного статуса (Величковский Б.Т., 2001; Бакулина Л.С., 2005; Линьков Л.А., 2005; Пичукова Т.А., 2005).

Целью нашего исследования явилась оценка экономической эффективности местного примене-

ния мексидола в лечении острого гнойного риносинусита

За 2006 год в МЛПУ ГКБ № 1 г. Новокузнецка пролечены по стандартной схеме 279 больных острым гнойным риносинуситом, что составило 2576 койко-дней за год. Стоимость лечения этих больных составила 1458885,04 рублей.

Мы провели лечение 40 больных острым гнойным риносинуситом традиционным способом с дополнительным применением местной антиоксидантной терапии мексидолом, которая заключалась во внутриаушном введении 5 % мексидола 2 раза в сутки.

Оценка результатов лечения острого гнойного риносинусита проводилась на основании клинических, рентгенологических, томографических и эндоскопических данных. Длительность пребывания в стационаре одного больного, получавшего стандартное лечение, составила в среднем $10,8 \pm 1,2$ суток, а стоимость — 5228,98 рублей. При анализе результатов применения местной терапии мексидолом в составе комплексного лечения отмечается статистически достоверное сокращение сроков лечения больных в стационаре до $5,8 \pm 0,7$ за счет ускорения выздоровления и восстановления функций слизистой оболочки полости носа (СІ: 4,178-5,256; $p = 0,0001$). Средняя стоимость лечения одного больного была 2813,37 рублей.

Таким образом, местное применение мексидола в составе комплексной терапии острого гнойного риносинусита достоверно улучшает результаты лечения, снижая при этом стоимость лечения одного больного в стационаре на 2415,61 рублей (по ценам 2006 года). По данным нашего исследования, применение местной терапии мексидолом в комплексном лечении данных больных снизило стоимость лечения до 784930,23 рублей. При этом экономия денежных средств составила 673954,77 рублей.

Выводы: Применение мексидола в комплексном лечении больных острым гнойным риносинуситом сократило сроки лечения на 4-5 суток, стоимость лечения одного больного уменьшилась на 2415,61 рублей.

ВАХРУШЕВ А.К., ЧЕЧЕНИН Г.И.

ГУ НИИ КППЗ СО РАМН,

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ПРИЧИНЫ И ЧАСТОТА ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) характеризуется рецидивирующим течением, в связи с этим, представляют интерес по-

вторные госпитализации и обращения за скорой медицинской помощью больных с обострением ИБС.



Цель нашей работы заключалась в оценке исходных и повторных госпитализаций и вызовов скорой медицинской помощи («повт. Г + СМП») у больных ИБС. Исследование носило ретроспективный характер и было построено на изучении 13012 исходных и «повт. Г + СМП» в течение 7 лет у больных с ИБС, в основном это была впервые возникшая и прогрессирующая стенокардия. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью персонального компьютера, программы Excel 2002. Рассчитывались средние величины и стандартные ошибки; разница средних величин считалась достоверной при $P < 0,05$.

Начало исследования заключалось в изучении историй болезни больных, прошедших стационарное лечение во 2-м кардиологическом отделении ГКБ № 1 г. Новокузнецка за 2000-2006 г. впервые (исходная группа). Этих больных оказалось 3151 человек. Средний возраст составлял $59,6 \pm 0,3$ лет. Преобладали женщины — 56,2 %.

В последующем мы рассмотрели 9861 «повт. Г + СМП», при этом количество поступлений в стационар было 7897 (80,1 %) и вызовов СМП (без госпитализации) — 1964 (19,9 %).

При оценке «повт. Г + СМП» оказалось, что их количество колебалось от 2-х до 45. Особое внимание мы обратили на тех пациентов, у которых количество обращений было 15 и более. Так, от 15 до 19 посещений было у 43 больных, от 20 до 29 — у 19, от 30 до 39 — у 4-х, 45 — у одного пациента. Причем самое большое количество обращений (38 и 45 раз) было у 2 больных, которые проживали в одной семье. Количество больных с 15 и более обращениями было 67, что составило 2,1 % по отношению к 3151 больным в исходной группе.

При оценке возраста больных, по мере увеличения количества «повт. Г + СМП» от 2-х до 3-х и 4-х мы отметили увеличение возраста до средних величин $62 \pm 0,41$ лет, $64,4 \pm 0,54$ лет и $66,8 \pm 0,57$ лет, соответственно. Разница оказалась достоверной ($P < 0,001$ и $P < 0,01$, соответственно). Возраст больных ИБС при дальнейшем увеличении количества обращений существенно не возрас-

тал. Причины «повт. Г + СМП» у наших пациентов не отличались от общеизвестных: обострение ИБС, неэффективное лечение, продолжение лечения, этапное обследование, необоснованные госпитализации. Заслуживает более внимательного изучения удельный вес каждой из этих причин повторной госпитализации, особенно неэффективное лечение и необоснованные госпитализации.

В генезе обострений течения ИБС у наших больных, наряду с обострением коронарной патологии, сердечной недостаточности, гипертонической болезни, аритмиями, имели значение также присоединение интеркуррентных заболеваний. В числе последних большое значение приобретали воспалительные заболевания легких и верхних дыхательных путей.

Смертельные исходы произошли в 672 случаях (31,2 %). Поэтому в этой подгруппе длительность наблюдения составляла менее 7 лет. Средний возраст среди умерших составил 63 года, мужчин было несколько больше (54 %), чем женщин. Для оценки влияния частоты госпитализации на выживаемость больных мы подсчитали количество госпитализаций на одного больного. Оказалось, что среди выживших на 1-го пациента приходилось 2,78 госпитализаций, в то время как на 1-го умершего, несмотря на меньшую длительность наблюдения, госпитализаций было больше (в среднем, 3,1 на 1-го больного).

Таким образом, исходя из результатов исследования больных ИБС, следует обратить внимание на следующие разделы:

- при ИБС имеется высокая потребность в повторных госпитализациях, что создает основные экономические затраты здравоохранения при данном заболевании;
- с увеличением возраста необходимость в «повт. Г + СМП» увеличивается;
- для улучшения качества медицинской помощи больным с ИБС необходимо вести постоянный мониторинг госпитализаций и обращений в СМП. Информация о результатах мониторинга больных с ИБС должна поступать врачам поликлиник, СМП и стационаров.

ВАХРУШЕВ А.К., ЧЕЧЕНИН Г.И., НАРВАТКИН К.Ю.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
ГУ НИИ КПГПЗ СО РАМН,
г. Новокузнецк*

ДИНАМИЧНОСТЬ ДИАГНОЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) свойственна больным пожилого возраста и характеризуется нередким сочетанием с

различными видами патологии или сходством с другими заболеваниями, что создает диагностические трудности.



Цель работы — оценка спектра ведущей патологии при повторных госпитализациях больных, которым первоначально устанавливалась ИБС.

Ретроспективно были рассмотрены истории болезни пациентов, госпитализированных в течение 7 лет. В исходную группу были взяты 3151 пациентов, поступивших в кардиологическое отделение № 2 ГКМБ № 1 г. Новокузнецка по поводу впервые возникшей и прогрессирующей стенокардии. Затем мы рассмотрели 7897 (71,5 %) повторных госпитализаций этих же больных, как в кардиологические, так и в другие отделения больниц город.

При изучении структуры повторных госпитализаций в стационары различного профиля оказалось, что в кардиологические отделения доля госпитализаций составила 68 %, в некардиологические отделения — 32 %. В некардиологические отделения больные поступали с несердечной патологией.

В зависимости от того, как были задействованы эти отделения, они были расположены в убывающем порядке: неврологические (5,3 %), гастроэнтерологические (2,1 %), пульмонологические (2 %), профессиональной патологии (0,5 %), психиатрические (0,4 %), гематологическое (0,14 %), нефрологическое (0,08 %). Кроме этого, часть пациентов были госпитализированы в отделения, которые имели более близкое отношение к коронарной патологии: терапевтические (15,2 %), врачебно-трудовой экспертизы (1,8 %), эндокринные (1,6 %), реанимационные (0,3 %), гериатрическое (1,5 %), реабилитации (1,2 %).

За весь период наблюдения летальные исходы произошли в 672 случаях, среди них секционных исследований проведено 222 (33 %). Мы рассмотрели причины смерти в группах, где проводились секционные исследования и где посмертные заключения делались клинически. Результаты были схожи. По секционным данным, коронарная причина смерти (в основном это были инфаркты миокарда) выявлена чаще (52,3 %). Реже встречались некоронарные причины смерти, такие как травмы, ожоги, отравления, асфиксии — в 8,6 %, кровоизлияния в мозг — в 7,2 %, ишемические инсульты — в 9 %, болезни кишечника — в 4 %, пневмонии — в 4,1 %, злокачественные опухоли — в 2,7 % случаях.

Еще реже наблюдались разрывы аорты, вторичные гипертонии, пороки сердца, инфекционный эндокардит, болезни миокарда (кардиомиопатии), сахарный диабет, лейкоз, нефрит, цирроз печени.

Мы повторно рассмотрели протоколы секционных исследований в группе больных, у которых не было коронарной причины смерти. Оказалось, что невыраженный атеросклероз коронарных артерий отмечался в большинстве случаев (58,3 %). Выраженные морфологические указания на коронарную болезнь выявлены у меньшей части больных этой группы.

Как видно, повторные госпитализации больных с первоначально установленной ИБС чаще происходили в кардиологические и терапевтические отделения.

На 2-м месте по частоте госпитализации были неврологические отделения.

Заметное 3-е место занимали госпитализации по поводу травм, отравлений и асфиксии. Реже пациенты поступали в гастроэнтерологические, пульмонологические и другие отделения.

Разноплановый профиль отделений, в которые повторно госпитализировались больные, в определенной степени отражал сложность диагностического процесса и указывал на то, что клиническая оценка состояния больных у части больных ИБС не вполне укладывалась в коронарную патологию. Вероятно, для установления диагноза ИБС недостаточно иметь пожилой возраст и сердечную симптоматику, а при дифференциальной диагностике следует уделять большее внимание внесердечным симптомам.

Таким образом, нами установлено, что коронарная патология, установленная при первой госпитализации, не всегда подтверждается при последующих наблюдениях. По результатам секционных исследований в ряде случаев коронарная патология была невыраженной или конкурировала с другими заболеваниями, развитием инсультов, опухолей, кровотечений и других видов патологии.

Критерием диагноза нередко становится динамическое наблюдение, при котором выявляются изменения течения конкурирующих заболеваний. Летальные исходы могут происходить в других отделениях, анализ такой информации врачами первого этапа может способствовать повышению качества медицинской помощи.

НАРУШЕНИЕ ГОЛОСА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПАРЕЗАХ ГОРТАНИ

Изменение голоса и связанное с ним снижение работоспособности голосового аппарата значительно влияют на самочувствие и качество жизни пациента, особенно если это лица речевой и вокальной профессии. В некоторых случаях эти пациенты вынуждены переходить на инвалидность и менять специальность. Поэтому вопросы восстановительного лечения нарушения двигательной функции гортани имеют большое социальное значение. Наиболее распространенными являются дисфонии, связанные с операцией на щитовидной железе по поводу зоба. По последним литературным данным (Василенко Ю.С., 2000; Князева Л.С., 2004; Новицкая Н.В., 2005) отмечается неуклонный рост нарушений голосовой функции гортани, обусловленных оперативными вмешательствами. С 2005 года в хирургической клинике МЛПУ «ГКБ № 1» внедрен обязательный фониатрический осмотр пациентов, оперированных на щитовидной железе, и проведение медикаментозной профилактики послеоперационного пареза возвратного нерва.

Обследовано 588 пациентов, оперированных на щитовидной железе в хирургическом отделении № 2 МЛПУ «ГКБ № 1». Обследование включало ЛОР осмотр, непрямую или фиброларингоскопию, оценку времени максимальной фонации (ВМФ) при произнесении тянутых гласных. Способ оценки ВМФ применен как наиболее легкий и информативный метод оценки степени смыкания голосовых складок при фонации.

Большинство больных с парезом гортани — лица женского пола, они составляют 98 % от числа осмотренных. По возрасту преобладают пациенты от 40 до 70 лет, наибольшая возрастная группа от 50 до 60 лет (42 %).

Нарушение голоса до операции было у 17 больных, преимущественно функционального характера. В послеоперационном периоде нарушение голоса, не связанное с парезом гортани, было у 18. Это пациенты с постинтубационными осложнениями: острый трахеит, кровоизлияния в голосовые складки. У одной больной возникло обострение хронического ларинготрахеита.

Степень нарушения голоса зависит от положения паретической голосовой складки (от легкой охриплости до афонии). У нескольких пациентов нарушения голосовой функции не определялось (ВМФ 15-25 сек). При ее парамедианном или медианном стоянии дисфония проявляется обычно в незначительной степени (у таких пациентов

ВМФ 8-11 сек). При интермедианном положении голосовой складки нарушение голосовой функции было наиболее значительным (ВМФ 3-5 сек, до афонии). Наши данные подтверждают литературные, в том, что парамедианная фиксация голосовых складок наблюдается наиболее часто.

В большинстве случаев наблюдался односторонний парез гортани, соотношение с двусторонним 6/1. Нарушение голоса при двустороннем парезе гортани также зависит от положения голосовых складок, но более важной в этих случаях является дыхательная функция, поэтому часто такие пациенты подвергаются трахеотомии, как в ближайший, так и в отдаленный послеоперационный периоды. При этом проблема голосовой функции отходит на второй план и как правило голосовая реабилитация откладывается.

Лечение больных с односторонним парезом гортани комплексное и включает медикаментозное, психотерапевтическое воздействие, дыхательную гимнастику, ортофоническую тренировку. Продолжительность медикаментозной профилактики в хирургическом отделении — 5 суток. Проводится в раннем послеоперационном периоде, с 1-х суток после операции на щитовидной железе по поводу зоба. Внутривенно вводится дексаметазон, фуросемид (1-е сутки), пирацетам 20 %, пентоксифиллин. Для восстановления проведения нервного возбуждения в синапсах внутримышечно вводятся витамины (мильгамма), для стимуляции обменных процессов и облегчения проведения нервных импульсов в межнейронных связях внутривенно вводится берлитион.

После выписки из стационара пациенты проходят курс реабилитации в фониатрическом кабинете консультативно-диагностической поликлиники МЛПУ «ГКБ № 1». Курс включает дыхательную гимнастику, ортофонические упражнения с целью включить компенсаторные механизмы голосообразования и голосоведения, добиться лучшего смыкания голосовых складок во время фонации.

У большинства пациентов (91 %) отмечена значительная положительная динамика голоса после 4-х недель занятий. Улучшения голоса не удалось добиться в двух случаях при злокачественном поражении щитовидной железы, в 6 случаях при интермедианном положении паретической голосовой складки. Спонтанное восстановление подвижности парализованной голосовой складки наблюдается крайне редко, у 2,5 % (Satoh с соавт., 1982), нами наблюдалось только в трех случаях (3 %).

Проблема реабилитации больных с нарушением голосовой функции является приоритетной проблемой современной оториноларингологии. Возможность снижения числа послеопераци-

онных осложнений в виде парезов гортани мы видим в более широком ознакомлении оториноларингологов, хирургов, эндокринологов с вышеперечисленными проблемами.

ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., ШАПОВАЛОВА Э.Б., ЛУЗИНА Ф.А.,
ГАФАРОВ Н.И., НИКИФОРОВ В.В., ЕРШОВ А.А.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Важная роль наследственных факторов в этиологии АГ доказана рядом исследований, в которых использовался близнецовый и клинико-генеалогический методы. В ряде работ изучалась связь генетических маркеров с предрасположенностью АГ. Однако эти исследования были проведены с определением небольшого числа маркеров на малом контингенте обследуемых.

Изучение особенностей наследственного полиморфизма человека позволяют открывать новые возможности повышения эффективности профилактических мероприятий, с детства устраняя или сводя к минимуму влияние болезнетворных факторов.

Цель работы — изучить и оценить наиболее значимые генетические маркеры у больных АГ для выявления лиц с высоким риском ее развития.

Материалы и методы исследования. Обследовано 170 больных АГ, которые составили основную группу. Из них было 93 мужчины (54,71 %) и 77 женщин (45,29 %). Контрольную группу составили 381 человек (170 женщин и 211 мужчин).

У 44 больных имелись родственники, страдающие АГ, при этом у 36 из 44 пациентов АГ боле- ла мать. Практически у всех больных выявлялись факторы риска и их комбинация. У 19 больных диагностирована стенокардия напряжения, у 35 больных — различные нарушения ритма и у 28 больных — сердечная недостаточность.

Для определения групп крови АВ0 и резус, антигенов Р, MN, Льюис использовались анти- сыворотки. Исследование сывороточных белков проводилось с применением методов электрофо- реза в полиакриламидном и крахмальном гелях. Типы АВН — антигенов выявлялись по методике М.А. Бронниковой (1947).

Статистическая обработка данных клинико-ге- нетического анализа у больных и здоровых лиц проводилась с помощью расчетных формул и ме- тодов математической статистики с использовани-

ем критерия χ^2 . О силе ассоциации между изучае- мыми маркерами и болезнью судили по критерию относительного риска — Relative risk (RR). По- казатель относительного риска более единицы свидетельствует о положительной ассоциативной связи маркера с заболеванием.

Результаты исследования. При анализе рас- пределения изучаемых маркеров между лицами с АГ и без таковой отмечено достоверное различие в распределении фенотипов группы крови Льюиса: среди больных достоверно чаще встречаются лица с вариантом Льюиса а-В+ (76,4 %), а среди лиц контрольной группы на его долю выпадает 64,4 % ($\chi^2 = 7,72$; $p < 0,01$) при $RR = 1,80$.

Среди больных выявлена также более ча- стая встречаемость фенотипа кислой фосфата- зы эритроцитов аа: его доля составила 21,4 % против 13,6 % у здоровых ($\chi^2 = 4,05$; $p < 0,05$, $RR = 1,73$).

Выявлены различия в распределении фено- типов гаптоглобина: оказалось, что фенотип Нр 2-1 достоверно чаще встречается среди здоровых лиц — 52,5 % против 43,03 % у больных ($\chi^2 = 3,95$; $p < 0,05$, $RR = 0,68$), что можно расценивать как фактор резистентности к развитию АГ.

Распределение фенотипов α_1 -антитрипсина показало большую встречаемость среди больных АГ вариантами М1М1: 60,4 % против 47,3 % у лиц контрольной группы ($\chi^2 = 7,18$; $p < 0,05$, $RR = 1,70$), среди же здоровых выявилась более частая встречаемость фенотипа М1М2: 31,4 % против 18,7 % у больных ($\chi^2 = 8,45$; $p < 0,05$, $RR = 0,50$).

При анализе других систем различий между больными и здоровыми не выявлено.

Распределение больных АГ и здоровых по типам конституции обнаружило большую встре- чаемость среди первых лиц с гиперстеническим телосложением (42,2 % против 29,1 % среди здоровых) при $RR = 1,78$, что дает основание говорить о предрасположенности лиц с указан- ным типом конституции к артериальной гипер- тензии.



Более убедительные данные были получены при анализе двухкомпонентных комбинаций, в которых присутствует группа крови Льюис a-b+. Сочетание Нр 1-1 и Le a-b+ встретилось у 13,9 % больных АГ и лишь у 6,4 % здоровых лиц. Комбинация Le a-b+ и Tf cc встретилась у 76,2 % больных и 62,6 % здоровых (RR = 1,92), а сочетание Le a-b+ и Rh(+) отмечено у 68,2 % больных АГ и 56,3 % здоровых, при RR = 1,66.

При анализе такого наследственно обусловленного фактора, как пристрастие к поваренной соли, выявилась его связь с группой крови Льюис

a-b+ ($\chi^2 = 5,90$; $p < 0,02$, RR = 2,97). В то же время, у больных, не злоупотребляющих солью, отмечена тенденция к более частой встречаемости Le a-b- ($\chi^2 = 3,80$), при RR = 0,38.

Выводы: Развитие артериальной гипертензии ассоциируется с фенотипами: Льюис a-b+, АСР aa, α_1 -антитрипсин M1M1, гиперстенический тип конституции, сочетание Tf cc + Le a-b+; Rh (+) + Le a-b+ и Le a-b+ + Нр 1-1.

АГ реже развивается у лиц с фенотипами Нр 2-1, α_1 -антитрипсин M1M2 и сочетаний: Gc 1-1 + несекретор АВН; Gc 1-1 + MM; MM + АСР ab; MM + Le a-b+.

ЕВСЮКОВА Н.В., КУЗИНА И.Р.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМА ГИППОКАМПА У НАРКОЗАВИСИМЫХ ПРИ ПОМОЩИ МРТ

При употреблении наркотических препаратов страдает, прежде всего, лимбическая система головного мозга, центральным звеном которой является гиппокамп. Гиппокамп отвечает за сложноинтегрированные поведенческие реакции, механизмы эмоций и памяти, регуляции висцерально-вегетативных функций, формирование корковой ритмики.

Материалы и методы. Изучены МР-томограммы у 226 наркозависимых и у 106 пациентов сравнительной группы. В сравнительную группу вошли психически здоровые пациенты без наркотической зависимости, у которых в головном мозге не были выявлены опухоли, нарушение мозгового кровообращения и признаки черепно-мозговой травмы. Исследуемый возрастной предел — от 16 до 44 лет.

Все наркозависимые по длительности употребления наркотика были разделены на 3 группы: I группа — до 5 лет (170 пациентов), II группа — от 6 до 10 лет (52 пациента), III группа — от 11 до 15 лет (4 пациента). 119 наркозависимых употребляли опий и 107 — героин.

Психологическую функцию гиппокампа — память у наркозависимых исследовали при помощи теста «оперативная память». Тест заключался в следующем: для запоминания предъявлялись десять рядов по пять чисел в каждом. Необходимо было запомнить их в порядке называния, затем сложить первое число со вторым, второе с третьим, третье с четвертым и т.д. в каждом ряду. Числа зачитывались один раз. Нормальным являлось не менее 30 правильно названных сумм.

МРТ проводилась на МР томографе «Vectra» фирмы GE с напряженностью магнитного поля 0,5 Т, на базе центра лучевой диагностики МЛПУ «ГКБ № 1» г. Новокузнецка. При исследовании пациентов использовался стандартный протокол, который включал в себя SE и IR импульсные последовательности (ИП) с получением T1 и VE ИП с получением T2/Pd взвешенных изображений (ВИ) суб-, супратенториальных структур и ствола головного мозга с толщиной выделяемого слоя 5 мм, в сагиттальных, аксиальных и корональных плоскостях. Объем гиппокампа определялся по фронтальному (ширина) и гиттальному (высота и передне-задний размер) срезам.

Результаты и обсуждение. При вычислении объема гиппокампа было установлено, что в среднем объем гиппокампа у наркозависимых составлял 5,0 см³, а у лиц сравнительной группы — 6,2 см³.

У пациентов с героиновой зависимостью объем гиппокампа составил 4,7 см³, а у пациентов с опийной зависимостью — 5,1 см³. Изучение гиппокампа в группах по длительности наркомании выявило зависимость его объема от продолжительности употребления наркотика. При длительности наркомании до 5 лет объем гиппокампа составил 5,0 см³, а от 6 до 10 лет — 4,7 см³. Исследование памяти при помощи теста «оперативная память» показало, что пациенты с героиновой зависимостью и при длительности наркомании от 6 до 10 лет хуже запоминали и складывали цифры.

Кроме того, у 73 наркозависимых (32 %) были выявлены атрофические изменения головного



мозга, среди которых статистически значимо преобладала диффузная атрофия — 36 %. В группах по виду опийного наркотика диффузная атрофия развивалась чаще у пациентов с героиновой зависимостью (36 % против 29 %). В группах по длительности употребления наркотика диффузная атрофия развивалась чаще при длительности наркомании от 6 до 10 лет — 37 % против 31 %.

Выводы:

1. Объем гиппокампа у наркозависимых имел меньшие средние значения ($5,0 \text{ см}^3$), чем у лиц сравнительной группы ($6,2 \text{ см}^3$).
2. У пациентов с героиновой зависимостью и с длительностью наркомании от 6 до 10 лет было выявлено уменьшение объема гиппокампа до $4,7 \text{ см}^3$.

ЗАЙКА Г.Е.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

О НЕКОТОРЫХ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ МОЗГА У ДЕТЕЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Одной из причин неблагоприятных исходов опухолей мозга у детей является позднее их распознавание. Наличие современных высокоинформативных методов исследования и совершенствование оперативной техники лечения опухолей выводят на первый план задачу своевременного выявления пациентов, у которых опухоль мозга является одним из дифференцируемых состояний. Своевременное назначение и проведение соответствующего обследования решают проблему ранней диагностики опухоли.

У детей, особенно раннего возраста, установление диагноза опухоли мозга или предположение о ее наличии встречается у врача первого контакта, прежде всего, психологические трудности. Причиной этому является большая редкость злокачественных новообразований у детей, при которой опухоль необоснованно часто не включается в круг дифференциального диагноза. В то же время, лишь исчерпывающая полнота этого круга, вне зависимости от области диагностических притязаний, может служить гарантией безошибочности диагностической деятельности.

В то же время, для того, чтобы избежать неадекватной (избыточной) дифференциально-диагностической деятельности, необходимо четко обозначить принципы включения опухолей мозга в необходимый и достаточный перечень предполагаемых патологических состояний.

Анализ анамнеза заболевания детей раннего возраста, проживающих в районе обслуживания базовой детской больницы кафедры и умерших от опухоли мозга в связи с крайне запоздалой диагностикой, показал, что одной из особенностей, не только характерной, но и присущей опухоли, является прогрессирующее течение. С одной стороны, это представляется естественным

и не подлежащим обсуждению, но с другой стороны, в своей практической деятельности врач первого контакта чаще всего не может отличить подобное течение, носящее характер процесса, от последствий поражения центральной нервной системы различной природы. Чаще всего такими состояниями, под диагнозом исхода которых чаще всего в течение длительного времени скрывается опухоль мозга, являются поражения центральной нервной системы (ЦНС) травматического, гипоксического и/или токсического генеза. Высокая частота этих состояний, обусловленная многими факторами, включая проживание в районе экологического неблагополучия с характерным для него нарушением состояния здоровья беременной женщины, нарушением течения беременности и родов, нарушением состояния здоровья новорожденного, суммарная частота которого даже в среде наиболее благополучной части населения города может достигать 70 %, приводит к доминированию предположения именно о такой природе поражения головного мозга при появлении симптомов опухоли.

Возвращаясь к парадигме наиболее ранней (своевременной) диагностики опухолей головного мозга, когда, по крайней мере в части наблюдений, можно получить благоприятный исход от радикального вмешательства, следует выдвинуть несколько положений, которые подлежат обязательному учету в ходе дифференциально-диагностического процесса.

Первым вопросом, на который следует ответить, анализируя особенности того или иного состояния, является вопрос о том, с чем имеет дело врач в каждом конкретном наблюдении: с исходом того или иного предшествующего болезненного состояния или текущим процессом. Ответ



не слишком сложен, если он, как и должно быть, поставлен врачом. Некоторые затруднения могут возникнуть при склонности к волнообразным изменениям при наличии исхода предшествующего повреждения, с появлением признаков декомпенсации под действием тех или иных неблагоприятных факторов, например, интеркуррентных (чаще всего инфекционных) заболеваний, столь частых в раннем детском возрасте. В то же время, даже волнообразная динамика исходов, в целом, имеет нисходящий, убывающий характер, типичный и для взрослых, и тем более для детей с типичной для них высокой способности к реституции. Дифференцируя исходы и процесс, следует иметь в виду, что симптомы, наблюдаемые в исходе, не могут быть тяжелее и разнообразнее, чем в ходе первичного поражения. Этим часто пренебрегают не только врачи первого контакта, но и детские неврологи, обозначая как резидуальную перинатальную энцефалопатию значительные поражения центральной нервной системы у ребенка, который ни при рождении, ни затем, в первые недели и месяцы жизни, не

выявлял отчетливых признаков поражения головного мозга. После того как врач, обдумав особенности течения заболевания, протекающего с признаками поражения ЦНС, оценил его как текущий процесс или, по крайней мере, заподозрил его наличие, он должен включить в круг дифференциального диагноза всего лишь три патологических состояния, типичных для текущего процесса у детей раннего (и не только раннего) возраста: опухоль головного мозга, паразитарное поражение головного мозга (именно врожденный церебральный токсоплазмоз, включая «активный энцефалит», по Тальхаммеру) или одно из наследственных заболеваний с ранним проявлением, которые в большинстве случаев сопровождаются поражением ЦНС и отличаются прогрессирующим течением. Дифференциальный диагноз у взрослых, по крайней мере, более громоздок.

Соответствующее незамедлительное обследование, вне зависимости от того, где и кем оно затем будет проводиться, позволит установить один из трех приведенных выше диагнозов.

КОВАЛЕНКО В.М., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., ВАСИЛЬЕВА Н.Н., МАМУШКИНА А.В.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГО ТЕХНОГЕННОГО РИСКА

Железодефицитная анемия (ЖДА) беременных — состояние, обусловленное снижением содержания железа в сыворотке крови, костном мозге и депо в связи с большими его затратами на создание фетоплацентарного комплекса и перераспределением в пользу плода. Железодефицитные состояния при беременности широко распространены во всем мире. В развивающихся странах ЖДА при беременности может достигать 80 %. В России за последнее десятилетие отмечается значительное увеличение частоты ЖДА, как следствие, ЖДА у беременных.

Причинами ЖДА и ЖДА у беременных являются снижение содержания железа в пище, нарушения его утилизации, истощение запасов в связи с повышенной кровопотерей во время менструаций в предшествующий наступлению беременности период, частые беременности с коротким интергенетическим интервалом, многоплодие, хронические инфекционные заболевания.

В первом триместре беременности потребность в железе снижается за счет прекращения

его потери во время менструаций. Однако во втором триместре потребность в железе начинает увеличиваться, и продолжает расти до конца беременности. Она во втором-третьем триместрах беременности составляет 4-6 мг, а в последние 6-8 недель достигает 10 мг.

Таким образом, даже при адекватном питании беременная получает железа меньше, чем ей требуется, и в этой ситуации баланс железа в организме может поддерживаться только при наличии адекватных запасов железа до беременности.

При ЖДА у беременных формируются изменения в плацентарной ткани, приводящие к ее функциональной недостаточности, повышается риск акушерских осложнений, в частности гестоза, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, гипотонических кровотечений, асфиксии плода, нарушению физического и умственного развития.

Традиционным методом лечения ЖДА беременных является применение пероральных препаратов железа, которые обеспечивают почти

такую же скорость восстановления гемоглобина, как и при парентеральном введении, но сопряжено с меньшим числом побочных эффектов и не приводит к развитию гемосидероза.

Цель исследования — оценить результаты лечения ЖДА у беременных, проживающих в условиях высокого техногенного загрязнения.

Материал и методы. Обследовано 56 первобеременных с ЖДА в возрасте от 18 до 30 лет (средний возраст $25,6 \pm 3,9$ лет). У всех беременных в первом, втором и третьем триместрах определяли гематологические показатели: RBC — эритроциты, HGB — гемоглобин, Ht — гематокрит, MCV — объем эритроцита, MCH — содержание гемоглобина в эритроците, MCHC — концентрацию гемоглобина в эритроците, RDW — анизоцитоз эритроцитов и феррокинетические показатели: сывороточное железо (СЖ), общую железосвязывающую способность сыворотки (ОЖСС) с последующим определением коэффициента насыщения трансферрина (КНТ), оценку запасов железа проводили по уровню сывороточного ферритина (СФ). Лечение проводилось препаратом железа Сорбифер Дурулес 200 мг/сут.

Статистическая обработка полученных результатов выполнена методом вариационной статистики, для оценки достоверности полученных данных использовали Т-критерий Стьюдента. Санитарно-гигиеническая характеристика воздушной среды была дана нами в предыдущих публикациях.

Результаты и обсуждение. В первом триместре, до начала лечения, получены следующие гематологические и феррокинетические показатели:

RBC — $3,52 \pm 0,14 \times 10^{12}/л$, HGB — $103,2 \pm 4,92$ г/л, HCT — $29,3 \pm 1,58$ %, MCV — $79,48 \pm 2,64$ фл, MCH — $26,99 \pm 0,56$ пг, MCHC — $351,6 \pm 8,87$ г/л, RDW — $16,11 \pm 1,26$ %, СЖ — $11,02 \pm 1,26$ мкмоль/л, ОЖСС — $81,80 \pm 13,20$ мкмоль/л, КНТ — $13,95 \pm 6,44$ %, СФ — $16,23 \pm 6,46$ нг/мл.

На фоне лечения, ко второму триместру по сравнению с первым, эти показатели изменились следующим образом: RBC — $3,65 \pm 0,24 \times 10^{12}/л$ ($p < 0,001$); HGB — $110,5 \pm 9,65$ г/л ($p < 0,001$); HCT — $30,67 \pm 2,1$ % ($p < 0,001$); MCV — $82,23 \pm 4,74$ фл ($p < 0,001$); MCH — $29,96 \pm 2,3$ пг ($p < 0,001$); MCHC — $368,0 \pm 14,76$ г/л ($p < 0,001$); RDW — $4,56 \pm 1,58$ % ($p < 0,001$); СФ — $16,23 \pm 4,9$ нг/мл ($p = 1,0$).

В третьем триместре, по сравнению с первым, были получены следующие результаты: RBC — $3,76 \pm 0,17 \times 10^{12}/л$ ($p < 0,001$); HGB — $116,2 \pm 7,41$ г/л ($p < 0,001$); HCT — $31,68 \pm 1,9$ % ($p < 0,001$); MCV — $83,10 \pm 4,3$ фл ($p < 0,001$); MCH — $30,56 \pm 2,2$ пг ($p < 0,001$); MCHC — $367,7 \pm 11,12$ г/л ($p < 0,001$); RDW — $14,1 \pm 1,35$ % ($p < 0,001$); СФ — $14,03 \pm 6,78$ нг/мл ($p = 0,082$).

Таким образом, на фоне длительной терапии препаратом железа Сорбифер Дурулес в суточной дозе 200 мг к концу беременности у всех наступает компенсация анемии, но восстановления тканевых запасов железа не происходит, что требует назначения препаратов железа во время лактации и обязательного лечения после завершения лактации до нормализации тканевых запасов железа.

КОВАЛЕНКО В.М., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., КАН Я.А., ЕПИФАНЦЕВА Н.Н.,
ЖУКОВА Я.А., ГАМИДОВА И.И., БРЫЗГАЛИНА С.М., ШИМОТЮК Е.М.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ

На протяжении всей жизни человека нормальный уровень тиреоидных гормонов является неотъемлемым условием гармоничного функционирования организма. Роль их в организме чрезвычайно важна и многообразна: контроль за образованием тепла, поддержание нормальной функции дыхательного центра, инотропное, хронотропное действие на сердце, повышение эритропоэза, стимуляция моторики желудочно-кишечного тракта, контроль за синтезом многих структурных белков в организме, участие в развитии и функционировании

центральной нервной системы, во всех видах обмена.

Давно известно, что эндокринная система оказывает определенное влияние на эритропоэз. В большинстве случаев это влияние осуществляется или путем изменения почечной продукции эритропоэтина (ЭП) или путем потенцирования действия ЭП на эритроидные клетки костного мозга.

В эксперименте и клинических условиях показано, что гормоны щитовидной железы стимулируют эритропоэз, повышая пролиферативную

активность эритроидного ростка. Частота возникновения анемии при гипопункции щитовидной железы достаточно велика. Дефицит гормонов щитовидной железы приводит к снижению абсорбции железа, сидеропении и качественным и количественным нарушениям эритропоэза, т.е. к так называемой тиреопривной анемии. Патогенез этой анемии представляется сложным и противоречивым, нет данных о ее распространенности, четких критериев диагностики и лечения, анализа отдаленных результатов, способов профилактики.

По данным литературных источников, при гипотиреозе обнаруживают самые разнообразные формы анемий: нормохромные нормоцитарные, гипохромные микроцитарные (железодефицитные), макроцитарные, нормо- и мегалобластические, частота каждой из этих форм в литературе не освещена.

Цель исследования — изучить динамику клинических и феррокинетических показателей у больных гипотиреозом.

Материал и методы. Обследовано 46 женщин, страдающих гипотиреозом, в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст $46,5 \pm 11,1$). У 26 из них была выявлена железодефицитная анемия (ЖДА). Критериями железодефицитной анемии (ЖДА) считали: содержание гемоглобина (HGB) менее 120 г/л, эритроцитов (RBC) менее $3,7 \times 10^{12}$ /л, гематокрит (Ht) менее 35 %, объем эритроцита (MCV) менее 80 фл, содержание гемоглобина в эритроците (MCH) менее 26 пг, концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC) менее 320 г/л, показатель анизоцитоза эритроцитов (RDW) более 16 %, сывороточное железо (СЖ) ниже 12,5 мкмоль/л, общая желе-

зосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС) более 71,6 мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина (КНТ) менее 16 %, сывороточный ферритин (СФ) менее 15 нг/мл.

Контроль показателей крови выполняли при поступлении, затем через 10 дней и один месяц. Все больные ЖДА и латентным дефицитом железа (ЛЖД) получали препарат железа Сорбифер Дурулес в суточной дозе 200 мг.

Полученные предварительные результаты обработаны методом вариационной статистики, для определения достоверности полученных данных использован Т-критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Получены следующие исходные показатели: HGB — $105,5 \pm 1,4$ г/л; RBC — $3,64 \pm 0,63 \times 10^{12}$ /л; Ht — $31,0 \pm 0,04$ %; MCV — $79,8 \pm 3,7$ фл; MCH — $27,4 \pm 2,5$ пг; MCHC — $341,1 \pm 25,1$ г/л; RDW — $14,7 \pm 1,1$ %; ретикулоциты — $7,4 \pm 4,2$ ‰; СЖ — $12,7 \pm 4,1$ мкмоль/л; ОЖСС — $65,2 \pm 14,1$ мкмоль/л; КНТ — $20,7 \pm 8,2$ %; СФ — $28,1 \pm 8,6$ нг/мл.

Через 10 дней лечения Сорбифером Дурулес HGB повысился до $112,4 \pm 0,37$ г/л ($p < 0,001$), увеличилось RBC — $4,08 \pm 0,35 \times 10^{12}$ /л ($p < 0,05$), достоверных различий других показателей не получено.

Через один месяц лечения достоверные результаты получены при исследовании следующих показателей: HGB — $122,3 \pm 1,7$ г/л ($p < 0,001$); RBC — $4,1 \pm 0,4 \times 10^{12}$ /л ($p < 0,05$); ретикулоциты — $11,6 \pm 5,5$ ‰ ($p < 0,05$); СФ — $21,1 \pm 8,8$ нг/мл ($p < 0,05$).

Таким образом, из полученных данных видно, что компенсация анемии наступает через один месяц, в основном за счет использования железа из запасов.

КОВАЛЕНКО В.М., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., СУРЖИКОВА Г.С.,
КЛОЧКОВА-АБЕЛЬЯНЦ С.А., МАМУШКИНА А.В., ВАСИЛЬЕВА Н.Н.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ И ФЕРРОКИНЕТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ

Во время беременности в организме женщины происходят изменения во всех органах и системах, которые носят физиологический характер, но очень часто эти отклонения выходят за рамки физиологических, переходя в патологическое состояние. Наиболее доступным методом оценки состояния беременных служит клинический анализ крови, где часто обнаруживается анемия, в большинстве случаев носящая железодефицитный характер.

За последние 30 лет частота данной патологии увеличилась в 6,3 раза и составляет от 20 % до 80 % (в среднем по России — 42 %). Причиной ЖДА беременных является повышенная потребность фетоплацентарного комплекса в железе при недостаточном поступлении его в организм матери и/или исходном дефиците запасов железа.

Цель исследования — изучить и оценить динамику клинических и феррокинетических пока-

зателей у беременных в первом, втором и третьем триместрах.

Материал и методы. Обследованы 134 первобеременных в возрасте от 18 до 30 лет (средний возраст составил $23,1 \pm 3,3$ лет), из них, 78 беременных без анемии и 56 беременных с анемией легкой степени тяжести. Всем беременным в первом, втором и третьем триместрах определяли гематологические показатели периферической крови на гематологическом анализаторе DANAM HC-5710 с оценкой следующих параметров: содержание гемоглобина (HGB), эритроцитов (RBC), гематокрита (Ht), среднего объема эритроцитов (MCV), среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH), средней концентрации гемоглобина в эритроците (MCHC), показателя анизоцитоза эритроцитов (RDW), и феррокинетические показатели: сывороточное железо (СЖ), общую железосвязывающую способность сыворотки (ОЖСС) с последующим определением латентной железосвязывающей способности сыворотки (ЛЖСС) и коэффициента насыщения трансферрина (КНТ).

Оценку запасов железа проводили по уровню сывороточного ферритина (СФ), который исследовали иммуноферментным методом, с использованием тест-систем «Orgentec diagnostika» на анализаторе «Multiskan Multisoft Lab-systems».

Результаты работы обработаны методом вариационной статистики, для оценки достоверности результатов исследования использован Т-критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение. В группе беременных без анемии сравнительная характеристика гематологических и феррокинетических показателей была следующей: RBC — первый-второй триместр ($3,93 \pm 0,31$ и $3,83 \pm 0,27 \times 10^{12}/л$, $p < 0,05$), первый-третий триместр ($p = 0,08$); HGB — первый-второй триместр ($124,1 \pm 8,5$ и $116,8 \pm 9,3$ г/л, $p < 0,001$) и первый-третий триместр ($124,1 \pm 8,5$ и $118,6 \pm 8,7$ г/л, $p < 0,001$); Ht — первый-второй триместр ($33,8 \pm 2,3$ и $32,0 \pm 2,7$ %, $p < 0,001$) и показатель оставался таким же к третьему триместру ($p < 0,001$); MCV — первый-второй триместр ($87,3 \pm 4,9$ и $83,2 \pm 4,8$ фл, $p < 0,001$), первый-третий триместр ($87,3 \pm 4,9$ и $83,1 \pm 4,7$ фл, $p < 0,001$); MCH — достоверные изменения были только между первым и третьим триместрами ($32,2 \pm 2,3$ и $30,6 \pm 2,1$ пг, $p < 0,001$), достоверных

различий в данных MCHC и RDW не обнаружено, СФ — первый-второй триместр ($17,6 \pm 9,1$ и $11,9 \pm 4,4$ нг/мл, $p < 0,001$), первый-третий триместр ($17,6 \pm 9,1$ и $12,9 \pm 8,6$ нг/мл, $p < 0,05$).

Анализируя полученные результаты видно, что у всех беременных формируются признаки железодефицита, наиболее выраженные во втором триместре и сохраняющиеся к концу беременности.

У беременных ЖДА динамика показателей клинического анализа крови и феррокинетических данных, по сравнению со здоровыми, носит противоположный характер на фоне лечения препаратами железа: RBC — первый-второй триместр ($3,52 \pm 0,14$ и $3,65 \pm 0,24 \times 10^{12}/л$, $p < 0,001$), первый-третий триместр ($3,52 \pm 0,14$ и $3,76 \pm 0,17 \times 10^{12}/л$, $p < 0,001$); HGB — первый-второй триместр ($103,28 \pm 4,92$ и $110,5 \pm 9,55$ г/л, $p < 0,001$), первый-третий триместр ($103,28 \pm 4,92$ и $116,16 \pm 7,41$ г/л, $p < 0,001$); Ht — первый-второй триместр ($29,3 \pm 1,6$ и $30,7 \pm 2,1$ %, $p < 0,001$), первый-третий триместр ($29,3 \pm 1,6$ и $31,7 \pm 1,9$ %, $p < 0,001$); MCV — первый-второй триместр ($79,5 \pm 2,6$ и $82,2 \pm 4,7$ фл, $p < 0,001$), первый-третий триместр ($79,5 \pm 2,6$ и $83,1 \pm 4,3$ фл, $p < 0,001$); MCH — первый-второй триместр ($26,9 \pm 0,6$ и $29,9 \pm 2,3$ пг, $p < 0,001$), первый-третий триместр ($26,9 \pm 0,6$ и $30,6 \pm 2,2$ пг, $p < 0,001$); MCHC — первый-второй триместр ($351,6 \pm 8,87$ и $368,0 \pm 14,76$ г/л, $p < 0,001$), первый-третий триместр ($351,6 \pm 8,87$ и $367,7 \pm 11,12$ г/л, $p < 0,001$); RDW — первый-второй триместр ($16,1 \pm 1,3$ и $14,6 \pm 1,6$ %, $p < 0,001$), первый-третий триместр ($16,1 \pm 1,3$ и $14,0 \pm 6,8$ %, $p < 0,001$). Динамика феррокинетических показателей между группами: СЖ — $14,4 \pm 6,7$ и $11,1 \pm 4,3$ мкмоль/л, $p < 0,001$; ОЖСС — $74,9 \pm 13,8$ и $81,8 \pm 13,2$ мкмоль/л, $p < 0,05$; КНТ — $20,1 \pm 11,5$ и $13,9 \pm 6,4$ %, $p < 0,001$.

Таким образом, у всех женщин к концу беременности формируются признаки железодефицитного состояния, требующие проведения профилактических мероприятий с начала беременности. При лечении ЖДА у беременных компенсация наступает к концу третьего триместра при отсутствии формирования тканевых запасов железа, что требует продолжения терапии препаратами железа после завершения лактационного периода.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Анемия беременных является тем неблагоприятным фоном, на котором могут развиваться многие осложнения у матери и плода. Железодефицитная анемия (ЖДА) беременных остается серьезной проблемой экстрагенитальной патологии в акушерстве, поскольку частота анемии беременных составляет 15-80 %. У 9 из 10 беременных анемия носит железодефицитный характер.

Результаты большого числа исследований свидетельствуют о существенном истощении запасов железа в организме в течение беременности, особенно выраженном при отсутствии адекватного его восполнения.

Одним из направлений в изучении железодефицитных состояний является разработка информативных методов, позволяющих верифицировать дефицит железа. Стандартный набор биохимических тестов, используемых в практической гематологии, в действительности часто недостаточен для объективной оценки степени нарушений обмена железа, причин его развития и решения проблемы адекватной терапии.

ЖДА — состояние, обусловленное снижением содержания железа в сыворотке крови, костном мозге и депо в связи с его потерей или повышенной потребностью. В результате этого нарушается образование гемоглобина и возникают гипохромная анемия и трофические расстройства в тканях.

По данным ВОЗ, критериями ЖДА беременных являются: содержание гемоглобина менее 110 г/л, эритроцитов менее $3,5 \times 10^{12}/л$, цветной показатель ниже 0,85 и величина гематокрита ниже 0,33. Решающим в диагностике ЖДА считается определение феррокинетических показателей: снижение содержания железа сыворотки (ЖС) ниже 12,5 мкмоль/л, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС) более 71,6 мкмоль/л, снижение коэффициента насыщения трансферрина (КНТ) менее 16 %, снижение уровня ферритина сыворотки (СФ) ниже 12-15 нг/мл.

К настоящему времени выработан определенный взгляд на многие вопросы обмена железа и диагностики железодефицитных состояний вне беременности. Однако четкая стратегия к оценке феррокинетических показателей в различные гестационные сроки до настоящего времени не сформирована.

Наиболее часто степень запаса железа в организме оценивается по уровню сывороточного

ферритина. О явном дефиците железа в депо свидетельствует уровень сывороточного ферритина менее 12-15 нг/мл. Диагностика предлатентного и, в меньшей степени, латентного железодефицита представляет определенные трудности, однако уровень СФ ниже 30 нг/мл свидетельствует о железодефиците. Наиболее высока диагностическая ценность СФ в первом триместре беременности. С появлением гемодилюции, данный показатель изменяется в той или иной степени, вне зависимости от запасов железа в организме. Кроме того, необходимо учитывать наличие суточных колебаний СФ, составляющих у здоровых небеременных 15 %, и возможность повышения уровня данного маркера при воспалительных процессах в организме.

Для диагностики ЖД в поздние сроки беременности с успехом может использоваться определение уровня протопорфирина IX, в меньшей степени подверженного суточным изменениям, и сывороточного рецептора трансферрина. Использование таких маркеров обмена железа, как СЖ, ОЖСС не подходит из-за их низкой диагностической ценности у беременных.

Цель исследования — изучить диагностическую значимость клинических и биохимических маркеров ЖДА у беременных.

Материал и методы. Проанализированы гематологические и феррокинетические показатели у 134 первобеременных в возрасте от 18 до 30 лет, для выявления железодефицита и ЖДА по критериям ВОЗ.

Результаты и обсуждение. Гематологические показатели были в пределах нормы у 78 беременных, у 56 беременных выявлена анемия гипохромного характера.

Феррокинетические показатели в группе беременных без анемии: СЖ снижено у 40 беременных (51,3 %), повышение ОЖСС у 36 (46,2 %), снижение КНТ у 35 (44,9 %), снижение СЖ и повышение ОЖСС у 29 (37,2 %), снижение СЖ, повышение ОЖСС и снижение КНТ только у 25 (32,1 %), снижение СФ у 48,9 % обследованных беременных.

В группе беременных с анемией СЖ было снижено у 39 беременных (69,6 %), повышение ОЖСС отмечено у 42 (75 %), уменьшение КНТ у 37 (66,1 %), снижение СЖ и повышение ОЖСС у 41 (73,2 %), снижение СЖ, повышение ОЖСС и уменьшение КНТ у 36 (64,3 %), снижение СФ у 33 (59 %), а снижение СЖ, КНТ, СФ и повы-

шение ОЖСС выявлено только у 17 беременных (30,4 %).

Таким образом, в настоящее время в практической медицине нет ни одного стопроцентного

лабораторного маркера для диагностики железодефицита и ЖДА у беременных. Диагностика этих состояний остается комплексной, с учетом клинических и принятых лабораторных тестов.

КОРЯКИН А.М., ЕПИФАНЦЕВА Н.Н., ХАРИНГСОН Л.Г.,
ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., ЖУКОВА Я.А., СЫТИН М.Л., КРИУЛЬКИНА О.И.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ hsCRP У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

В настоящее время общепризнано, что умеренное употребление алкоголя уменьшает риск сердечно-сосудистых заболеваний. Согласно современным представлениям, уровень С-реактивного белка, определяемого высокочувствительным методом (hsCRP), отражает вялотекущее воспаление в интима сосуда и, проспективно, риск развития сосудистых осложнений: инфаркта миокарда, мозгового инсульта, внезапной смерти у лиц, не страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Установлено, что уровень CRP ниже у лиц, умеренно употребляющих алкоголь, чем у тех, кто злоупотребляет алкоголем или не употребляет его совсем. Это объясняется его противовоспалительным и протективным эффектом, связанным с увеличением липопротеинов высокой плотности. Доказано, что даже так называемые «высокие нормальные» значения CRP являются неблагоприятным прогностическим фактором сердечно-сосудистых осложнений. Известно, что уровень hsCRP увеличивается до 10-30 мг/л при вирусных инфекциях, хронических воспалительных, онкологических заболеваниях, системных ревматических болезнях. Бактериальные инфекции имеют более высокое увеличение концентрации CRP до 40-100 мг/л, а тяжелая генерализованная инфекция — сепсис — подъем CRP до 300 мг/л.

Цель исследования — изучение концентрации hsCRP у больных хроническим алкоголизмом II стадии.

Материал и методы. Обследовано 44 больных хроническим алкоголизмом II стадии (по классификации А.А. Портнова и И.Н. Пятницкой), находящихся в состоянии абстиненции, без клинических и лабораторных признаков ишемической болезни сердца, острых и хронических воспалительных заболеваний. Все пациенты курящие, средний возраст 36,4 лет. «Стаж алкоголизации» 12,4 года (от 3 до 26 лет). HsCRP исследовали

иммунодурбидиметрическим методом с латексным усилением на автоматическом биохимическом анализаторе Konelab. Определяли базовую концентрацию hsCRP, уровень которой стабильно выявляется у практически здоровых лиц, а также у пациентов при отсутствии острого воспалительного процесса или вне обострения заболевания. В оценке результатов уровня hsCRP использовали рекомендации Американской ассоциации кардиологов, согласно которым риск сосудистых осложнений низкий при hsCRP < 1 мг/л, средний при hsCRP 1-3 мг/л и высокий при hsCRP > 3 мг/л. Если уровень hsCRP составлял > 10 мг/л — риск сосудистых осложнений не определялся в связи с предполагаемым инфекционным процессом.

Результаты и обсуждение. Из 44 пациентов, ни у одного не зарегистрирован hsCRP ниже 1 мг/л. У 11 пациентов (25 %) уровень hsCRP от 1 до 3 мг/л — средний риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, 14 пациентов (31,8 %) имеют уровень hsCRP от 1 до 10 мг/л — высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний. HsCRP свыше 10 мг/л зарегистрирован у 19 пациентов — 43,2 %. Ранее нами выявлено повреждение сосудистого эндотелия у больных хроническим алкоголизмом II стадии. По современным представлениям, hsCRP отражает хроническое вялотекущее воспаление в интима сосуда. Следовательно, повышение CRP у больных хроническим алкоголизмом, более вероятно, является результатом повреждения сосудистого эндотелия. У 43,2 больных hsCRP > 10 мг/л, его уровень колеблется от 10,45 до 108,57 мг/л. Наличие высокого hsCRP ассоциирует с острыми вирусными, бактериальными либо обострениями хронических болезней. Однако у исследуемых больных отсутствовали клинические признаки выше указанных заболеваний, также как отсутствовали воспалительные изменения в общем анализе крови. В таких ситуациях рекомендуется повторное

исследование hsCRP через 2-3 недели и более углубленное обследование на воспалительные заболевания. Отсутствие нормальных значений hsCRP (0,5 г/л) у всех исследуемых пациентов позволяет предположить, что в группу с hsCRP выше 10 мг/л вошли пациенты с hsCRP от 1 до 10 мг/л, отражающего хроническое вялотекущее воспаление сосудов. В этих условиях можно заключить, что в 100 % случаев у больных хроническим алкоголизмом II стадии имеется

диагностически значимое повышение hsCRP, предопределяющее риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

Выводы: Повышенный уровень hsCRP у 56,8 % больных хроническим алкоголизмом II стадии свидетельствует о высоком риске развития сердечно-сосудистых заболеваний. Концентрация hsCRP выше 10 мг/л у 43,2 % больных не исключает риск сердечно-сосудистых осложнений в этой группе больных.

КОРЯКИН А.М., ДАДЫКА И.В., ЕПИФАНЦЕВА Н.Н., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А.,
ХАРИНГСОН Л.Г., СЫТИН М.А., ЖУКОВА Я.А., МАМУШКИНА А.В.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ОСТРОФАЗОВЫХ БЕЛКОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

Понятие «белки острой фазы» объединяет до 30 белков плазмы крови, так или иначе участвующих в реакции воспалительного ответа организма на повреждение. Белки острой фазы являются маркерами повреждения и воспаления. При нарушении механизмов регуляции острой фазы воспаления повреждение тканей может продолжаться и привести к развитию последующих осложнений, например, сердечно-сосудистых заболеваний. Как полагают зарубежные исследователи, малоактивное воспаление нередко является причиной развития инфаркта при отсутствии известных факторов сердечно-сосудистого риска. По данным зарубежных исследований, имеется взаимосвязь между маркерами воспаления, особенно hsCRP, риском коронарных заболеваний и употреблением алкоголя. Умеренное употребление алкоголя ассоциируется с более низкой концентрацией hsCRP, по сравнению с непьющими и сильно пьющими. Однако, при воспалении, наряду с «главным» белком hsCRP, может существенно увеличиваться концентрация других острофазовых белков.

Цель исследования — изучение маркеров белков острой фазы воспаления у больных хроническим алкоголизмом II стадии.

Обследовано 18 мужчин с хроническим алкоголизмом II стадии (по классификации А.А. Портнова и И.Н. Пятницкой) без клинических признаков ишемической болезни сердца, острых и хронических воспалительных заболеваний, составивших основную группу. Все пациенты — курильщики. Средний возраст больных $36 \pm 4,4$ лет, стаж алкоголизации от 5 до 24 лет ($16,2 \pm 5,0$). В контрольную группу вошли 21 курящий мужчина без признаков воспалительных и соматических

заболеваний. Средний возраст — $35 \pm 5,9$ лет. Концентрацию общего белка определяли биуретовой реакцией, альбумина — реакцией с бромкрезоловым зеленым фотометрическим методом. Индивидуальные белки — преальбумин, α_1 -антитрипсин, α_2 -макроглобулин, α_1 -кислый гликопротеин (орозомукоид), трансферрин, гаптоглобин, церулоплазмин, C_1 -ингибитор эстеразы — определяли иммунотурбидиметрическим методом, а hsCRP — иммунотурбидиметрическим методом с латексным усилением. В оценке статистической значимости различий между группами использовался непараметрический метод Манна-Уитни и метод ранговой корреляции по Спирмену.

У больных хроническим алкоголизмом, по сравнению со здоровыми, выявили повышение уровня hsCRP, α_1 -кислого гликопротеина и снижение концентрации общего белка. Изменения других острофазовых белков (альбумина, преальбумина, α_1 -антитрипсина, α_2 -макроглобулина, трансферрина, гаптоглобина, церулоплазмينا, C_1 -ингибитора эстеразы) — без статистической значимости различий. Колебания концентрации hsCRP были от 1,4 мг/л до 11,6 мг/л, в среднем, 5,48 мг/л. До 3 мг/л hsCRP зарегистрирован у 4 больных (28,6 %) и выше 3 мг/л — у 71,4 % больных. Согласно рекомендациям Американской ассоциации кардиологов, при увеличении hsCRP выше 3 мг/л имеется высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у практически здоровых лиц. Ранее нами выявлено повреждение сосудистого эндотелия у больных хроническим алкоголизмом II стадии. По современным представлениям, hsCRP отражает вялотекущее воспаление в интима сосуда. Следовательно, повышение концентрации hsCRP является результатом вос-



паления в сосудистой стенке. В основной группе больных отмечается так же увеличение α_1 -кислого гликопротеина ($p < 0,001$), который коррелирует с повышением hsCRP ($r = 0,58$, $p = 0,029$). В группе больных ($n = 10$) с hsCRP свыше 3 мг/л зарегистрированы аналогичные изменения: увеличение α_1 -кислого гликопротеина ($p < 0,0001$), hsCRP ($p < 0,0001$) и снижение общего белка ($p = 0,003$). Обращает на себя внимание увеличение α_1 -кислого гликопротеина в сочетании с hsCRP. Известно, что α_1 -кислый гликопротеин (орозомукоид) относится к острофазовым белкам с умеренным (в 2-5 раз) увеличением в острую фазу воспаления. Концентрация его может быть увеличена и при хроническом воспалении. По-видимому, при повреждении сосудистого эндотелия α_1 -кислый гликопротеин, наряду с hsCRP, может отражать хроническое воспаление интимы сосудов у лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Выводы:

1. У больных хроническим алкоголизмом II стадии выявлено повышение белков острой фазы воспаления: hsCRP, α_1 -кислого гликопротеина и снижение общего белка.
2. У 71,4 % больных хроническим алкоголизмом II стадии повышение hsCRP свыше 3 мг/л свидетельствует о риске сердечно-сосудистых заболеваний.
3. Другие острофазовые белки: альбумин, преальбумин, α_1 -антитрипсин, α_2 -макроглобулин, трансферрин, гаптоглобин, церулоплазмин, c_1 -ингибитор эстеразы остаются без изменений.
4. Определение α_1 -кислого гликопротеина наряду с hsCRP может быть использовано для диагностики хронического вялотекущего сосудистого воспаления у больных, злоупотребляющих алкоголем.

КОТЕНЕВ В.В., ЖЕСТИКОВА М.Г.
Городская клиническая больница № 29,
МСЧ ОАО «ЗСМК»,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

КОМБИНАЦИИ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ ЛАТЕРАЛЬНОМ СМЕЩЕНИИ УСТЬЯ ПРАВОЙ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

В 1961-1963 гг. Powers с соавторами впервые описали синдром латерального отхождения позвоночной артерии от задней поверхности подключичной артерии. Данное anomальное отхождение позвоночной артерии получило название «аномалия Пауэрса».

Цель исследования — выявление ангиографических особенностей комбинированных поражений при латеральном смещении устья правой позвоночной артерии, клинических вариантов течения у разных возрастных групп и половой принадлежности, с помощью ангиографического метода.

Материал и методы. За период 2003-2005 гг. проведено исследование 24 больных (12 женщин и 12 мужчин) в возрасте от 21 до 60 лет с аномалией Пауэрса. Использованы: клинический неврологический метод, трансфеморальная селективная ангиография по методике Сельдинге-ра ветвей дуги аорты на аппарате Philips Integris CV.

Результаты исследования. Аномалия Пауэрса у всех больных выявлена справа. Латеральное смещение устья позвоночной артерии без ком-

бинированного поражения выявлено в 12 случаях (50 %); в комбинации с гипоплазией позвоночной артерии отмечены 3 случая (12,5 %); в комбинации с устьевым стенозом выявлена в 5 наблюдениях (20,8 %); латеральное смещение устья позвоночной артерии в комбинации с устьевым стенозом и патологической извитостью участка V-1 позвоночной артерии — в 3 случаях (12,5 %); в комбинации с гипоплазией и патологической извитостью участка V-1 позвоночной артерии — 1 наблюдение (4,2 %).

Было выявлено, что латеральное смещение устья правой позвоночной артерии без комбинированного поражения распределялось поровну среди мужчин и женщин. При этом у мужчин чаще в возрасте до 30 лет — 3 наблюдения (25 %), у женщин — 4 случая в возрасте 41-50 лет (33,3 %). Латеральное смещение устья правой позвоночной артерии в комбинации с гипоплазией выявлено в 3 случаях, из них у мужчин — 1 случай в возрасте 31-40 лет (33,3 %), и у женщин — 2 случая в возрасте 41-50 лет (66,7%). Латеральное смещение устья правой позвоночной артерии в комбинации с устьевым стенозом выявлено в 5 случаях:

3 наблюдения у мужчин (60 %), по одному на каждую возрастную группу 41-50 лет, 51-60 лет, 61-70 лет, и 2 случая среди женщин в возрасте 41-50 лет (40 %). Латеральное смещение устья правой позвоночной артерии в комбинации с устьевым стенозом и патологической извитостью участка V-1 выявлено в 3 случаях, из них 2 наблюдения среди мужчин (66,7 %), в возрасте 31-40 лет и 51-60 лет, соответственно. Латеральное смещение устья правой позвоночной артерии в комбинации с гипоплазией и патологической извитостью участка V-1 выявлено в 1 случае у женщины возрастной группы 51-60 лет.

Острое течение заболевания (до суток) выявлено у 7 пациентов (29,2 %), среди них 6 женщин (85,7 %). При этом 4 наблюдения (57,1 %) пришлось на латеральное смещение устья правой позвоночной артерии без комбинированного поражения. Подострое течение заболевания (до 1,5 недель) наблюдалось у 5 пациентов (20,8 %), среди которых 2 мужчины (40 %) и 3 женщины (60 %), из них 3 случая (60 %) выявлено при латеральном смещении устья правой позвоночной артерии без комбинированного поражения. Хроническое течение (развитие заболевания свыше 1,5 недель) было у 12 больных, что составило 50 % от всех наблюдений, при этом в 9 случаях у мужчин (75 %), чаще в возрастной группе 31-40 лет — 3 наблюдения (25 %). В 5 случаях (41,6 %) хроническое течение выявлено при латеральном смещении устья правой позвоночной

артерии без комбинированного поражения. У всех 24 больных имело место нарушение мозгового кровообращения (НМК) по ишемическому типу. В том числе у половины больных (50 %) НМК было в вертебрально-базилярном бассейне (ВББ). У 8 больных (33,3 %) НМК обнаружено в бассейне внутренней сонной артерии (ВСА) — 3 справа и 5 слева. При этом все НМК в бассейне ВСА слева выявлены у больных с АП при одновременной патологии экстракраниального отдела левой ВСА в 5 случаях из пяти. У 4 пациентов (16,7 %) НМК произошло в двух бассейнах одновременно.

Заключение. Ангиографическое исследование является наиболее точным методом диагностики аномалии развития сосудов, в том числе выявления аномалии Пауэрса, которая одинаково часто встречается у мужчин и женщин, при этом в половине случаев не имеет комбинированного поражения.

Обращает на себя внимание тот факт, что у половины больных страдает ВББ, а у одной трети больных с аномалией Пауэрса ишемические инсульты развиваются в бассейне ВСА или имеется сочетанное поражение двух сосудистых бассейнов.

В половине всех случаев заболевание имеет хроническое течение, которое, в свою очередь, чаще встречается у мужчин, по сравнению с острым течением болезни, которое более характерно для женщин.

КОТЕНЕВ В.В., ПАНФИЛОВА Н.О.
Городская клиническая больница № 29,
МСЧ ОАО «ЗСМК»,
г. Новокузнецк

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИЗИПАКА ПРИ КОНТРАСТНОЙ АНГИОГРАФИИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Роль рентгеноконтрастных препаратов в современной клинической диагностике постоянно возрастает в связи со значительным расширением показаний, увеличением малоинвазивных интервенционных эндоваскулярных вмешательств. В последние годы предпочтение отдается неионным контрастным веществам.

Цель работы — анализ использования контрастного вещества визипак в ангиографической практике.

Материалы и методы. За период с декабря 2006 г. обследовано 30 пациентов, среди которых было 18 женщин (60 %) и 12 мужчин (40 %) в возрасте 23-62 лет, средний возраст составил $42,5 \pm 1,4$ года. Показанием для проведения ангиографических исследований были цереброваскулярные заболевания головного мозга — 15 наблюдений (50 %), подозрение на аномалию экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий — 6 случаев (20 %), окклюзионно-стенозические поражения артерий нижних конечностей — 9 пациентов (30 %). В 4 случаях ангиографические исследования проводились повторно. У всех пациентов переносимость препаратов йода в анамнезе. Соматически отягощенный анамнез был у 11 больных (36,6%), из них 5 больных имели сахарный диабет 2 типа, 4 пациента перенесли ишемический инсульт и 2 пациента — инфаркт миокарда в анамнезе. Показатели креатинина в сыворотке крови больных не превышал нормаль-



ных показателей. Во всех случаях применялось рентгеноконтрастное неионное средство — визипак 320 мг йода/мл. Выполнялась внутриартериальная дигитальная субтракционная ангиография трансформальным либо трансаксиллярным доступом по методике Сельдингера под местной анестезией в условиях рентгенооперационной на ангиографическом комплексе Integris CV.

Результаты. Во всех случаях получены достаточные диагностические ангиографические данные. Качество контрастирования в 100 % наблюдений было отличное и хорошее по пятибалльной шкале. При церебральных ангиографиях контрастность сосудов во всех случаях применения препарата позволила получить хорошее контрастирование нормальных и патологических сосудов головного мозга. Получено отчетливое изображение сосудистого рисунка во время артериальной, венозной и паренхиматозной фаз циркуляции при введении малых доз контрастного вещества: от 4 до 6 мл за однократное введение. При проведении аортоартериографий нижних конечностей мы не отметили зависимости качества контрастирования сосудов от массы тела. При многоуровневом атеросклеротическом поражении и кальцинозе артериальных стенок качество ангиограмм оставалось хорошим. Средний объем используемого контрастного вещества визипак-320 составил 40-80 мл, что в среднем составило 1,2 мл/кг веса пациента. Хорошая визуализация ангиоархитектоники сосудов способствовала безопасному выполнению рентгенэндоваскулярных вмешательств на брахиоцефальных и периферических магистральных артериях.

Тяжелых осложнений в виде развития анафилактикоидных реакций на контрастное вещество (анафилактический шок, реакции гиперчувствительности) в ранний послеоперационный период (первые часы) и на протяжении последующих дней не было. У пациентов с церебральной патологией, которым проводились ангиографические

исследования экстра- и интракраниальных отделов магистральных артерий головы, неврологических побочных реакций в виде головной боли, головокружения, усугубления очаговой неврологической симптоматики (афазия, гемипарез), учащения судорожных припадков в наших наблюдениях не было. При проведении ангиографических исследований у пациентов с окклюзионно-стенотическими поражениями периферических артерий мы не наблюдали побочных эффектов в виде ощущения жара, дистальной боли в конечностях, дискомфортных ощущений в животе, а так же появления желудочно-кишечных реакций в виде тошноты, рвоты, диареи. Во всех случаях ангиографических исследований не наблюдалось изменения гемодинамики и нарушений сердечного ритма. Фатальных исходов не было. В период 48-72 часов после проведения ангиографического обследования всем больным повторно проводилось исследование креатинина сыворотки крови, который не превышал дооперационный уровень.

Для сравнения нами взята группа пациентов в количестве 30 человек с одинаковыми клинико-анамнестическими данными, которым выполнялись ангиографические исследования контрастным неионным препаратом омнипак-300. В 6 случаях (20 %) были выявлены побочные эффекты в виде головной боли — 2 наблюдения (6,6 %) и ощущения жара в исследуемой конечности — 4 случая (13,3 %). В раннем послеоперационном периоде и в последующие 48-72 часа побочных реакций не наблюдалось.

Таким образом, применение визипака в ангиографической практике позволяет уменьшить риск развития нежелательных серьезных осложнений и побочных эффектов, в том числе у пациентов с отягощенным соматическим анамнезом; позволяет достичь хорошего контрастирования сосудистого рисунка при использовании малых доз препарата.

КОТЕНЕВ В.В., СТРОЗЕНКО Е. А., ПАНФИЛОВА Н.О.

Городская клиническая больница № 29,

МСЧ ОАО «ЗСМК»,

г. Новокузнецк

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ АНГИОГРАФИЧЕСКОЙ УСТАНОВКИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

На современном этапе развития медицины перед рентгенохирургией открываются огромные перспективы практически во всех областях медицины, где используются методы лучевой визуализации.

Цель работы — анализ комплексного подхода к использованию ангиографической установки в условиях городской больницы № 29.

Материалы и методы. За время работы ангиографического комплекса, с августа 2002 г. по де-



кабрь 2007 г., обследованы и пролечены 1602 пациента. Больным высокоспециализированных профильных отделений больницы (сосудистой хирургии, нейрохирургии № 1, 2; кардиологии, неврологии, торакальной хирургии, травматологии, отделения реанимации) проведено 1493 ангиографических исследований, 24 эндоваскулярных операции (ангиопластика и стентирование брахиоцефальных и периферических артерий, имплантация кава-фильтра, баллонная пластика чревного ствола, эмболизация артерию-венозной мальформации, каротидно-кавернозного соустья сосудов головного мозга; 48 операций радиочастотной абляции; 61 имплантация электрокардиостимуляторов.

Показанием для проведения ангиографических исследований и эндоваскулярного лечения служили цереброваскулярные заболевания головного мозга, окклюзионно-стенотические поражения периферических артерий, нарушения сердечного ритма, приобретенные артериовенозные фистулы и ложные аневризмы нижних конечностей.

Обследование пациентов проходило в плановом порядке после осмотра профильного специалиста в поликлинике, консультации выездного специалиста, после осмотра врача профильного отделения стационара, либо по экстренным показаниям, выставленным врачом приемного покоя или отделения. Для всех больных разработан алгоритм лабораторного контроля, включающий общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму, группу крови, ЭКГ, ФЛГ, РВ, АЧТВ. Все пациенты дополнительно были осмотрены врачом-анестезиологом для выявления возможных противопоказаний к проведению обследования или лечения.

Диагностические и лечебные рентгенохирургические вмешательства выполнялись трансфеморальным либо трансаксиллярным доступом по методике Сельдингера под местной анестезией в условиях рентгенооперационной на ангиографическом комплексе Integris CV.

Результаты. На протяжении 5 лет отмечается стабильное возрастание ангиографических исследований на этапе диагностики при сосудистых заболеваниях, рост количества эндоваскулярных вмешательств и интервенционных аритмологических вмешательств на этапе лечения в высокоспециализированных профильных отделениях нашей больницы. За последние два года объем сосудистых исследований достиг 82,7 %, а доля интервенционных аритмологических вмеша-

тельств составила 17,3 % от общего количества проведенных обследований.

Последовательное внедрение интервенционной диагностической и лечебной рентгенохирургии дало возможность уменьшить объем операции и снизить ее травматичность, что позволило перевести часть операций из разряда высокой степени сложности в менее сложные (71 операция высокой степени сложности в 2004 г.; 67 в 2005 г.; 56 в 2006 г.; 55 в 2007 г.). Позволило снизить послеоперационную летальность (с 5,6 % в 2003 г. до 3,2 % в 2007 г.) за счет повышения качества диагностики, индивидуализации операционного доступа, уменьшения объема оперативного пособия и сокращения числа осложнений в интра-, послеоперационных периодах. Привело к снижению осложнений при оперативном лечении (с 1,47 % в 2003 г. до 0,2 % в 2007 г.), вследствие улучшения качества диагностики, определения индивидуального объема оперативного лечения и уменьшения операционной травмы.

Средний койко-день в послеоперационном периоде при выполнении эндоваскулярных операций сократился в 2,3 раза по сравнению с открытыми операциями (с 18,3 до 8,0 койко-дней) за счет уменьшения операционной травмы, сокращения времени операции, уменьшения числа осложнений.

Возросла возможность качественного прогноза течения заболевания за счет точных интервенционных диагностических данных, что позволило сделать подход к лечению пациента индивидуальным. Обеспечен замкнутый цикл и преемственность в лечении пациентов, так как последующее долечивание и реабилитация больных после всех видов рентгенохирургической диагностики и лечения проводится в профильных отделениях больницы с дальнейшим наблюдением на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Сосредоточение современных дорогостоящих методов лечения и доступность диагностических исследований на базе одного ангиографического комплекса позволило существенно сократить материальные затраты, сократить сроки и объем диагностического, лечебного и реабилитационного периодов.

Таким образом, комплексный подход к использованию ангиографической установки делает рентгенохирургические вмешательства доступными всем категориям населения, позволяет улучшить качество оказываемой медицинской помощи, улучшить качество жизни пациентов.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

Актуальность проблемы недержания мочи у женщин не вызывает сомнения. В настоящее время выделяют недержание мочи при напряжении (НМПН), гиперактивный мочевого пузырь (ГАМП) и смешанные формы недержания мочи. Одной из причин недержания мочи у женщин является недостаточность мышц тазового дна (НМТД).

Для уточнения причин возникновения, форм и степени нарушений мочеиспускания используются ультразвуковые методы исследования. Они позволяют исключить опухоли, врожденные аномалии развития. Однако четкие общепризнанные диагностические критерии по настоящее время отсутствуют, особенно при нарушении мочеиспускания при пролапсе гениталий у женщин.

Нарушение мочеиспускания в той или иной степени практически проявляется у всех женщин пожилого возраста. Это связано с гормональными изменениями, изменениями анатомии мышц тазового дна, предрасположенностью к данному заболеванию.

У 50 % женщин НМТ имеет клинические проявления смешанной формы нарушения мочеиспускания. Распространенность смешанной формы увеличивается с возрастом.

НМТ способствует пролапсу гениталий. Пролапс гениталий представлен двумя формами: простой — нет клинических признаков дисфункции мочевого пузыря; осложненной — проявляется клиническими признаками дисфункции мочевого пузыря, которые сопровождаются функциональными нарушениями детрузора уретро-мышечного аппарата малого таза, нарушениями иннервации, либо денервацией этих структур. Одним из методов установления органических изменений при пролапсе гениталий является УЗ диагностика.

Цель исследования — повышение эффективности ультразвуковой диагностики при НМТ.

Задачи: изучение УЗ признаков, подтверждающих НМТ; оценка достоверности этих признаков; определение критериев УЗ оценки НМТ перед оперативным вмешательством; динамический контроль после операции.

Материалы и методы. Исследование проводилось вагинальным датчиком при наполненном мочевом пузыре на аппарате SHIMADZU-310. Были исследованы: форма уретры, уривезикальный угол, расстояние от лонной кости до внутреннего сфинктера уретры, расстояние от лонной кости до внешнего сфинктера уретры, толщина уретры: внешний и внутренний диаметры, длина шейки матки, наличие уретероцеле. Жалобы, предъявляемые женщинами при НМТ: недержание мочи при напряжении, недержание мочи, ложные позывы на мочеиспускание, стремление к частому опорожнению мочевого пузыря, неудовлетворенность сексуальной жизнью, тотальное недержание мочи, элонгация шейки матки, полное выпадение матки.

Результаты и обсуждение. Из анамнеза заболевания выявлено, что профессия многих женщин связана с тяжелыми физическими нагрузками, количество беременностей не более 2-3, у большинства женщин патологическое течение родов: аномалии родовой деятельности или стремительные роды, масса плода при рождении более 4 кг.

По данным УЗИ, уривезикальный угол у женщин с НМТ увеличивался максимально до 159 градусов (при норме 100), форма уретры становилась «<>»-образная, активная дислокация уретры относительно лонной кости увеличивалась до 25 мм, пассивная — до 18 мм, уретероцеле наблюдалось практически у всех женщин с диагнозом НМТ, толщина уретры увеличивалась во внутреннем и наружном диаметре до 7 и 12 мм, соответственно, положение матки встречалось одинаково часто в анте- и ретрофлексию, расстояние от внутреннего сфинктера уретры и наружного сфинктера уретры до лонной кости увеличивалось до 19 и 15 мм, соответственно, значительного удлинения шейки матки не выявлено.

При обработке полученных результатов сделаны следующие предварительные **выводы:** ультразвуковыми признаками недостаточности мышц тазового дна являются увеличение уривезикального угла, изменение формы уретры, утолщение уретры, увеличение дислокации уретры относительно лонной кости, наличие уретероцеле.



ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ У ТЕЛЕУТОВ – КОРЕННОГО СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Многие человеческие популяции Сибири проживают в условиях больших средовых и демографо-генетических контрастов по отношению друг к другу. Это, несомненно, отражается на специфике формирования патологий населения, в том числе и у аборигенов. В большей степени такую специфику отражают коренные жители Кузбасса – телеуты и шорцы. Изучение их здоровья и патологии позволит, в известной степени, прогнозировать болезни настоящего и будущих поколений, как у аборигенов, так и у пришлого населения.

Многостороннее изучение проблем здоровья коренного населения Кемеровской области возможно только в одномоментном комплексном исследовании врачами разных специальностей, что достигается в условиях специальных экспедиций, работающих по единой методологии [Коган А.Г. с соавт., 1987; Яхно Н.Н., 2002]. Цереброваскулярная патология с постарением населения и широким распространением факторов риска является одной из главных проблем современной неврологии [Брыжахина В.Г., 2004; Дамулин И.В., 2005]. Экспедиция была проведена врачами 9 кафедр Новокузнецкого ГИУВа и специалистами МУЗ ГКБ № 3 г. Кемерово в рамках региональной программы по инициативе губернатора Кемеровской области «Кузбасс – экология человека межгорных котловин...» (2005).

Генеральная совокупность телеутов Кузбасса, проживающих в 7 селах Беловского и Гурьевского районов, на момент обследования составила 1419 лиц обоего пола. Нами осмотрена репрезентативная выборочная совокупность, составившая 460 человек (32,4 % генеральной совокупности). Как основной применялся клинический неврологический метод, включающий в себя сбор жалоб, анамнез болезни, клинический неврологический осмотр. Всем обследуемым проводились измерение артериального давления и электрокардиография.

Впервые по результатам первого широкомасштабного углубленного медицинского обследования телеутов установлено, что на первом месте в структуре болезней нервной системы стоит цереброваскулярная болезнь (224 ‰), при этом на долю мужского населения приходится 103 ‰, а на долю женского – 286 ‰. При анализе же показателей распространенности цереброваскулярной болезни в зависимости от возраста, установлена наиболее общая закономерность: их увеличение от младших к старшим возрастным группам, с макси-

мальным показателем 545 ‰ у мужчин и 806 ‰ у женщин в возрасте 70 лет и старше, минимальными показателями 50 ‰ и 56 ‰ у мужчин и женщин, соответственно, в возрасте 40-49 лет, а также отсутствие цереброваскулярной болезни у лиц в возрасте от 15 до 39 лет. Усредненный показатель распространенности цереброваскулярной болезни в возрасте 40-70 лет и старше у мужчин составил 177,77 ‰. Среди женского населения усредненный показатель частоты цереброваскулярной болезни в широкой возрастной группе 40-70 лет и старше составил 412,32 ‰.

Артериальная гипертензия выявлена у 288 осмотренных лиц телеутского этноса, что составило 487,3. У представителей различных социально-профессиональных групп установлена наибольшая распространенность цереброваскулярной болезни в группе пенсионеров и инвалидов – 528 (у мужчин 342 ‰, у женщин 582 ‰). Не отмечено случаев цереброваскулярной болезни у мужчин в группах «служащие», «рабочие угледобывающих производств», «не работающие». У женщин отсутствует показатель заболеваемости цереброваскулярной болезни в группе «рабочие угледобывающих производств», так как эта группа состоит исключительно из мужчин.

Последствия острых нарушений мозгового кровообращения в популяции телеутов в зависимости от возраста на 1000 осмотренных лиц обоего пола выявлены в группе 40-49 лет у 13 ‰ осмотренных женщин; в группе 50-59 лет у мужчин 40 ‰, у женщин 100 ‰; в группе 60-69 лет у мужчин 142,8 ‰, у женщин 52,6 ‰; в группе 70 лет и старше у мужчин 90,9 ‰, у женщин 83,3 ‰.

В клинической картине дисциркуляторной энцефалопатии у телеутов ведущие места занимают цефалгический, диссомнический, дисмнестический, пирамидный, вестибулоатактический синдромы. При этом в большом проценте случаев жалобы на головокружение носят субъективный несистемный характер и имеют слабую выраженность при выполнении координаторных проб. Особенностью клинической картины является слабая выраженность амиостатического и псевдобульбарного синдромов. В структуре цереброваскулярной болезни около 70 % составляют больные с I степенью выраженности, около 25 % пациенты со II степенью и остальные 5 % с III степенью клинических проявлений.

Таким образом, телеутам Кемеровской области присуща высокая распространенность церебро-

васкулярной болезни — 224 % лиц обоего пола. Распространенность цереброваскулярной болезни среди женщин в 2,7 раза выше, чем среди мужчин, что соответствует показателям городского населения. Увеличение показателей церебровас-

скулярной болезни у телеутов, проживающих на Беловской сельской территории, что связано с высокой распространенностью артериальной гипертензии (614 ‰) у лиц, проживающих на этой территории.

ОСИПОВ А.В., ЧЕЧЕНИН А.Г., КОЛБАСКО А. Г.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ТЕЛЕУТОВ – КОРЕННЫХ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ КУЗБАССА

В Кузбассе скорость увеличения интенсивности вредного воздействия внешних факторов (химических, физических, биологических и социальных) вышла за пределы биологического приспособления человека к среде обитания. Дестабилизация окружающей среды имеет прямую связь с ухудшением здоровья населения. В настоящее время в медицине вновь возросла роль профилактических осмотров для выявления болезней на ранней стадии, с целью наиболее эффективного лечения и профилактики. Как известно, распространенность, этиология, патогенез и клинический полиморфизм большинства болезней в крупных популяциях изучены и описаны многими авторами. В то же время, распространенность болезней нервной системы у коренных жителей Кемеровской области — телеутов изучена недостаточно.

Изучение здоровья аборигенов позволит, в известной степени, прогнозировать характер болезней пришлого населения [Коган О.Г. с соавт., 1987; Шмидт И.Р., 1992; Киселев Д.С., 2002; Хорошунов В.Н., 2002; Саяпин В.С., 2004]. Детальное многостороннее обследование коренного населения возможно только в составе комплексной экспедиции врачами разных специальностей. Экспедиция была проведена врачами 9 кафедр Новокузнецкого ГИУВа и специалистами МУЗ ГБК № 3 г. Кемерово в рамках региональной программы «Кузбасс — экология человека межгорных котловин...» (2005 г.).

Генеральная совокупность телеутов Кузбасса, проживающих в 7 селах Беловского и Гурьевского районов, на момент исследования составила 1419 лиц обоего пола. Нами осмотрена репрезентативная выборочная совокупность, составившая 460 человек, что составляет 32,4 % от генеральной совокупности. Как основной, применялся клинический неврологический метод, включающей в себя сбор жалоб, анамнеза болезни, клинический неврологический осмотр, метод анкетирования,

популяционно-статистический, антропометрический. Всем обследуемым проводились измерение артериального давления, электрокардиография и исследование глазного дна.

Выявлены следующие результаты. По распространенности на первых местах стоят поясничный остеохондроз — 230 % (среди мужчин 320 %, у женщин 224), цереброваскулярная болезнь — 224 % (у мужчин 103, а у женщин 286), нарушения сна — 233 % (у мужчин 154, у женщин 273), вегетососудистая дистония — 191 % (у мужчин 83, у женщин 247), шейный остеохондроз — 133 % (у мужчин 83, у женщин 158), туннельная нейропатия — 63 % (у мужчин 26, у женщин 82), токсическая полинейропатия — 46 % (у мужчин 115, у женщин 10), отдаленные последствия черепно-мозговой травмы — 41 % (у мужчин 19, у женщин 52).

Выявлены также: диабетическая полинейропатия — 35 % (среди мужчин 19, у женщин 43), токсическая энцефалопатия — 35 % (у мужчин 71, у женщин 16), мигрень — только у женщин 39 %, эпилепсия — только у женщин 9,8 %, невроз — только у женщин 9,8 %, отдаленные последствия воспалительных заболеваний ЦНС — только у женщин 3,3 %. Общий показатель распространенности болезней нервной системы всего телеутского этноса составил 1343 на 1000 лиц обоего пола. Отмечено преобладание болезней нервной системы среди женского населения (за исключением болезней, связанных с токсическими факторами, и поясничного остеохондроза, что чаще наблюдалось у мужчин). Выявлены значительные различия в заболеваемости нервной системы в зависимости от социального, профессионального статуса и места жительства.

Установленные в результате исследования показатели распространенности болезней нервной системы у коренных жителей Кемеровской области составили основу для планирования и оптимизации лечебно-реабилитационных и про-

филактических мероприятий. Выявленные основные медико-биологические и социально-гигиенические факторы, в большей степени влияющие на структуру и распространенность болезней нерв-

ной системы коренных жителей Кемеровской области — телеутов, имеют значение при решении социальных и экономических проблем данной популяции в регионе.

ПАК Т.И., ПАК Н.Т., ФАСТЫКОВСКАЯ Е.Д.

Городская клиническая больница № 29,

Медсанчасть ОАО «ЗСМК»,

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,

г. Новокузнецк

МАММОГРАФИЧЕСКАЯ СКРИНИНГОВАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЖЕНЩИН ЗАПАДНО-СИБИРСКОГО МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОГО КОМБИНАТА

Проблема ранней диагностики рака молочной железы остается чрезвычайно актуальной, поскольку данное заболевание в настоящее время вышло на первое место среди злокачественных опухолей у женщин и имеет тенденцию роста. В России ежегодно регистрируются более 40 тысяч больных раком молочной железы и 20 тысяч женщин погибают от этого заболевания. (Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, 2004 г.). Высокая смертность обусловлена, в первую очередь, запущенностью заболевания, больные раком молочной железы 3 и 4 стадии составляют до 40 %.

Цель исследования — разработать скрининговую диагностическую программу молочной железы работницам ЗСМК, ориентированную на возраст 35 лет и старше.

Материалы и методы. Нами обследованы 7268 женщин работниц ОАО ЗСМК (г. Новокузнецк) за период 2005-2007 гг. в возрасте 35 лет и старше. Предварительно все женщины осмотрены гинекологом.

Результаты исследований. Из обследованных 7268 человек выявленная патология составила 951 женщин (13 %). Чаще всего патология встречалась в возрастной группе 41-50 лет. В 46 случаях наблюдений выполнено оперативное вмешательство по поводу рака молочной железы, узловой мастопатии, кист, фиброаденомы.

В структуре выявленной патологии кисты составили 62 % (593 человек), фиброзно-кистозная мастопатия — 22 % (206 человек), рак молочной железы — 1,3 % (12 человек).

Особый интерес представляют 11 из 12 случаев рака молочной железы, в которых опухоль диагностирована в доклиническом периоде. Из них, в 7 случаях рак 1 стадии, в 4 случаях — 2 стадии.

Вывод: В больших производственных коллективах при проведении плановых медицинских осмотров женщин необходимо использовать скрининговую программу, формируя группы по возрасту (35 лет и старше), и как первоначальный диагностический метод использовать маммографию.

ПИКЕЛЬГАУПТ Ж.В., ФАСТЫКОВСКАЯ Е.Д.,
ЕВСЮКОВА Н.В., ПЛОТНИКОВА Е.Н., ЕВСЮКОВ А.В.

Городская клиническая больница № 1,

Городская клиническая больница № 29,

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,

г. Новокузнецк

ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ СУБДУРАЛЬНОЙ ЭМПИЕМЫ ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Нами исследованы пациенты с диагнозом черепно-мозговой травмы в возрасте от 0 до 82 лет. Давность травмы у большей

части травмированных пациентов составляла 3 суток, у 1/3 пациентов — более 10 дней. Среди исследованных 789 мужчин и 410 женщин.



Методы исследования. Всем пациентам проводилось рентгенографическое исследование черепа. Компьютерная томография проводилась на пошаговом компьютерном томографе СТ МАХ 640 в аксиальной проекции, шагом томографа 5 и 10 мм, с получением суб- и супратенториальных структур головного мозга. Анализ полученных данных производился в мозговом и костном режимах.

Кроме того, всем пациентам был сделан общий анализ крови и биохимический анализ крови.

Результаты исследования. Поскольку субдуральная эмпиема встречается очень редко (15-25 % от общего числа внутричерепных инфекций), нами она была выявлена лишь у 4 больных. Давность травмы у 3 пациентов составляла 3 суток, у 1 — более 10 дней. При рентгенологическом исследовании у 1 пациента дополнительно был диагностирован линейный перелом левых височной и теменной костей. При компьютерной томографии у всех пациентов супратенториально, субдурально определялась зона патологической плотности толщиной в среднем до 15 мм, высотой 70 мм, приблизительно 58 см³. При хронической субдуральной гематоме зона патологической плотности имела однородную структуру, плотностные характеристики которой соответствовали ликвору. При поздней подострой гематоме зона патологической плотности имела неоднородную структуру за счет несвежих сгустков крови плотностью от 40 до 50 ед.Н. При развитии эмпиемы субдуральная зона патологической плотности также имела неоднородную плотность за счет нагноившихся несвежих сгустков крови плотностью до 30 ед.Н и содержащегося большого количества белка в ликворе плотностью 20 ед.Н. У 3 пациентов твердая мозговая оболочка была неравномерно утолщена, ее внутренний контур четкий, волнистый. Плотность пораженной твердой мозговой оболочки у всех была повышена до 68 ед.Н, в процессе исследования определялось накопление контрастного вещества до 80 ед.Н. У одного пациента структура твердой мозговой оболочки на уровне поражения была неоднородная за счет содержания участков обызвествления. У всех пациентов прилежащие отделы мозга были компремированы, субарахноидальное пространство сдавлено. У 1 пациента в прилежащих отделах мозга наблюдался отек белого вещества. Смещение срединных структур выявлялось у 2 пациентов, до 7 мм. Признаки височно-тенториального вклинения в виде расширения и деформации крыльев охватывающей цистерны выявлялись у 2 пациентов.

При исследовании крови у всех исследованных отмечалась воспалительная реакция в виде увеличения количества лейкоцитов до $89 \times 10^9/\text{л}$ (в норме — $4-9 \times 10^9/\text{л}$). Всем пациентам было проведено хирургическое лечение. В соответствии с локализацией эмпиемы, над полушариями мозга выбирался адекватный доступ для полноценной санации всего участка поражения. Формирование и откидывание кожного и мышечно-апоневротического лоскута проводилось по стандартным методикам. При локальном осмотре костной структуры в участке поражения она выглядела, как правило, порозной, хрупкой, с истонченным кортикальным слоем, через нее просвечивали венозные лакуны. Твердая мозговая оболочка была напряжена, иногда с вялыми грануляциями, пульсацию мозга не передавала. При вскрытии под давлением выделялось некоторое количество гноя, в различных вариантах консистенции: у 3-х пациентов жидкая консистенция, у 1-го густая. После удаления на веществе мозга оставались вялые грануляции, спаянные с арахноидальной оболочкой. Операция заканчивалась установкой промывной системы с учетом расположения больного на больничной койке, включающей в себя одну приводящую трубку и одну, две и более отводящих. В промывную систему подавались растворы антисептиков в различных объемах, применение которых разрешено фармакопеей (р-р фурацилина, р-р хлоргексидина биглюконата водный, р-р диоксида на физ. р-ре).

У 3 пациентов прогноз оперативного лечения изначально был неблагоприятным, учитывая большую площадь поражения вещества головного мозга. Однако общими усилиями реаниматологов, нейрохирургов благоприятный исход (больной выписан из стационара в стабильном состоянии) получен у 1 пациента.

Закключение. При постановке диагноза субдуральной эмпиемы методом компьютерной томографии приходится проводить дифференциальную диагностику между нагноившейся подострой и хронической субдуральными гематомами. Трудности КТ диагностики заключаются в том, что выявление таких симптомов, как неоднородность структуры, разброс плотностных значений субдуральных изменений, утолщение и, местами, обызвествление твердой мозговой оболочки, являются неспецифичными симптомами. Только полный анализ данных клинико-лабораторно-рентгенологических исследований позволил точно и своевременно поставить диагноз, провести хирургическое и антибактериальное лечение, которое спасло жизнь пациенту.



ДООПЕРАЦИОННАЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Узловой зоб занимает особое место в структуре патологии щитовидной железы (ЩЖ). Многообразие нозологических единиц, составляющих понятие «узловой зоб», объясняет актуальность дооперационной дифференциальной диагностики. Существующие современные диагностические методы дают возможность осуществить топическую диагностику узловых образований и не всегда позволяют оценить характер патологии. Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия щитовидной железы (ТАПБ) является методом прямой морфологической диагностики.

Опыт использования ТАПБ показывает неоднозначную эффективность ее результатов, диагностические ошибки в части случаев приводят к выполнению неадекватных по объему операций или отказу от операции.

Цель — оценить эффективность ТАПБ в дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы и возможности увеличения ее информативности.

Материал и методы. В работе проведен анализ обследования и хирургического лечения 648 пациентов с различными заболеваниями ЩЖ. ТАПБ являлась одним из важных этапов в предоперационном диагностическом комплексе и была выполнена 626 пациентам (96,6 %). При этом у 112 пациентов (17,9 %) исследование проводилось под пальпаторным контролем, остальным 514 (82,1 %) — под ультразвуковым. В обеих группах присутствовали пациенты с многоузловым поражением ЩЖ, общая доля которых составила 32,8 % (205 пациентов). Среди них, в 156 случаях (76,1 %) ТАПБ была выполнена из нескольких точек.

На основании сравнения данных ТАПБ и окончательного гистологического заключения по операционному материалу рассчитывали чувствительность и специфичность данного диагностического метода в отношении рака, аденомы ЩЖ и ХАИТ. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью про-

граммы «Statistica» V6.0 компании StatSoft, Inc. 1984-2001.

Результаты и обсуждение. На основании окончательного гистологического исследования операционного материала выявлена следующая частота различных нозологических форм в изучаемой группе: узловой (многоузловой) в разной степени пролиферирующий зоб — в 72,4 % (469 случаев), токсический зоб (диффузный, диффузно-узловой) — 13,6 % (88), злокачественное поражение — 7,9 % (51), аденома — в 4,2 % (27), аутоиммунный тиреоидит — в 2 % (13 случаев).

По данным ТАПБ, выполненной при пальпаторном контроле, доля неинформативных результатов составила 36,6 %; атипия выявлена в 8 % случаев, признаки ХАИТ — в 1,8 % наблюдений.

Чувствительность метода по отношению к раку, аденоме ЩЖ и аутоиммунному тиреоидиту составила 62,5 %, 50 % и 50 %, соответственно. Специфичность по отношению к данным заболеваниям — 96,2 %, 93,5 % и 99,1 %.

По данным ТАПБ, выполненной при ультразвуковом контроле, доля неинформативных результатов составила 7,4 %; атипия выявлена в 13,8 % случаев, признаки ХАИТ — в 2,3 % наблюдений. Чувствительность метода по отношению к раку, аденоме ЩЖ и аутоиммунному тиреоидиту составила 86,1 %, 95,7 % и 81,8 %, соответственно. Специфичность по отношению к данным заболеваниям — 92,8 %, 90 % и 99,4 %.

Таким образом, применение ультразвукового контроля при выполнении тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии у пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы позволяет снизить частоту получения неинформативного диагностического материала, повысить чувствительность данной методики в отношении рака, аденомы и аутоиммунного тиреоидита и, как следствие, объективизировать показания к операции, выбрать адекватный объем хирургического вмешательства.



САЛМИНА-ХВОСТОВА О.И.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ВРАЧЕБНОЙ БЕСЕДЫ

*«Профессия врача — это подвиг, он требует самоутверждения,
чистоты души и чистоты помыслов. Надо быть ясным умственно,
чистым нравственно и опрятным физически».*

А.П. Чехов

Колоссальную роль в установлении хорошего контакта и понимания между врачом и пациентом, а, следовательно, и в формировании высокой приверженности к лечению играет доступный и понятный больному язык.

Болезнь, инвалидность, одиночество, старение организма и приближающаяся смерть вызывают особые защиты, к которым нужно относиться с предельной осторожностью, чтобы пациенту не стало хуже на приеме врача.

Психотерапевтический подход может реализовываться уже в беседе с больным. Главным при этом является создание доверительной атмосферы. Беседу с пациентом необходимо вести спокойно, вежливо, вопросы следует задавать отчетливо, в легкодоступной форме, обращаясь к пациенту по имени-отчеству и на «Вы». Поздоровавшись с больным и предложив ему сесть, необходимо поинтересоваться состоянием его здоровья, что создает обстановку доброжелательности и позволяет врачу вести беседу в необходимом направлении. Тон разговора должен быть мягким. Задавая вопросы нельзя быть назойливым и однообразным. Не следует прерывать больного, даже если он детализирует факты, научно доказано, если дать больному возможность высказаться, он говорит не более 2-х минут. Врач выслушивает больного (проявляя технику «Активного слушания»), чтобы определить, что в данный момент его волнует более всего. Пациента, как правило, тревожат симптомы болезни, он подавлен и беспокоен. В лице врача ему важно найти не только опытного специалиста, но и человека, способного сопереживать. Следует сообщать пациенту необходимую и понятную ему информацию о болезни, лечении, прогнозе. В ряде случаев сообщать диагноз нелегко. Важно знать, что больной хочет услышать и чего боится. Следует осторожно использовать медицинские термины, так как он может их не правильно понять. Важно стимулировать адекватное поведение больного и его стремление к лечению и выздоровлению (Корвасарский Б.Д., 1995). По ходу беседы в случае, когда пациент оказывается прав в своих рассуждениях, врач активно поддерживает его в этом: «Вы правы», «Вы приняли правильное решение», «я с Вами согласен». Поддержка, оказываемая врачом пациенту, все-

ляет в него уверенность, повышает доверие к врачу, убеждает, что врач понимает и разделяет его позицию, порождает оптимизм, надежду на благополучный исход. Не следует оставлять пациентов в состоянии неправильных решений. Будучи ошибочно уверенными в своей «правоте», они еще более усугубляют свое положение. Само разубеждение должно проходить тактично, не задевая самолюбие больного, и в доступной ему форме. Важно привести примеры из практической деятельности, указав на благоприятный исход болезни при выполнении пациентами рекомендаций врача. Это благотворно влияет на самочувствие пациентов, улучшает настроение и повышает доверие к врачу.

Следует отметить, что не всякое лечебное воздействие на психику больного является психотерапией, как и не каждое слово врача является лечебным, терапевтическим. Иногда слова и действия медицинских работников могут вызывать обратный эффект. Так, под ятрогениями понимается патогенное влияние действий или бездействия, слов или умолчания окружающих пациента людей. Информационные ятрогении, связанные со словами или с умолчанием медицинских работников, ятрогении в узком смысле (патогенное влияние врача), соророгении (патогенное влияние медсестры) и эгтрогении (патогенное влияние других пациентов). Гораздо меньшее внимание уделяется эгтрогениям, то есть патогенным влияниям на больного других пациентов. Классический пример потенциально эгтрогенной ситуации - очередь перед кабинетом врача. Судя по литературным данным, «критическая ятрогенная масса» — это пять человек. При наличии такой очереди вероятность ятрогений может достигать 80 %. Напрашивается простой вывод: очередь перед кабинетом врача — это не просто организационная проблема, это ситуация, прямо ухудшающая «приверженность» и снижающая эффективность лечения.

Заканчивая врачебную беседу, нужно подвести краткий итог, что было выяснено, что представляет его заболевание, какие причины привели к его развитию. Объяснить врачебные назначения, рекомендации давать четко, ясно и понятно, завершая словами: «Выполнение плана лечения

в Ваших интересах, это поможет Вам быть здоровым, жизнерадостным, активным».

В условиях дефицита времени на приеме врача правильно проведенная беседа способствует приверженности к лечению и благоприятному дальнейшему выздоровлению.

Нами разработан и утвержден учебный план факультативных занятий «Психотерапия» для врачей курсантов циклов ОУ, ТУ по теме «Повышение психологической компетенции медицин-

ских работников и профилактика профессионального стресса» (72 часа, 17 тем).

Цель: познакомить курсантов с психологическими характеристиками личности, повысить личностное развитие как необходимое условие успешной профессиональной деятельности, улучшить коммуникативные навыки, для оптимизации терапевтического альянса (отношений врач-пациент), изучить типологию отношения пациентов к болезни.

САЛМИНА-ХВОСТОВА О.И., ЛОБЫКИНА Е.Н., АЛЕКСЕЕВА Н.С.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

РАЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ

У большинства пациентов ожирением наблюдаются нарушения психологических форм пищевого поведения, способствующие усилению влечения к пище. Известно 3 типа нарушений пищевого поведения (ПП): эмоциональное пищевое поведение, ограничительное пищевое поведение и экстернальное пищевое поведение (Вознесенская Т.Г., 2000).

Эмоциональное пищевое поведение (ЭПП) (гиперфагическая реакция на стресс или «пищевое пьянство»). При нем человек принимает пищу не потому, что голоден, а потому что беспокоен, тревожен, раздражен, у него плохое настроение, он удручен, подавлен, обижен и т.д. Другими словами, стимулом к приему пищи является не голод, а эмоциональный дискомфорт. Человек заедает свои горести и несчастья. Равноценное значение в формировании эмоционального пищевого поведения имеют и особенности воспитания с раннего детского возраста, когда прием пищи стандартно использовался родителями для успокоения ребенка.

Пример. Пациентка Е., 38 лет, повар, обратилась по поводу избыточной массы тела, отмечает приступы переедания при стрессовых ситуациях: «Ем много при неприятностях, пока не почувствую, что желудок переполнен, но контролировать этот процесс не могу», быстрой утомляемости, снижения работоспособности, чувства слабости, одышки при ходьбе и физической нагрузке, ухудшения настроения, периодические головные боли, связанные с подъемом артериального давления до 140-150/80 мм рт. ст. Вес 79 кг, рост 162 см.

С помощью анамнеза были исключены церебральная и эндокринная формы ожирения, а путем анкетирования определен эмоциональный тип пищевого поведения. Затем заключа-

ется контракт, при котором ответственность за лечение делят между собой врач-психотерапевт, врач-диетолог и пациентка. Гарантируется врачом психотерапевтом и диетологом не снижение веса, а профессиональная работа с учетом типа нарушения пищевого поведения и индекса массы тела, а результат будет зависеть от работы самой пациентки.

С пациенткой устанавливается доверительный контакт. Это осуществляется при помощи вопросов, направленных на оценку имеющихся представлений пациентки о своем состоянии: «Что такое ожирение, избыточный вес? Каковы последствия ожирения? Как с ним справиться? Мешает ли Вам лишний вес? Почему вы хотите похудеть? У вас есть опыт снижения веса, какой? Как вы себя в тот момент ощущали? Как быстро и на сколько вы хотите похудеть? Вы будете покупать новые вещи или перешивать старые? А это реально? В каких частях тела вы хотите похудеть, почему? А что вы будете делать, чтобы похудеть? Вы будете худеть, но ваша кожа при этом останется эластичной, без складок?».

После этого врачом-диетологом, с использованием психологических приемов убеждения, укрепления уверенности пациентки в достижении результата, проводится разъяснение о реальных проблемах нарушения питания. Производится расчет индекса массы тела пациентки по формуле: Индекс массы тела = вес (в кг) / рост² (в см). На основе показателей индекса массы тела, с пациенткой согласовывается диетпрограмма: на какое количество килограммов и за какой промежуток времени рекомендуется снизить вес, поскольку стремление за короткий срок избавиться на большое количество килограммов приводит к компенсаторному увеличению приема пищи и повторной прибавке веса (так называемый, «син-



дром рикошета») и может вызвать нарушение здоровья. При этом формируют активную положительную социально значимую мотивацию на достижение конечной цели.

Пациентка пояснила, что желает снизить вес для того, чтобы стать привлекательной, подниматься по лестнице без труда, улучшить работу кишечника, очистить свой организм от вредных ингредиентов. Пациентка описала свои ощущения и эмоции при этом: «У меня будет легкая походка. Размер одежды будет меньше. Окружающие будут говорить мне о том, как хорошо я выгляжу». Психотерапевт уточняет: «Ваша кожа при этом останется эластичной, без складок? Ответ: «Да».

Затем пациентке дается информация о том, что пища — корректор настроения. Зачастую, принятые у нас методы психотерапии избыточной массы тела не учитывают фактора вторичной выгоды. Речь пойдет о психологической защите, роль которой выполняет переедание. Другими словами, скорее всего привычка снова вернется, если подсознательно она желанна и приятна человеку. Возникает внутренний диалог, спор между двумя

частями личности, в котором, сознательная часть твердит: «Тебе просто необходимо похудеть! Как можно скорее!». Однако спустя непродолжительное время получает в ответ массу весомых причин для возврата к лишним килограммам. Поскольку переедание, как причина накопления избытка веса, является единственным способом для таких пациентов поддерживать психическое равновесие. При этом чуть ли не единственным способом компенсации отрицательных эмоций остается прием пищи с целью получения удовольствия. Понятно, что чем больший дискомфорт испытывает человек на психологическом уровне, тем большее количество пищи необходимо принять для компенсации этого дискомфорта. В свою очередь, изменение внешнего облика и появление «комплекса полного человека» являются дополнительными психотравмирующими факторами, также «требуемыми» удовлетворения, которые пациентка может реализовать только через переедание. После первой беседы с использованием рациональной психотерапии врачами у пациентки формируется устойчивая мотивация на снижение веса без «рикошетной прибавки».

ФАСТЫКОВСКАЯ Е.Д., ПИКЕЛЬГАУПТ Ж.В., КАРПИНСКАЯ Т.В.
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
Городская клиническая больница № 1,
г. Новокузнецк

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ПНЕВМОКОНИОЗАХ

Общеизвестно, что выявление изменений в легких, характерных для пневмокониоза у рабочих пылевых профессий, задача достаточно трудная. В ее решении известная роль принадлежит лучевому методу в виде телерентгенограмм органов грудной полости. Компьютерная томография легких расширяет диагностические возможности лучевого метода и должна быть проведена в определенной последовательности.

Материалы и методы. С помощью компьютерной томографии (пошаговый КТ СІТІ МАХ 640 и мультисрезовый (40 срезов) компьютерный томограф) на базе отделения лучевой диагностики ГКБ № 1 г. Новокузнецка было обследовано 300 человек из группы риска с профессиональным стажем 30 лет и более.

Результаты исследования. При компьютерной томографии плотность легочной ткани оценивалась по шкале Хаунсфилда (НУ). Плотность легочного рисунка определялась в центральных и периферических отделах легких. Проводился поиск «узловых» теней. Мелкие изменения стромы легких изучались в зоне интереса с уве-

личением изображения в 1,5 раза. При анализе легочных полей изучалась общая картина легких с оценкой объемных изменений в дыхательной пробе. При дыхательной пробе измерялась плотность легочной ткани в верхних и нижних отделах легких. Разница в числовых значениях на 20-30 единиц НУ считалась нормальной. После этого оценивалось изменение плотности легочной ткани в кранио-каудальном направлении. При сохранении эластичности легочной ткани в нижних отделах число единиц НУ нарастало на 20-30. Изучению подвергался легочный рисунок центральных отделов легких. Увеличение количества элементов легочного рисунка, утолщение стенок сосудов и бронхов позволяло выявлять центральный пневмофиброз. В дальнейшем выбиралась зона интереса, и в ней проводился анализ более мелких структур стромы легких. Уплотнение междольковых и межалвеолярных перегородок отображалось дополнительными линейными тенями. Полученные изменения при компьютерной томографии сопоставлялись с количеством лет, проработанных в условиях пыли (производствен-



ный стаж), характером пылевых частиц примесью SiO_2 .

Заключение. Компьютерная томография рабочих пылевых специальностей, выполненная по

предложенной нами схеме, позволяет выявить пневмокониоз в более ранние сроки и документально установить эмфизему и наличие «узелковых» теней.

ХОХЛОВА З.А., КРАВЦОВА З.Я., МАТВЕЕВА И.В.

Городская клиническая больница № 29,

МСЧ ОАО «ЗСМК»,

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РОТАВИРУСНОЙ И РОТАВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕТСКОГО ИНФЕКЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГКБ № 29

По данным ВОЗ, около 40 % всех диарей в мире обусловлено ротавирусами. Эта инфекция имеет отчетливую тенденцию к росту, что связано как с ее широким распространением, так и с улучшением диагностики. В городе Новокузнецке в последние месяцы отмечается неблагополучие по заболеваемости кишечными инфекциями. Показатели заболеваемости на 46,7 превышают уровень прошлого года. Данная ситуация обусловлена ростом заболеваемости ротавирусной инфекцией.

В детском инфекционном отделении ГКБ № 29 в 2007 году пролечено 433 больных с острыми кишечными инфекциями, что составило 50,8 % от числа всех госпитализированных. Диагноз ротавирусной инфекции поставлен в 98 случаях, что составило в группе ОКИ 22,5 %. Данная инфекция оказалась наиболее частой в группе расшифрованных ОКИ.

Проведен анализ 75 историй болезни детей, пролеченных в детском инфекционном отделении по поводу ротавирусной инфекции за период август 2007 года — январь 2008 года.

Все больные были разделены на две группы. Первая группа представлена 50 детьми, перенесшими моновирусную инфекцию. Во вторую группу вошли 25 детей, у которых диагностирована смешанная ротавирусно-бактериальная инфекция. В данной группе в качестве бактериального агента в 20 % случаев выступала шигелла Флекснер, в 12 % — шигелла Зоне, в 8 % — сальмонелла и в 60 % — условно-патогенная флора, причем наиболее часто регистрировались клебсиелла и синегнойная палочка.

При моноинфекции в возрастной структуре преобладали дети от года до трех лет — 72 %. Во второй группе заболевание регистрировалось с примерно одинаковой частотой во всех возрастных группах: 40 % составили дети до трех лет,

28 % — дети 3-7 лет, 32 % — дети старше 7 лет. В возрастной группе до 7 лет в качестве бактериального агента чаще определялась УПФ (70 %), а в группе старше 7 лет преобладала шигелла (62 %).

Большинство больных переносили ротавирусную инфекцию средней тяжести. Процент тяжелых форм был более высоким в группе смешанной инфекции — 32 %. Для моноинфекции процент тяжелых форм был ниже — 24 %. 71 % всех тяжелых форм при смешанной инфекции был обусловлен наличием УПФ в качестве бактериального агента. В первой группе в 80 % заболевание протекало в форме гастроэнтерита, тогда как во второй группе в 44 % случаев отмечалась гастроэнтероколитическая форма.

Подъем температуры регистрировался с одинаковой частотой в обеих группах, но во второй группе чаще отмечалась гипертермия выше 39 градусов — 41 % против 24 % в первой группе. В первой группе длительность лихорадки не превышала трех дней, во второй группе средняя продолжительность лихорадочного периода составила 3,8 дня. Болевой абдоминальный синдром и вздутие живота чаще регистрировались у детей, переносивших смешанную инфекцию — 81 % во второй группе и 68 % в первой. Респираторный синдром, характерный для ротавирусной инфекции, встречался с одинаковой частотой в обеих группах (28 % и 24 %, соответственно). Жидкий стул при моноинфекции у 80 % детей имел энтеритный характер, воспалительные изменения в копрограмме отмечались у 18 % больных. Во второй группе у 48 % детей в копрограмме обнаруживались слизь, лейкоциты, эритроциты. Существенных различий в частоте стула и длительности диареи не выявлено. В группе моноинфекции рвота отмечалась в 80 % случаев, несколько реже этот симптом отмечался во второй



группе — в 68 % случаев. Длительность рвоты в первой группе не превышала 1-3 дня, тогда как во второй группе у 18 % отмечалась упорная рвота до 5 дней.

По данным гемограммы, лейкоцитоз отмечен у 32 % детей первой группы и 42 % — второй, нейтрофилез с левым сдвигом — в 28 % и 40 %, соответственно. В группе моноинфекции лейкоформула нормализовалась через 1-3 дня, во второй группе изменения в ОАК сохранялись до 5-7 дня.

Анализ терапии показал, что антибактериальную терапию получали 72 % детей первой группы и 86 % детей второй группы, ее длительность не превышала трех дней в 1 группе и продолжалась до 5-7 дней во 2 группе. Все больные получали биопрепараты и энтеросорбенты. Патогенетическая терапия включала проведение регидратации, в том числе внутривенной — в 68 % в первой группе и в 52 % во второй группе. Различия свя-

зано с преобладанием в первой группе симптомов эксикоза.

Таким образом, в группе вирусно-бактериальной инфекции, в сравнении с моноинфекцией, выявлены следующие особенности:

1. Заболевание с одинаковой частотой регистрировалось во всех возрастных группах.
2. Отмечался больший процент тяжелых форм, причем тяжесть отмечалась при наличии УПФ в качестве бактериального агента.
3. Преобладание гастроэнтероколитических форм с более выраженной и длительной лихорадкой и упорной рвотой.
4. Больший процент обнаружения в кале слизи, лейкоцитов и лейкоцитоза с нейтрофилезом в ОАК.
5. Назначение антибиотиков было обусловлено сложностью клинической дифференциальной диагностики между вирусной и бактериальной этиологией инфекции в первые дни болезни.

ШАПОВАЛОВА Э.Б., ШУМЕЙКО Н.И., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., КОЛБАСКО А.В.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ИСХОДНЫЙ ВЕГЕТАТИВНЫЙ ТОНУС СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У КОРЕННЫХ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ – ТЕЛЕУТОВ КУЗБАССА

Известно, что регуляция вегетативной нервной системой сердечно-сосудистой системы (ССС) при различных патологических состояниях характеризуется выраженными и неоднозначными нарушениями. Так, считается, что у молодых здоровых людей имеется высокий парасимпатический тонус, а у пациентов с нарушениями функции левого желудочка — высокий симпатический тонус. Однако, Г.В. Рябыкина, А.В. Соболев (1996), И.В. Сергиенко (2001) пришли к выводу, что, помимо возрастного фактора, влияющего на снижение адренергических структур в сердце, сердечно-сосудистая патология приводит к прогрессивному снижению количества клеток симпатических и парасимпатических структур, приводя, в конечном счете, к денервации сердца. По той же причине ряд исследователей полагают, что с 4-го десятилетия жизни процесс управления сердца посредством нервных структур постепенно заменяется менее специфичным и избирательным — гуморальным регулированием. На территории Кемеровской области проживает малочисленное тюркоязычное коренное население — телеуты. У телеутов среди причин

смерти на первом месте стоят болезни системы кровообращения.

Цель исследования — определение исходного вегетативного тонуса ССС у больных ишемической болезнью сердца среди коренных сельских жителей — телеутов Кузбасса.

Материалы и методы. Проведено одномерное популяционное исследование населения Бековского сельского совета Беловского района Кемеровской области (место наиболее компактного проживания телеутов — 40 % от их общей численности в области). Распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) в обследованной популяции, выявленная по строгим эпидемиологическим критериям, составила 9,3 % (9,8 % мужчин и 9 % женщин). Вегетативный тонус ССС определялся с помощью интегрального показателя данной системы — вегетативный индекс Кердо, минутный объем кровотока, индекс минутного объема кровотока, коэффициент Хильдебранта. Вегетативные индексы высчитывались при помощи формул, предложенных А.М. Вейном, А.Д. Соловьевой, А.Б. Даниловым (1991, 1999).

Результаты исследования. При ИБС обнаруживается доминирование симпатических влияний

на ССС среди лиц мужского пола — 20,8 %, по сравнению с 11,4 % у женщин. Среди лиц женского пола с ИБС основной тип вегетативного тонуса — ваготония, которая составила 13,7 %. У мужчин же ваготония распространена в 17,6 % и занимает второе место после симпатикотонии. И на последнем месте находится эйтония как у мужчин, так и у женщин, составляя 8,1 % и 9,6 %, соответственно. Полученная разница среди основных типов вегетативного тонуса у мужчин и женщин с ИБС статистически не отличалась ($p > 0,05$).

При анализе распространенности исходного вегетативного тонуса у больных ИБС в зависимости от возраста, мы обнаружили следующую закономерность: при эйтонии среди лиц обоего пола в возрастных группах 40-49, 50-59 и 60-69 лет наблюдается последовательное двукратное увеличение процента распространенности эйтонии с возрастом — с 8,1 % до 35,3 %. И лишь в возрасте 70 лет и старше эйтония составила всего 18,2 %. Для ваготонии, как среди мужчин, так и среди женщин, также отмечается увеличение распространенности данного типа исходного вегетативного тонуса с возрастом, достигая наибольшего процента ваготонии среди остальных типов вегетативного тонуса в возрастной группе 60-69 лет — 44,4 % ($p < 0,05$). В возрастной группе 70 лет

и старше ваготония составила только 9,5 %. Распространенность симпатикотонии среди лиц обоего пола снижалась с возрастом — с 27,3 % в возрастной группе 40-49 лет до 18,2 % в возрастной группе 60-69 лет ($p < 0,05$). В возрасте 70 лет и старше симпатикотония среди лиц, страдающих ИБС, не встречалась.

Полученные результаты свидетельствуют о преобладании симпатических влияний на сердечно-сосудистую систему у больных ИБС, в большей степени среди лиц мужского пола. Снижение процента распространенности симпатикотонии с возрастом, выявленное в нашем исследовании, подтверждает сделанное ранее рядом исследователей предположение о возрастной «десимпатизации сердца». Таким образом, можно предположить, что повышение симпатической активности при ИБС в большей степени связано с активацией гормонального звена симптоадреналовой системы, преимущественно среди лиц мужского пола. Исходный вегетативный тонус ССС у женщин представлен, в основном, ваготонией. Исходя из вышеизложенного, можно считать, что такая половая дифференциация вегетативного тонуса ССС у больных ИБС должна учитываться при проведении адекватного медикаментозного лечения.

ШАПОВАЛОВА Э.Б., ШУМЕЙКО Н.И., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., КОЛБАСКО А.В.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ЭКГ ИЗМЕНЕНИЙ СРЕДИ КОРЕННЫХ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ — ТЕЛЕУТОВ КУЗБАССА

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) стойко занимает 1 место в структуре общей смертности любой развитой страны мира. Ее удельный вес в России составляет 26 %. Вместе с тем, каждый регион, этническая группа имеют свою специфику. В связи с этим, «особую важность приобретает изучение различий в заболеваемости сердечно-сосудистыми болезнями и смертности от них людей различных национальностей, жителей различных регионов страны» (Е.И. Чазов, 1986). На территории Кемеровской области проживает малочисленное тюркоязычное коренное население — телеуты. У телеутов среди причин смерти на первом месте стоят болезни системы кровообращения. В целом, у телеутов наблюдается критическая демографическая ситуация, приводящая, в конечном счете, к резкому сокращению численности населения.

Цель исследования — определение распространенности ИБС и ЭКГ изменений у коренных сельских жителей — телеутов Кузбасса.

Материалы и методы. Проведено одномоментное популяционное исследование населения Беловского сельского совета Беловского района Кемеровской области (место наиболее компактного проживания телеутов — 40 % от их общей численности в области). Для выявления ИБС заполняли анкету Роуза, регистрировали электрокардиограмму покоя в 12 стандартных отведениях на четырехканальном тепловом аппарате ЭКГТ-02 в положении больного лежа, изучали карты амбулаторного больного и выписки из историй болезни, заполняли карты комплексного обследования, включающие данные о стенокардии напряжения, перенесенном инфаркте миокарда. Среди 582 человек, больных ИБС, было 9,8 % мужчин и 9 %

женщин в возрасте от 41 года до 85 лет (средний возраст $58,1 \pm 9,7$ лет).

Результаты исследования. Распространенность ИБС в обследованной популяции составила 9,3 %, указания на перенесенный инфаркт миокарда выявлено в 1 %, стабильная стенокардия напряжения диагностирована у 8,8 %. У женщин в возрасте 40-49 лет ИБС была выявлена в 6,5 %, к 50-59 годам распространенность ИБС увеличилась до 15,8 % ($p > 0,05$), а в возрастной группе 60-69 лет ИБС регистрировалась уже в 30 % случаев ($p > 0,05$). И только в возрасте 70 лет и старше распространенность ИБС снизилась, составив всего 5,2 % ($p > 0,05$). Распространенность ИБС среди лиц женского пола составила 9 %. Среди мужчин в младших возрастных группах ИБС не выявлена, в 40-49 лет она обнаружена у 13,6 %, в 50-59 лет — у 16,2 %, к 60-69 годам количество лиц с ИБС возросло до 27,7 % ($p > 0,05$), к 70 годам и старше распространенность ИБС снизилась до 9 % ($p > 0,05$). Всего распространенность ИБС у мужчин составила 9,8 %.

ЭКГ изменения у больных ИБС в 40 % были представлены обменно-дистрофическими и дисметаболическими нарушениями. Столько же процентов составила выявленная гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ). Нарушения ритма по типу желудочковой экстрасистолы была зарегистрирована в 9,3 % случаев, нарушения проводимости — в 21,8 %. Анализ основных типов ЭКГ у больных ИБС выявил, что левый тип имеется в 53 %, нормальный тип — у 31 %, и правый тип встречался только у 9 % телеутов ($p > 0,05$), страдающих ИБС.

Выводы: Распространенность ИБС среди обследованных телеутов увеличивается с возрастом среди лиц обоего пола. Обращает на себя внимание факт раннего поражения женщин ИБС — уже в возрасте 40-49 лет. Низкую распространенность ИБС в возрасте 70 лет и старше среди лиц обоего пола можно объяснить снижением численности населения в данной возрастной группе из-за смертности, в основном, от болезней органов кровообращения, в том числе ИБС. В целом, распространенность ИБС среди лиц обоего пола была примерно одинаковой и статистически не отличалась.

Высокая распространенность ГЛЖ и левого типа ЭКГ, скорее всего, свидетельствует о сопутствующей артериальной гипертензии (АГ), которая служит независимым фактором риска ИБС. Также общеизвестно, что ГЛЖ не всегда адекватна степени и длительности АГ. Еще в 1982 г. известный физиолог В. Folkov высказал предположение, что существуют генетические факторы, способствующие гипертрофии сердца и сосудов, независимо от степени повышения артериального давления. В последующем это нашло свое практическое подтверждение. Кроме того, ГЛЖ является предиктором «угрожающих жизни» аритмий.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости поиска новых факторов риска (в том числе генетических маркеров) ИБС, для возможности проведения адекватных профилактических мер еще в детском возрасте, для сохранения уникального генофонда тюркоязычного населения — телеутов Кузбасса.

ШАПОВАЛОВА Э.Б., ШУМЕЙКО Н.И., ОВСЯННИКОВА О.В.,
ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., КОЛБАСКО А.В.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ СТЕПЕНЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПОКАЗАТЕЛЯМИ ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У КОРЕННЫХ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ – ТЕЛЕУТОВ КУЗБАССА

Исследования вегетативного тонуса при артериальной гипертензии (АГ) показали, что становление болезни сопровождается выраженными и неоднозначными сдвигами в состоянии вегетативного статуса. В ряде работ показано, что у больных АГ имеются признаки повышения функций как симпатического, так и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы (ВНС). Однако подавляющее

большинство результатов исследований, посвященных изучению вегетативного тонуса при АГ, свидетельствуют в пользу повышения симпатического звена ВНС, отводя ему главную роль в патогенезе АГ.

В то же время, известен факт снижения симпатической активности у пожилых пациентов, страдающих АГ, вследствие утраты с возрастом адренергических рецепторов.



Вместе с тем, каждый регион, этническая группа имеют свою специфику. На территории Кемеровской области проживает малочисленное тюркоязычное коренное население — телеуты, которые до 1991 года официально считались этнографической группой южных алтайцев, а затем получили статус самостоятельного народа. При проведении популяционного исследования телеутов с целью изучения распространенности артериальной гипертонии было обнаружено, что АГ занимает лидирующее место среди всей сердечно-сосудистой патологии, составляя почти 50 %.

Цель исследования — определить исходный вегетативный тонус (ИВТ) сердечно-сосудистой системы (ССС) в зависимости от степени повышения АГ среди телеутов Кузбасса.

Материалы и методы. Проведено одномоментное популяционное исследование населения Бековского сельского совета Беловского района Кемеровской области (место наиболее компактного проживания телеутов — 40 % от их общей численности в области). Из 582 обследованных телеутов, состояние ИВТ СССР было оценено у 457 человек (78,5 %). Из них, АГ имели 48,6 % (по классификации ВОЗ, 1999). В структуре АГ преобладает 1 степень повышения артериального давления — 37,4 %, АГ 2 степени регистрировалась у 33,8 %, АГ 3 степени — у 26 %, изолированная систолическая гипертония (ИСАГ) была выявлена только в 2,7 % случаев.

ИВТ СССР определялся с помощью интегрального показателя данной системы — индекса Кердо, минутного объема кровотока, индекса минутного объема кровотока, коэффициента Хильдебранта. Вегетативные индексы высчитывались при помощи формул, предложенных А.М. Вейном, А.Д. Соловьевой, А.Б. Даниловым (1991, 1999).

Результаты исследования. Установлено, что ИВТ СССР при АГ среди лиц обоего пола имеет свои особенности. Так, распространенность эйто-

нии среди лиц мужского и женского пола составила 52,4 % и 47,2 %, соответственно. На втором месте для лиц обоего пола стоит ваготония, однако, обращает на себя внимание доминирование парасимпатической нервной системы среди женщин — 37,1 % против 25,4 % у мужчин ($p > 0,05$). И на последнем месте встречается симпатикотония: среди мужчин — 22,2 %, у женщин — 15,7 % случаев.

При анализе взаимосвязи между степенью АГ и ИВТ СССР обнаружено следующее: при АГ 1 степени для лиц обоего пола ИВТ СССР представлен, в основном, ваготонией ($p < 0,05$). При АГ 2 степени среди мужчин преобладает эйтония. Для женщин же при АГ 2 степени наблюдается практически одинаковая частота регистрации основных типов ИВТ СССР. Среди лиц обоего пола при АГ 3 степени доминирует симпатикотония с некоторым преобладанием для мужчин, и регистрируется наименьший процент распространенности ваготонии. И, наконец, при ИСАГ эйтония регистрировалась только среди лиц мужского пола, тогда как среди женщин регистрируется и эйтония, и ваготония.

Заключение. Полученные результаты мы объясняем следующим образом: доминирование парасимпатического отдела ВНС при АГ 1 степени вызвано нарушением диастолического расслабления миокарда, приводящего к растяжению эндокарда левого желудочка вследствие повышения конечного диастолического объема, что, в свою очередь, приводит к раздражению волокон парасимпатического нерва, которые проходят в сердце субэндокардиально. Прогрессирование же болезни сопровождается нарушением сократительной способности миокарда левого желудочка, вызывающая активацию гормонального звена симпатoadrenalной системы. Возрастная «десимпатизация» сердца приводит параллельно к ослаблению симпатической нервной регуляции.



ВОДЯНОВ Н.М.

*Кузбасский НИИ травматологии и реабилитации,
г. Прокопьевск*

СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА: ЗАКРЫТЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

За период с 2005 по 2007 годы в отделении микрохирургии КузНИИТР лечились 36 больных с закрытыми переломами плечевой кости и повреждением лучевого нерва (28 мужчин и 8 женщин), преимущественно в возрасте от 20 до 50 лет — 34 (88,8 %). Лиц физического труда было 12, интеллектуального — 14. Травму в быту получили 16 пострадавших (падение с высоты на кисть — 9, на локоть — 7), производственную — 7 (сдавление плеча лентой транспортера — 4, непосредственный удар доской, металлической балкой — 3), во время аварий — 13 пациентов.

10 пострадавших находились в ОКОХБВЛ г. Прокопьевска, 26 пациентов лечились в травматологических отделениях городов Кемеровской, Новосибирской областей, Алтайского края, республики Казахстан в сроки от 2 до 9 месяцев (20 чел.) и от 1,5 до 10 лет (6 чел.).

На сроки госпитализации существенно влияла тяжесть сопутствующих повреждений, которые диагностировали у 17 больных (переломы бедер — 2, костей предплечья — 5, позвоночника — 1, повреждение плечевой артерии — 2, переломы ребер с пневмотораксом — 1, повреждения печени и легкого — 1 и травма элементов плечевого сплетения — 5).

В разные сроки после травмы 32 больных были оперированы: остеосинтез плечевой кости пластинами — 25, винтами — 2, штифтами — 2, металлоконструкциями из TiNi — 2, аппаратом Илизарова — 1. Шесть больных не оперированы. Во время оперативных вмешательств выполняли невролиз лучевых нервов, шов плечевой артерии. Последовательно или одновременно сделан остеосинтез бедер, костей предплечья. После оперативных вмешательств, раны у 30 больных зажили первичным натяжением. Основной мотив направления больных в отделение микрохирургии — отсутствие функции разгибателей кисти и пальцев.

В клинике микрохирургии под проводниковой анестезией плечевого сплетения оперирован 31 больной, под наркозом — 2. Консервативное лечение осуществлено у трех пациентов с удовлетворительным результатом. Выполнены следующие оперативные вмешательства: эндоневролиз лучевого нерва — у 13 больных, операции Джанелидзе — у 10, резекция ложного сустава, фиксация металлической пластиной, введение коллапана, эндоневролиз лучевого нерва — у 1, операция Чаклина — у 1, остеосинтез плечевой кости и невролиз лучевого нерва — у 2, поздний шов лучевого и кожно-мышечного нервов — у 1, удаление пластины и эндоневролиз лучевого нерва — у 3, введение коллапана в место ложного сустава плечевой кости и эндоневролиз лучевого нерва, эндоневролиз вторичных стволов плечевого сплетения и лучевого нерва — у 2, шов лучевого нерва — у 1 пациента.

Вмешательства на нервах выполнялись с использованием микрохирургической техники. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Пострадавшие после операций получали нейростимулирующую терапию, массаж, тепловые процедуры, ЛФК, компрессы пихтового масла, как в амбулаторных условиях, так и в травматологических отделениях и центрах реабилитации по месту жительства.

Больные периодически осматривались в поликлинике больницы, пятеро из них были госпитализированы в отделение микрохирургии. У всех больных получены разной степени положительные результаты.

Выводы: Лечение больных с закрытыми переломами плеча и повреждениями лучевых нервов должно проводиться в отделениях микрохирургии. Экстренное оперативное вмешательство при сочетанных травмах плеча и лучевого нерва является методом выбора.





ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

В клинике микрохирургии КузНИИТР за последние 3 года лечились 40 больных с открытыми повреждениями лучевого нерва (мужчин — 37, женщин — 3), преимущественно люди физического труда в возрасте от 20 до 50 лет (37 — 92,5 %). Травму в быту получили 35 больных, на производстве — 4 (обвалщики мяса), один пострадавший травмировался во время автомобильной аварии. Травма лучевого нерва возникла в результате воздействия острых предметов (стекло — 21, нож — 12, шило — 2, лезвия станков — 4, укусы собаки — 1).

Повреждения ствола нерва диагностировали в 19 случаях, двигательной ветви — в 8, поверхностной ветви — в 13 (на уровне проксимальной трети предплечья — 6, средней трети — 4 и в дистальной трети — 3). Из города Прокопьевска госпитализированы 12 пострадавших в сроки от 2 до 12 часов, остальные больные (27 чел.) — из городов (19 чел.) и поселков (8 чел.) Кемеровской области и двое больных из Хакасии и города Норильска, в сроки от 10 до 30 суток (16 чел.) и от 2 месяцев до 16 лет (18 чел.).

В процессе лечения у 15 больных выявлены сопутствующие повреждения: плечевой артерии — 2, лучевой артерии — 2, печени — 1, разгибателей пальца — 4, разгибателей кисти — 3, двухглавой мышцы — 1 и срединного нерва — 2. У четырех больных общее состояние было тяжелым (у трех острая кровопотеря, у одного — ранение печени). Сопутствующие повреждения и тяжесть больных существенным образом влияли на выбор тактики. Следует отметить, что 16 больных находились в резком алкогольном опьянении. Только у одного больного повреждение было частичным.

Характер оперативных вмешательств:

- ПХО раны, затем эпиневральный шов — 20;
- ПХО раны, первичный шов лучевого нерва — 10;
- невролиз и эндоневролиз — 1 (ранено шилом);

- ПХО раны, первичный шов лучевого нерва, через 4 месяца эндоневролиз — 1;
- ПХО раны, первичный шов глубокой ветви лучевого нерва (вторичное заживление), операция Джанелидзе — 1;
- ПХО ран, затем шов глубокой ветви лучевого нерва (плохой результат), операция Джанелидзе — 4;
- операция Джанелидзе — 3 (позднее обращение — более двух лет).

Для осуществления оперативных вмешательств у 36 больных использовали проводниковую анестезию плечевого сплетения, у 2 — внутрикостную и у 2 — местную инфильтрационную анестезию.

Вмешательство начинали с первичной хирургической обработки, во время которой окончательно верифицировали характер повреждения и, в зависимости от этого, выбирали доступ для восстановления тканей.

Концы нерва освежали бритвой, гемостаз центральной артерии нерва осуществляли микрокоагулятором. Шов нерва накладывали после восстановления сочетанных повреждений. Эпиневральные швы (шовный материал 6/0) накладывали без натяжения, с хорошей адаптацией концов.

Иммобилизацию конечностей использовали в зависимости от локализации травм нерва и сочетанных повреждений в сроки от 4 до 6 недель.

Раны зажили первичным натяжением у всех больных. Назначали нейростимулирующую терапию, физиолечение, массаж, лечебную физкультуру. В конечном итоге, у всех больных мы получили положительные результаты лечения.

Вывод: Больные с открытыми повреждениями лучевого нерва должны лечиться в отделении микрохирургии. В тактике лечения целесообразно использовать двухэтапную первичную хирургическую обработку.



ГОНЧАРЕНКО Е.М., НОВИЦКИЙ Е.Н., ЗАКОВРЯШИН А.А.
Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ СО СМЕЩЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ № 2

Проблема консервативного лечения переломов лучевой кости в типичном месте со смещением является одним из приоритетных направлений деятельности амбулаторно-травматологического отделения № 2 МЛПУ «Городская клиническая больница № 29».

За период 2006-2007 гг. было пролечено 1023 пациента с переломами костей верхних конечностей, из них 148 пациентов с переломами лучевой кости в типичном месте со смещением отломков (14,5 %). Всего было пролечено 148 пациентов, из них 48 мужчин (32,4 %) и 100 женщин (67,6 %). По возрасту пациенты распределены следующим образом: от 1 года до 15 лет — 39 (26,3 %), из них мужчины составили 48,7 %, женщины — 51,3 %; пациенты от 16 до 60 лет — 76 (51,4 %), из них мужчины — 22,4 %, женщины — 77,6 %; пациенты старше 60 лет — 33 (22,3 %), из них мужчины — 12,1 %, женщины — 87,9 %.

Все пациенты сразу после репозиции были взяты на лечение на дневной стационар в ам-

булаторно-травматологическом отделении № 2 МЛПУ «Городская клиническая больница № 29». Проводился ежедневный осмотр пациентов для контроля отека и коррекции гипсовой иммобилизации. В ранние сроки лечения, с первого дня, назначались препараты кальция (Кальцимин), проводилась сосудистая терапия (Трентал). Средние сроки лечения пациентов с переломами лучевой кости в типичном месте со смещением отломков составили 6-8 недель. Осложнение в виде синдрома Зудека зарегистрировано у 2 пациентов, при этом срок лечения увеличился до 4 месяцев.

Таким образом, данная тактика лечения пациентов с переломами лучевой кости в типичном месте со смещением отломков, включающая тщательное наблюдение, своевременную коррекцию гипсовой иммобилизации и назначение сосудистой терапии и препаратов кальция, снижает риск развития осложнений и позволяет сократить сроки лечения пациентов.

КОЛОСОВ Н.Г., АХМЕТЖАН А.Д., СЕЛЕДЦОВА Г.В.
Новосибирский государственный медицинский университет,
г. Новосибирск

НОВЕЙШИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

При хроническом воспалении, каким является хронический остеомиелит, из-за образовавшегося грануляционного вала развивается недостаточность кровообращения, снижается роль антибактериальной терапии, нарушаются процессы репарации. Считается, что активация репаративного остеогенеза происходит двумя путями: пролонгированная стимуляция «местных» остеогенных клеток-предшественников в зоне костного повреждения и/или имплантация в эту зону аутологичных остеогенных клеток-предшественников, выделенных из костного мозга и размноженных в культуре (Омельяненко Н.П. и др., 2006). Эффект последних объясняется наличием способности генерировать ангиогенез, что

способствует васкуляризации ишемизированного очага (Murohara et al., 2000; Fuch et al., 2001), а также дифференцироваться в различные типы клеток, таким образом обновляя и заменяя утраченные клетки в результате повреждений в любых органах и тканях организма, в данном случае в кости (Herzog E., Li Chai, Krause D., 2003).

Цель работы — повысить эффективность лечения аутологичными стволовыми клетками и улучшить качество жизни больных с хроническим остеомиелитом длинных трубчатых костей.

Материалы и методы. В клинике проведен анализ лечения 8 больных хроническим остеомиелитом нижних конечностей, длительно лечившихся в различных ЛПУ. Предварительно

проводилось обследование: клинические данные, ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, иммунограмма, рентгенологическое, цитологическое, бактериологическое и гистологическое исследование, показатели качества жизни — опросник MOS SF-36 (русскоязычная версия, создана и рекомендована МЦИКЖ).

Лечение хронического остеомиелита было комплексным и предполагало консервативную терапию (антибактериальная, десенсибилизирующая терапия, иммунотерапия, витаминотерапия, коррекция обменных нарушений и физиотерапия) и оперативное лечение — санирующие методы. После купирования воспалительного процесса вводились аутологичные стволовые клетки (АСК) лаборатории клеточных технологий — первое введение 30 млн клеток / 5 мл на 5-6 сутки после их забора; второе — 90 млн клеток / 10 мл в конце второй недели; локально (под визуальным контролем, путем обкалывания). Клетки получали путем эксфузии костного мозга (200-400 мл) при помощи трепанобиопсии крыла подвздошной кости больного в заранее подготовленный стерильный контейнер с гепарином и передавали в лабораторию клеточных технологий Института клинической иммунологии СО РАМН, где их культивировали в течение двух недель по разработанной технологии.

Результаты исследования. В анализируемой группе было 6 мужчин и 2 женщины. Возрастной состав пациентов колебался в пределах от 18 до 60 лет, средний возраст составил 34,7 лет. У 3 больных (37,5 %) патологический очаг локали-

зовался в бедренной кости, у 5 (62,5 %) — в костях голени. По генезу заболевания, 6 больных с посттравматическим остеомиелитом, 2 — с гематогенным. Контрольные обследования проведены через 1, 3, 6 месяцев после введения АСК.

Отмечено, что у всех больных раны, вследствие вскрытия флегмон и свищевых ходов, зажили в течение двух недель после иссечения свищей и/или удаления секвестров. Признаки обострения остеомиелитического очага отсутствовали от 3 до 6 месяцев с момента введения АСК. Показатели качества жизни повысились на 17,8 % от исходных. Удовлетворительные результаты расценены у 5 больных. На фоне продолжающейся ремиссии прослеживается положительная динамика клинических и рентгенологических признаков (появилась костная мозоль, исчезла патологическая подвижность отломков, появилась возможность физической нагрузки на больную конечность). У 3 больных отсутствовали какие-либо рентгенологические признаки консолидации. Среднее пребывание в стационаре составило 28,7 койко-дней.

Выводы: Таким образом, после введения АСК отмечается заживление раны мягких тканей, консолидация отломков, улучшение качества жизни. Мы получили положительную тенденцию в лечении больных хроническим остеомиелитом длинных трубчатых костей после применения у них аутологичных стволовых костномозговых клеток, что представляет актуальным дальнейшее применение клеток-предшественников при данной патологии.

МУСТАФАЕВ Н.Р.

*ГУ Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН,
г. Новосибирск*

ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФОСТИМУЛИРУЮЩИХ МЕТОДОВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ОТТОКА И МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ГОНАРТРОЗЕ

Все составляющие коленного сустава, как единой структурной единицы, за исключением суставного хряща, содержат микроциркуляторную сеть, и их гомеостаз оказывает непосредственное влияние на его состояние. Микроциркуляторные изменения в регионе коленного сустава могут рассматриваться как показатели степени тяжести и прогнозирования течения заболевания.

При проведении обследования пациентов с гонартрозом были выявлены как микроциркулятор-

ные нарушения и нарушения венозного оттока, так и нарушения лимфатического оттока в регионе коленного сустава, которые усугублялись после проведения артроскопии. Для коррекции выявленных нарушений была разработана сочетанная методика лимфотропных лимфостимулирующих инъекций в тело Гоффа и лимфостимулирующих инъекций по задне-латеральной поверхности верхней трети голени. Методика заключается в трехкратном введении комплексной смеси лекарственных препаратов в тело Гоффа и по задне-латеральной поверхности



сти верхней трети голени при консервативном комплексном лечении пациентов с гонартрозом и после проведенной лечебно-диагностической артроскопии. При применении инъекций в тело Гоффа проводится воздействие на передние отделы коленного сустава, на синовиальную оболочку, при применении инъекций по задне-латеральной поверхности верхней трети голени проводится воздействие на задние отделы сустава, на подколенные лимфатические узлы.

Для обследования пациентов применялись лазерная доплеровская флоуметрия, реолимфография, радионуклидная лимфосцинтиграфия, проводилась оценка тяжести гонартроза по индексу Leguesne.

При обследовании пациентов с гонартрозом после проведения лимфотропных лимфостимулирующих инъекций в тело Гоффа и лимфостимулирующих инъекций по задне-латеральной поверхности верхней трети голени, по данным лазерной доплеровской флоуметрии было выявлено увеличение индекса эффективности микроциркуляции на 23,6 % при снижении показателя шунтирования на 18,3 %. При проведении рео-

лимфовазографии было выявлено увеличение объема лимфатического оттока на 32,7 %, также увеличение объема венозного оттока составило 29,4 %. По данным радионуклидной лимфосцинтиграфии было зарегистрировано уменьшение активности радиофармпрепарата в депо на 36,1 %, при увеличении активности радиофармпрепарата в области регионарных лимфатических узлов на 28,3 %, что свидетельствует об улучшении лимфатического оттока, как в регионе коленного сустава, так и в области всей нижней конечности. При проведении оценки тяжести гонартроза было отмечено: до лечения индекс Leguesne определялся на уровне 10-12 баллов, после лечения индекс Leguesne был на уровне 6-8 баллов.

Разработанная методика сочетанных лимфостимулирующих инъекций достоверно улучшает как лимфатический и венозный отток, так и микроциркуляцию в регионе коленного сустава. Предложенная методика может применяться как при консервативном комплексном лечении пациентов с гонартрозом, так и в послеоперационном периоде после лечебно-диагностической артроскопии коленного сустава.

НАБОКИХ А.В., РОМАШКИНА Л.В.
ГУЗ ОКОХБВЛ,
г. Прокопьевск

КОНЦЕПЦИЯ АМОРТИЗАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ РЕССОРНОЙ ФУНКЦИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Восстановление амортизационной (рессорной) функции — это важная задача в реабилитации больных с патологией опорно-двигательного аппарата. Специфическими для амортизационной терапии являются методики рессорной гимнастики, рессорного массажа, тренировка чувства равновесия и дыхательной функции. Для восстановления рессорной функции необходимо также использовать и весь арсенал современной медицины, включающий нейростимулирующую терапию, применение средств, улучшающих обмен в нервной ткани, лечение сердечно-сосудистой патологии, улучшение микроциркуляции, применение хондропротекторов, профилактику и лечение остеопороза, различной эндокринной патологии, ЛФК и физиотерапию, устранение блокировок приемами мануальной терапии.

Восстановление амортизационной функции требуется и у больных с различной соматической патологией. Так, при заболеваниях дыхательной

системы нужно устранить ригидность грудной клетки, при нарушениях моторики ЖКТ требуется лечение ригидности груднопочечного отдела позвоночника. Несостоятельность амортизационной функции проявляется в нарушении стереотипов движения, формировании функциональных блоков на различных уровнях опорно-двигательного аппарата с последующим развитием тугоподвижности и контрактур, ригидности позвоночника и конечностей.

К несостоятельности ее относится и врожденная гипермобильность. Различают легкую степень рессорной недостаточности, для которой характерны нарушения стереотипов движения (ходьба с качающейся головой, избыточная ротация нижних конечностей при ходьбе), функциональные блоки позвоночника, тугоподвижность грудного его отдела, блоки таза и стопы. Сюда же можно отнести и гипермобильность. Средняя степень рессорной недостаточности представлена тугоподвижностью ряда сегментов опорно-двигательного



аппарата. Стопы могут иметь нормальные своды, но быть при этом тугоподвижными. Отмечаются поражения отдельных суставов на уровне деформирующего артроза 2 степени, легкие укорочения нижней конечности. Клинически это также может проявляться как легкая хромота или акцент на одну из ног при ходьбе. Для тяжелой степени рессорной недостаточности характерны тяжелые поражения суставов и позвоночника, сопровождаемые хромотой.

Цель исследования — добиться улучшения результатов реабилитации больных с патологией опорно-двигательного аппарата с помощью амортизационной терапии.

Материалы и методы. Наблюдение и восстановительное лечение проводилось в отделении травматологии и реабилитации ГУЗ ОКОХБВЛ. За последние 3 года (2005-2007 гг.) пролечено 1380 пациентов с последствиями травм ЦНС и опорно-двигательного аппарата. Из них, 229 (16,6 %) — с повреждениями позвоночника, 442 (32 %) — с посттравматическим остеохондрозом, 90 (6,6 %) — с контрактурами суставов, 296 (21,4 %) — с артрозами суставов, 323 (23,4 %) — с другой патологией опорно-двигательного аппарата. Преобладали мужчины — 1007 человек. Давность травмы от 6 мес. до 1,5 лет. Из суставов преобладали поражения коленного и голеностопного суставов. Наиболее серьезной была реабилитация поражений позвоночника.

Всем больным проводилось рентгенологическое и функциональное обследование (РВГ, УЗДГ, ЭМГ, электронейрография, объем движений в пораженных сегментах). 1145 больных лечились традиционными методами, включающими медикаментозное лечение, блокады, ИРТ, мануальную терапию, физиотерапию, массаж, ЛФК. 235 больным в лечении были использованы методики амортизационной терапии (рессорный мас-

саж, рессорная гимнастика, тренировка чувства равновесия и дыхательной функции).

Результаты. Критериями эффективности лечения было восстановление функции стоп, грудной клетки и подвижности таза, исчезновение или уменьшение болевого синдрома, восстановление работоспособности. Отмечен более высокий реабилитационный эффект у больных, которым проводилось лечение с использованием принципов амортизационной терапии, выражающийся в сокращении сроков нетрудоспособности, уменьшении выхода на инвалидность (в 2 раза).

У большинства из 1145 больных, пролеченных по ранее принятым методикам, достигнуто выраженное улучшение — 76 %, у 23,1 % — удовлетворительные результаты и у 0,9 % — неудовлетворительные результаты, связанные с потребовавшимися в последующем оперативным лечением. Из 235 больных, пролеченных с использованием амортизационной терапии, хороших результатов было 88,2 %, удовлетворительных — 11,6 %, неудовлетворительных — 0,4 %. Улучшение амортизационной функции достигнуто у 76,5 % больных, в то время как в контрольной группе только у 48 %.

Выводы:

1. Применение принципов амортизационной терапии позволяет улучшить результаты реабилитационного лечения больных с патологией опорно-двигательного аппарата.
2. Нахождение локального звена, вызывающего нарушение амортизационной функции, и устранение вторичных нарушений, блоков мышечно-связочного и суставного генеза, является основой алгоритма лечения.
3. Специфическими для амортизационной терапии являются методики рессорной гимнастики, рессорного массажа, тренировка чувства равновесия и дыхательной функции.

РОБИНА С.И., АВДОНЧЕНКО Т.С.

*Областная клиническая ортопедо-хирургическая больница восстановительного лечения,
Кузбасский НИИ травматологии и реабилитации Новокузнецкого ГИУВа,
г. Прокопьевск*

СРЕДСТВА ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩИХ АРТРОЗОВ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Лечение больных остеоартрозом коленных суставов (ОАКС) представляет собой сложную задачу для врачей любой специальности, которые сталкиваются с этим заболеванием. В последние годы отмечается тенденция к значительному росту числа лиц, страдающих остеоартрозом. Главными причинами, приводя-

щими пациента к врачу, являются боль, атрофия мышц и нарушение функции сустава. Больные с поражениями суставов нижних конечностей становятся менее активным, что приводит к ухудшению состояния костно-мышечной системы. Все это указывает на необходимость подбора для больных ОАКС реабилитационных программ.



Цель исследования — исследовать положительное влияние программы реабилитации на восстановление статико-динамических свойств костно-мышечной системы пораженных суставов, на снижение сроков нетрудоспособности и процента выхода на инвалидность.

Материалы и методы. Поставленная цель была реализована путем реабилитации пострадавших с ОАКС. Обследовано 119 больных с остеоартрозом коленных суставов I-II стадии. Средний возраст составил $59,2 \pm 8,5$ лет, из них 32 мужчины и 87 женщин. В исследуемую группу вошли 59 человек, в контрольную группу — 60 человек, которым на первом этапе не проводили вытяжение сустава. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. В качестве объективных критериев при оценке эффективности проводимого восстановительного лечения перед началом курса лечения и в конце использовались углометрия, ДГП (динамическая гравиметрическая проба.) с целью количественного определения мышечной силы.

ДГП выполнялась с учетом амплитуды активного безболезненного движения в исследуемом коленном суставе и заключалась в следующем: больному предлагается, сгибая и разгибая ногу, поднимать груз (от 0,25 кг до 2 кг) на определенную высоту (как правило, от 0,1 м до 0,4 м) с частотой 20 подъемов в минуту. Проба выполняется до появления болевых ощущений в суставе, усталости мышц. Подсчитывается количество подъемов груза, после чего рассчитывается объем выполненной работы по формуле: $A = 13,1 \times m \times h \times n$, где A — объем выполненной работы, 13,1 — коэффициент, учитывающий ускорение свободного падения и работу при опускании груза, m — масса груза (в кг); h — высота подъема груза; n — количество совершенных подъемов. Целью лечебной гимнастики было уменьшение нагрузки на пораженный сустав, улучшение подвижности сустава, уменьшение болевого синдрома, укрепление силы и выносливости мышц. Для достижения цели решали следующие **задачи**:

1. Уменьшение болевых ощущений.

2. Устранение возникших нарушений в суставе.
3. Воздействие на сумочно-связочный аппарат пораженного сустава для профилактики дальнейшего их сморщивания и развития спаечного процесса.
4. Воздействие на мышцы, имеющие отношение к пораженному суставу, с целью восстановления их силы, выносливости, сократительной способности.

Результаты и их обсуждение. При обсуждении результатов функционального восстановления коленного сустава провели сравнение между двумя группами пострадавших, которые были обследованы одними и теми же методами, способными дать количественную оценку:

1. Амплитуда движений в коленном суставе в исследуемой группе в начале курса лечения составила $94,4 \pm 18,6^\circ$, в конце — $108,2 \pm 12,4^\circ$ ($t = 4,7$); в контрольной — $92,5 \pm 12,2^\circ$ и $100,4 \pm 16,2^\circ$, соответственно ($t = 3,0$).
2. ДГП в исследуемой группе до лечения — $12,6 \pm 10,8$ подъемов, в конце курса — $68,4 \pm 20,1$ подъемов. В контрольной группе $40,3 \pm 13,1$ подъемов в начале лечения и $52,2 \pm 14,6$ подъемов в конце.

В конце лечения отмечается значительный прирост результатов амплитуды движений и ДГП в исследуемой группе после купирования болей в области коленного сустава и увеличения тонуса мышц. Хорошие результаты в исследуемой группе получены у 48 % (19 больных), удовлетворительные — у 41 % (16 пациентов), плохие — у 10 % (4 больных), в контрольной группе хорошие результаты получены у 35 % (14 человек), удовлетворительные — у 45 % (18 больных), плохие — у 20 % (8 пациентов).

Таким образом, применение разнообразных качественных методов лечебной физкультуры в настоящее время открывает новые возможности, позволяющие успешно бороться с остеоартрозом, поскольку улучшение функции сустава и, в конечном итоге, повышение качества жизни больных с ОАКС — вполне реальная и достижимая цель.

РОМАШКИНА Л.В., НАБОКИХ А.В.

ГУЗ ОКОХБВЛ,

г. Прокотьевск

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫМИ СИНДРОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Проблема компрессионных болевых синдромов в области голеностопного сустава и стопы актуальна для больных травма-

толого-ортопедического профиля, т.к. они значительно удлиняют сроки лечения при последствиях повреждений дистального отдела нижних

конечностей. Актуальность этой проблемы для нейрохирургов и неврологов обусловлена жгучими вегетативными болями в стопе и трудностью выбора тактики лечения.

Цель исследования — разработать эффективный комплекс для реабилитации больных с посттравматическими нейроваскулярными синдромами нижних конечностей.

Материалы и методы. В отделении реабилитации шахтеров ГУЗ ОКОХБВЛ в 2000-2007 годах лечились 87 пациентов с посттравматическими нейроваскулярными синдромами дистального отдела нижних конечностей после ранее перенесенных переломов дистальной трети голени, перелома-вывихов голеностопного сустава, переломов и других повреждений стопы. Для диагностики патологии им проводились рентгенография, электронейрография, реовазография, УЗДГ.

Выявлены следующие виды синдромов: тарзального канала, переднего тарзального канала, невропатия икроножного нерва и различные виды метатарзалгий. Нередким было сочетание различных синдромов (тарзальный полисиндром). Во многих случаях синдром Зудека был обусловлен именно сочетанием вышеназванных синдромов. При этом отмечались грубые органические изменения в зоне тарзального и переднего тарзального туннелей, что обусловило необходимость оперативного лечения у многих пациентов, за исключением легких поражений и поражений, не сопровождающихся сильной болью.

Для реабилитации больных с посттравматическими нейроваскулярными синдромами дистального отдела нижних конечностей в отделении реабилитации шахтеров ГУЗ ОКОХБВЛ г. Прокопьевска применялись методики консервативного лечения, включая тех пациентов, которым ранее проводились операции. Не были оперированы 38 человек. Лечение включало нейростимулирующую терапию, физиотерапевтические воздействия (электростимуляцию коротких мышц стопы, электрофорез с медикаментами, фонофорез с гидрокортизоном), блокады с кортикостероидами (дипроспан, кеналог и т.д.), ИРТ, редрессацию стоп, мануальную терапию и ЛФК. Эффективность отмечена от блокад с кортикостероидами (особенно с дипроспаном).

Хорошо себя зарекомендовала ИРТ (корпоральная и аурикулярная) по возбуждающему методу. Использовались 4-6 точек воздействия в течение 10 минут. ИРТ проводилась в сочетании с УВЧ, СМТ, в последующем назначался электрофорез с лидазой, троксевазином, гидрокортизоном, электростимуляция коротких мышц стопы. ЛФК проводилась по специальным методикам, включающим рессорную гимнастику и рессорный массаж.

Следует отметить необходимость мануальной терапии и редрессаций стоп, т.к., несмотря на явное купирование неврологической патологии, сохраняющиеся блокировки суставов стопы и их контрактуры не позволяли добиться успешной реабилитации. Только внедрение принципов амортизационной терапии (восстановление рессорной функции опорно-двигательного аппарата) позволило существенно улучшить результаты лечения этих больных.

Из 87 больных положительные результаты лечения достигнуты у 80 пациентов. Особенно эффективным оказалось такое лечение при метатарзалгиях. Эти результаты наглядно подтверждены используемыми методами обследования (электронейрография, УЗДГ, реовазография). Так, из 68 больных с синдромами тарзального и переднего тарзального каналов отмечено улучшение электронейрографических показателей (динамика М-ответа, восстановление латентного времени) у 61 пациента.

Выводы:

1. Большое значение для реабилитации больных с посттравматическими нейроваскулярными синдромами дистального отдела нижних конечностей имеет консервативное комплексное лечение, включающее инъекции кортикостероидов, ИРТ, физиотерапевтические методики, усовершенствованные методики ЛФК, мануальную терапию и редрессацию стоп.
2. Существенно улучшить результаты реабилитации этих больных позволяют принципы амортизационной терапии, с включением т.н. рессорной гимнастики и рессорного массажа.
3. В ряде случаев эти методики становятся альтернативой оперативному лечению, позволяя добиваться лучших результатов, особенно это касается метатарзалгий.

ПРОФИЛАКТИКА РУБЦОВО-СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ И КИСТИ

Строение скользящего аппарата сгибателей пальцев кисти отличается чрезвычайной сложностью, что объясняет возникновение трудностей при лечении больных с тяжелыми повреждениями сухожилий. Ограничение функции скольжения сгибателей пальцев кисти и возникновение теногенных контрактур после их повреждений обусловлены спаечными процессами между восстановленными сухожилиями и окружающими тканями. Наиболее распространенным методом лечения больных со спаянием сухожилий является тенолиз, заключающийся в иссечении рубцов и спаек во время операции на тканях, окружающих ранее восстановленные сухожилия. При этом в комплексе реабилитационных мероприятий в обязательном порядке присутствуют сеансы лечебной физкультуры, которые и призваны обеспечить раннюю разработку объемов активных и пассивных движений. Однако этот метод комплексного лечения часто не дает положительных эффектов, ибо в 50-60 % случаев у пациентов наблюдается рецидив заболевания и, как следствие, повторные оперативные вмешательства, а это и придает исследованиям научную, медицинскую и социальную значимость.

Цель исследования — улучшение ближайших и отдаленных результатов лечения больных с тяжелыми повреждениями сухожилий сгибателей пальцев кисти в 3-4 и 5 зонах.

Материал и методы. Объектом исследования явились 63 пациента с тяжелыми последствиями повреждений сухожилий сгибателей кисти и пальцев, которые лечились в отделении микрохирургии ГУЗ ОКОХБВЛ г. Прокопьевска с 1997 по 2007 гг. Все больные были с дефектами сухожилий сгибателей кисти и(или) предплечья. Преобладали пациенты, которым ранее проводились санирующие оперативные вмешательства по поводу тяжелых повреждений (ранение циркулярной пилой, электроожоги 3-4 степени и т.д.). Больные были разделены на 2 группы. Первую

группу наблюдений составили 50 пациентов, которым свободная тендопластика сгибателей осуществлялась по общепринятой методике. Вторую группу клинических наблюдений составили 13 пострадавших, которым после тендопластики дополнительно было сформировано сухожильное влагалище, путем трансплантации кровоснабжаемого фасциального аутоотрансплантата на боковой артерии грудной клетки либо фасциальных ветвях грудоспинной артерии. Эффективность предложенного способа оперативного лечения оценивалась по результатам статистической обработки клинического материала: z-критерию.

Результаты. У больных первой группы наблюдали сращение сухожильных трансплантатов с окружающими тканями, за счет которых происходила их реваскуляризация. Установлено, что пролиферация соединительной ткани вокруг сухожильных трансплантатов, по нашим данным, в 85,7 % случаев (30 пациентов) привела к нарушению их скольжения и формированию стойкой сгибательной контрактуры пальцев. Несмотря на проведение в послеоперационном периоде рассасывающей терапии, ЛФК, всем больным потребовалось проведение тенолиза.

У больных второй группы используемый способ оперативного лечения позволил предотвратить образование рубцовых сращений сухожилий с окружающими тканями и в 100 % случаев избежать повторных хирургических вмешательств ($P = 0,001$). Способ защищен заявкой на изобретение (приоритетная справка на изобретение № 2007104452 от 05.02.07 г.).

Таким образом, оптимальное сочетание методов традиционной пластической хирургии и способов восстановления тканей с применением микрохирургической техники позволяет добиться более эффективных результатов при лечении тяжелых последствий повреждений кисти и предплечья, чем применение только традиционных методов.

THE USE OF MINIPLATE OSTEOSYNTHESIS FOR SKELETAL ANCHORAGE IN CLEFT PATIENTS

Cleft lip and palate are common congenital deformities in the maxillofacial area. In patients with unilateral and bilateral cleft lip and palate which passed surgical intervention were revealed three principal types of maxillary malformations: narrowing of maxilla, deformities of frontal segment in form of retrognathia, and deformity of alveolar process. In many cases during the patients growth and maturation despite the orthodontic treatment, the maxillary retrognathia or mandibular prognathism are developed. Orthognathic correction of the deformities associated with cleft lip and palate defects is necessary. Miniplates are widely used in craniofacial surgery as osteosynthesis devices for facial fracture repair and for fixation of osteotomies. Miniplate osteosynthesis can achieve secure stabilization of facial bone and results in better cosmetics and function.

Materials and Methods. From 2002 to 2008, a total of 310 miniplates were used in 45 cleft patients as skeletal anchorage during orthognathic surgery at the Oral and Maxillofacial Surgery Department of Marienhospital, Stuttgart, Germany. All patients had severe maxillary hypoplasia secondary to various degrees of cleft lip and palate (incomplete cleft palate, unilateral and bilateral complete cleft lip and palate). The age of the patients ranged from 16 to 45 years. The miniplates produced by Medicon company (Germany). After Le Fort I and mandibular bilateral sagittal split osteotomy the

miniplates was fixed through the intraoral incision. The preoperative and postoperative lateral cephalometric radiographs were utilized for analysis and three important anatomic landmarks, the SNA (sella-nasion-point A), the SNB (sella-nasion-point B), the SNA-SNB (ANB) were recorded.

Results. Until now 45 patients were underwent orthognathic surgery. Successful maxillary advancements ranging from 3 to 6 mm were measured from preoperative and postoperative cephalograms. The SNA angles increased on average from 76 degrees preoperatively to 81 degrees postoperatively. The ANB angle ranged from $-7,1$ degrees before operation to 1.2 degrees immediately after Bimaxillary osteotomy and 1.4 degrees one years postoperatively. Patients occlusal relationships and soft-tissue profiles were greatly improved after Bimaxillary osteotomy. The criteria for successful insertion and anchorage of miniplates were as follows: (1) there was no persistent inflammation or infection. (2) the relapse rate of 3 percent in the patients after one years postoperatively.

Conclusions. In the patients with severe cleft maxillary hypoplasia, there is a high possibility of postoperative relapse due to scarring of the palate. Miniplates can provide absolute anchorage during orthognathic surgery in cleft patients without loosening. A miniplate offers excellent stability and thus can be applied as skeletal anchorage during orthognathic surgery.



АНТОНОВ Ю.А., КОРОТКЕВИЧ А.Г., КУЗНЕЦОВ В.В.
Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШКАЛ ROCKALL И BAYLOR В ОЦЕНКЕ РИСКА РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ И ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Цель — оценить эффективность шкал риска Rockall и Baylor в прогнозировании летальности и рецидивов кровотечения у больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями.

Материалы и методы. Обследовано 165 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, проходивших лечение в ОХО МГКБ № 29 с 2000 по 2004 гг. Всем больным, наряду с общепринятыми методами обследования, выполнялась экстренная ФГДС с прогностической оценкой риска рецидива кровотечения по шкале Форрест, эндоскопический мониторинг и превентивный гемостаз. В соответствии с использованием методов эндоскопического гемостаза, больные разбиты на 2 группы: основная, где выполнялись инъекционный гемостаз 1 % раствором перекиси водорода, и контрольная, где для инъекции использовались другие растворы и метод орошения денатурирующими растворами. В группах сравнивали частоту рецидивов кровотечения, оперативную активность и летальность в зависимости от применения шкал Rockall или Baylor. Тяжесть состояния больных оценивали по Горбашко. Использована Британская шкала риска Т.А. Rockall с соавт. (Gut, 1995) и шкала риска Baylor (Saeed Z.A. и соавт., 1993).

Результаты. При анализе больных среднего и высокого риска по шкале Rockall выявлено, что при увеличении риска ухудшаются все показатели в обеих группах сравнения: частота рецидивов кровотечения увеличилась в основной группе более чем в 2 раза, в контрольной — в 1,5 раза. Экстренные операции выполнялись чаще в обеих группах, летальность увеличилась в несколько раз в соответствии с возрастанием прогностического риска.

При использовании шкалы Baylor у больных высокого риска частота рецидивов увеличилась только у больных основной группы в 2 раза, в контрольной группе осталась без изменений. Не найдено достоверных различий в оперативной активности в обеих группах. Летальность оказалась значительно выше в группе высокого риска у больных обеих групп. Статистически значимых различий в основной и контрольной группах не выявлено.

Вывод: Использование шкалы риска Rockall в клинической практике для оценки вероятного риска возобновления кровотечения и вероятной летальности более целесообразно, чем шкалы Baylor.

АУТЛЕВ К.М., ЯНИН Е.Л., КРУЧЕНИН Е.В., ИВАНОВ В.В.
Тюменская областная клиническая больница,
г. Тюмень

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

Все больший интерес врачей вызывают вопросы бариатрической хирургии. Ожирение, по определению ВОЗ, является неинфекционной эпидемией 21 века, затронувшей и жителей России. Лечение больных морбидным ожирением стало не только прерогативой врачей-эндокринологов, но и занимает умы врачей других специальностей. Морбидное ожирение требует комплексного подхода, и поэтому успешное лечение возможно только при совместном ведении больных эндокринологами, эндоскопистами и хирургами. Хирургическое отделение ТОКБ тесно сотрудничает с Тюменской государственной медицинской академией, в состав которой

входит институт терапии, занимающийся лечением, в том числе, больных с избыточной массой тела нехирургическими методами.

Наш опыт хирургического лечения больных морбидным ожирением с 2003 года. Всего пролечено 9 пациентов.

Используется операция билиопанкреатического шунтирования. Данную методику мы стали применять после «неудачного» применения интрагастральных баллонов, когда результаты лечения были малоэффективными. В дальнейшем использование интрагастральных баллонов для пациентов с морбидным ожирением стали рассматривать в качестве предоперационного этапа



подготовки к оперативному лечению. С применением интрагастральных баллонов на предоперационном этапе пролечено трое пациентов с ИМТ 55-72. У больных отмечено снижение массы тела 3-12 кг за 6 месяцев с умеренной компенсацией ассоциированных с ожирением заболеваний. Стоит отметить, что применение интрагастрального баллона на предоперационном этапе подготавливает больного к операции и в психологическом плане.

Выбор операции билиопанкреатического шунтирования обусловлен тем, что данная методика включает как рестриктивный, так и мальабсорбтивный компоненты, что необходимо учитывать при лечении больных со сверхожирением. Проперировано девять больных с ИМТ 46-72 кг/м². Операция Скопинаро выполнялась по оригинальной методике в два этапа. Первый — сначала выполняется субтотальная резекция желудка с закрытием дуоденальной культи; второй — проксимальная часть тощей кишки анастомозируется с дистальным сегментом подвздошной кишки для дренажа в кишечный тракт секрета печени и поджелудочной железы.

Послеоперационный период у пациентов проходил удовлетворительно. На второй день они переводились из отделения реанимации в отделение хирургии, где кроме стандартной инфузионной терапии мы их активизировали и требовали вставание пациентов на ноги уже на вторые сутки после операции. Выписывались пациенты из стационара на 7-10 сутки.

Исключение составила одна пациентка с гигантской послеоперационной грыжей передней брюшной стенки. Интраоперационно ей выполнена герниопластика полипропиленовой сеткой. В результате экссудативных процессов длительность госпитализации составила 25 койко-дней.

После операции всем пациентам назначена стандартная заместительная терапия. Ведение больных осуществлялось совместно с врачами эндокринологами Института терапии. При динамическом наблюдении ритм потери массы тела был различным, однако он оказался особенно быстрым в течение первых 3-6 месяцев после операции. Исходная масса тела больных составляла 171 ± 41 кг. Снижение массы тела за 3 месяца составляло 30-40 кг (19 %); через 6 месяцев — 50-70 кг (33,2 %); через год — 70-90 кг (42,8 % исходной МТ).

У всех пациентов через 6 месяцев наблюдалась компенсация артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа. В послеоперационном периоде мы не наблюдали осложнений у оперированных больных.

Отсутствие осложнений мы объясняем комплексным подходом при обследовании больных на предоперационном этапе, индивидуальным объемом мальабсорбтивного этапа, тщательной техникой оперирования, современной анестезией и ранней активизацией пациентов. Таким образом, отсроченные результаты операции позволили нам убедиться в высокой эффективности и безопасности операции для пациентов.

БАРАНОВ А.И.

Городская клиническая больница № 1,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ДОСТУПЫ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ

До настоящего времени отдельные вопросы лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки нельзя считать окончательно решенными. Развитие лапароскопической хирургии и появление эффективных схем медикаментозного лечения язвенной болезни требуют определения показаний к использованию малоинвазивных доступов (лапароскопического и минидоступа) при перфоративных гастродуоденальных язвах.

С августа 2005 г. в МЛПУ ГКБ № 1 выполнено 58 ушиваний перфоративных язв с помощью малоинвазивных доступов, что составило 51,3 % от всех операций по поводу прободных язв. 42 пациентам выполнено лапароскопическое ушивание

язв, из них 3 — с тампонирующим салынником, 16 — лапароскопическая санация брюшной полости с ушиванием язвы из минидоступа с помощью аппарата «Мини-ассистент».

Противопоказаниями к операциям из малоинвазивных доступов являлись:

- распространенный гнойный перитонит с выраженным парезом кишечника;
- ранее перенесенная операция на верхнем этаже брюшной полости;
- тяжесть состояния больного, не позволяющая наложить карбоперитонеум;
- локализация язвенного дефекта (малая кривизна желудка, проксимальный отдел желудка);

- сочетание осложнений язвенной болезни (кровотечение, стеноз выходного отдела желудка).

Продолжительность ушивания язвы из малоинвазивного доступа составляла от 35 до 110 минут. В раннем послеоперационном периоде летальность составила 3,8 %, связана со смертью двух больных. Послеоперационные осложнения были у 2-х (3,8 %), у одного — поддиафрагмальный абсцесс, и у одного — несостоятельность швов двенадцатиперстной кишки. Преимуществами операций из малоинвазивных доступов являются менее выраженный болевой синдром,

ранняя активизация пациентов, сокращение послеоперационного койко-дня.

Выводы:

1. При перфоративных гастродуоденальных язвах выполнение операций из малоинвазивных доступов возможно более чем у 50 % больных.
2. Выполнение малоинвазивных доступов проводится в двух вариантах — лапароскопическое ушивание перфоративных язв или с помощью аппарата «Мини-ассистент».
3. Использование малоинвазивных доступов не приводит к увеличению числа послеоперационных осложнений.

БАРАНОВ А.И., АЛЕКСАНДРОВ Д.С., КОНОВАЛОВ А.А., АЛЕКСЕЕВ А.М.

*Городская клиническая больница № 1,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ОПЫТ ПЕРВЫХ 400 ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ АППЕНДЕКТОМИЙ

Острый аппендицит является одним из самых распространенных заболеваний в общей хирургии. Количество послеоперационных осложнений составляет 5-10 %, в первую очередь гнойных осложнений. Несмотря на широкое развитие видеоэндоскопической технологии, лапароскопическая аппендэктомия не получила широкого распространения в неотложной хирургии.

В МЛПУ ГКБ № 1 г. Новокузнецка с августа 2005 года внедрена неотложная лапароскопическая хирургическая помощь. В данной работе представлен опыт выполнения 400 лапароскопических аппендэктомий при остром аппендиците. Лапароскопическая аппендэктомия выполнялась с помощью трех портов, устанавливаемых преимущественно выше пупка, в правом подреберье и левой подвздошной области. В зависимости от клинической ситуации (ранее перенесенные операции, необходимость введения дополнительного инструмента), порты могли устанавливаться в других точках. Брыжеечка червеобразного отростка обрабатывалась преимущественной биполярной коагуляцией, в 4-х случаях аппендикулярная артерия клипировалась.

Аппендэктомия производилась лигатурным методом без погружения культи червеобразного отростка. Лигирование червеобразного отростка проводилось с помощью экстракорпорального узла или эндопетлей. На культю отростка на-

кладывались 1-2 лигатуры. Слизистая культи отростка обрабатывалась моно- или биполярной коагуляцией. Методикой выполнения лапароскопической аппендэктомии владеют 10 хирургов.

Всего оперировано 400 пациентов, возраст от 15 до 87 лет, среди них оперированы 291 мужчина (72,7 %) и 109 женщин (27,3 %). Среди больных у 348 (87 %) был флегмонозный аппендицит, у 45 (11,3 %) — гангренозный у 7 (1,7 %) — катаральный.

В 2005 году процент лапароскопических аппендэктомий составил 19,5 % от числа всех аппендэктомий, в 2006 году он уже достигал 62,5 %, в 2007 г. — 80,3 %. Ранние послеоперационные осложнения наблюдались у 15 пациентов (3,8 %), у двух из них возникли кишечные свищи, у двух — внутрибрюшные гематомы, у одиннадцати — инфильтрат в брюшной полости. Летальных исходов не было.

Выводы:

1. Лапароскопическая аппендэктомия не приводит к увеличению количества послеоперационных осложнений.
2. При широком внедрении лапароскопической аппендэктомии значительно уменьшается число операций по поводу катарального аппендицита.
3. Лапароскопическая аппендэктомия может быть освоена хирургами с базовым уровнем подготовки по общей и лапароскопической хирургии.

ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ТРАВМЕ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

В клинике хирургии детского возраста Новокузнецкого ГИУВа в период с 1990 по 2007 гг. было проведено 4122 лапароскопических операций. Из них, у 85 пациентов (2%) лапароскопия выполнялась для исключения повреждений внутренних органов брюшной полости при закрытой травме живота. В 71 наблюдении при лапароскопии была выявлена кровь в брюшной полости, что являлось, как правило, показанием к оперативному лечению.

До 1990 года в нашей клинике при закрытой травме органов брюшной полости тактика была активной. Первоначально при поступлении пациента с абдоминальной травмой (особенно в тех случаях, когда она сочеталась с другими повреждениями, и судить о степени повреждений органов брюшной полости по клиническим признакам представлялось затруднительным) большинство пациентов подвергались лапаротомии. Этому способствовало то обстоятельство, что применяемые в те годы методики вспомогательной диагностики (в частности, метод «шарящего катетера») не позволяли достоверно диагностировать так называемые «легкие» повреждения. С 1990 года внедрение лапароскопии позволило значительно сузить показания к лапаротомии, поскольку давало возможность визуализировать повреждение, оценить его степень, диагностировать внутрибрюшное кровотечение. Однако и этот метод долгое время оставался лишь вспомогательным, поскольку обнаружение свободной крови в брюшной полости уже само по себе служило показанием к ревизии органов живота.

С 2001 года мы внедрили в нашей клинике новую методику и изменили тактику: перешли на консервативное лечение при повреждениях паренхиматозных органов брюшной полости у детей. За данный период в клинику детской хирургии поступили 16 больных с закрытыми повреждениями паренхиматозных органов (3 девочки и 13 мальчиков). По механизму травмы пациенты распределились следующим образом: падение с высоты — 9, прямой удар в живот — 1, падение с велосипеда — 3, автодорожная травма — 3. Все пациенты поступили с признаками шока разной степени выраженности. Всем пациентам была выполнена диагностическая лапароскопия.

У 10 больных вмешательство было ограничено аспирацией крови и постановкой страховочного дренажа, поскольку отсутствовали признаки продолжающегося кровотечения, несмотря на значительный гемоперитонеум к моменту иссле-

дования (до 400 мл). Этим пациентам проводилась противошоковая, гемостатическая терапия. Последующий УЗ контроль позволил проследить динамику восстановления паренхимы селезенки при консервативном ведении. Было установлено, что полное заживление повреждения происходит в сроки от 3-х до 4-х недель.

6 пациентов были подвергнуты лапаротомии, из них в 4 случаях в связи с большим объемом гемоперитонеума (до 1000 мл). Однако анализ этих наблюдений показал, что у 3 из них к моменту вмешательства так же наступил спонтанный гемостаз. Только в 3 случаях (тяжелое повреждение селезенки) была выполнена вынужденная спленэктомия с имплантацией селезеночной ткани в сальник.

Анализ литературных данных и собственный клинический опыт в последнее десятилетие позволили нам пересмотреть свое отношение к абдоминальной травме и разработать новую тактику в отношении пострадавших больных. Алгоритм действий детского хирурга при таких повреждениях представляется следующим образом:

- оценка клинических и лабораторных признаков повреждений паренхиматозных органов;
- УЗИ, визуализация повреждений паренхиматозных органов, оценка наличия и величины гемоперитонеума;
- при наличии небольшого количества жидкости (крови) в свободной брюшной полости по данным УЗИ, удовлетворительных показателях гемодинамики и лабораторных данных — динамическое наблюдение, консервативная терапия, динамический УЗ-контроль;
- при наличии большого количества крови, клинических признаках внутрибрюшного кровотечения — выполнение диагностической лапароскопии;
- визуализация во время лапароскопии повреждений паренхиматозных органов, оценка признаков продолжающегося внутрибрюшного кровотечения;
- при отсутствии продолжающегося кровотечения — аспирация крови, установка страховочного дренажа; в последующем интенсивная гемостатическая терапия, динамический УЗ-контроль;
- при наличии признаков продолжающегося кровотечения — оценка его степени, попытка эндоскопического гемостаза;
- при отсутствии признаков удовлетворительного гемостаза — лапаротомия.

Такой подход, по нашему мнению, позволяет значительно сократить число неоправданных

оперативных вмешательств у пациентов с абдоминальной травмой.

БЕЛЯЕВ М.К., МЕШКОВ В.А., МИРОШНИКОВ П.В., МОЧАЛОВ С.В.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Инвагинация кишечная является довольно распространенным хирургическим заболеванием в неотложной абдоминальной хирургии детского возраста. Актуальность этой проблемы заключается не столько в частоте заболевания, сколько в несовершенстве методов современной диагностики и общепринятых методов лечения.

В настоящее время предложенные способы диагностики (клинические, рентгенологические и ультразвуковые) и консервативного лечения позволяют не только эффективно диагностировать кишечную инвагинацию, но и добиваться консервативного ее расправления в 60-85 % случаев.

Новые возможности в диагностике и лечении кишечной инвагинации открывает метод лапароскопии, который позволяет под визуальным контролем с помощью инструментов выполнить расправление инвагината, оценить состояние кровообращения в ущемленной кишке, определить возможную причину возникновения заболевания и др.

В доступной нам отечественной и зарубежной литературе данная проблема еще не достаточно освещена, но, основываясь на собственном опыте лапароскопических операций, мы считаем, что эта методика позволяет значительно повысить эффективность лечения, уменьшая при этом травматизм всех манипуляций и предотвращая многие возможные осложнения.

В клинике хирургии детского возраста Новокузнецкого ГИУВа в период с 1976 по 2006 гг. находились на лечении 419 детей с инвагинацией кишечника в возрасте от 1 мес. до 13 лет. Больных до года было 207 (49,4 %), старше одного года — 212 (51,6 %). Мальчиков наблюдалось в два раза больше, чем девочек — 285 (68 %) и 134 (32 %), соответственно.

Диагноз инвагинации кишок ставился на основании жалоб, анамнеза заболевания и объективного обследования больного. Из 419 детей при первичном осмотре диагноз инвагинации нам удалось установить у 402, что составило 96 %. У 17 больных (4 %) были допущены диагности-

ческие ошибки, из которых у 9 пациентов был выставлен диагноз «острый аппендицит», а у 8 — «кишечная непроходимость». У 3 больных, которым был выставлен диагноз «острый аппендицит», на лапароскопии выявлен инвагинат. Последний успешно расправлен под эндоскопическим контролем. Более того, лапароскопия позволила оценить состояние расправленной кишки, провести ревизию кишечника на предмет возможной причины заболевания.

Неоценимую помощь оказывает лапароскопическое исследование при рецидивных инвагинациях, особенно у детей старшего возраста, у которых наиболее частой причиной заболевания является органическая патология. В наших наблюдениях рецидив инвагинации возник 28 раз (6,8 %) у 25 пациентов. В 2 случаях при лапароскопии мы выявили, что причиной инвагинации явился дивертикул Меккеля, что и определило дальнейшую тактику.

Внедрение в клиническую практику лапароскопии позволило нам разработать лечебный алгоритм при инвагинации кишечника у детей.

После установления диагноза инвагинации кишечника хирург определяет лечебную тактику в каждом конкретном случае. Если у больного имеются клинические признаки осложнения со стороны органов брюшной полости (перитонит), то пациента переводят в отделение реанимации для предоперационной подготовки и проведения в дальнейшем оперативного вмешательства. Если у больного отсутствуют клинические симптомы перитонита, то проводится попытка консервативной аэродинамической дезинвагинации под масочным наркозом в рентгенологическом кабинете. При успешном расправлении инвагината больного переводят в отделение хирургии для наблюдения и дают выпить несколько глотков бариевой взвеси. Появление стула с барием, отсутствие беспокойства свидетельствуют о восстановлении проходимости кишечного тракта, и пациент выписывается домой. Если инвагинат не расправился с первой попытки, то после опорожнения кишечника от воздуха вновь повторяют попытку дезинвагинации.

При безуспешных многократных (до 8) попытках дезинвагинации под масочным наркозом больного в рентгенологическом кабинете переводят на интубационный наркоз, и вновь проводится попытка консервативного расправления. После успешной дезинвагинации пациента переводят в отделение хирургии под наблюдение с контролем проходимости кишечника бариевой взвесью. Если инвагинат не расправился с первой попытки под интубационным обезболиванием, то выполняются повторные попытки, предварительно освободив кишку от воздуха.

При отсутствии эффекта после многократных (до 5) попыток расправления инвагината под

эндотрахеальным наркозом, выставляются показания к проведению лапароскопической дезинвагинации. Больного переводят в операционную и выполняют попытку лапароскопического расправления инвагината. При успешной дезинвагинации под контролем лапароскопии пациента переводят в отделение хирургии для дальнейшего наблюдения. Через 6-7 дней снимают швы, и ребенок выписывается домой. Если расправить инвагинат не удастся лапароскопическим методом, только тогда выполняется открытая лапаротомия. Разработанный лечебный алгоритм при консервативной дезинвагинации, позволяет в 98 % случаях расправить инвагинат.

БЕЛЯЕВ М.К., МЕШКОВ В.А., МИРОШНИКОВ П.В., МОЧАЛОВ С.В.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ЛАПАРОСКОПИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ДЕТЕЙ

В клинике хирургии детского возраста Новокузнецкого ГИУВа в период с 1990 по 2007 гг. было проведено 4122 лапароскопических операции. Мальчиков было 1443 (35 %), девочек — 2679 (65 %). Для верификации диагноза нами выполнена диагностическая лапароскопия у 2839 больных (68,8 %), показанием к которой являлся болевой абдоминальный синдром, когда исключить острую хирургическую патологию брюшной полости традиционными методами не представлялось возможным.

Лапароскопия позволила исключить у этих детей острую хирургическую патологию, а, следовательно, они избежали напрасной лапаротомии. В то же время, эндоскопическое исследование позволило выявить у них другие заболевания, не требующие оперативного лечения: мезаденит, простой аппендицит, апоплексия яичников, маточно-трубный рефлюкс, первичный перитонит и др.

В 938 случаях (22,7 %) был диагностирован деструктивный аппендицит. Из них, у 180 больных (19 %) измененный червеобразный отросток удален лапароскопически. У 85 пациентов (3 %) лапароскопия выполнялась для исключения повреждений внутренних органов брюшной полости при закрытой травме живота. В 71 наблюдении при лапароскопии была выявлена кровь в брюшной полости, что являлось, как правило, показанием к оперативному лечению.

С 2001 года мы внедрили в нашей клинике новую методику и изменили тактику: перешли на консервативное лечение при повреждениях паренхиматозных органов брюшной полости у детей. В настоящее время мы располагаем опытом консервативного лечения 10 детей с травмами селезенки и печени (14 % от общего количества больных с травмами). Все они пролечены бескровным методом и выздоровели без применения открытого хирургического вмешательства.

Несомненными преимуществами лапароскопического метода являются: малая травматичность, улучшение качества диагностики, визуальный контроль всех этапов операции, значительное улучшение течения послеоперационного периода, уменьшение числа послеоперационных осложнений, хороший косметический эффект. Все эти факторы имеют наибольшее значение именно в детской хирургической практике.

Таким образом, лапароскопия позволяет у 68,8 % больных верифицировать диагноз, а, следовательно, избежать неоправданных оперативных вмешательств и возможных послеоперационных осложнений. Лапароскопия является методом выбора, как для диагностики, так и для лечения острых хирургических заболеваний брюшной полости в детском возрасте.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ
ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

Варикоцеле — расширение вен семенного канатика (гроzdьевидного сплетения). В общей популяции мужчин заболевание встречается в 11,7 %. Варикоцеле значительно чаще возникает слева, что объясняется анатомическими особенностями оттока крови от яичек. От правого яичка кровь оттекает в нижнюю полую вену и впадает в нее под острым углом (30–45°), что усиливает устьевой клапан и препятствует ретроградному току крови. Слева кровь от яичек впадает в почечную вену под углом, близким к 90°. При повышенном давлении в почечной вене, особенно при расположении устьев центральной вены левого надпочечника и яичковой вены напротив друг друга, развивается несостоятельность устьевого клапана последней.

Варикоцеле имеет 3 степени. Первая — расширение вен семенного канатика определяется при пальпации на высоте пробы Вальсальвы. Вторая — расширенные вены определяются при пальпации без натуживания. Третья степень — варикоэно измененные вены семенного канатика определяются визуально.

После завершения периода полового созревания в 25 % случаев происходит исчезновение варикоцеле, в 68,9 % заболевание не прогрессирует. На протяжении яичковой вены выделяют мошоночный, паховый и поясничный отделы. Варикоцеле может протекать бессимптомно. Боль при варикоцеле возникает в связи с ослаблением cremasterной мышцы и мясистой оболочкой, что приводит к натяжению нервов. Температура мошонки изменяется в зависимости от положения тела и всегда выше слева. При первичном бесплодии у мужчин варикоцеле встречается в 35 % случаев и в 80 % — при вторичном бесплодии.

Показаниями к оперативному лечению при варикоцеле являются:

1. Незначительные боли в паху, над лоном, пояснице.
2. Постоянные боли в яичке, независимо от возраста пациента и степени варикоцеле.
3. Эректильная дисфункция, если больной связывает это с варикоцеле.
4. Всем пациентам, обратившимся по поводу бездетного брака.
5. Если варикоцеле вызывает нарушение трудоспособности.
6. По медицинским показаниям при поступлении на воинскую службу.
7. Если варикоцеле изменяет психику.

Операции на мошоночном сегменте не проводятся из-за трудностей дифференцирования сосудистых элементов и часто возникающего осложнения — атрофии яичка.

Операции на паховом сегменте, к которым относится операция Иванисевича, выполняются не часто, т.к. требуют вскрытия пахового канала, с последующей пластикой последнего, что требует более высокой квалификации уролога, а иногда приводит к непреднамеренному пересечению элементов семенного канатика (семявыводящего протока, яичковой артерии, вены семявыводящего протока), а также сдавлению последнего или формированию послеоперационных паховых грыж.

Операции типа high ligation на подвздошном сегменте (Бернарди, Робба, Паломо) являются предпочтительными. Их характеризует простота и надежность, экономичность, быстрота исполнения.

Наиболее часто в своей практике мы используем операцию Робба, которую выполняем под местной анестезией. Во время операции пересекается не только основной ствол яичковой вены, но и рядом идущие мелкие ветви. Последнее условие зачастую устраняет рецидив заболевания. При этом не происходит повреждения фасциально-мышечной помпы, семенной артерии, и не травмируются крупные нервные стволы. После операции нормализуется кровоток в яичке и устраняется ретроградный сброс.

Исследования гормонального фона у мужчин с варикоцеле до и после операции в нашем отделении не показал существенных отклонений от нормы. Уровень тестостерона в 95 % случаев был в пределах нормы.

Качественные показатели спермограммы не изменялись. Лишь в одном случае, при пересечении яичковых вен у больного с двусторонним варикоцеле, привел к значительному улучшению показателей.

Осложнения после операции, такие как атрофия яичек, гидроцеле, лимфостаз мошонки, в нашем отделении не отмечались. Это говорит о правильном выборе методики оперативного лечения и достаточно высокой квалификации врачей.

Таким образом, клинко-анатомический анализ позволяет сделать следующие обобщения: 1) причиной более часто встречающейся левосторонней локализации варикоцеле являются особенности строения тестикуло-рениального сегмента венозной системы слева; 2) наиболее



простой и патогенетической методикой хирургической операции является перевязка тестику-

лярной вены в подвздошном сегменте (операция Робба).

БУРДИН В.В., БАРАНОВ А.И., ДРОЗДОВ С.С.

Городская клиническая больница № 1,

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Проблема эффективности лечения варикозного расширения вен нижних конечностей остается одной из актуальных задач хирургии. В связи с отсутствием единых взглядов на методы лечения данной патологии и высокой распространенностью среди населения, необходимо найти оптимальный подход к оперативной технике и лечению данного заболевания.

Цель исследования — оценить результаты лечения варикозного расширения вен нижних конечностей у больных с хронической венозной недостаточностью при применении комбинированного лечения, одним из этапов которого является эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен.

В отделении внедрено комбинированное лечение варикозного расширения вен нижних конечностей, включающее в себя эндоскопическую субфасциальную диссекцию перфорантных вен, кроссэктомию, операцию Бэбкока, фрагментирование вен, флебосклеротерапию. В диагностике использовали ультразвуковое дуплексное ангиосканирование вен, определяющее проходимость глубоких вен, состоятельность клапанного аппарата, локализацию несостоятельных перфорантных вен.

За период 2006-2007 гг. в отделении оперированы 78 больных с варикозным расширением вен нижних конечностей, из них мужчин 22, женщин 56, в возрасте от 26 до 59 лет.

49 пациентам было проведено лечение, включающее кроссэктомию, операцию Бэбкока, эндоскопическую диссекцию перфорантных вен голени с последующей флебосклеротерапией (основная группа). Остальным 29 пациентам проведено комплексное лечение без применения эндоскопической субфасциальной диссекции перфорантных вен (контрольная группа). Эндоскопический этап проводился с использованием оригинального инструментария. У всех больных использовалась методика с подачей газа в субфасциальное пространство. Фрагментирова-

ние вен выполнялось через отдельные разрезы — проколы до 1 см. При флебосклеротерапии использовали 3 % раствор этоксисклерола. На выполнение флебосклеротерапии расходовали на одного больного от 2 до 10 мл этоксисклерола, причем при отсутствии эндоскопического этапа количество инъекций составляло от 8 до 10. Назначали ношение эластического, компрессионного трикотажа до 2 месяцев.

Эффективность лечения больных оценивали по ряду критериев:

- регресс трофических изменений мягких тканей, купирование отека в течение 1 месяца;
- уменьшение субъективных симптомов болезни (боль, тяжесть, парестезии и др.) в течение 1 месяца;
- количество инъекций этоксисклерола;
- сроки пребывания пациента в стационаре.

Послеоперационных осложнений у оперированных больных в обеих группах не было. В основной группе послеоперационный койко-день составил 3-4 суток, в контрольной — 7-8 суток. Количество этоксисклерола в основной группе не превышало 4 мл, в контрольной — 8-10 мл. Регресс трофических изменений и уменьшение субъективных симптомов болезни в обеих группах был одинаковым.

Таким образом, преимущество эндоскопической венодиссекции проявляется в сокращении послеоперационного койко-дня и уменьшении количества инъекций при флебосклеротерапии, что связано с методикой выполнения операции и обработкой перфорантных вен под визуальным контролем.

Выводы:

1. Применение эндоскопической диссекции перфорантных вен в комплексном лечении варикозного расширения вен нижних конечностей не приводит к увеличению числа послеоперационных осложнений.
2. При комплексном лечении с применением эндоскопического этапа значительно сокраща-

ются сроки послеоперационного пребывания пациента в стационаре.

3. Уменьшается объем флебосклерозирующей терапии.

БУРМИСТРОВ М.В., БРОДЕР И.А., МОРОШЕК А.А., СИГАЛ Е.И., ИВАНОВ А.И.
*Клинический онкологический диспансер МЗ Республики Татарстан,
г. Казань,
Тюменская областная клиническая больница,
г. Тюмень*

СОВРЕМЕННЫЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА

Пищевод Барретта является осложнением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, в подавляющем большинстве случаев возникающей на фоне грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Как правило, протекая бессимптомно или с ослаблением выраженности основных симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, пищевод Барретта является самым грозным ее осложнением. Данное состояние является облигатным предраком и по прошествии определенного срока (в среднем, около 10-15 лет) может привести к развитию аденокарциномы пищевода, которая в последние десятилетия характеризуется наиболее высокими темпами роста заболеваемости из всех злокачественных новообразований, опережая по этому показателю рак молочной железы и рак легкого. При этом до настоящего времени не выработано единого подхода к лечению пищевода Барретта, а верификация этого диагноза связана с привлечением большого количества квалифицированных специалистов и выполнением трудоемких инвазивных манипуляций.

Нами предложен комплексный лечебно-диагностический алгоритм для пациентов с пищеводом Барретта, позволяющий эффективно выявлять и верифицировать диагноз, а также проводить антирефлюксное лечение и элиминацию эпителия Барретта посредством сочетания малоинвазивных методик — лапароскопической фундопликации и аргонплазменной коагуляции с медикаментозной антирефлюксной терапией.

В период с 1997 по 2007 гг. во 2 торакальном отделении КОД МЗ РТ и торакальном отделении ТОКБ находились на обследовании и лечении 48 пациентов с диагнозом «Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, осложненная пищеводом Барретта». Возраст больных составлял от 15 до 74 лет (средний возраст 43,7 лет). Мужчин 28 (58,3 %), женщин 20 (41,7 %). Вышеописанный полный комплекс лечебных мероприятий был применен в 12 случаях (25 %). Еще 20 пациентов получили

трехкомпонентную терапию, в которой отсутствовала либо антирефлюксная операция, либо АПК. У 4 пациентов (8,4 %) выполнена эзофагэктомия. Один больной умер на этапе комбинированного лечения аденокарциномы пищевода. Остальные 11 пациентов на момент публикации находятся на разных этапах комплексного лечения пищевода Барретта.

Учитывая паллиативный характер лечебных процедур, всем пациентам показано пожизненное динамическое наблюдение. У 22 больных (45,8 %) после проведенного лечения отмечалась полная клиническая и эндоскопическая ремиссия на момент последнего обследования, при сроке наблюдения от 1 до 5 лет (в среднем, 2,7). Из них 2 (4,2 %) после экстирпации пищевода с пластикой желудочным стеблем и по 10 больных после трех- и четырехкомпонентного лечения пищевода Барретта. У 7 больных (14,6 %) после проведенного лечения при плановом обследовании выявлен рецидив метаплазии Барретта, причем во всех случаях рецидив был связан с возобновившимся гастроэзофагеальным рефлюксом. У 3 больных (6,3 %) развилась аденокарцинома пищевода на фоне эпителия Барретта, из них двое удовлетворительно перенесли комбинированное лечение (лучевая терапия с последующей экстирпацией пищевода), 1 больной умер на этапе лучевой терапии. Всего умерли 2 больных (4,2 %), один — на этапе лучевой терапии рака пищевода, один — вследствие выраженной сопутствующей патологии — хроническая сердечная недостаточность.

Таким образом, выработка комплексного алгоритма диагностики, лечения и диспансеризации больных с ПБ с целью первичной профилактики аденокарциномы пищевода с применением современных методик и оборудования, представляется задачей, решение которой способно значительно снизить заболеваемость и смертность от этой патологии. Применение предложенного алгоритма способствует своев-

ременному выявлению, верификации и лечению пищевода Барретта. В то же время, даже после применения полного комплекса лечебных мероприятий необходимо длительное динамическое наблюдение с целью раннего выявления возможного рецидива ПБ и аденокарциномы пищевода

на ранних стадиях, так как ни один из применяемых методов не является радикальным, соответственно, и при комбинации методов не может быть гарантии полной элиминации эпителия Барретта и полного предотвращения развития рака пищевода.

БУТУХАНОВ С.Б.

*НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
г. Северск*

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

На сегодняшний день среди операций, корригирующих ПГ, варианты портосистемного шунтирования занимают доминирующее положение и являются наиболее радикальными. Однако техническая сложность и значительная продолжительность операции ограничивают их внедрение в условиях urgentной хирургии при продолжающемся кровотечении и высоком риске геморрагии после его остановки. Особое место среди оперативных вмешательств при варикозном расширении вен пищевода и желудка занимала проксимальная резекция желудка и резекция дистальной части пищевода. У отдельных больных срок наблюдения превысил 30 лет, рецидивы кровотечения у них не отмечались, больные сохранили трудоспособность при остающемся небольшом дефиците массы тела

Цель — повышение эффективности оперативного лечения при варикозном расширении вен (ВРВ) пищевода и желудка за счет снижения частоты рецидивирования и развития рефлюкс-эзофагита.

Материал и методы. Предлагаемый способ операции включает мобилизацию проксимального отдела желудка и абдоминального отдела пищевода. Затем выполняют проксимальную резекцию желудка, абдоминального отдела пищевода с участками варикозно-расширенных вен, при этом формируется культи желудка в виде конусовидной трубки длиной 10-12 см, шириной на вершине до 30 мм. На вершине трубки по всей окружности отсепааровывается и удаляется серозная и мышечная оболочки шириной 12-15 мм. Видимые варикозно-расширенные вены подслизистого слоя пищевода и желудка прошивают Z-образными швами. Пищеводно-желудочный анастомоз накладывают

с формированием инвагинационного клапана, путем поочередного сшивания подслизистых, и мышечного и серозно-мышечного слоев органов. Оценку результатов оперативного лечения проводили с помощью эндоскопического исследования.

Результаты и обсуждение. Предлагаемым способом прооперирован 21 пациент с ВРВ III-IV степени. Пищеводно-желудочный анастомоз у всех пациентов был сомкнут, при инфляции воздуха он раскрывался до 12-17 мм. Заживление шва анастомоза по типу первичного натяжения шло у всех пациентов (анастомозит 0-1 степени). У всех пациентов выявлено уменьшение диаметра просвета вены в два и более раза уже в первую неделю после операции, к исходу второй недели спавшиеся вены выявлялись у 29 пациентов (74,4 %). Эндоскопическое исследование в отдаленные сроки (от 1 до 8 лет) показало отсутствие эзофагита у 26 больных (81,3 %). У 6 пациентов (18,7 %) определялась гиперемия в нижней трети пищевода с развитием новых гастроэзофагеальных коллатералей, в связи с чем им проводились сеансы эндоскопической склеротерапии; причем у пяти пациентов выполнено по 1 сеансу, у одного — два сеанса с разрывом в 3 недели.

Из 30 пациентов, обследованных в сроки до 3 месяцев после операции, и из 27 пациентов, обследованных в отдаленные сроки, ни у одного не было зарегистрировано гастроэзофагеальных рефлюксов при внутрижелудочной рН-метрии.

Из 39 больных, перенесших азигопортальное разобщение, в сроки до 5 лет после операции умерли 3 пациента (7,7 %) от прогрессирования печеночной недостаточности. Рецидива кровотечения не наблюдалось ни у одного пациента.

Вывод:

Таким образом, инвагинационный клапан в области эзофаго-кардиального препятствует раз-

витию рефлюкс-эзофагита и достоверно снижает риск пищевода кровотечения в послеоперационном периоде.

ДРОБЯЗГИН Е.А., ЧИКИНЕВ Ю.В., КОРОБЕЙНИКОВ А.В.
Новосибирский государственный медицинский университет,
ОГУЗ Областная клиническая больница,
г. Новосибирск

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ САМОРАСШИРЯЮЩИХСЯ НИТИНОВЫХ СТЕНТОВ С ПОКРЫТИЕМ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПИЩЕВОДА И ПИЩЕВОДНЫХ СВИЩАХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Проблема улучшения качества жизни пациента является одной из важных в современной медицине и хирургии, в частности. Наличие у больных опухолей пищевода, кардиального отдела желудка, рецидивов опухолей в зоне пищеводных анастомозов, трахеопищеводных свищей приводит к невозможности полноценного перорального приема пищи. С целью обеспечения питания пациентов чаще всего прибегают к гастро- или еюностомии, либо устанавливают зонд для питания в желудок или тощую кишку, что ухудшает качество жизни и негативно сказывается на самочувствии пациента.

Целью стентирования является обеспечение перорального приема пищи. При этом не требуется выполнения указанных выше операций и манипуляций. Пероральный прием пищи восстанавливается в течение 1 суток с момента проведения стентирования.

В отделении торакальной хирургии Новосибирской областной клинической больницы, на базе клиники кафедры госпитальной хирургии, за 2007 год в лечении 7 пациентов с опухолями пищевода и пищеводными свищами использованы стенты из никелида титана с полимерным напылением. Из пациентов 6 мужчин и одна женщина в возрасте от 16 до 56 лет.

Показанием к стентированию служили следующие заболевания: рецидив рака пищевода после его экстирпации с переходом на эзофагогастроанастомоз, распадом опухоли и формированием свища между трахей и искусственным пищеводом (1 пациент), рак нижней трети пищевода (2 пациента), посттравматический трахеопищеводный свищ с дефектом мембранозной

части трахеи на протяжении 3 см (1 пациент), частичная несостоятельность в области швов на стенке пищевода в средней трети после торакоскопической дивертикулэктомии (1 пациент), длительное время (более 1 года) существующий пищеводно-плевральный свищ после пульмонэктомии, торакопластики по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза легких (1 пациент), более 4 лет существующий трахеопищеводный свищ (1 пациент).

Длина стентов составляла 120-160 мм, диаметр 22 мм.

Все вмешательства осуществлялись под рентген-контролем. Доставочное устройство устанавливалось в просвет пищевода по струна-направителю, проводимой через инструментальный канал эзофагогастроскопа. Осложнений в процессе установки не было. В 1 случае на 3 сутки после установки мы были вынуждены удалить стент из-за выраженного болевого синдрома в глотке, который не купировался введением анальгетиков. Миграция стента ниже участка свища произошла на 1 сутки после его установки у 1 пациента. Эта ситуация потребовала повторного эндоскопического вмешательства, в результате которого дислокация была устранена.

Прием пищи через рот восстановлен с первых суток после установки стента. Затруднений при питании не отмечено.

Покрытые стенты из никелида титана могут использоваться не только при злокачественных опухолях пищевода, но и при свищах пищевода различной этиологии, что является перспективным направлением внутрипросветной эндоскопической хирургии пищевода.



ЖЕРЛОВ Г.К.
НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
г. Северск

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В РЕКОНСТРУКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Данные отечественной и зарубежной литературы свидетельствуют о неуклонном росте числа больных колоректальным раком, особенно в высокоразвитых странах. Единственным радикальным методом лечения этого тяжелого заболевания остается хирургическое вмешательство с проведением химио- или лучевой терапии. При этом в выборе способа и объема операции, как правило, учитывают два основных момента: во-первых, естественно, обеспечение онкологического радикализма (удаление опухоли вместе с региональными лимфатическими коллекторами). Во-вторых, и это на наш взгляд не менее важно, обеспечение максимально высокого уровня качества жизни пациента в ближайшие и отдаленные сроки после вмешательства (иными словами, обеспечение физиологичности выполняемых операций). Именно эти моменты, на наш взгляд, и составляют основной принцип оказания помощи пациенту с колоректальным раком на современном этапе развития медицины.

Исходя из изложенного выше, в нашей клинике разработаны и применены на практике новые оперативные технологии, предусматривающие комплексный подход в моделировании ампулы и сфинктерного аппарата прямой кишки на различных уровнях ее резекции. На все методики операций получены Патенты РФ (всего 5). После операции низкой передней резекции, заключающейся в тотальной мезоректумэктомии и наложении колоректального анастомоза в пределах 5 см над уровнем перехода леваторов в продольную мышцу анального канала, формируем ректосигмоидный переход с искусственной ампулой.

При выполнении брюшно-анальной резекции на конце низводимой кишки создавали шаро-

видный резервуар из трех петель кишки, одновременно участвующих в формировании одного межкишечного анастомоза.

Выполнение операции интерсфинктерной резекции, заключающейся в тотальной мезоректумэктомии вдоль перехода леваторов в продольную мышцу анального канала и удалении внутреннего сфинктера, предусматривает пластический этап, который заключается в формировании гладкомышечного жома путем циркулярного отсепарирования серозномышечной оболочки и фиксации ее в форме манжеты высотой 12-15 мм с шаровидным резервуаром по описанной методике. В том случае, когда выполняется брюшно-промежностная экстирпация, формируем забрюшинную резервуарно-удерживающую колостому с рефлекторным механизмом опорожнения. С применением данных технологий оперированы 189 больных.

Средний послеоперационный койко-день при этом составил $12,6 \pm 2,4$ суток. Осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у 18 больных (9,5 %). При этом в подавляющем большинстве случаев (88,9 %) осложнения носили неспецифический характер и были обусловлены общесоматическими «проблемами» возрастных больных. Послеоперационная летальность составила 1,1 % — 2 больных умерли в раннем послеоперационном периоде.

Проведенные после операции клинические и инструментальные исследования показывают, что формируемые искусственные «сфинктеры» и «ампула прямой кишки» сохраняют свою анатомическую и функциональную состоятельность, обеспечивая высокий уровень качества жизни больных, предупреждая развитие синдрома низкой передней резекции.

ЖЕРЛОВ Г.К., БЕЛОУС И.А., ЖЕРЛОВА Т.Г.
НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
г. Северск

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ IV СТАДИИ

Несмотря на то, что пластическая хирургия ахалазии пищевода существует уже более ста лет, проблема восстановления

или создания анатомически надежной и функционально полноценной арефлюксной кардии, а также восстановление качества жизни пациентов в



отдаленные сроки после операции, до настоящего времени решена не до конца.

По данным отечественной и зарубежной литературы, к настоящему времени предложено уже более 60 способов оперативного лечения ахалазии пищевода, что говорит о неудовлетворенности хирургов результатами лечения этого заболевания.

Цель — разработать новый способ хирургического лечения ахалазии кардии IV ст., позволяющий снизить число осложнений в послеоперационном периоде, а также улучшить качество жизни больных в отдаленные сроки после операции.

Материал и методы. Объектом исследования стали 17 пациентов с диагнозом ахалазии кардии IV стадии, верифицированным по данным рентгенологического исследования, эзофагальной манометрии, трансабдоминальной и эндоскопической ультрасонографии, рН-метрии. Разработан собственный метод хирургического лечения. После верхнесрединной лапаротомии формируется изоперистальтический стебель из большой кривизны желудка шириной 22-25 мм с сохранением желудочно-сальниковой артерии. При формировании пищевода выполняется селективная проксимальная ваготомия, сохраняющая иннервацию антрального отдела желудка, что положительно сказывается на моторно-эвакуаторной функции всего трансплантата. Абдоминальный и нижнегрудной отделы пищевода пристеночно мобилизуют от окружающей клетчатки и сосудов, сохраняя блуждающие нервы. По линии резекции на уровне нижнегрудного отдела пищевода циркулярно рассекают мышечную оболочку. Ее проксимальный край берется на нити держалки, подшивается к ножкам сухожильной части диафрагмы, затем отделяют ножницами от подслизистой основы на протяжении 1,5-2 см. Выполняют цервикальный доступ к шейному отделу пищевода вдоль медиального края нижней трети левой грудно-ключично-сосцевидной мышцы и в рану выводят шейный отдел пищевода. По линии резекции на шейном конце пищевода циркулярно рассекают мышечную оболочку. Дистальный край мышечной оболочки фиксируют нитями-держалками, отделяют ножницами от подслизистой основы на протяжении 1,5-2 см по проксимальному краю мышечной оболочки, слизистую прошивают аппаратом УО-40. На передней

стенке обнаженных слизистой и подслизистой оболочек нижне-грудного отдела пищевода формируют отверстие, через которое проводят флебэкстрактор в просвет пищевода на шею. Обнаженные слизистую и подслизистую оболочки шейного отдела пищевода фиксируют на флебэкстракторе, и пересекают по краю механического шва. С помощью тракции за флебэкстрактор и фиксации мышечной оболочки шейного отдела за нити-держалки удаляют слизистую и подслизистую оболочки пищевода, выворачивая их в виде чулка в изоперистальтическом направлении. В просвет мышечного футляра пищевода вводят два крючка А.Г. Савиных, изоперистальтический желудочный стебель проводят внутри мышечного футляра на шею и накладывают эзофагогастроанастомоз. Мышечный футляр фиксируют узловыми швами над линией эзофагогастроанастомоза. Операция завершается дренированием мышечного футляра пищевода.

Послеоперационное наблюдение осуществляли с помощью рентгенологического, эндоскопического, ультрасонографического и манометрического исследований.

Результаты. Предложенным способом в клинике прооперированы 17 пациентов, 6 мужчин и 11 женщин, в возрасте от 21 до 60 лет. Среднее время пребывания больного в стационаре после операции составило $10,5 \pm 2,7$ суток. Все пациенты осмотрены в сроки от 1 месяца до 5 лет после операции, выполнялись рентгенологическое, эндоскопическое, манометрическое, ультрасонографическое исследования. Рецидивов заболевания не выявлено ни у одного пациента. Все пациенты трудоспособного возраста вернулись к работе по прежней специальности.

Выводы: Предложенный способ хирургического лечения ахалазии кардии IV стадии, заключающийся в демуккозации пищевода из абдомино-цервикального доступа с первичной эзофагогастропластикой изоперистальтическим желудочным стеблем, проведенным в мышечном футляре пищевода, с формированием арефлюксного эзофагогастроанастомоза позволяет избежать послеоперационных осложнений, угрожающих жизни пациента, и способствует улучшению качества жизни больных в отдаленные сроки после оперативного лечения.



К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

С 1989 по 2007 гг. под нашим наблюдением находились 984 больных с гастродуоденальными кровотечениями. Среди пациентов были 741 мужчина и 243 женщины в возрасте от 15 до 89 лет. При этом 475 пациентов (48,3 %) с гастродуоденальными кровотечениями представляли группу наиболее трудоспособного возраста — от 31 до 50 лет. Пациенты поступали в приемный покой клиники в порядке скорой помощи с признаками острого желудочно-кишечного кровотечения. Среднее время от момента начала кровотечения до поступления составило $17 \pm 2,7$ часа.

По результатам экстренной эзофагогастроскопии язвенная болезнь желудка обнаружена у 301 пациента (30,6 %), язвенная болезнь ДПК — у 614 (62,4 %), у 46 пациентов (4,7 %) имелись сочетанные гастродуоденальные язвы, у 23 (2,3 %) — язвы гастроэнтероанастомоза (после операции Бильрот II).

Все пациенты, у которых продолжалось кровотечение или имела место угроза его рецидива (F-I-A, F-I-B и F-II-A, F-II-B по классификации J. Forrest, 1987), госпитализировались в отделение интенсивной терапии. После проведения комплекса интенсивной терапии, направленной на восполнение ОЦК, коррекцию водно-электролитных нарушений, активацию гемостаза, поддержание функции жизненно-важных органов, выполнялось повторное эндоскопическое исследование для решения вопроса о сроках проведения оперативного вмешательства. Пациенты со струйным артериальным кровотечением из язвы (F-I-A), в случае неэффективности эндоскопического гемостаза, после короткой предоперационной подготовки поступали в операционную для проведения экстренной операции. Наличие капельного венозного кровотечения (F-I-B) являлось показанием для гемостатической терапии, как общей (медикаментозной), так и местной (эндоскопической). Если через 6 часов такого лечения при контрольной эзофагогастродуоденоскопии кровотечение продолжалось, пациентам предлагалось выполнение экстренной операции.

В том случае, когда через сутки интенсивной терапии сохранялась угроза кровотечения (F-II-A, F-II-B), пациентам с длительным течением язвенной болезни либо наличием эпизодов гастродуоденального кровотечения в анамнезе настоятельно рекомендовалось выполнение срочной операции.

При отсутствии признаков продолжающегося кровотечения и угрозы кровотечения (F-II-C) при эндоскопическом контроле через сутки, больных переводили в общехирургическое отделение для дальнейшей терапии с последующим (не ранее 14 суток) решением вопроса о плановом оперативном лечении.

Пациенты группы F-II-C и F-III либо госпитализировались в стационар для дальнейшего планового обследования, либо им рекомендовалось пройти комплексное обследование в поликлинике по месту жительства.

Из 984 пациентов, поступивших в клинику с диагнозом «гастродуоденальное кровотечение» оперированы 434 (44,1 %). В том числе в экстренном порядке (до 6 часов от поступления) были оперированы 58 пациентов, что составило 13,4 % от всех оперированных больных или 5,9 % от всех поступивших с кровотечением. В срочном порядке оперированы 161 пациент (37,1 % и 16,4 %). В отсроченном и плановом порядке (более 14 суток от момента поступления) оперативному лечению подверглись 214 больных, что составило 49,3 % и 21,7 %, соответственно.

Основной вид операции, резекция 1/2 желудка в модификации клиники, был выполнен у 237 больных (54,6 %). Селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и дуоденопластикой проведена у 93 пациентов (21,4 %), пилоросохраняющая резекция — у 49 (11,3 %), остальным больным выполнялись: иссечение язвы — 23 (5,3 %), стволовая ваготомия — 11 (2,5 %), резекции пилоробульбарного отдела — 11 (2,5 %), экстирпация культи желудка — 5 (1,2 %), проксимальная резекция — 5 (1,2 %). Способы выполнения операций были описаны нами ранее (Жерлов Г.К., 2000).

Послеоперационная летальность составила 3,7 % (умерли 16 больных из 434 оперированных). В том числе, 11 пациентов оперированы в срочном порядке (2-3 сутки) на фоне рецидивного профузного кровотечения.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде имели место у 53 больных (12,2 %). Самыми частыми осложнениями были инфильтративно-воспалительные изменения в легких и плевре — 19 (35,8 %), а так же гнойные осложнения со стороны послеоперационной раны — 14 (26,4 %).

Средний койко-день после операции составил $19,5 \pm 3,3$ суток.



Таким образом, при решении вопроса о сроках выполнения операции у пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями следует придерживаться индивидуальной активно-выжидательной тактики. Степень кровотечения F-I-A является показанием для выполнения экстренной операции в сроки до суток от момента поступления. У пациентов с кровотечением F-II-B показано проведение эндоскопического и других вариантов консервативного гемостаза, при неэффективности которого в течение 6 часов следует

решать вопрос об оперативном лечении. При кровотечении F-II-A и F-II-B у молодых пациентов с впервые выявленной язвой, либо в том случае, когда риск операции высок (пожилой и старческий возраст, тяжелая сопутствующая патология) возможно проведение консервативных мероприятий в условиях отделения интенсивной терапии с обязательным эндоскопическим контролем. Плановое оперативное лечение у этой группы больных следует проводить не ранее 14 суток от момента кровотечения.

ЖУКОВ В.В., МУСТАФАЕВ Н.Р.
МУЗ Больница скорой медицинской помощи № 2,
ГУ Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН,
г. Новосибирск

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОЛИМФОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Больные посттромботической болезнью составляют до 30 % от различных видов венозной патологии. При флебопатических отеках и нарушении функции мышечно-венозной помпы понижается и субфасциальный лимфоток. В результате венозная недостаточность трансформируется в лимфовенозную. Между венозной и лимфатической системами существует тесная функциональная связь. Венозная и лимфатическая системы являются двумя составными частями единой дренажной системы и имеют сходную микро- и макроструктуру. На интенсивности лимфообращения сказывается состояние венозного давления. Экспериментальными исследованиями доказано, что лимфатическая система более эффективна для дренирования в случае венозной окклюзии, чем венозная система для лимфатической при лимфостазе. Однако, компенсаторные возможности лимфатической системы не безграничны. При ее декомпенсации формируются отеки. Таким образом, венозная недостаточность способствует развитию лимфатической недостаточности, а последняя при декомпенсации усугубляет проявление венозной недостаточности. Одним из звеньев патогенеза хронической венозной недостаточности является гиперволемия, возникающая вследствие состояния ортостаза. При этом в патологический процесс вовлекаются венозная и лимфатическая системы, обеспечивающие дренаж жидкости из интерстициального пространства. Видимые клинические проявления со стороны венозной системы (варикозно расширенные вены, гипер- или гипопигментация, трофиче-

ская язва) очевидны, в то время как о патологии лимфатических коллекторов чаще всего можно судить опосредованно по отекам, проявлениям дермолипосклероза.

Цель — купирование нарушений гемоциркуляции в регионе нижних конечностей у пациентов с посттромботической болезнью с применением комбинированного физиотерапевтического лечения.

Методы. Общепринятое лечение у пациентов с посттромботической болезнью было дополнено проведением физиотерапевтического лечения, предложенного в ГУ НИИКиЭЛ СО РАМН. В клинике ГУ НИИКиЭЛ СО РАМН разработана методика комплексного физиотерапевтического лечения, включающая сверхвысокочастотную электротерапию и ультразвуковое воздействие на область нижних конечностей.

Обследование пациентов проводилось с применением радионуклидной лимфосцинтиграфии, реолимфовазографии, импедансометрии.

Результаты. При анализе данных после предложенного лечения пациентов с посттромботической болезнью реолимфовазографического исследования было выявлено улучшение, как венозного, так и лимфатического оттока в регионе нижних конечностей. По данным радионуклидной лимфосцинтиграфии, выявлено уменьшение активности радиофармпрепарата в депо при увеличении активности радиофармпрепарата в области регионарных лимфатических узлов. По данным импедансометрического исследования зарегистрировано увеличение активной составляю-

щей удельного сопротивления мягких тканей на всех уровнях нижних конечностей.

Происходящее под действием ультразвуковых колебаний повышение энзиматической активности лизосомальных ферментов клеток приводит к очищению воспалительного очага в пролиферативную стадию воспаления. Усиление метаболизма клеток стимулирует репаративную регенерацию тканей, ускоряет заживление ран и трофических язв. Деполимеризация гиалуроновой кислоты способствует уменьшению отечности тканей, снижению компрессии ноцицептивных нервных проводников в зоне воздействия.

Проведение сверхвысокочастотной электротерапии приводит к поляризации гидратных оболочек гликолипидов и белков, возникают конформационные перестройки цитоскелета и мембран органоидов. Эти процессы изменяют межмолекулярные и электростатические взаимодействия структурно-каркасных белков мембран с белками внеклеточного матрикса и субклеточных структур, активируют мембранные энзиматические комплексы и системы вторичных посредников.

Следствием этих процессов являются активация клеточного дыхания и энзиматическая активность, конформационные перестройки гликолипидов плазмолеммы, изменение ее проницаемости и функциональных свойств мембран в облучаемых тканях.

Проведение предложенного комплексного физиотерапевтического лечения приводит к улучшению венозного и лимфатического оттока в регионе всей нижней конечности, что было подтверждено данными реолимфовазографии, радионуклидной лимфосцинтиграфии, импедансометрии, и способствует заживлению трофических язв, при подсчете скорости уменьшения раневой поверхности.

Выводы: При сочетании общепринятого лечения и предложенного комбинированного физиотерапевтического лечения у пациентов с посттромботической болезнью удалось достичь значительного улучшения микроциркуляции, уменьшения застойных явлений, купирования нарушений гемолимфоциркуляции в регионе нижних конечностей.

КАБИРОВ А.В., ГРАЧЕВ А.М.
Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ВОСХОДЯЩЕГО ТРОМБОФЛЕБИТА МАГИСТРАЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН

Цель исследования — анализ эволюции методологического подхода и результатов хирургического лечения пациентов с восходящим тромбозом магистральных подкожных вен конечностей.

Материал и методы. В отделении сосудистой хирургии с января 1993 г. по январь 2008 г. оперативному вмешательству подвергнуто 510 пациентов с острым восходящим тромбозом магистральных поверхностных вен: количество женщин составило 65,3 % (333 человека), мужчин — 34,7 % (177 больных). Диагноз восходящего тромбоза большой подкожной (БПВ) или малой подкожной (МПВ) вен устанавливался клинически.

Начиная с 1999 г., в комплекс предоперационного обследования входит обязательное проведение ультразвукового ангиосканирования, что позволяет диагностировать характер тромбоза (окклюзивный, неокклюзивный, флотирующий), верхнюю границу тромбоза, распространение тромбоза на глубокую венозную систему, диаметр БПВ (МПВ) на протяжении, состояние клапан-

ного аппарата поверхностных, глубоких, коммуникантных вен.

Преимущественной локализацией зоны воспаления являлся бассейн БПВ, что выявлено у 96,1 % оперированных (490 пациентов), тромбоз в бассейне МПВ отмечен у 20 человек (3,9 %), из них у 4-х имелось сочетание воспаления БПВ и МПВ. Восходящий тромбоз развился у 218 пациентов (42,7 %) на фоне варикозной болезни, из которых у 12 имелась тромбированная аневризма устья БПВ (МПВ) шириной от 3 до 5 см. У 6 оперированных была беременность различных сроков.

Кроме операции, всем пациентам проводилось консервативное лечение, включавшее противовоспалительную, реологическую, дезагрегантную и антикоагулянтную терапию, назначение венотоников, физиолечения, эластического бинтования нижних конечностей (эластического лечебного трикотажа).

Результаты. У всех оперированных выполнено кроссектомия БПВ или МПВ, у 2 больных потребовалась перевязка устья БПВ и МПВ, 2 па-

циентам выполнена двусторонняя кроссэктомия БПВ. С 2000 г. в качестве одного из этапов операции производится тромбэктомия из дистального отдела БПВ на бедре, что выполнено у 105 пациентов (20,6 %).

На протяжении последних 3,5 лет при сочетании тромбоза магистральной подкожной вены и варикотромбоза по ходу притоков БПВ (МПВ) на бедре и голени, для скорейшего купирования воспаления, используется методика «выдаивания» посредством выполнения коротких кожных разрезов (до 3-5 мм) в области тромбированных участков вен. У 80 пациентов в сроки 2-3 нед. от момента поступления выполнена комбинированная венэктомия. Тромбоз ствола БПВ (МПВ) с переходом на бедренную (подколенную) вену был выявлен у 30 пациентов (5,9 %), что потребовало выполнения тромбэктомии из бедренной (подколенной) вены, а в 4 случаях — перевязки устья поверхностной бедренной вены (ПБВ) по поводу ее тромбоза.

Симптомы тромбоза мелких ветвей легочной артерии выявлены у 8 оперированных (1,6 %) на догоспитальном этапе или при поступлении в стационар. Случаев интраоперационной тромбоза легочной артерии (либо в период

пребывания в стационаре) не отмечено. Верхняя граница тромбоза доходила до остиального клапана БПВ (МПВ) либо располагалась в 1-2 см от устья у 165 оперированных (32,4 %), находилась в 2-5 см от устья — у 49 больных (9,6 %). У 296 пациентов (58 %) верхняя граница тромбоза локализовалась на расстоянии более 5 см от устья клапана.

Частичное нагноение послеоперационной раны или лимфорея отмечены у 16 пациентов (3,1 %), что объясняется наличием исходного выраженного перипроцесса и пахового лимфаденита.

Выводы: Ультразвуковое ангиосканирование показано всем пациентам с данной экстренной сосудистой патологией либо с подозрением на наличие тромбоза в просвете магистральной подкожной вены. Перевязка устья БПВ (МПВ) является надежным способом профилактики распространения тромбоза на глубокие вены, а выполнение тромбэктомии из просвета БПВ на бедре способствует более быстрому регрессу воспаления не только венозной стенки, но и окружающих мягких тканей. Комбинированная венэктомия позволяет надежно устранить причину восходящего варикотромбоза (в случае варикозной болезни) и рецидивы тромбоза.

КАБИРОВ А.В., ГРАЧЕВ А.М., ВАСИН А.С., КОРОТКЕВИЧ А.Г.
Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк

РОЛЬ ГРУДНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Цель исследования — ретроспективная оценка операции грудной симпатэктомии (ГСЭ) при торакотомном варианте выполнения и эндоскопической методике у больных с выраженной хронической ишемией верхних конечностей.

Материал и методы. За период с января 1993 г. по январь 2008 г. в отделении сосудистой хирургии у 28 пациентов с критической хронической ишемией верхних конечностей выполнено 30 грудных симпатэктомий (у 2 больных — двусторонние вмешательства). Изолированная ГСЭ выполнена в 24 случаях (80 %), в сочетании с ампутацией (экзартикуляцией) пальцев — в 6 наблюдениях (20 %). Мужчин в анализируемой группе было 22 человека (78,6 %), доля женщин составила 21,4 % (6 пациенток). Все 28 пациентов оперированы в условиях эндотрахеального наркоза. С 2000 г. в отделении внедрена методика эндоскопической грудной симпатэктомии (ЭГСЭ). Все оперированные были разделены на 2 подгруппы:

подгруппа А включала 12 человек, у которых выполнена грудная симпатэктомия с помощью торакотомного доступа (ТГСЭ), подгруппа Б состояла из 16 больных, у которых выполнена эндоскопическая грудная симпатэктомия.

У 21 из 28 пациентов (75 %) отмечались выраженные проявления хронической ишемии верхних конечностей в виде гангренозно-некротических изменений пальцев. У 17 человек (60,7 %) имелась клиника синдрома Рейно, в 4 случаях (14,3 %) выявлена постэмболическая окклюзия (либо тромбоз) плечевой или подключичной артерии, у 3 пациентов (10,7 %) имелись проявления облитерирующего тромбангиита, другие причины выявлены у 4 больных (состояние после перевязки плечевой артерии, атеросклеротическая окклюзия артерий предплечья, аневризма подключичной артерии). Диагноз заболевания базировался на клинических данных, всем выполнялись рентгенография грудной клетки и шейного отдела позвоночника, реовазография верхних ко-



нечностей с нитроглицериновой пробой, топическое поражение артериального русла уточнялось при проведении ультразвукового ангиосканирования и ангиографически.

Результаты. Продолжительность наркоза в подгруппе А составила $98,4 \pm 10,6$ мин., в то время как в подгруппе Б указанный показатель составил $65,7 \pm 8,2$ мин. ($p < 0,05$). Время основного этапа операции в подгруппе А составило $68,4 \pm 14,4$ мин. и было достоверно выше ($p < 0,01$), чем в подгруппе Б, где время операции составило $43,8 \pm 6,9$ мин. Потребность во введении наркотических обезболивающих препаратов в послеоперационном периоде в подгруппе А составила $11,2 \pm 2,3$ инъекции, достоверно превысив ($p < 0,001$) аналогичный показатель в подгруппе Б, составивший $4,5 \pm 1,3$ инъекции. В послеоперационном периоде улучшение отмечено у всех оперированных пациентов. У одного пациента при выполнении ЭГСЭ выявлен выраженный спаечный процесс в левой плевральной

полости, что потребовало перехода на торакотомию. Заживление послеоперационных ран у всех 28 оперированных пациентов первичным натяжением.

Выводы:

1. У пациентов с выраженной хронической ишемией верхних конечностей выполнение ЭГСЭ является вариантом выбора оперативного вмешательства по причине меньшей длительности хирургического этапа операции, времени наркоза и малой травматичности.
2. У пациентов с выполненной ЭГСЭ отмечается более легкое течение послеоперационного периода.
3. Перенесенные ранее воспалительные процессы легких и плевры необходимо учитывать в качестве фактора, потенциально вызывающего формирование выраженного спаечного процесса в плевральной полости, могущего привести к отказу от выполнения эндоскопической грудной симпатэктомии.

КАБИРОВ А.В., ПАНФИЛОВ С.Д., ГРАЧЕВ А.М., ВАСИН А.С.
Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк

РАЗРЫВЫ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ – СЛОЖНЕЙШАЯ И НЕ РЕШЕННАЯ ПРОБЛЕМА СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Цель исследования — анализ непосредственных и ближайших результатов лечения больных с разрывами аневризм брюшной аорты (РАБА).

Материал и методы. С января 1993 г. по январь 2008 г. пролечено 55 пациентов с РАБА: 33 пациента были доставлены в стационар, 22 больным оказана выездная ангиохирургическая помощь в пределах юга Кузбасса. Основным этиологическим фактором заболевания был атеросклероз, который отмечен у 53 пациентов (96,4 %), у 2 пациентов выявлен аортоартериит. Средний возраст больных составил $66,4 \pm 9,9$ лет, варьируя от 35 до 88 лет (у женщин — $66,9 \pm 14,6$ лет, у мужчин — $66,2 \pm 7,9$ лет). Доля мужчин составила 83,6 % (46 человек), доля женщин — 16,4 % (9 пациентов). Диагноз заболевания устанавливался на основании сбора анамнеза и клинических данных, детализировался после выполнения УЗ-ангиосканирования брюшной аорты, подвздошных артерий, рентгенографии ОГК и брюшной полости, ЭХОКГ, в ряде случаев уточнялся ангиографией и интраоперационно. Оперативное лечение предпринималось либо выполнено у 45 человек (81,8 %), 10 пациентов не оперированы: семеро —

по причине молниеносного течения заболевания, двое — по причине отказа от операции, один — по причине не установленного диагноза РАБА.

Результаты. Среди 45 оперированных интраоперационно умерли 11 пациентов (24,4 %). Госпитальная летальность (с учетом не оперированных больных) составила 78 %, колеблясь в отдельные годы от 57,1 % до 100 %. Размеры аневризматического мешка по длине составили $11,8 \pm 2,1$ см (варьируя от 8 до 20 см), по ширине — $9,4 \pm 1,8$ см (колеблясь от 5 до 15 см). Разрыв в области передней стенки наблюдался в 40 % случаев, в области левой боковой — в 23,3 %, в 20 % наблюдений был выявлен дефект правой боковой стенки, в 16,7 % — задней.

Геморрагический шок 1 степени отмечался у 10 больных (18,2 %), 2 степени — у 17 пациентов (30,9 %), у 28 человек (50,9 %) выявлен шок 3 степени. У 7 пациентов из 11, умерших интраоперационно, отмечено молниеносное течение РАБА, им выполнена лишь лапаротомия, ревизия аорты, дефект в аорте у 5 из 7 располагался в передней стенке. Четверо из одиннадцати, умерших интраоперационно, оперированы по поводу разрыва интер- либо супраренальных диффуз-

ных аневризм с вовлечением бифуркации аорты и подвздошных артерий. У 41 пациента выполнен полный объем операции: резекция аневризмы (РА) и бифуркационное аортоподвздошное протезирование — у 11 больных (26,8 %), РА и бифуркационное аортобедренное протезирование — у 9 (22 %), РА и линейное протезирование аорты — у 21 (51,2 %). В 3 случаях был выявлен аортодвенадцатиперстный свищ, у 1 больного имелся аортонизнеполюый свищ.

Заключение. Разрыв аневризмы брюшной аорты является смертельно опасным осложнением заболевания. К уменьшению летальности ведут: 1) своевременная диагностика заболевания; 2) снижение количества лечебно-тактических ошибок; 3) своевременность вызова ангиохирурга (исключение транспортировки при установлении диагноза РАБА, операция «на месте»); 4) предоперационная подготовка больного только при отсутствии признаков продолжающегося кровотечения; 5) улучшение организации операции (запас препаратов крови не менее 3,5-4 литров, максимально быстрая окклюзия аорты, аппаратная реинфузия всей излившейся крови

(аппаратная система типа «Cell-saver»), высококвалифицированное анестезиологическое обеспечение (постоянный мониторинг артериального давления и параметров центральной гемодинамики (катетеризация лучевой артерии, катетер Swan-Ganz) и послеоперационного ведения (полная продленная ИВЛ, коррекция гемодинамических нарушений под постоянным контролем параметров центральной гемодинамики и ЭКГ, активные методы детоксикации — плазмаферез, гемосорбция); 6) обязательный УЗ-скрининг брюшной аорты при диспансеризации пациентов старше 50 лет. 7) пациенты с малой аневризмой и наличием факторов риска разрыва (структурно-анатомическими, клиничко-анамнестическими и сопутствующими сосудистыми) должны быть оперированы непосредственно после ее выявления. Остальных пациентов с малой АБА целесообразно оставлять под наблюдением с динамическим УЗ-сканированием каждые шесть месяцев. Показанием к хирургическому лечению в этой группе является рост аневризмы более 5 мм за шесть месяцев или появление одного из указанных факторов риска.

КАБИРОВ А.В., ПАНФИЛОВ С.Д., ГРАЧЕВ А.М.,
ВАСИН А.С., КИСЛОВ Э.Е., БАТРАКОВ А.М.
*Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк*

15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН КОНЕЧНОСТЕЙ

Цель исследования — ретроспективная оценка результатов хирургического лечения пациентов с травмами магистральных вен верхних, нижних конечностей.

Материал и методы. За период с января 1993 г. по январь 2008 г. подвергнуты хирургическому лечению 168 пациентов с травматическим повреждением магистральных вен конечностей, из которых 43 человека оперированы на выезде в других лечебно-профилактических учреждениях Новокузнецка или Юга Кузбасса. Доля мужчин составила 91,1 % (153 человека), женщин — 8,9 % (15 человек). Клинический диагноз уточнялся в ходе экстренной операции, в ряде случаев до хирургического вмешательства выполнялось ультразвуковое исследование.

Повреждения магистральных вен верхних конечностей (ТВВК) отмечены у 44,6 % пациентов (75 из 168), травмы вен нижних конечностей (ТВНК) выявлены у 55,4 % (93 из 168). 129 больных (76,8 %) имели колото-резаные ранения, 17 пациентов (10,1 %) — огнестрельные,

13 человек (7,7 %) — рвано-ушибленные ранения, тупая травма вен выявлена у 6 оперированных (3,6 %), ятрогенные ранения отмечены у 3 больных (1,8 %).

Результаты. Большинство оперированных (89,9 %) находились в состоянии травматического и геморрагического шока, причем проявления геморрагического шока 2-3 степени отмечались у 111 пациентов (66,1%). Среди группы с ТВВК травмы вен предплечья отмечены у 11 человек (14,7 %), повреждения плечевой вены — у 36 (48 %), ранения подмышечной (подключичной) вен — у 25 (33,3 %), 3 больных (4 %) имели ранения плечевого локтевого либо верхней полой вены. В группе с ТВНК травмы вен голени отмечены у 9 человек (9,7 %), повреждения подколенной вены — у 13 (14 %), ранения поверхностной бедренной вены — у 41 (44,1 %), 9 больных (9,7 %) имели ранения глубокой бедренной вены либо ее ветвей, общая бедренная вена была повреждена у 16 пациентов (17,2 %), ранения подвздошных (нижней полой вены) имели место у 5 больных

(5,4 %). Изолированные травмы вен выявлены у 66 пострадавших (39,3 %), сочетанные повреждения — у 102 (60,7 %), из которых у 99 больных имелось ранение одноименной артерии, у 12 — травма кости, у 14 — повреждение нерва, комбинация нескольких повреждений отмечена в 22 случаях. У 30 оперированных повреждение вен сочеталось с ранениями органов грудной клетки и/или брюшной полости.

Для окончательной остановки кровотечения и восстановления магистрального кровотока перевязка вен использована у 73 человек (43,5 %), боковой (или циркулярный) шов вены — у 92 пациентов (54,7 %), протезирование вены — у 3 больных (1,8 %). Симптомы острой ишемии конечности отмечены у 31,3 % пациентов (31 из 99) с сочетанным поражением одноименной артерии, причем у 71 % из них (22 из 31) отмечались выраженные (2Б) и тяжелая (3А-Б) степени ишемии

конечности. Госпитальная летальность в исследуемой группе составила 6 % (10 человек из 168): интраоперационно на фоне декомпенсированного геморрагического шока умерли 6 человек, в ближайшем (до 2 суток) послеоперационном периоде — 4 больных.

Выводы:

1. Травмы магистральных вен конечностей представляют тяжелую группу пациентов с экстренной сосудистой патологией.
2. Лечение пациентов целесообразно проводить в многопрофильных больницах с привлечением сосудистого хирурга, травматолога, нейрохирурга, общего хирурга.
3. Перевязка магистральной вены показана в случае тяжелого (декомпенсированного) геморрагического шока и отсутствии достаточного количества препаратов крови для его коррекции.

КЕМЕРОВ С.В.

*НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
г. Северск*

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАЛОВОГО ПЕРИТОНИТА ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРФОРАЦИИ АМЕБНОГО АБСЦЕССА СЛЕПОЙ КИШКИ

Амебный некротический колит является самым тяжелым кишечным хирургическим осложнением амебиаза и клинически проявляется абдоминальным, толстокишечно-ректальным, токсическим, гемодинамическим и неврологическим синдромами.

Больной А., 18 лет, житель Анголы, поступил в хирургическое отделение госпиталя с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту, слабость. Трое суток назад появились боли в животе, понос. Состояние тяжелое, резко обезвожен и истощен. Кожные покровы сухие, видимые слизистые оболочки бледные. АД 100/60 мм рт. ст., пульс 110 в минуту, ритмичный, слабый. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот не участвует в акте дыхания, вздут, напряжен и резко болезнен по всей брюшной полости. Положительные симптомы раздражения брюшины. Анализ крови: эритроциты — $3,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты — $23 \times 10^9/л$, СОЭ — 30 мм/час. Диагноз: Распространенный гнойный перитонит вследствие перфорации полого органа. Сопутствующий диагноз: Тропическая малярия.

После 2-х часовой предоперационной подготовки выполнена срединная лапаротомия. В

брюшной полости большое количество толстокишечного содержимого с примесью гноя и крови в сгустках со зловонным запахом. На куполе и передней стенке слепой кишки обнаружено перфоративное отверстие размером 10×9 см с плотными краями, покрытыми гноем и кровянистыми сгустками. Выполнена тщательная первичная санация брюшной полости. В малый таз установили интраоперационное проточно-промывное дренирование, выполнена правосторонняя гемиколэктомия, наложен илеотрансверзоанастомоз «бок в бок». Через отдельные проколы передней брюшной стенки в подреберьях и подвздошных областях установлены дренажи и микроиригаторы для орошения брюшной полости антибиотико-новокаиновой смесью. Выполнена заключительная санация брюшной полости асептическим раствором в объеме 15 л с тщательным его удалением. Перед закрытием лапаротомной раны органы брюшной полости и париетальная брюшина отмыты канамидином, хемотрипсином, в растворе новокаина. Рана передней брюшной стенки ушита наглухо.

В последующие 6 суток вводили забрюшинно канамидин, метронидазол с новокаином 2 раза в день, а также осуществляли детоксикационную,



общеукрепляющую и симптоматическую терапию и лечение малярии. Швы сняли на 10-е сутки, выписали на 35-е.

Считаем, что основная роль в успехе лечения принадлежит тщательной санации брюшной полости и забрюшинной лимфотропной терапии.

КЕМЕРОВ С.В., ЖЕРЛОВ Г.К., СТЕПИН Д.А., КРУГЛОВ В.Г.
*НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
г. Северск*

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ В ЛЕЧЕНИИ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ САНАЦИОННОЙ ЛАПАРОСТОМИИ И РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ

Основным этапом лечения гнойного перитонита остается качественная санация брюшной полости, устраняющая источник непрерывного поступления токсинов в кровоток, и уменьшающая эндоинтоксикацию. Для долговременной санации брюшной полости мы применяли лапаростомию. С целью устранения синдрома высокого внутрибрюшного давления мы разработали новую технологию пролонгированной декомпрессивной лапаростомии.

Суть операции: после завершения основных этапов операции, на расправленный большой сальник укладывали перфорированную полиэтиленовую пленку (временное протезирование париетальной брюшины в области лапаротомной раны), обработанную с обеих сторон стерильным вазелиновым маслом, которую заправляли под края лапаротомной раны. Вазелиновое масло препятствует прилипанию кишечных петель к полиэтиленовой пленке, а при появлении перистальтических движений способствует свободному их перемещению. На полиэтиленовую пленку укладывали полиуретановую губку (временное протезирование дефекта передней брюшной стенки), смоченную антисептическим раствором. Поверх губки располагали провизорные швы, которые не затягивали, фиксируя сложившееся положение краев раны. На губку укладывали стерильные салфетки, смоченные также антисептическим раствором оригинального состава собственной разработки (Патент РФ на изобретение № 2173961 от 27.09.01 г.). Для надежности фиксации повязок в области раны, больного «зашивали» в вафельное полотенце или простыню. Санации проводили через день в течение 5-6 суток (2-3 санации), после чего брюшную полость закрывали наглухо.

Клиническую эффективность антибактериальной терапии перитонита можно считать высокой, если удастся предотвратить транслокацию кишечной микрофлоры в брюшную полость, забрюшинное пространство, порталный и системный

кровоток, а, стало быть, предотвратить сепсис и септический шок. Важным является также быстрое восстановление состоятельности кишечной стенки, брюшины как биологического барьера и дренажно-детоксикационной функции лимфосистемы.

С целью повышения эффективности антибактериального воздействия на патологическую микрофлору и предотвращения ее транслокации, мы, в эксперименте на собаках, разработали технологию забрюшинной лимфотропной терапии. Критерием ее эффективности была выживаемость животных. В результате эксперимента установили, что лимфотропная терапия увеличивает выживаемость животных при перитоните в 3 раза ($P < 0,05$). Обнадёживающие результаты эксперимента позволили внедрить разработанную технологию в клиническую практику. Введение лекарственного состава для лимфотропной терапии осуществляли болюсами каждые 12 часов вместе с санациями брюшной полости раствором идентичного состава.

В схему лечебно-санирующей смеси включили препараты: канамицин сульфат (0,5 г), диоксидин (0,5 % раствор 10 мл), метронидазол (0,5 % раствор 100 мл), левомицетин сукцинат натрия (0,5 г), новокаин (0,25 % раствор 100 мл), трисамин (3,66 % раствор 100 мл), гемодез (50 мл), гидрокортизон гемисукцинат (25 мг), гепарин (5000 ЕД). Объем лечебной смеси составлял 175 мл с каждой стороны или 2,5 мл/кг массы тела больного, которую вводили посредством чрескожной пункции забрюшинного пространства в подвздошных областях.

Основным достоинством новой технологии считаем эффективную санацию брюшной полости, забрюшинного пространства и путей лимфооттока за счет полифункциональной направленности лечебной смеси. Больным выполняли общеклинические (анализы крови и мочи), биохимические (общий белок и его фракции, аль-

бумин-глобулиновый коэффициент, креатинин, мочеви́на, билирубин), бактериологические (аэробная и анаэробная микрофлора перитонеального экссудата), иммунологические (Т- и В-лимфоциты, соотношение Т-хелперов и Т-супрессоров, ЦИКов), тромбоэластографию, инструментальные исследования. Определяли лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ). Тяжесть и прогноз исхода перитонита оценивали по Мангеймскому перитонеальному индексу (МИП), а также индексу АРАСНЕ II.

С применением декомпрессивной лапаротомии и лимфотропной терапии было пролечено 219 больных острым гнойным перитонитом.

Выводы:

1. Пролонгированная декомпрессивная лапаротомия способствует снижению летальности при гнойном перитоните за счет повышения эффективности санации брюшной полости и сокращения ее сроков. Летальные исходы у больных перитонитом составили: в токсической фазе — 2,5 %, в терминальной — 4,5 %.
2. Лимфотропная терапия повышает антибактериальную эффективность лечения больных перитонитом в токсической и терминальной его фазах с 74,6 % до 96,7 %, и снижает количество осложнений с 48 % до 2,5 % и с 90,9 % до 11,2 %, соответственно.

КИСЛОВ Э.Е., ДАНЦИГЕР О.В.
Городская клиническая больница № 1,
г. Новокузнецк

ЧРЕСКОЖНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Среди сосудистых поражений кожи достаточно часто встречаются телеангиэктазии нижних конечностей, количество которых резко увеличивается с возрастом и встречается у 70-80 % женщин. Единичные или множественные сосудистые звездочки встречаются у каждой четвертой женщины в возрасте 25-35 лет, а после родов подобные сосудистые изменения наблюдаются у 80 % женщин (Савельев В.С., 2001).

Чрескожная лазерная коагуляция телеангиэктазий нижних конечностей является наиболее современным способом лечения, который получает все большее распространение в международной флебологической практике.

В нашей клинике курс чрескожной лазерной коагуляции по поводу телеангиэктазий нижних конечностей прошли 38 человек в возрасте от 18 до 52 лет, из них 37 женщин (97,4 %) и один мужчина (2,6 %). Провоцирующими факторами возникновения телеангиэктазий были избыточный вес или его дефицит, артериальная гипертензия, гормональные нарушения после беременности и родов, статические и динамические нагрузки, прием гормональных контрацептивов или заместительная гормонотерапия. Телеангиэктазии разделялись на артериальные, капиллярные и венозные, их диаметр варьировал от 1 до 3 мм. По клиническому проявлению встречались паукообразные, линейные и древовидные телеангиэктазии. Чаще всего они локализовались на задней и латеральной поверхностях бедра, а также на внутренней поверхности голени.

Всем пациентам перед курсом лечения выполнено ультразвуковое дуплексное ангиосканирование вен нижних конечностей с цветным кодированием потоков крови, по данным которого отсутствовали клапанная недостаточность магистральных подкожных и глубоких вен, а также перфорантных вен. Согласно Международной клинико-патологической классификации CEAP, у всех пациентов была 1 стадия заболевания вен нижних конечностей.

Лазерную коагуляцию проводили с помощью Nd: YAG-лазера «Quantum DL» с длиной волны 1064 нм и диаметром пятна лазерного пучка 6 мм. При лечении всегда применялись высокие энергетические показатели лазерного импульса (от 120 до 150 Дж/см²) и его большая продолжительность (от 10 до 16 мсек). Количество вспышек зависело от распространенности процесса. Изначально выполняли пробный импульс, который рассматривался эффективным в случае исчезновения сосуда либо изменения его окраски, т.е. телеангиэктазии становились ярче и темнее. Если таких изменений не происходило, то увеличивали плотность энергии и продолжительность импульса. При этом наблюдали реакцию кожи. При появлении серосинюшной окраски кожи воздействие на данный участок прекращали из-за возможного ожога. После определения оптимальных параметров лазерного импульса начинали обработку сосудов методом «точка за точкой». Чаще на каждый сосуд воздействовали двумя экспозициями лазерного света, при этом перекрытие после-



дующим импульсом предыдущего составляло 3-4 мм.

При уменьшении площади сосудистого поражения и интенсивности его окраски на 50-100 % результат лечения оценивался как хороший, на 25-50 % — удовлетворительный, менее чем на 25 % — неудовлетворительный. После первого сеанса хороший результат зарегистрирован у 22 пациентов (57,9 %), удовлетворительный — у 14 (36,8 %), неудовлетворительный — у 2 (5,3 %). Следующий сеанс лазерной коагуляции выполняли через 3-4 недели, предварительно оценивая клинический эффект и в некоторых случаях изменяли параметры. Число повторных процедур колебалось от 1 до 4.

Среди побочных эффектов лазеротерапии у 65,8 % пациентов встречались эритема, отечность или кровоизлияние в зоне лечения, которые обычно исчезали за период от нескольких часов до двух недель. У трех пациентов (7,9 %) в зоне

лазерного воздействия появилась гиперпигментация кожи, которая самостоятельно исчезла в сроки от трех до пяти месяцев.

Всем пациентам после сеанса лазерной коагуляции рекомендовалось носить компрессионные чулки или колготы I класса, принимать флеботропные препараты, устранить факторы риска, а также в течение месяца воздерживаться от интенсивных физических нагрузок, ультрафиолетового облучения кожи, использования косметических средств в зоне воздействия.

Таким образом, основными положительными моментами чрескожной лазерной коагуляции телеангиэктазий нижних конечностей являются неинвазивность, техническая простота и хороший эстетический эффект.

Возникающие термические повреждения кожи незначительны, легко поддаются консервативной терапии, не вызывают рубцевания и не оказывают влияния на конечный косметический результат.

КИСЛОВ Э.Е., ПАНФИЛОВ С.Д., ГОТЛИБ Д.К., БАТРАКОВ А.М.,
ВАСИН А.С., КАБИРОВ А.В., ГРАЧЕВ А.М., КИРЬЯНОВА Е.В.
*Городская клиническая больница № 29,
МСЧ ОАО «ЗСМК»,
г. Новокузнецк*

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Цель исследования — оценить результаты применения различных методов эфферентной терапии при лечении больных с критической ишемией нижних конечностей (КИНК).

Материалы и методы. В исследование включены 52 человека, из них 43 мужчины (82,7 %) и 9 женщин (17,3 %). Средний возраст больных составил 54,2 года. Этиологическим фактором заболевания у 27 пациентов (51,9 %) был атеросклероз, у 14 (26,9 %) — облитерирующий тромбангиит, у 11 (21,2 %) — диабетическая ангиопатия. У всех больных выявлено окклюзирующее поражение артерий бедренно-подколенно-берцовой зоны с развитием КИНК и отсутствовали необходимые условия для выполнения реконструктивной операции. Диагноз установлен на основании данных рентгеноконтрастной ангиографии, дуплексного сканирования артерий и ультразвуковой доплерометрии с определением лодыжечно-плечевого индекса.

В сроки от 1 года до 7 лет перед курсом ЭГК больным были выполнены следующие операции:

бифуркационное аорто-бедренное шунтирование у 2 пациентов, бедренно-подколенное шунтирование — у 4, поясничная симпатэктомия в сочетании с реваскуляризирующей остеотрепанацией — у 11, тромбэктомия из артерий нижних конечностей — у 2. В сроки от 7 до 20 дней перед курсом ЭГК больным выполнялись операции: бедренно-подколенное шунтирование с последующим тромбозом шунта у 2 больных, поясничная симпатэктомия в сочетании с реваскуляризирующей остеотрепанацией — у 10, тромбэктомия — у 2, «малая» ампутация — у 4. По степени ишемии (классификация А.В. Покровского, 1979) больные распределились следующим образом: III степень — 29 человек (55,8 %), IV степень — 23 человека (44,2 %).

В качестве основной экстракорпоральной операции мы использовали дискретный центрифужный вариант плазмафереза реокорректирующей направленности. Эксфузируемый объем плазмы в соотношении 1 : 1 замещался физиологическим раствором и реополиглюкином. Операция проводилась через 2 дня в течение двух недель. Продолжительность операции составляла, в

среднем, 1,5 часа. Плазмаферез дополняли экстракорпоральной фармакотерапией — проводили реинфузию клеток крови после их инкубации с лекарственными препаратами. Для усиления проникновения препарата внутрь клеток использовали АТФ в дозе 2 мл. Метод сочетался с ультрафиолетовым облучением инкубированной клеточной массы. Тем самым, добивались следующих эффектов: улучшалась микроциркуляция, возрастал транкапиллярный режим, стимулировалось кислородное снабжение органов и тканей, стимулировался коллатеральный кровоток, нормализовался и улучшался липидный обмен. 48 пациентам (92,3 %) выполнено по 5 сеансов эфферентной терапии, 4 больным (7,7 %) — по 4 сеанса. Инкубацию клеточной массы проводили с пентоксифиллином у 31 пациента, с даларгином — у 12. Комбинация пентоксифиллина с даларгином использована у 4 больных, с цефалоспорины — у 3, с преднизолоном — у 2.

Результаты. В сроки до шести месяцев оценивали уровень клинического улучшения или ухудшения состояния пациентов, используя модифицированную таблицу Rutherford et al. (2001). Значительное улучшение зафиксировано у 5 пациентов (9,6 %); умеренное улучшение — у 14 (26,9 %); минимальное улучшение — у 19 (36,5 %); без изменений — у 7 (13,5 %); умеренное ухудшение — у 4 (7,7 %); значительное ухудшение — у 3 (5,8 %). Двум пациентам выполнена

ампутация бедра, трем пациентам — ампутация голени, девяти пациентам — «малая» ампутация. Во время сеансов ЭГК у 6 больных (11,5 %) были зафиксированы эпизоды умеренной гипотонии, которые успешно скорректированы инфузионной терапией. Показатели липидного спектра улучшились у 42 пациентов (80,8 %). В течение курса ЭГК у одного пациента с ишемией конечности IV степени после четвертого сеанса отмечено желудочно-кишечное кровотечение. Больной переведен в общехирургическое отделение, где выполнено ушивание язвы желудка, а в последующем — ампутация голени. Один пациент умер через 3 дня после окончания курса ЭГК. Причиной смерти явился инфаркт миокарда. Средний койко-день составил 35,3 дня.

Выводы: Таким образом, положительный результат использования методов ЭГК получен у 73 % больных с наличием неудовлетворительного дистального артериального русла и КИНК. Комбинация методов ЭГК позволяет потенцировать эффекты основной экстракорпоральной операции, нивелировать ее отрицательные побочные действия, повысить селективность. На основании нашего опыта, мы полагаем, что методы эфферентной терапии необходимо активнее использовать для лечения больных с поражением артерий дистального русла в случаях, когда отсутствуют необходимые условия для выполнения реконструктивной операции.

КИСЛОВ Э.Е., ПАНФИЛОВ С.Д., ЗОЛОЕВ Г.К.

Городская клиническая больница № 29,

МСЧ ОАО «ЗСМК»,

ФГУ Новокузнецкий научно-практический центр

медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов,

г. Новокузнецк

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К ПОЯСНИЧНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ И ОЦЕНКА ЕЕ РЕЗУЛЬТАТОВ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Цель исследования — оценить возможность использования различных инструментальных методов для определения показаний к поясничной симпатэктомии и прогнозирования ее эффективности у пациентов с критической ишемией нижних конечностей.

Материал и методы. В исследование включены 65 пациентов, из них 50 мужчин (76,9 %) и 15 женщин (23,1 %). Средний возраст больных составил 59,2 лет. Этиологическим фактором заболевания в 81,3 % случаев был облитерирующий

атеросклероз, в 18,7 % — облитерирующий тромбангиит и периферическая форма неспецифического аорто-артериита. III степень ишемии (по классификации Покровского А.В., 1979) выявлена у 35 пациентов (53,8 %), IV степень — у 30 (46,2 %). У всех пациентов было выявлено окклюзирующее поражение артерий бедренно-подколенно-берцовой зоны и отсутствовали необходимые условия для выполнения реконструктивной операции. Диагноз был подтвержден данными дуплексного сканирования артерий с

цветным картированием и рентгеноконтрастной ангиографией. В качестве методик прогнозирования всем больным в предоперационном периоде выполнены следующие исследования: стандартная реовазография (РВГ) с нитроглицериновой пробой, ультразвуковая доплерометрия (УЗДМ) с нитроглицериновой пробой и УЗДМ с эпидуральной блокадой.

При УЗДМ измерялось систолическое артериальное давление на передней и задней большеберцовой артерии аппаратом Haedeco ES-1000 SPM, датчиком 8,2 МГц. Вычислялся лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) на каждой из этих артерий. Выполнялись поочередно нитроглицериновая проба и эпидуральная блокада. После этого повторно измерялись показатели скорости кровотока на берцовых артериях, и вычислялся ЛПИ. Увеличение величины ЛПИ на 0,1 и выше рассценивалось как положительный тест. Сохранение прежних величин или их уменьшение рассценивались как отрицательный тест, при котором эффект поясничной симпатэктомии сомнителен. Реовазография с нитроглицериновой пробой выполнялась с помощью реографического преобразователя 2 РГ. Вычислялся реографический индекс (РИ) на голени и стопе до и после приема нитроглицерина.

Результаты. В послеоперационном периоде, используя модифицированную таблицу Rutherford et al. (2001), все больные в сроки до 1 года были разделены на 2 группы. В первой группе — 33 человека (50,8 %) — пациенты с улучшением в клиническом статусе (согласно рекомендуемой шкале +1, +2, +3), 2 группа — 32 человека (49,2 %) — больные с ухудшением (-1, -2, -3).

Положительная нитроглицериновая проба при РВГ в предоперационном периоде зафиксирована в 1 группе у 20 человек (60,6 %), во 2 группе — у 15 (46,9 %); положительная нитроглицериновая проба при УЗДМ в 1 группе зарегистрирована у 11 пациентов (33,3 %), во 2 группе — у 13 (40,6 %); при УЗДМ положительная реакция на эпидуральный блок в 1 группе — у 27 больных (81,8 %), во 2 группе — у 8 (25 %).

Выводы: Таким образом, установлена высокая достоверность УЗДМ с эпидуральной блокадой в качестве методики прогнозирования эффективности операции поясничной симпатэктомии, что позволяет широко использовать ее в клинической практике. Не утратила своего диагностического значения реовазография, которая в комплексе с ультразвуковыми методами исследования периферического кровотока позволяет получить полезную информацию качественного характера.

КОВАЛЬЧУК Е.С., ТАРАСКО А.Д., РОГОВИЕВА О.И.

Городская клиническая больница № 29,

Медсанчасть АО «ЗСМК»,

г. Новокузнецк

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОЖНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

Кожно-пластические операции в амбулаторной хирургии применяются довольно редко. В доступной литературе за последние 10 лет мы нашли лишь одно сообщение по этому разделу хирургии. Работа выполнена в амбулаторном ожоговом центре г. Санкт-Петербурга (2007). В публикации сообщается, что кожная пластика успешно применяется после оперативного удаления рубцов и доброкачественных новообразований кожи.

Мы в своей практике видим значительное число пациентов с длительно незаживающими ранами мягких тканей, которые длительно лечатся амбулаторно.

Представляем первый опыт применения пластических операций, которые были выполнены в хирургическом кабинете поликлиники № 1 МЛПУ ГКБ № 29. За 2007 год нами пролечено четверо больных, которым на последнем эта-

пе лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей выполнены кожно-пластические операции. Из них, двое пациентов с длительно незаживающими ранами голени после вскрытия флегмоны, одна — с трофической язвой голени и один больной — с остеомиелитом пальца кисти. Размеры раневой поверхности варьировали от 6 см² до 35 см².

Показанием к кожной пластике являлось длительное отсутствие эпителизации (больше одного месяца) при наличии свежих «сочных» грануляций в ране. Предварительная подготовка к кожной пластике включала в себя механическую некрэктомию и химическую некрэктомию (наложение повязок с ферментами и 10 % салициловой мази). Одновременно проводилась антибактериальная терапия, с учетом чувствительности патогенной микрофлоры.

Приводим наши наблюдения.

1. **Пациенту К.**, 43 г., в отделении общей хирургии ГKB № 29 произведено вскрытие и дренирование обширной флегмоны голени. После улучшения состояния (купирования генерализованной воспалительной реакции организма) выписан на амбулаторное лечение. В поликлинике выполнена некрэктомия, проводилось местное лечение. Сформировались два раневых дефекта на голени, 20 см² и 8 см² в диаметре, которые не имели тенденции к заживлению. Через полтора месяца от начала лечения выполнена свободная кожная пластика по Тиршу. Кожные трансплантаты взяты на бедре той же конечности пациента. Первая перевязка произведена через 7 дней после аутодермопластики. Кожные лоскуты прижились полностью, раны в последующем эпителизировались и через 12 дней после операции больной выписан к труду.
2. Аналогичным образом, произведено закрытие раневого дефекта на голени площадью 35 см² у **пациента Х.**, 38 лет, после вскрытия флегмоны, полная эпителизация раны наступила на 13 сутки после дерматоластики.
3. У **пациентки П.**, 56 лет, страдающей язвенной формой ПТФС с трофической язвой голени, также произведена свободная кожная пластика по Тиршу. Больная лечилась в поликлинике более 2 месяцев. Применялись флеботропные препараты, антибактериальная терапия по чувствительности к антибиотикам, перевязки, после химической некрэктомии

язва площадью 15 см² заполнилась свежими грануляциями, эпителизация наступила после аутодермопластики на 14 день.

4. В одном случае выполнена полнослойная свободная кожная пластика по Уилсону. **Больной Г.**, 54 г., перенес пандактилит 2-го пальца правой кисти. Ему была произведена ампутация ногтевой фаланги и некрэктомия. В последующем сформировался дефект мягких тканей средней фаланги, который занимал 2/3 диаметра пальца. Дном раны являлась кость. Лечение продолжалось более 2 месяцев, однако тенденции к заживлению не отмечалось. Произведено взятие полнослойного кожного лоскута на бедре, соответствующего размеру раны. На лоскут нанесены надрезы в шахматном порядке, и он фиксирован к краям дефекта тонкими травматическими швами. Дефект кожи в месте взятия трансплантата ушит отдельными швами. После аутодермопластики проводилась антибактериальная терапия путем введения антибиотиков в вену предплечья под жгутом. Кожный лоскут прижился полностью, рана эпителизировалась. Рана в месте взятия лоскута зажила первичным натяжением.

Таким образом, первый опыт применения кожной пластики в амбулаторных условиях позволяет нам утверждать, что применение этого метода для лечения длительно незаживающих ран позволяет сократить сроки лечения. Вопрос о показаниях и противопоказаниях к применению этого метода нуждается в дальнейшем изучении на более представительном материале.

КОРОЛЕВ Д.Г., КРИВОЩЕКОВ Е.П.

ГУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер,
г. Самара

ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ

Рак легкого продолжает оставаться одной из основных причин смерти онкологических больных в мире. Ежегодно в России раком легкого заболевают более 63 тысяч человек, а погибают от него более 60 тысяч. В структуре онкосмертности у мужчин рак легкого занимает первое место, составляя 32 %. До настоящего времени, у 37,7 % больных на момент обращения регистрируется III стадия заболевания, что требует выбора технологически сложных способов лечения. Это заставляет исследователей вновь и вновь пересматривать сложившиеся стереотипы, как в подходах к технике хирургических вмешательств, так и в поиске новых методик лучевой

и лекарственной терапии в комбинированном и комплексном лечении (Харченко В.П., Хмелевский Е.В., 2005).

Улучшение отдаленных результатов лечения рака легкого связывают с разработкой многокомпонентных программ с применением современной химиотерапии. В последние десятилетия интенсивно изучаются возможности использования полихимиотерапии в качестве как неоадьювантного или индукционного компонента, так и в качестве адьювантного компонента комплексного лечения (Переводчикова Н.И., 2000). В этом случае необходимым условием является определение морфологического типа опухоли. Методом морфо-

логической верификации периферического рака легкого является трансторакальная пункция опухоли под ультразвуковым, рентгенологическим или компьютерно-томографическим контролем с цитологическим исследованием пунктата. По данным литературы, диагноз рака удается подтвердить у 80 % больных. На результатах морфологического исследования базируется окончательный диагноз и определяется тактика лечения.

Цель исследования — оценить результаты проведения трансторакальной биопсии периферического рака легкого в условиях отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения Самарского областного клинического онкологического диспансера.

Материалы и методы. Проведен анализ 21 трансторакальной пункции пациентов в возрасте от 23 до 82 лет, осуществленных в нашем отделении на протяжении последних 12 месяцев. Трансторакальная биопсия легкого выполнялась под рентгеновским и УЗ контролем. При биопсии периферических образований легкого использовался передвижной аппарат для рентгеноскопии GE OEC 9800 Plus. Для пункционной биопсии субплевральных образований применялся УЗ аппарат LogicBook (GE). Аспирационная биопсия проводилась с использованием игл Франсена 21G. Вне зависимости от типа контроля (УЗ, рентгеноскопия), биопсия выполнялась в положении лежа, с задержкой дыхания на высоте вдоха. Перед выполнением биопсии выполнялась проба Штанге для оценки времени, которое пациент может провести без дыхательных экскурсий. Местная инфильтрационная анестезия проводилась 0,5 % раствором новокаина или 1 % раствором лидокаина.

Рентгеновский и УЗ контроль развития возможных осложнений осуществлялся непосред-

ственно после проведения пункции, при необходимости — повторно в день проведения и на следующее утро после проведения пункции. При отсутствии осложнений, на следующий день после контрольной рентгеноскопии пациенты выписывались.

Результаты. Морфологическая верификация опухолей была получена у 19 пациентов. В 3-х случаях по результатам цитологии и дополнительных обследований диагноз злокачественного новообразования был снят, и пациенты находятся под динамическим наблюдением. Выявлены следующие гистологические варианты рака легкого: аденокарцинома — 6 случаев, низкодифференцированный и мелкоклеточный рак — 7 случаев, плоскоклеточный рак — 3 случая. Метастаз рака поджелудочной железы — 1 случай. Единичные злокачественные клетки — 3 случая. Осложнение (пневмоторакс) наблюдалось у одного пациента, без значительных клинических проявлений и не потребовало дополнительных вмешательств.

Заключение. Анализ собранного материала позволяет сделать вывод о том, что трансторакальная биопсия легкого в условиях онкологического диспансера является информативным и малоинвазивным методом, позволяющим:

- выполнить морфологическую верификацию для выбора рациональной схемы полихимиотерапии;
- провести дифференциальную диагностику рака легкого;
- помочь в поиске первичного очага при метастатическом поражении легкого.

Все вышеперечисленное, а так же небольшое количество противопоказаний, непродолжительное пребывание пациента на койке и быстрое получение результата делают трансторакальную биопсию ценным диагностическим методом.

КОТЕНЕВ В.В., ПАНФИЛОВ С.Д., КАБИРОВ А.В.,
ВАСИН А.С., ГРАЧЕВ А.М., ПАНФИЛОВА Н.О.
Городская клиническая больница № 29,
МСЧ ОАО «ЗСМК»,
г. Новокузнецк

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АОРТО-ПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА ПРИ ОККЛЮЗИОННО- СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ

Хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей страдает от 5 до 15 % населения РФ. В 80-95 % случаев причиной окклюзионно-стенотического поражения аорто-подвздошного сегмента

сосудистого русла является атеросклероз. Показанием к вмешательству на аорто-подвздошном сегменте является ишемия нижней конечности более 2Б степени. Наряду с открытыми реконструктивными операциями, к основным методам

хирургического лечения относятся и рентгеноэндоваскулярные методики.

Цель работы — анализ результатов и оценка безопасности эндоваскулярной ангиопластики и стентирования аорто-подвздошного сегмента при окклюзионно-стенотических поражениях.

Материалы и методы. С ноября 2005 года выполнено 12 эндоваскулярных вмешательств на аорто-подвздошном сегменте у 11 пациентов в возрасте от 49 до 71 года, средний возраст которых составил 56,6 лет, среди которых 10 мужчин и 1 женщина.

Окклюзионно-стенотические поражения протяженностью 15 мм были у 1 пациента (6,6 %), протяженностью до 20 мм — у 3 пациентов (20 %), в 3 наблюдениях протяженностью до 30 мм (20 %), в 4 случаях стенозирование до 40 мм (26,7 %), поражения более 50 мм были у 4 больных (26,7 %). Одиночный сегментарный характер поражения выявлен у 7 пациентов (63,6 %), двустороннее сегментарное поражение было у 4 больных (36,4 %). В 1 случае причиной заболевания был аортоартериит.

Выполнены следующие эндоваскулярные методики: баллонная ангиопластика на подвздошно-бедренном сегменте (1); ангиопластика со стентированием подвздошных сегментов (9), из них одновременно с 2-х сторон (4); реканализация с ангиопластикой и стентированием подвздошного сегмента при его окклюзии (1); реканализация с рестентированием по поводу ретромбоза в стентированном ранее подвздошном сегменте (1). Обоснованием для проведения эндоваскулярного вмешательства служили результаты инструментальных методов исследования: УЗДГ сосудов нижних конечностей, реовазография, аортоартериография нижних конечностей; осмотр специалистов (сосудистый хирург, невролог). Использовались периферические баллоннорасширяемые стенты Palmaz диаметром 7-9 мм и длиной 39-59 мм в 11 случаях, баллонные катетеры диаметром 6-9 мм, длиной 2-4 см — в 1 случае. Во всех случаях применялся трансаксиллярный левосторонний доступ с катетеризацией артерии по методике Сельдингера под местной анестезией в условиях рентгенооперационной на ангиографическом комплексе Integris CV.

Результаты. Процент степени сужения просвета артерии по данным ангиографического

исследования до проведения эндоваскулярного протезирования составлял от 70 % стеноза (у 7 больных) до субтотального (у 3 пациентов) и окклюзии сосуда (в 2 случаях), что в среднем составило 91,6 %. Во всех наблюдениях присутствовал кальциноз артериальной стенки. Количество имплантируемых стентов составило 15. Среднее давление имплантации стента составило $10,5 \pm 1,7$ атм, время имплантации — $30 \pm 0,8$ сек., трехкратно. Во всех случаях нам удалось достичь восстановления просвета артерии в пораженном участке. На контрольных ангиограммах остаточный стеноз составил $5 \pm 1,4$ %.

Двум пациентам, после выполнения ЭВВ, вторым этапом в плановом порядке, выполнены хирургические операции: в первом наблюдении — тромбэндартерэктомия из наружной подвздошной, бедренной артерий с аутовенозной пластикой, во втором случае — поясничная симпатэктомия.

Интраоперационных осложнений не было. У 2 пациентов в течение последующего года наступил ретромбоз в стентированных сегментах: в 1 случае — через 9 месяцев у пациента с аортоартериитом, по поводу чего выполнена операция рестентирования; во втором случае — через 12 месяцев у пациента с многоуровневым атеросклерозом, который отказался от повторной операции.

Летальных исходов не было.

Выводы:

1. Метод эндоваскулярной ангиопластики и стентирования окклюзионных поражений аорто-подвздошного сегмента является безопасным, высокоэффективным методом лечения. Подобные методы эндопротезирования артерий позволяют достичь удовлетворительных результатов у большинства больных, избежать более травматичного открытого вмешательства, улучшить качество жизни пациентов.
2. Следует проводить дифференцированный отбор пациентов на проведение эндоваскулярной пластики аорто-подвздошного сегмента, учитывать характер и протяженность поражения.
3. При рестенозах после эндоваскулярного лечения возможно выполнение повторных вмешательств.

КОТЕНЕВ В.В., ПАНФИЛОВ С.Д., КАБИРОВ А.В., ВАСИН А.С.,
ГРАЧЕВ А.М., ПАНФИЛОВА Н.О., КАЗАНЦЕВ В.В.

*Городская клиническая больница № 29,
МСЧ ОАО «ЗСМК»,
г. Новокузнецк*

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Окклюзионно-стенотические поражения магистральных ветвей дуги аорты вследствие атеросклероза являются важным этиологическим фактором в развитии ишемического инсульта. Инсульт занимает одно из ведущих мест среди причин инвалидизации и смертности больных. Так, риск развития повторного ишемического инсульта составляет от 5 % до 20 % в год, а смертность от ИИ составляет 12-20 % от общей летальности. Основным вопросом в лечении больных с атеросклеротическим поражением брахиоцефальных артерий остается выбор наиболее оптимального по эффективности и безопасности метода лечения. Наряду с общепринятыми шунтирующими операциями или эндартерэктомией, на фоне развития современных медицинских технологий, в практику активно внедряются методы транслюминальной баллонной ангиопластики и стентирования пораженных сосудов.

Цель работы — анализ первых результатов эндоваскулярной пластики и стентирования брахиоцефальных артерий.

Материалы и методы. С ноября 2005 года в ГКБ № 29 прооперированы 9 больных с «симптомными» стенозами ветвей дуги аорты в возрасте от 48 до 74 лет, средний возраст которых составил 58,4 лет, среди которых было 8 мужчин и 1 женщина. Всем больным проводилось комплексное обследование: осмотр специалистов (сосудистый хирург, нейрохирург, невролог, офтальмолог, отоневролог), инструментальные методы исследования: ультразвуковое исследование экстракраниальных отделов магистральных артерий головы, нейрофизиологическое обследование (ЭЭГ, РЕГ), компьютерная томография головного мозга, селективная церебральная ангиография и аортоартериография. Проведение открытых реконструктивных операций имело повышенный риск развития интраоперационных осложнений во всех случаях за счет наличия сопутствующих соматических заболеваний: гипертоническая болезнь (4), ишемическая болезнь сердца (4), перенесенные инфаркты мозга (4), сахарный диабет (1).

Проведена имплантация 9 стентов, из них у 4 пациентов выполнены операции на внутренней сонной артерии: одномоментное стентирование стеноза проксимального сегмента экстракрани-

ального отдела левой внутренней сонной артерии (3), одномоментное стентирование стеноза проксимального сегмента экстракраниального отдела правой внутренней сонной артерии (1); у 4 больных выполнена эндоваскулярная пластика со стентированием субтотальных стенозов проксимальных сегментов подключичных артерий: первая порция правой подключичной артерии (2), первый сегмент левой подключичной артерии (1), реканализация с одномоментным стентированием 1-го сегмента левой подключичной артерии по поводу ее окклюзии (1). У одного пациента выполнена ангиопластика и стентирование субтотального стеноза участка VI левой позвоночной артерии.

Использовались периферические баллонно-расширяемые стенты Palmaz диаметром от 5 до 9 мм и длиной от 15 до 49 мм — в 4 случаях, коронарный стент (1 наблюдение), самораскрывающийся конусовидный каротидный стент диаметром 6-8 мм и длиной 40-60 мм с системой дистальной защиты от эмболии — в 4 случаях. Применялись трансфеморальный (в 5 случаях) или трансаксиллярный правосторонний либо левосторонний (в 4 случаях) доступы с катетеризацией артерии по методике Сельдингера под местной анестезией в условиях рентгенооперационной на ангиографическом комплексе Integris CV. Во всех случаях использовался контраст — визипак 320 мг йода/мл.

Результаты. Степень сужения просвета артерии, по данным ангиографического исследования, составляла от 70 до 100 % (в среднем, 80,5 %). Во всех случаях нам удалось достичь восстановления просвета артерии в пораженном участке. На контрольных ангиограммах восстановленный просвет артерии достигал от 85 до 100 %, что в среднем составило 95 %. Таким образом, остаточный стеноз составил 5 %. Тромбоэмболических, неврологических нарушений в нашей серии эндоваскулярных вмешательств не было.

В раннем послеоперационном периоде на 1-е сутки получено одно осложнение после имплантации стента в правую подключичную артерию трансаксиллярным доступом в виде формирования пульсирующей гематомы в месте пункции артерии, по поводу чего выполнена операция — ушивание пункционного отверстия, эвакуация

гематомы. В течение следующего года тромбоэмболических осложнений не наблюдалось. У 1 пациента через 11 месяцев развился рестеноз.

Вывод: Эндоваскулярные вмешательства являются эффективным методом лечения окклюзионно-стенозирующих поражений брахиоцефальных

артерий, приводящим к восстановлению просвета артерии. Мининвазивность вмешательства обеспечивает существенные преимущества метода при сравнении с открытыми реконструктивными операциями в случаях наличия у пациентов тяжелой сопутствующей соматической патологии.

КРАСНОВ К.А., АМИНОВ И.Х.

*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. Подгорбунского М.А.,
г. Кемерово*

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Радиочастотная абляция является малоинвазивным методом локальной деструкции, широко применяемым в комбинированном лечении нерезектабельного первичного рака печени и ее метастатического поражения.

В Кузбасском областном гепатологическом центре (КОГЦ) с 2006 года применяется способ радиочастотной термоабляции опухолей печени (РЧА). РЧА проводилась как под контролем УЗИ с чрескожным введением электрода в опухоль, так и во время лапаротомного способа. В нашей практике для РЧА опухоли использовали игольчатый электрод COOL TIP. В работе КОГЦ РЧА применяется как один из элементов комбинированной терапии (химиотерапия в варианте системной или регионарной или их комбинации).

Показаниями к проведению РЧА под УЗИ контролем чрескожным способом были множественные нерезектабельные метастазы в максимальном измерении не более 4 см и наличие «акустического окна» в зоне поражения. Всем больным до проведения РЧА произведена гистологическая верификация диагноза (пункционный способ под УЗИ контролем, диагностическая лапароскопия с прицельной биопсией). РЧА чрескожным способом под УЗИ контролем проведено 3 больным: в одном случае с метастазами протоковой аденокарциномы — в анамнезе операция панкреатогастродуоденальная резекция в 2006 году (РЧА выполнялась дважды), с метастазами колоректального рака (аденокарцинома высокой и умеренной дифференцировки) — в анамнезе левосторонняя гемигепатэктомия по поводу метастатического поражения левой доли, множественными метастазами рака сигмовидной кишки — в анамнезе резекция

сигмовидной кишки, атипичная резекция печени по поводу метастаза.

При отсутствии условия для проведения РЧА чрескожным способом под УЗИ контролем выполняли РЧА при лапаротомном способе, а также использовали РЧА в лечении нерезектабельных метастазов, выявленных в ходе ревизии при лапаротомном способе. Лапаротомный способ дополняли регионарной химиотерапией (интраоперационная химиоинфузия и эмболизация собственной печеночной артерии). РЧА при лапаротомном способе проведено 4 больным (множественные гепатомы обеих долей печени, гепатоцеллюлярный рак с внутриорганными метастазами, метастазы колоректального рака — 2).

Клинические проявления «постабляционного синдрома» после РЧА под УЗИ контролем отмечены в одном случае, купированы на фоне консервативных мероприятий. В двух случаях после РЧА при лапаротомном способе отмечены клинические проявления «постабляционного синдрома» (купированы на фоне консервативных мероприятий); в одном случае у пациентки после проведения абляции-резекции (множественные гепатомы обеих долей печени) развилась клиника тяжелого постабляционного синдрома, внутрибрюшного аррозивного кровотечения. По поводу развившихся осложнений у данной больной выполнены релапаротомии и применены лечебно-диагностические пункции жидкостных образований с положительным клиническим эффектом. Летальных исходов после применения РЧА не было. Во всех случаях с использованием РЧА у пациентов отмечено клиническое улучшение.

В настоящее время приводится динамическое контрольное наблюдение за больными.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ
ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ
И КОАГУЛИРУЮЩЕЙ ТЕХНИКИ

В последнее время наметилась тенденция к увеличению количества больных с очаговыми поражениями печени различного генеза. Причиной этому стало мощное развитие диагностических баз лечебных учреждений, позволяющих повысить выявляемость данной патологии.

Исследование проводилось на базе КОГЦ. За период с 2003 по 2007 гг. обследовано 143 больных с объемными образованиями печени, из них радикальное хирургическое лечение проведено 56 больным. Нозологический спектр оперированных больных включал: гемангиомы — 21, метастатические поражения печени — 18, нодулярная гиперплазия — 5, аденокарцинома — 2, злокачественный карциноид — 2, холангиоцеллюлярный рак — 1, гепатоцеллюлярный рак — 4, непаразитарные кисты — 3. В диагностике, помимо рутинных клинико-лабораторных исследований, использованы следующие методы: оценка уровня специфических маркеров в сыворотке (РЭА, СА 19-9), рентгенография ОГК, УЗИ, КТГ с болюсным контрастированием, при необходимости, ангиография и лапароскопия. Спектр хирургических вмешательств составил: правосторонние гемигепатэктомии (18), левосторонние гемигепатэктомии (5), атипичные резекции (15), левосторонние кавальные лобэктомии (8), резекция 5 сегмента печени (1), анатомические резекции сегментов печени (2), энуклеации (8), фенестрации (2), в двух случаях операции дополнялись радиочастотной аблацией.

Особенностью явилась запущенность случаев и, как следствие, большие размеры опухолей, контакт с крупными сосудами, желчными протоками. Положительным моментом в проведении хирургического лечения было наличие в арсенале современной коагулирующей аппаратуры: аргон-усиливающей коагуляции (valleylab) и Liga-SURE. Для скелитизации и последующей обработки трубчатых структур печени применялись ультразвуковой деструктор-аспиратор CUSA и ультразвуковой скальпель. С целью выявления ранее не диагностированных внутриорганных образований и наличия связи с сосудистыми структурами, выполнялось интраоперационное УЗИ.

После внедрения современных коагуляторов, на базе КОГЦ в период с 2003-07 гг. были полу-

чены следующие осложнения: правосторонний реактивный плеврит (4), серома (2), скопление жидкости в поддиафрагмальном пространстве (2), поддиафрагмальный желчный затек (1), нагноение послеоперационной раны (2), печеночная недостаточность (3), абсцесс области культи печени (1 — разрешен пункционно-дренирующим способом), асептический краевой некроз культи печени, формирование неполного наружного желчного свища (1 — закрылся на фоне перевязок). Не отмечено ни одного летального случая. По данным литературы, при отсутствии оснащения операционных современной коагулирующей техникой, общий процент осложнений был выше.

Результаты. Применение современных методов позволило снизить кровопотерю во время операции, установить стойкий окончательный гемостаз, снизить риск послеоперационных осложнений, сократить время оперативного вмешательства и снизить травматичность основного этапа операции, тем самым, обеспечить меньший процент послеоперационных осложнений, сократить число койко-дней, способствовать более быстрой реабилитации больных.

Закключение. На наш взгляд, основной проблемой лечения очаговых поражений печени является поздняя выявляемость данной патологии. При подозрении на очаговое образование, больной должен быть направлен в специализированный центр для дообследования. После подтверждения диагноза, необходимо решение вопроса о возможности и виде радикального оперативного лечения, а также дополнении его другими методами (радиочастотная аблация, регионарная и системная химиотерапия).

Тактика лечения решается индивидуально для каждого больного, что возможно только на базе специализированных центров, располагающих достаточной научно-практической базой и оснащенных необходимым современным оборудованием. Применение всего арсенала современной техники наглядно продемонстрировало достоинства и преимущества этих методов, что является обоснованным и новым современным этапом в лечении больных с очаговыми образованиями печени различного генеза.



КРАСНОВ К.А., ООРЖАК О.В., СТАРЦЕВ А.Б.
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

ЛЕЧЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫМИ МЕТОДАМИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является весьма распространенной. Рост заболеваемости ЖКБ, отмеченный в последние десятилетия, сопровождается ростом ее осложненных форм. Среди осложнений одно из ведущих мест занимает холедохолитиаз, который встречается примерно у 15 % больных ЖКБ. Современная тенденция развития подходов к лечению холецистохоледохолитиаза заключается в стремлении к более широкому применению миниинвазивных методов, позволяющих добиться оптимального результата при минимальной операционной травме.

В настоящее время тактика лечения ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, окончательно не определена. Наибольшее распространение завоевал так называемый двухэтапный способ, когда холедохолитиаз устраняют до операции путем проведения ретроградной холангиопанкреатографии, дополненной эндоскопической папиллотомией (РХПГ + ЭПТ), а вторым этапом производят лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ). Такой подход имеет ряд очевидных достоинств (уменьшение продолжительности времени операции, одновременная коррекция сопутствующего папиллостеноза, возможность выполнения малотравматичной декомпрессии билиарного тракта при острой блокаде терминального отдела холедоха).

Альтернативным является одноэтапный способ, когда вмешательство на общем желчном протоке и холецистэктомия выполняются во время операции, проводимой из мини-доступа. При этом холедохолитиаз устраняют путем холедохотомии или через пузырный проток, не разрушая сфин-

ктер Одди. Папиллотомия проводится только при выявлении сопутствующего папиллостеноза и может быть выполнена как во время операции, так и после нее.

В КОГЦ применяются все способы малоинвазивного лечения ЖКБ. ЛХЭ выполняется с 1995 года. В течение последних пяти лет ежегодно в среднем проводятся 644 ± 21 ЛХЭ, РХПГ выполняется в 311 ± 28 случаев, в 239 ± 19 случаях РХПГ дополнялась ЭПТ. Из 3223-х ЛХЭ, выполненных за пять лет, конверсия потребовалась в 11 случаях (0,34 %). Холецистэктомия из мини-доступа применяется с 2004 года. С этого времени было выполнено 38 ХЭ из мини-доступа. Из них, в четырех случаях холецистэктомия сочеталась с холедохотомией, холедохолитоэкстракцией. Всего осложнения после ХЭ из мини-доступа развились в 10 случаях (26 % от всех ХЭ из мини-доступа). Двое больных умерли (в одном случае причина смерти — панкреонекроз, в другом — инфаркт миокарда).

В результате применения мини-доступа получены следующие осложнения: ятрогения (1), нагноение послеоперационной раны (5), серомы шва (2). Ятрогенная травма потребовала конверсии и гепатикоеюностомии на выключенной по Ру петле тонкой кишки. Нагноения и серомы были купированы перевязками. Учитывая полученные результаты, мы пришли к выводу, что одноэтапные миниинвазивные вмешательства у больных с осложненным течением ЖКБ повышают риск послеоперационных осложнений, и придерживаемся двухэтапного подхода в лечении данной категории больных.

КРАСНОВ К.А., ПЕЛЬЦ В.А., РАДИОНОВ И.А
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО ЛЕЧЕБНОГО АЛГОРИТМА БОЛЬНЫМ СТЕРИЛЬНЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Острые скопления жидкости и острые постнекротические кисты являются наиболее частым осложнением стерильного панкреонекроза. Цифры летальности при этом заболевании остаются на неизменно высоком уровне, по

данным различных авторов составляют от 12 до 80 %.

Цель работы — улучшение результатов лечения больных стерильным панкреонекрозом, осложненным формированием острой постнекро-

тической кисты в проекции сальниковой сумки. В настоящее время, по данным литературы, при осложнении панкреонекроза применяются различные методики дренирования кист, от применения внутреннего дренирования, до выполнения лапаротомных дренирующих вмешательств.

В течение 2007 года больным со стерильным панкреонекрозом, осложненным острыми постнекротическими кистами поджелудочной железы, применен усовершенствованный лечебный алгоритм, заключающийся в применении дренирующего метода под УЗ контролем на 1 этапе лечения данной категории больных. Показаниями к его применению явились острые постнекротические кисты поджелудочной железы размерами от 10 см и более, в одном из измерений, при отсутствии секвестров в их полости.

У большинства больных главным этиологическим фактором заболевания являлось злоупотребление алкоголем. Всем больным выполняли мультиспиральную компьютерную томографию брюшной полости с болюсным контрастированием. В ходе применения дренирующей методики под УЗИ учитывали возраст и общее состояние больных, локализацию и связь кисты с близлежащими органами, ее величину, толщину ее стенки. Ультразвуковой контроль в послеоперационном периоде осуществляли в режиме «по требова-

нию», через два-три дня от первичного вмешательства.

Дренирующая методика под УЗ контролем применена 36 больным, как окончательный этап — 5 больным. Послеоперационной летальности не было. Специфических осложнений не отмечено.

Применение дренирующей методики в лечении больных стерильными острыми постнекротическими кистами поджелудочной железы позволило уменьшить продолжительность госпитализации в 1,8 раза и избежать выполнения лапаротомных вмешательств в данной группе.

Выводы:

1. Применение дренирующей методики под УЗ контролем больным стерильным панкреонекрозом, осложненным острым скоплением жидкости в сальниковой сумке, в наиболее ранние сроки от начала заболевания позволяет избежать развития потенциально вероятных осложнений кист (нагноение, кровотечение).
2. Дифференцированное применение малотравматичных вмешательств при стерильном панкреонекрозе позволяет улучшить результаты лечения больных путем снижения процента специфических осложнений и летальности, количества «открытых» вмешательств, сроков госпитализации.

КРАСНОПЕРОВ А.В.

*НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
г. Северск*

ФОРМИРОВАНИЕ КОЛОСТОМЫ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ

Из всех больных в возрасте от 37 до 83 лет, оперированных в нашей клинике за последнее десятилетие по поводу колоректального рака, в 31,9 % случаев операция закончилась формированием колостомы из различных отделов толстой кишки. В их числе было 8,1 % двустольных, 6,3 % подвесных и 85,6 % плоских концевых колостом. Вследствие отсутствия управляемого контроля за опорожнением колостомы, проблема социально-трудовой реабилитации данной категории пациентов оставалась нерешенной и неотъемлемо приводила к инвалидизации основного числа лиц трудоспособного возраста.

Для улучшения непосредственных и отдаленных результатов колостомии нами разработан в эксперименте и внедрен в клиническую практику способ забрюшинной резервуарно-удерживающей колостомы. Способ осуществляется следующим

образом. После пересечения сигмовидной кишки, конец проксимальной петли пристеночно освобождается от брыжейки и жировых подвесок. Отступив от линии механического шва, производится циркулярное рассечение серозномышечного слоя кишки. Освобожденный край циркулярно отсепаируется от подслизистой основы и заворачивается в форме манжетки. Манжетка фиксируется узловыми швами по всей окружности кишки. С целью создания резервуара перед мышечным жомом производится серозомиотомия на протяжении 10 см. Приводящая кишка перемещается в заранее сформированный забрюшинный канал. При этом участок петли, подвергнутый серозомиотомии, должен находиться экстраперитонеально, а мышечный жом — располагаться в мышечном слое под апоневрозом передней брюшной стенки.



По разработанной методике прооперировано 53 больных. Обследованы 44 больных в сроки 3, 6 и 12 месяцев, активных жалоб не предъявляли и считали себя социально-реабилитированными. При этом отмечалось ежесуточное однократное, реже двукратное, опорожнение стомы с обязательными предвестниками (позывом) к дефекации, продолжительностью опорожнения 3-10 минут. У 38,3 % больных появилась возможность сдерживать дефекацию до 15 минут. Резервуар-

ная функция искусственного накопителя кала изучена с помощью комплексной лучевой диагностики. Средний объем резервуара, по данным ультразвукографии, составлял 143,7-157 см³, а по данным рентгенографии — 113,04-137,3 см³.

Таким образом, клиническое внедрение резервуарно-удерживающей колостомы свидетельствует об улучшении функциональных результатов операций, конечным этапом которых является формирование искусственного ануса.

КРАСНОПЕРОВ А.В., ЖЕРЛОВА Т.Г., КЛОКОВ С.С., МИРОНОВА Е.Б.
*НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
г. Северск*

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В КОМПЛЕКСНОМ И КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С 2002 года в клинике НИИ гастроэнтерологии СибГМУ выполнено 29 одномоментных реконструктивно-пластических операций с использованием ТРАМ-лоскута. Возраст женщин варьировал от 43 до 65 лет. При этом, 57,9 % пациенток находились в возрасте от 40 до 49 лет, то есть в социально-активном и творческом периоде. в репродуктивном периоде находились 31,6 % женщин, в менопаузе — 42,1 %, в постменопаузе — 5 (2,6 %) пациенток. Рак левой молочной железы диагностирован в 63,2 % случаев, рак правой молочной железы — в 36,8 % наблюдений. Наиболее часто опухоль локализовалась в верхних квадрантах: в 42,1 % случаев — в верхненаружном квадранте, в 21,1 % — в верхне-внутреннем, локализация опухоли в нижне-наружном квадранте отмечена в 10,5 % наблюдений и центральных отделах молочной железы — в 21,1 % случаев. В большинстве случаев размеры опухоли соответствовали критерию T₂ — 57,9 %, у 5 пациенток (26,3 %) размеры опухоли были более 5 см, и только в трех наблюдениях (15,8 %) определялась опухоль размерами менее 2 см. В 26,3 % случаев отмечена заинтересованность аксиллярных лимфатических узлов в опухолевом процессе.

Морфологическая верификация диагноза рака молочной железы была выполнена у всех пациенток.

Все больные получили комбинированное или комплексное лечение в зависимости от стадии процесса. 7 пациенткам из 19 (36,8 %) в предоперационном периоде проводились курсы неoadъювантной химиотерапии по программе FAC (3-4 курса). Общий эффект химиотерапии составил 42,9 %, причем в одном наблюдении (14,3 %) была достигнута полная регрессия опухоли, под-

твержденная морфологически.

Мастэктомия по Маддену выполнена в 73,7 % наблюдений, в пяти случаях (26,3 %) — по Пейти. При локализации опухоли во внутренних квадрантах или центральной области радикальная мастэктомия дополнялась торакоскопической парастеральной лимфодиссекцией — 36,8 % наблюдений.

На втором этапе хирургического вмешательства выполнялась реконструкция молочной железы. Выбор способа реконструкции основывался на следующих позициях: наличие достаточного объема донорской ткани, возможность создания гиперкоррекции, возможность повышения кровоснабжения лоскута и предупреждения возникновения косметических дефектов в донорской зоне. На наш взгляд, торакодорзальный лоскут имеет преимущества в расположении к реципиентной зоне, в кровоснабжении. В то же время, объем формируемого лоскута позволяет выполнить пластику при небольшом размере молочной железы, а забор лоскута приводит к появлению другого косметического эффекта.

Исходя из изложенных позиций, для пластики молочной железы нами использован нижний поперечный кожно-мышечный лоскут передней брюшной стенки живота, в 17 случаях (89,5 %) использован ТРАМ-лоскут на контрлатеральной ножке, в 2 наблюдениях (10,5 %) — с сосудистой подкачкой. В раннем послеоперационном периоде у четырех пациенток (21,1 %) развились краевые некрозы лоскута. В 26,3 % наблюдений частично или полностью укрывали донорский лоскут кожей реципиентной зоны, что позволило значительно снизить риск развития некрозов, ни в одном случае некроза не возникло. Профилакти-



тика венозного стаза включала в себя применение сосудистой терапии, гирудотерапии.

Всем пациенткам, в зависимости от иммуногистохимического исследования опухоли, в послеоперационном периоде проводилось химиолучевое лечение. В 84,2 % наблюдений в послеоперационном периоде проводилась адъювантная химиотерапия по схемам СМР (до 6 курсов) и FАC (до 4 курсов), при обнаружении метастазов в лимфатических узлах — послеоперационная лучевая терапия на грудную стенку и зоны регионарного метастазирования в суммарной очаговой дозе 40 Гр. В зависимости от состояния менструальной функции, больные получали различные виды стандартной гормональной терапии.

Основной задачей реконструкции груди является устранение косметического дефекта и улучшение условий для социальной реабилитации. Отличные и хорошие косметические результаты получены в 68,4 % наблюдениях. При оценке

психологического состояния, 73,7 % пациенток отмечают важность реконструктивной операции в восстановлении от физической и психической травмы.

Отдаленные результаты лечения не приводятся в связи с небольшим сроком наблюдения, но судьба всех пациенток прослежена: одна пациентка умерла от прогрессирования заболевания в сроки 19 месяцев, одна пациентка жива с рецидивом заболевания в сроки 15 месяцев, остальные 17 больных рецидива и прогрессирования в сроки от 3 до 29 месяцев наблюдения.

Таким образом, одномоментные реконструктивно-пластические операции являются операциями выбора в лечении больных раком молочной железы у женщин молодого и среднего возраста, и не препятствуют проведению комбинированной или комплексной терапии, а также улучшают качество жизни, что способствует психологической и социальной реабилитации женщин.

КРЕСТЬЯНИНОВ А.Е., ТАРАСКО А.Д., ЛИХАЧЕВ А.Г.,
САЛАМАНОВ В.И., ХАБИБУЛЛИН А.М.
*Городская клиническая больница № 2,
г. Новокузнецк*

ПЕРВЫЙ ОПЫТ КАТЕТЕРНОГО СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ ПОДКОЖНЫХ ВЕН В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Наиболее эффективным средством в лечении варикозной болезни нижних конечностей (ВБ), несомненно, является оперативное вмешательство. Главной целью операции является удаление патологически измененных подкожных вен, устранение венозного рефлюкса и, как следствие, уменьшение степени венозной недостаточности. История хирургии ВБ помнит множество вариантов удаления стволов и притоков магистральных вен, способов лигирования перфорантных вен, с использованием разнообразного инструментария и технических средств. На протяжении многих лет хирурги стремились достичь не только максимальной эффективности операции, но и ее минимальной травматичности, а так же снизить количество послеоперационных осложнений.

Жизнь современного человека в условиях высокой урбанизации, с ее высоким темпом и жесткой конкуренцией, диктует необходимость минимальных сроков временной нетрудоспособности в послеоперационном периоде. Пациенты нуждаются в таком методе оперативного лечения ВБ, который обеспечил бы эффективное и быстрое восстановление здоровья и трудоспособности и сопровождался бы минимальным послеопераци-

онным дискомфортом. К сожалению, флебэктомия не всегда соответствует выдвинутым требованиям. Зачастую необходимость длительного отрыва от работы, связанная с сопровождающими флебэктомию последствиями, а так же боязнь осложнений, отворачивают пациентов от столь нужной им, своевременной операции. Стремление достичь оптимального сочетания эффективности, малой травматичности и косметичности при проведении оперативного вмешательства привело нас к внедрению альтернативного метода — катетерного склерозирования (КС) подкожных вен нижних конечностей. Всего в течение второго полугодия 2007 года по данной методике выполнено 7 операций. Сроки наблюдения пациентов после операции составили от 2 до 6 месяцев.

На этапе отработки методики операции КС данное вмешательство предлагалось пациентам в качестве альтернативы флебэктомии. Необходимыми условиями отбора пациентов на операцию КС были следующие: клинический класс С2 по СЕАР, наличие рефлюкса по большой подкожной вене (БПВ) в положении стоя по данным ультразвукового ангиосканирования, отсутствие острого тромботического процесса в любом сосудистом бассейне. Конечно же, не должно быть и

абсолютных противопоказаний к плановой флебэктомии.

Подготовка к операции проводилась стандартно. Для обезболивания применялась местная инфильтрационная анестезия. В 6 случаях применено тотальное склерозирование БПВ, в 1 случае — короткий стриппинг БПВ (от устья до верхней трети голени) сочетался с катетерным склерозированием на голени. Во всех случаях выполнялось эпифасциальное лигирование недостаточных перфорантных вен из отдельных небольших разрезов. Тотчас после склерозирования БПВ накладывался эластичный бинт. Сразу же после операции пациенты выполняли гимнастику, направленную на профилактику тромбозных осложнений, через 2 часа после операции разрешалось вставать. Через 3-6 часов после операции пациент, в сопровождении медицинского персонала отделения, доставлялся домой автомобильным транспортом. Далее ведение больного осуществлялось по принципу стационара на дому.

Во время осмотров после хирургического вмешательства по данной методике отмечались: незначительная выраженность болевого синдрома и тяжести в ногах, небольшая отечность нижних конечностей, отсутствие значительных гематом на нижней конечности, отмечались лишь небольшие гематомы в верхней трети бедра, а также в каждом третьем случае имело место появление небольших участков со снижением чувствительности.

Сроки нетрудоспособности после операции составили от 7 до 28 дней, что очевидно меньше

пребывания на больничном листе пациентов после флебэктомии. Венозных тромбозных осложнений, случаев нагноения послеоперационных ран, значительного повреждения периферических нервов мы не регистрировали. Пока мы стоим в начале пути. Сроки наблюдения больных после операции по данной методике, конечно же, незначительны, необходимо длительное наблюдение и более тщательный анализ полученных результатов. Важно изучить частоту рецидивов и их причины.

На основании полученного опыта и литературных данных будет возможно более четко выработать критерии отбора больных, уточнить показания и противопоказания к такой методике операции. Однако первый опыт операций по методике катетерного склерозирования в амбулаторных условиях позволил сделать несколько предварительных выводов. После выполнения операции по методике катетерного склерозирования пациенты отмечали менее выраженную раневую боль, а потому их мобильность оказалась значительно выше. Сроки временной нетрудоспособности после операции значительно сократились, что демонстрирует несомненный экономический эффект. Кроме того, что особенно важно для женщин, косметические преимущества данного вмешательства.

Первый опыт применения данной методики оперативного вмешательства в условиях Отделения амбулаторной хирургии, на наш взгляд, позволяет сделать вывод о перспективности применения данной методики в амбулаторной практике.

КРЕСТЬЯНИНОВ А.Е., ТАРАСКО А.Д., ЛИХАЧЕВ А.Г.,
САЛАМАНОВ В.И., ХАБИБУЛЛИН А.М.

*Городская клиническая больница № 2,
г. Новокузнецк*

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Варикозная болезнь вен нижних конечностей (ВБВНК) — самая распространенная патология периферических сосудов. Ею страдают 26-38 % женщин и 10-20 % мужчин трудоспособного возраста. Наблюдается постоянный рост заболеваемости. Ее течение часто приводит к осложнениям, что приводит к огромным экономическим потерям и значительно снижает качество жизни. Все это делает эту проблему важной и социально значимой.

В настоящее время в хирургии активно внедряются малотравматичные и косметичные методики

оперативных вмешательств. Особенно широко такие методики разрабатываются и применяются у больных с ВБВНК в амбулаторных условиях. Это способствует повышению безопасности операции и улучшению качества жизни больных.

За шесть с половиной лет, с 2000 года по июль 2006 года, в отделении амбулаторной хирургии оперированы 92 пациента с ВБВНК, которым выполнено 95 операций (трое больных оперированы на двух нижних конечностях).

Принципиальной особенностью организации работы в отделении является ведение больного



с момента обследования до выздоровления с последующей диспансеризацией в течение 3 лет у одного врача.

Среди оперированных больных было 74 женщины (80 %) и 18 мужчин (20 %). Подавляющее большинство больных (90 %) составили лица активного трудоспособного возраста от 21 до 55 лет. Поражение левой нижней конечности встречалось в 43 % случаев, правой — в 25 %, двухстороннее поражение — в 32 %. У большинства больных ВБВНК развивалось в бассейне большой подкожной вены (БПВ) — 86 (91,5 %), в бассейне малой подкожной вены — 3 (2,9 %), в бассейнах обеих подкожных вен — у 4 больных (3,8 %). В 2 случаях (1,9 %) имел место латеральный варикоз.

При определении стадии варикозной болезни мы придерживались классификации Савельева В.С. (1976). Среди наших пациентов с ВБВНК: 1 стадия диагностирована на 7 конечностях (6,7 %), 2 стадия — на 74 (70,3 %), 3 стадия — на 14 конечностях (13,3 %). По поводу рецидива заболевания (операционного и после склеротерапии) операция выполнена на 3 конечностях (2,9 %).

При хирургическом лечении больных мы применяли классические принципы флебэктомии, которые совпадают со стандартами диагностики и лечения. Кроссэктомии выполняли из небольшого (3-4 см) поперечного разреза над проекцией БПВ в паховой складке. Удаление БПВ осуществляли инвагинирующим зондом. Для профилактики гематом при удалении БПВ на бедре в процессе тракции зонда натягивающиеся крупные притоки вены извлекали через отдельные разрезы кожи, лигировали и отсекали проксимальный конец притока. После извлечения БПВ прижимали ткани в ее проекции рукой в течение 7 минут. Ствол БПВ на голени (после перевязки всех его истоков из поперечного разреза длиной 5-8 мм ниже внутренней лодыжки) удаляли с помощью инвагинирующего веноэкстрактора. Все разрезы на коже производили строго по ходу эластических волокон (линий Лангера) минимальной длины с последующим наложением кожных швов. Часто применяли швы Донати.

В качестве самостоятельной операции (минифлебэктомии) удаление отдельных варикозно расширенных венозных ветвей выполнено у 13 пациентов с 1 стадией заболевания и у 11 больных

со 2 стадией (удаление варикозно расширенных притоков и надфасциальная перфорантэктомия) при наличии у них нижнего вено-венозного рефлюкса. Этот метод использован и у пациентов с послеоперационным рецидивом заболевания, связанным с прогрессированием варикозной болезни. Хочется отметить небольшую частоту применения флебэктомии по Нарату, этот метод мы используем только при удалении конгломератов резко расширенных вен с наличием перифлебита.

В этой ситуации мы стараемся уменьшить операционную травму, применяя минимальные разрезы (4-6 мм), используем метод тунелизации. В большинстве случаев перфорантэктомий мы применяем метод Коккета.

Послеоперационные осложнения отмечены в 7 случаях (7,3 %) на 95 операций: гематома в области удаленной вены 5 (5,3 %), посттравматическая транзиторная невропатия ветвей кожного нерва. Гематомы в 4 случаях потребовали снятия швов, ревизии раны и отразились на сроках лечения, но не на конечном результате. Средний койко-день составил 0,9, продолжительность лечения — 21-45 дней, длительность нетрудоспособности — 18-55 дней.

Все оперированные больные находятся под наблюдением оперирующего хирурга в течение 3 лет с обязательным ежегодным осмотром, а в течение первого года больные осматриваются дважды. Всем пациентам рекомендуем ношение лечебного трикотажа второго класса компрессии в течение трех месяцев. После контрольного осмотра через 3 месяца компрессионную терапию проводим по показаниям. Больные с осложненной формой ВБВНК получают медикаментозное и физиолечение курсами. Отдаленные результаты от 1 до 5 лет прослежены у 58 больных. Хорошие и отличные результаты отмечены у 55 больных, удовлетворительные — у 3 больных с 3 стадией заболевания. Все пациенты оценили косметический результат лечения как хороший и отличный.

Применение и дальнейшее совершенствование минимально инвазивных методик лечения ВБВНК в амбулаторных условиях создает благоприятные условия для развития амбулаторной флебохирургии. Амбулаторное лечение ведет к уменьшению сроков лечения и нетрудоспособности пациентов при достижении отличных косметических результатов.





КРУГЛОВ В.Г.

НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
г. Северск

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Несмотря на значительные успехи в изучении представлений о патогенезе острого панкреатита, применение современных медикаментозных и оперативных способов лечения, летальность, при деструктивных формах заболевания остается высокой, достигая 20-30 % и более, становясь максимальным у пациентов с тотальным некрозом железы.

Другим, не менее важным, остается вопрос о выборе способа оперативного лечения деструктивного панкреатита. Высокая послеоперационная летальность, большое количество осложнений заставляют хирургов пересматривать свое отношение к «открытым» операциям, особенно в фазе панкреатогенной токсемии. Все больше исследователей отдают предпочтение лапароскопии или использованию малоинвазивных пункционных и дренирующих методик под контролем УЗИ или КТ.

С 1990 по 2007 гг. под нашим наблюдением находились 1481 больной с острым панкреатитом. Среди пациентов было 689 мужчин и 792 женщины в возрасте от 21 года до 79 лет. Средний кой-день составил 14,9 суток.

Отечная форма острого панкреатита имела место у 1272 больных (85,9 %), деструктивные – у 209 (14,1 %), в том числе геморрагический панкреонекроз – 112 (7,6 %) и жировой – 97 (6,5 %). Оценка тяжести состояния проводилась по шкале Ranson.

Общая летальность составила 4,8 %, послеоперационная – 25,3 %.

При наличии отеочной формы панкреатита и количестве баллов по шкале Ranson менее 3 назначали консервативное лечение, которое включало: антисекреторную терапию (5-фторурацил, сандостатин), парентеральные формы H_2 -блокаторов или ингибиторов протонной помпы, антиферментные (контрикал, гордокс), при необходимости длительного (более 48 часов) голодания назначали нутритивную поддержку – зондовое энтеральное питание сбалансированными смесями. Антибактериальная терапия этой группе пациентов не проводилась. Дли-

тельность проводимой консервативной терапии определялась клиникой заболевания и корректировалась на основании данных инструментальных (УЗИ, ЭФГДС, лапароскопия, КТ с внутривенным усилением) и лабораторных методов исследований.

У пациентов с тяжелыми формами панкреатита (тяжесть состояния по Ranson более 4 баллов), на фоне признаков деструкции железы, в схему лечения включали антибактериальные препараты, в первую очередь группы карбапенемов и цефалоспоринов III поколения.

Оперативное пособие было оказано 194 пациентам с деструктивными формами острого панкреатита, что составило 92,8 %.

До 1999 г. методом выбора хирургического лечения была открытая лапаротомия, во время которой по показаниям выполняли некрэктомию, абдоминализацию поджелудочной железы, дренирование. С 2000 г. в лечении деструктивного панкреатита широко используется лапароскопия с обязательным дренированием желчного дерева (транспеченочная холецистостомия) и брюшной полости (четырьмя трубками в стандартных точках).

Показаниями к выполнению лапароскопии в динамике были программируемые лапароскопии с санацией брюшной полости при распространенном перитоните; ухудшение клинической картины у пациента с отеочным панкреатитом.

«Открытые» операции были выполнены у 88 пациентов (45,4 %), малоинвазивные вмешательства – у 106 (54,6 %).

Летальность после лапароскопических вмешательств составила 17,9 %, после «открытых» – 37,5 %.

Таким образом, выработанная в клинике тактика индивидуального подхода к выбору метода лечения больных острым деструктивным панкреатитом в зависимости от стадии течения и наличия осложнений, применение новых, малоинвазивных технологий, позволили снизить общую и послеоперационную летальность.





КУЗНЕЦОВ В.В., КОРОТКЕВИЧ А.Г., ФАЕВ А.А.

*Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк*

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА С ПОМОЩЬЮ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

В клинике хирургии, эндоскопии и урологии ГKB № 29 г. Новокузнецка с 2006 по 2007 гг. проводилось хирургическое лечение 27 пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, в возрасте от 26 до 61 года. Мужчин было 8 (29,6 %), женщин — 19 (70,4 %).

Показаниями к оперативному лечению были: 1) неэффективность консервативного комплексного лечения рефлюкс-эзофагита (РЭ) в течение минимум 1 года (сохранение симптомов на фоне лечения, рецидив симптомов после отмены ИПП), 2) рефлюкс-эзофагит на фоне ГПОД I-II ст., 3) сочетания ГЭРБ с язвенной болезнью ДПК, хроническим калькулезным холециститом, вентральными грыжами.

Условиями для хирургического лечения рефлюкс-эзофагита считаем — возраст до 60 лет, выраженный регургитационный синдром, типичные симптомы эзофагита, мотивированность пациента, неэффективность комплексного консервативного лечения, наличие стойких морфологических изменений в области кардии.

Предоперационная подготовка включала терапию ингибиторами протонной помпы, прокинетики минимум 2 недели до вмешательства. Проводилось обследование: рентгенография пищевода, желудка, ДПК, ЭГДС, биопсия слизистой пищевода при подозрении на метаплазию. По данным рентгенографии, ГПОД выявлена у 11 пациентов (40,7 %), желудочно-пищеводный рефлюкс и признаки эзофагита — у 16 (59,3 %). Пищеводная манометрия и 24-часовая рН-метрия не проводились, в связи с этим пациентам с атипичными синдромами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и наличием дисфагии рекомендовалось лечение в специализированных учреждениях.

Коррекция пищеводно-желудочного перехода проводилась с использованием видеолапароскопической технологии. В качестве антирефлюксной операции выполнялась фундопликация по Ниссену — 5 человек, Ниссену-Розетти — 18, Тупее — 3. Симультантные вмешательства (лапароскопическая ваготомия, холецистэктомия, герниопластика) проведены у 13 пациентов (48,1 %). В обязательном порядке выполняли крурорафию (случаев короткого пищевода среди пациентов не было), манжетка длиной 2-3 см формировалась на зонде диаметром 2 см, узловыми швами,

с достаточной мобилизацией дна желудка и пищевода из средостения для создания его абдоминальной позиции не менее 2-3 см. Длительность вмешательства — от 60 до 310 минут. Конверсия в 1 случае (4 %), в связи с кровотечением из сосудов малого сальника. Летальных исходов не было.

Среди специфических осложнений у 10 пациентов (37 %) отмечена послеоперационная дисфагия; транзиторная дисфагия — в 7 случаях (25,9 %), купирована консервативным лечением в течение 2 недель; стойкая послеоперационная дисфагия — у 3 пациентов (11,1 %) (гиперфункция манжетки — 2, нераспознанная ахалазия кардии I ст. — 1), потребовалась баллонная кардиодилатация с полным восстановлением проходимости пищевода. Послеоперационная дисфагия отмечена в большинстве случаев на первом году работы — 7 случаев на 12 коррекций (в том числе требовавшие кардиодилатации), за 2007 год у 3 пациентов на 15 вмешательств отмечена легкая дисфагия.

Уменьшение частоты и тяжести постфундопликационной дисфагии отмечали после создания манжетки по вышеуказанной технологии, применения мобилизации кардии по типу селективной проксимальной ваготомии, отказа от методики Ниссена-Розетти.

Сроки наблюдения до 2-х лет, через 6 месяцев проводились контрольная ЭГДС и рентгенография пищевода.

Неудовлетворительный результат лечения в виде рецидива симптомов РЭ в течение 2 месяцев после операции отмечен у 3 пациентов (11,1 %), причинами были технические погрешности в операции и соскальзывание манжетки, в другом случае — наличие клинически выраженного дуодено-гастрального рефлюкса и неудовлетворительная оценка пациентом результата вмешательства, а также рецидив симптомов ГЭРБ после баллонной кардиодилатации. Данной группе пациентов проводится поддерживающая консервативная терапия. У 24 пациентов (88,9 %) достигнута полная клинико-эндоскопическая ремиссия.

Выводы:

1. Лечение данной категории пациентов в условиях общей лечебной сети возможно при условии строгого отбора, соблюдения всех принципов антирефлюксной хирургии кардии.

2. Причиной неудовлетворительного результата лечения послужили недостаточное обследо-

вание пациентов, технические погрешности операции, период освоения методики.

МЕДВЕДЕВ А.С.
НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
г. Северск

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

Хирургическое лечение остается методом выбора в терапии осложненных дуоденальных язв. Вместе с тем, широкое использование «резекционных» методов лечения приводит к тому, что у определенной части пациентов возникают, так называемые, постгастро-резекционные расстройства, которые по своей тяжести зачастую превосходят саму язвенную болезнь.

Наша клиника придерживается индивидуального подхода к выбору способа операции у пациентов с осложненной дуоденальной язвой. Сегодня в клинике разработаны в эксперименте и внедрены в практику 3 варианта органосохраняющих операций:

1. Селективная проксимальная ваготомия с пилоропластикой после пилоробульэктомии заключается в формировании мышечного жома взамен удаленного пилорического.
2. Селективная проксимальная ваготомия и гемипилорэктомия с формированием мышечного жома по передней полуокружности пилоруса.
3. Селективная проксимальная ваготомия с коррекцией кардии и дуоденопластикой у пациентов с функциональной и органической несостоятельностью пищеводно-кардиального перехода на фоне выраженной гиперсекреции.

Выбор способа операции осуществляется индивидуально для каждого пациента, и определяется следующими моментами:

- локализацией язвенного дефекта;
- состоянием пилорического жома;
- функцией двенадцатиперстной кишки;
- наличием неудаляемых парапапиллярных дивертикулов.

Показаниями к выполнению органосохраняющих операций являются:

- язвенная болезнь луковицы и постбульбарного отдела ДПК;
- наличие нормацидного и умеренно выраженного гиперацидного состояния желудка;
- отсутствие органической патологии пилорического жома;

- отсутствие суб- и декомпенсированной формы дуоденостаза;
- отсутствие атрофического и гиперпластического гастрита, метаплазии и дисплазии эпителия;
- положительный тест медикаментозной ваготомии;
- отсутствие парапапиллярных дивертикулов.

Новым шагом в оценке состояния пилорического жома является эндоскопическая ультрасонография, с помощью которой на ультраструктурном уровне можно изучить состояние выходного отдела желудка.

При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки используются органосохраняющие операции — селективная проксимальная ваготомия с коррекцией пилоруса и кардии. В случае наличия патологических изменений со стороны пилорического жома, приводящих к его органической несостоятельности, выполняются пилоровосстанавливающие операции.

Когда пептическая язва локализуется на передней полуокружности привратника или начального отдела луковицы ДПК, выполняется передняя гемипилорэктомия с восстановлением пилорического сфинктера; Если язвенная ниша находится в начальном отделе луковицы ДПК с распространением рубцовых тканей на пилорус, выполняется пилоробульэктомия с последующим восстановлением пилорического сфинктера;

И, наконец, в том случае если до операции у пациента установлена выраженная гиперсекреция и недостаточность кардиального жома (скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы), с целью подавления кислотропродуцирующей функции желудка и профилактики рефлюкс-эзофагита, проводится хирургическая коррекция кардии, заключающаяся в формировании кольцевидной серозно-мышечной дубликатуры, погруженной в слизисто-подслизистый слой. Длина створки клапана достигает 15-20 мм.

Противопоказаниями к выполнению пилоромоделирующих и органосохраняющих операций являются:

- декомпенсированный дуоденостаз;
- парапапиллярные дивертикулы;

- постбульбарные язвы, локализующиеся на расстоянии менее 1 см от Фатерова соска;
- наличие атрофического и гиперпластического гастрита, метаплазии и дисплазии эпителия;
- отрицательный тест медикаментозной ваготомии.

Таким образом, органосохраняющие операции являются методом выбора в терапии осложненных дуоденальных язв, обеспечивая высокий уровень качества жизни пациентов и минимальное количество осложнений, как в ранние, так и в отдаленные сроки после операции.

МОСОЛКОВ В.Ю., ЛОБАЧЕВ Р.С.
НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
г.Северск

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМИ ПОСТОЖОГОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА

По данным С.В. Волкова (2005), частота развития рубцовых осложнений при химических ожогах верхних отделов пищеварительного тракта колеблется в пределах 9,5-37,2 %. В силу относительно быстрого формирования постожоговых стриктур верхних отделов пищеварительного тракта (от 2-6 мес. до 1-1,5 лет), у пострадавших не успевают в достаточной мере развиваться компенсаторные процессы со стороны метаболического гомеостаза, вследствие чего возникают грубые нарушения всех видов обмена, в том числе белково-энергетического. Как правило, у 6 % пострадавших метаболические сдвиги находятся в стадии субкомпенсации, у 94 % — в стадии декомпенсации. Результаты хирургических вмешательств, при всех успехах в совершенствовании оперативной техники, не демонстрируют заметной положительной динамики (М.А. Алиев, Б.Б. Баймаханов, 2005).

Одним из эффективных способов восстановления питательного статуса у пациентов с декомпенсированными постожоговыми стриктурами пищевода, как в качестве предоперационной подготовки, так и в послеоперационном периоде, является формирование на длительный срок еюностомы. Разработанная нами антирефлюксная методика формирования еюностомы не несет в себе негативных явлений и позволяет в течение длительного времени успешно ее использовать (Г.К. Жерлов и др., 1997).

В нашей клинике было пролечено 30 больных с декомпенсированными постожоговыми стриктурами пищевода (13 женщин и 17 мужчин) в возрасте от 18 до 65 лет. Всем пациентам выполнена экстирпация пищевода с одномоментной заднемедиастинальной эзофагопластикой, причем у 27 больных пищевод был замещен изоперистальтической трубкой из большой кривизны желудка, у 3 — толстой кишкой, проведенной также за-

днемедиастинально. У всех больных отмечались выраженные нарушения питательного статуса — дефицит массы тела более 20 %, повышение кatabолического индекса более +1. Контрольную группу составили 10 больных (4 женщины и 6 мужчин в возрасте от 20 до 63 лет), которые в пред- и послеоперационном (до тех пор, пока больной не начинал питаться через рот) периодах находились только на полном парентеральном питании. Для энтерального питания использовали специализированную изокалорическую смесь «Нутризон». В качестве препаратов для парентерального питания использовали аминокислоты Е, липофундин МСТ/ЛСТ, гипертонические растворы глюкозы.

Алиментарный статус больных оценивали при поступлении, в течение предоперационной подготовки, в 1-3 сутки после радикальной операции, на 6-8 сутки после нее. После предоперационной подготовки у всех больных улучшились показатели питательного статуса, причем в значительной степени — у 75 % больных.

В группе больных, находившихся на энтеральном питании, по сравнению с контрольной группой, быстрее восстанавливались уровни общего белка сыворотки крови и альбуминов. К окончанию курса энтерального питания через артериальную клапанную еюностому положительный азотистый баланс отметили у 13 человек, отрицательный, приближающийся к нулю — у 6. У всех больных, находившихся на полном парентеральном питании, на 6-8 сутки после радикальной операции наблюдался близкий к нулю азотистый баланс. По сравнению с контрольной группой, у больных, получавших энтеральное питание, быстрее восстанавливалась моторно-эвакуаторная функция кишечника, повышалась двигательная активность, быстрее восстанавливалась масса тела.

Одним из наиболее частых осложнений энтерального питания были диспепсические расстройства в виде диареи — у 3 пациентов (15 %), которая купировалась уменьшением скорости введения смеси. Ни в одном случае данные осложнения не привели к прекращению питания. В группе пациентов, получавших парентеральное питание, частота и тяжесть осложнений были более чем в 2 раза выше и обусловлены как общими (метаболические расстройства и пирогенные реакции), так и местными (флебит, тромбоз флебита подключичной вены).

Из 20 больных основной группы, у 4 человек послеоперационный период осложнился несостоятельностью пищевода-желудочного анастомоза на шее, причиной смерти одного пациента явилась острая пневмония. Всем этим больным продолжено полное энтеральное питание до заживления анастомоза на шее, длительность которого соста-

вила от 12 до 25 суток, в среднем 20 суток. Из 10 пациентов группы контроля несостоятельность анастомоза на шее наблюдали у троих. Одному пациенту было проведено полное парентеральное питание, двум больным наложена арефлюксная клапанная еюностомия. Срок энтерального питания варьировал от 15 до 48 суток, составляя в среднем 24 суток. У всех пациентов, кроме одного из основной группы, лечение завершилось полным устранением несостоятельности.

Таким образом, проведение энтерального питания через арефлюксную клапанную еюностому у пациентов с доброкачественной непроходимостью пищевода может служить методом выбора в предоперационной подготовке. Исследования показали, что данная методика энтерального питания обладает всеми преимуществами парентерального, имеет меньшую стоимость и меньшее количество осложнений.

ОСИПОВ Б.Б., ЧЕРНЫШ А.П., КРУГЛЯКОВ О.О., БАРАНОВ А.И.

*Городская клиническая больница № 1,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В НИЖНЕМ ЭТАЖЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Операции в неотложной хирургии можно условно разделить на 2 типа: операции, выполняемые на верхнем этаже брюшной полости (холецистэктомии и ушивание перфоративных язв) и операции, выполняемые в нижнем этаже брюшной полости (аппендэктомия, удаление жировых подвесков сигмовидной кишки, острые гинекологические заболевания, острая кишечная непроходимость). Операции на нижнем этаже брюшной полости составляют более 30 % от всего числа операций.

За 2006-2007 гг. в хирургическом отделении № 4 МЛПУ ГКБ № 1 выполнено 625 лапароскопических операций, из них 385 (61,6 %) выполнены в нижнем этаже брюшной полости.

По поводу острого аппендицита произведено 318 лапароскопических аппендэктомий, что составило 71,9 % от всего числа аппендэктомий. Летальных исходов не было, в раннем послеоперационном периоде у 12 (3,7 %) развились осложнения, среди них 5 гноевиков брюшной полости, 3 внутрибрюшных кровотечения и 4 постаппендикулярных инфильтрата. При широком внедрении лапароскопической аппендэктомии, в 98,3 % случаев операции выполнялись

по поводу деструктивных форм острого аппендицита.

По поводу перекрута жирового подвеса сигмовидной кишки выполнено 26 операций. Операция выполняется из трех портов, жировой подвесок обрабатывается с помощью биполярной коагуляции и удаляется в контейнере. В этой группе пациентов послеоперационных осложнений не было.

В структуре неотложной хирургии до 10 % женщин оперируются по поводу острой гинекологической патологии. За 2006-2007 гг. выполнено 33 лапароскопических операций, среди них 30 — удаление кист яичника, 3 — удаление труб. Послеоперационных осложнений в этой группе пациентов не было. 8 операций выполнено по поводу острой кишечной непроходимости, но в настоящее время показания к этой операции устанавливаются и составить определенное мнение не представляется возможным.

Широкое использование малоинвазивных доступов на нижнем этаже брюшной полости значительно улучшает течение послеоперационного периода, позволяет проводить раннюю активизацию больных, сокращает послеоперационный койко-день.

Выводы:

1. Лапароскопические операции в неотложной хирургии на нижнем этаже брюшной полости составляют более 60 %.
2. Наиболее эффективно их использование при остром аппендиците, перекруте жирового подвеса, гинекологических операциях.

ПАНФИЛОВ С.Д., ПАНФИЛОВ Д.С., КИСЛОВ Э.Е.

Городская клиническая больница № 29,

Медсанчасть ОАО «ЗСМК»,

г. Новокузнецк,

ГУ НИИ Кардиологии ТНЦ СО РАМН,

г. Томск

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ АНЕВРИЗМ АРТЕРИЙ

Цель исследования — оценить результаты лигатурных и реконструктивно-восстановительных операций при хирургическом лечении посттравматических ложных аневризм артерий конечностей в зависимости от вида пластики.

Материал и методы. Оперированы 53 пациента с ложными посттравматическими аневризмами артерий. Причиной развития аневризм у 42 человек (79,2 %) явились колото-резаные ранения, у 5 (9,4 %) — огнестрельные ранения, у 4 (7,5 %) — переломы и вывихи костей, у 2 (3,8 %) — тупая травма.

У 21 человека (39,6 %) ложные аневризмы локализовались в общей бедренной артерии (ОБА) либо поверхностной бедренной артерии (ПБА), у 2 (3,8 %) — в подмышечной, у 2 (3,8 %) — в подкрыльцовой, у 1 (1,9 %) — в подвздошной, у 4 (7,5 %) — в подколенной, у 4 (7,5 %) — в лучевой, у 3 (5,7 %) — в локтевой, у 1 (1,9 %) — в локтевой и лучевой, у 4 (7,5 %) — в плечевой, у 3 (5,7 %) — в ягодичной, у 2 (3,8 %) — в подключичной, у 4 (7,5 %) — в поверхностной височной. Из них, у 9 человек (17 %) диагностированы артериовенозные аневризмы, которые локализовались в бедренно-подколенном сегменте. Из 9 человек с артериовенозными аневризмами, у 2 (22,2 %) выполнена резекция аневризмы с анастомозом артерии и вены «конец в конец», у 2 (22,2 %) — резекция артерии с аутовенозным протезированием артерии и ушиванием вены, у 3 (33,3 %) — резекция артерии с анастомозом «конец в конец» и ушиванием вены, у 1 (11,1 %) — аутовенозная пластика артерии и ушивание вены и у 1 (11,1 %) — ушивание артерии и вены. При изолированных аневризмах

(44 человека) резекция артерии с аутовенозным протезированием выполнена у 11 человек (25 %), с аутовенозной пластикой артерии у 4 (9,1 %), с протезированием синтетическим протезом — у 1 (2,3 %), с анастомозом артерии «конец в конец» — у 7 (15,9 %), с ушиванием дефекта сосуда — у 8 (18,2 %), с подвздошнобедренным шунтированием — у 2 (4,5 %), лигатурные операции — у 11 (25 %). Лигатурные операции выполнены у всех больных с аневризмами поверхностной височной артерии, ягодичной артерии и у 75 % больных с аневризмами лучевой артерии.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде у одного больного после резекции аневризмы подколенной артерии и ушивания дефекта артерии возник тромбоз оперированной артерии, по поводу чего было выполнено бедренно-подколенное шунтирование. У остальных больных, в сроки наблюдения до 14 лет, тромбозов, развития ложных аневризм анастомозов не было. При лигатурных операциях ишемических, неврологических и иных осложнений также не отмечалось. Летальных случаев не было.

Заключение. В большинстве случаев окончательное решение о виде пластики определяется интраоперационно. Играет роль состояние сосудистой стенки в зоне аневризмы, размеры дефекта, анатомо-топографическая доступность. При учете вышесказанных положений вид пластики не оказывает влияния на ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения. Лигатурные операции при аневризмах лучевой, поверхностной височной и ягодичной артерии не оказывают влияния на качество жизни пациентов.

ПАНФИЛОВ Д.С., ПАНФИЛОВ С.Д., КОЗЛОВ Б.Н.,
ШИПУЛИН В.М., ГОЛЬЦОВ С.Г., БАЕВ А.Е.

ГУ НИИ Кардиологии ТНЦ СО РАМН,

г. Томск,

Городская клиническая больница № 29,

Медсанчасть ОАО «ЗСМК»,

г. Новокузнецк

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА «FEMOSTOP» В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПУНКЦИЙ БЕДРЕННЫХ АРТЕРИЙ

Катетеризация артерий является неотъемлемым этапом ангиографического исследования. Осложнения катетеризации в виде образования пульсирующей гематомы (ПГ) и ложной аневризмы (ЛА) являются достаточно частыми. По сведениям литературы, в структуре всех посткатетеризационных осложнений они составляют до 60 %.

Цель исследования — оценить эффективность и безопасность лечения ПГ/ЛА аппаратом бедренного сжатия «FemoStop».

Материалы и методы. В период с июня по декабрь 2007 года были отобраны 12 пациентов (6 мужчин, 6 женщин), которым в качестве консервативного лечения осложнений после пункции бедренной артерии был применен аппарат бедренного сжатия «FemoStop». Возраст пациентов, в среднем, $60,3 \pm 8,4$ года.

У всех пациентов клиника ПГ/ЛА проявлялась в течение $66,5 \pm 40,5$ часов. Диагноз подтверждался ультразвуковым исследованием (УЗИ) места пункции с указанием объема полости ПГ/ЛА, топографии, диаметра дефекта, количества дефектов пунктируемого сосуда. УЗИ выполнялось до и после наложения аппарата.

Наложение аппарата «FemoStop» выполнялось по следующей методике. Под местной инфильтрационной анестезией 0,5 % раствора новокаина по Вишневскому и предварительной премедикацией (промедол, сибазон, димедрол) аппарат накладывался под УЗ контролем таким образом, чтобы купол пневматического нагнетания располагался непосредственно над местом пункции сосуда. Предварительно через отверстия на концах дуги аппарата продевался пояс, который, плотно охватив пациента сзади, удерживался фиксаторами на концах дуги. Затем в купол нагнетался воздух при помощи груши, соединенной с манометром, до уровня на 20 мм рт. ст. выше настоящего систолического

артериального давления пациента. Такое давление поддерживали не более 3 минут, после чего обеспечивали снижение давления в куполе до появления пульсации артерий стопы. Данное давление поддерживали в течение 15 минут. Затем постепенно снижали давление на 20 мм рт. ст. каждые 2 минуты, до уровня 30 мм рт. ст. В таком состоянии оставляли пациента на 60–80 минут, в зависимости от размеров ПГ/ЛА и антикоагуляционного статуса. После полного опорожнения купола от воздуха, аппарат оставляли еще на 10–15 минут.

Результаты. По данным УЗИ, места пункции после наложения аппарата «FemoStop» в 6 случаях (50 %) удавалось закрыть сосудистой фистулой. Остальным пациентам было проведено хирургическое лечение. Результаты компрессионного метода были неудовлетворительными в случаях, когда объем ПГ/ЛА составлял более 3 см, диаметр сосудистого дефекта — 2 мм и более, наличие дефекта в бифуркации общей бедренной/устьях поверхностной/глубокой бедренной артерии, количество дефектов сосудистой стенки — 1 и более.

К осложнениям после наложения системы бедренного сжатия можно отнести сохраняющуюся кожную гиперестезию, повреждение эпидермального слоя кожи в месте компрессии, нейропатию бедренного нерва, небольшое увеличение подкожной гематомы. Всего количество осложнений составило 25 %.

Выводы: Аппарат бедренного сжатия «FemoStop» эффективен в 50 % случаев. Он безопасен в лечении осложнений после катетеризации бедренных артерий, прост в применении, эргономичен.

Для повышения эффективности метода и снижения количества осложнений необходимо ограничить применение аппарата согласно показаниям к наружному компрессионному лечению пациентов с ПГ/ЛА.



ПУТИНЦЕВ А.М.

Департамент охраны здоровья Кемеровской области

ИТОГИ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2005-2007 ГОДЫ

Структура хирургической службы усилилась в связи с формированием отделения сердечно-сосудистой хирургии в Кардиоцентре как федеральной структуры. Количество коек имеет тенденцию к стабилизации (4960, 4954 и 4910), как и количество коек на 10 тыс. населения остается стабильным 23,3; 23,9 и 23,9, что связано с двумя причинами: первая — из года в год идет снижение населения Кузбасса, вторая — приведение показателей коечного фонда в соответствие с работой койки.

В структуре коечного сети преобладает общий хирургический профиль (6,8 на 10 тыс. населения) — 35 %. Работа койки повысилась и составила 335,6. В 2005 г. — 333,9; в 2006 — 333,4, что связано со снижением ремонтных работ в хирургических отделениях и более рациональным использованием коечного фонда. Снизилась работа ожоговой койки — 324,4, травматологической — 328,5, стоматологической — 281.

С наибольшей интенсивностью функционировали койки ортопедического и нейрохирургического (383 и 352, соответственно) профилей.

Среднее пребывание больного на хирургической койке в течение 3-х лет снизилось с 11,9 до 11,8.

В 2007 году хирургическая служба области включала 3698 врачебных должностей хирургического профиля. Укомплектованность подразделений службы физическими лицами низкая и составляет 51,2 %. В 2007 году функция врачебной должности на приеме составила 7348 посещений в год (2006 г. — 7342).

За 2005-2007 гг. удельный вес аттестованных врачей-хирургов увеличился с 69,3 % до 69,9 %, в том числе имеющих высшую категорию — до 38,2 %. Самый низкий показатель у торакальных хирургов — 46 %, что связано со сменой поколений.

По сравнению с 2006 г., количество операций, выполненных амбулаторно в 2007 г. увеличилось незначительно (1477), что обусловлено приостановлением развития центров амбулаторной хирургии (в области их 14) и крайне низкой укомплектованностью кадрами хирургов в поликлиниках. Тем не менее, это один из самых высоких показателей в России. Число операций 13,0 на 1000 посещений. Оперативная нагрузка на 1 ставку хирурга составила 135. 33 % от всех операций выполнены на коже и подкожной клетчатке.

Всего в области в 2006 г. в стационаре выполнено 224910 операций: из них на органах брюшной полости 11,6 %, коже и подкожной клетчатке

— 11,1 %, костно-мышечной системе — 7,9 %, на сердце — 0,5 %, сосудах 1,4 %. Потребность в операциях на сердечно-сосудистой системе в области многократно превышает выполняемые объемы, несмотря на ежегодное увеличение количества на 20-30 %. Из общего числа поступивших больных, по экстренным показаниям оперированы 75 %, в то время как в 2002 г. — 92 %.

С использованием лазерной техники проведено 0,5 % операций (в 2006 г. — 0,4 %), из них большая часть в г. Юрге и г. Прокопьевске. За последние годы удельный вес операций с использованием эндоскопической техники увеличился с 5,1 % до 6,3 %. В городах: Новокузнецке — 10,5 %, Междуреченске — 9,6 %, Кемерове — 5,7 %, Киселевске — 6,8 %; районах: Юргинском — 3,5 %; Мариинском — 2,9 %. Особенно динамично развиваются вышеперечисленные технологии в гг. Новокузнецке, Междуреченске, Кемерове, Киселевске.

Последние годы развитие малоинвазивных технологий особенно интенсивно. Из 32 территорий все имеют соответствующее оборудование. Практически реализована политика малоинвазивной хирургии в Кузбассе.

Летальность в хирургических стационарах снизилась с 1 % (2001 — 2004 гг.) до 0,8 % (2006-2007 гг.). В структуре причин послеоперационной летальности ведущее место занимает патология органов брюшной полости (43,6 %), операции на нервной (4,4 %) и костно-мышечной (10,5 %) системах, кожи и подкожной клетчатки (7,3 %). Послеоперационная летальность больных, оперированных по экстренным показаниям, за 2004-2007 гг. остается на уровне 3,2-2,9 %.

Основные направления развития хирургической службы:

1. Повысить качество подготовки интернов, клинических ординаторов и врачей первых лет работы.
2. Улучшить подготовку на сертификационных циклах.
3. Увеличить объемы оказания помощи населению по сердечно-сосудистой хирургии, нейрохирургии, хирургии органов дыхания, протезированию суставов.
4. Увеличить процент плановых хирургических вмешательств.
5. Продолжить развитие амбулаторной хирургии (Кемерово, Юрга, Осинники, Новокузнецк, Белово, Калтан — открытие центров амбулаторной хирургии).

6. Улучшение технического оснащения операционных, анестезиолого-реанимационных и эндоскопических отделений.

7. Приступить к реализации программ, направленных на снижение летальности от управляемых причин.

ПУТИНЦЕВ А.М., СЕРГЕЕВ В.Н., СТРУКОВА О.А.,
ЧИСТЯКОВА Г.И., КОЛЧАНОВ С.В., ШИЛОВ С.Е.
*Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово*

ПРИМЕНЕНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ «МИНИ-АССИСТЕНТ» В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ БОЛЬНИЦ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В настоящее время малоинвазивные технологии активно внедряются в хирургических отделениях России.

Цель сообщения — анализ опыта применения инструментария «мини-ассистент» в условиях Центральной районной больницы (ЦРБ) Кемеровской области.

Особенностью хирургической деятельности в районных больницах является: разноплановый характер оперативных вмешательств при их небольших объемах, нехватка хирургов и, как правило, использование операционных сестер в качестве ассистента. Последний фактор особенно затрудняет выполнение хирургических действий, что и заставило нас в свое время активно освоить и внедрить набор инструментов «мини-ассистент».

За последние три года в ЦРБ Кемеровской области в совокупности выполнено 488 операций, из них: 258 аппендэктомий, 90 герниопластик

различной локализации, 60 холецистэктомий при остром холецистите, 42 операции Мармар при варикоцеле у взрослых и детей, 34 ПХО различных локализаций, 4 — при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки.

Во всех случаях «мини-ассистент» помогает выполнять оперативное вмешательство без помощника. Особенно существенной помощью была во время дежурств, у больных с ожирением, когда и при обычном доступе возникают значительные трудности.

Таким образом, набор «мини-ассистент» позволяет заменить одного ассистента, тем самым значительно облегчить выполнение операций у больных, а особенно с ожирением при обычных доступах. В настоящее время все ЦРБ в Кузбассе оснащены наборами «мини-ассистент» и успешно используют их в своей практической деятельности.

ПУТИНЦЕВ А.М., СЕРГЕЕВ В.Н., СТРУКОВА О.А.
*Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово*

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРФТОРАНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В современной медицине проблема острой артериальной непроходимости нижних конечностей остается одной из самых актуальных и сложных. Не всегда бывает возможность оперативного лечения в первые часы заболевания. Высокая летальность и частая ампутация конечностей после восстановления кровотока, указывают на то, что до сих пор остаются нерешенными вопросы лечения.

Цель исследования — оценить эффективность применения перфторана в комплексном лечении

острой артериальной непроходимости нижних конечностей.

Материалы и методы. В отделении сосудистой хирургии ГУЗ КОКБ были пролечены 31 пациент с острой артериальной ишемией нижних конечностей с использованием перфторана. В 14 случаях причиной острой артериальной непроходимости явилась эмболия, в 17 случаях — тромбоз бедренно-берцового сегмента. Возраст больных составил от 48 до 80 лет. Распределение больных по степеням ишемии (классификация В.С. Савельева):

2А ст. — 11 человек (35,5 %), 2Б ст. — 17 человек (54,8 %), 2В ст. — 3 человека (9,7 %). Из сопутствующих заболеваний встречались ишемическая болезнь сердца — 71 %, артериальная гипертензия — 22,6 %, сахарный диабет — 6,5 %. Все больные поступили в клинику в сроки более 5 часов от начала заболевания. После оценки степени ишемии нижних конечностей все больные получали консервативную терапию (реополиглюкин, дезагреганты, антикоагулянты) и дополнительно в первые сутки вводился перфторан (внутривенно 200 мл). В этот же период больные дышали кислородно-воздушной смесью (1 : 1) с последующим 10-дневным курсом гипербарической оксигенации. 3 пациентам с ишемией 2В ст. и 2 больным с ишемией 2Б ст. перфторан вводился повторно на третьи сутки. Во всех случаях эмболий выполнены операции эмболтромбэктомии с восстановлением магистрального кровотока.

Результаты. В случаях острой ишемии, обусловленной тромбозом, использование перфторана позволило уменьшить или купировать симптомы острой ишемии, а при эмболиях — уменьшить реперфузионный синдром.

Эффективность применения перфторана оценивалась клинически: субъективно (уменьшение

болевого синдрома, восстановление чувствительности) и объективно (уменьшение отека, восстановление окраски и температуры кожных покровов нижних конечностей). Оценивались и показатели транскутанной оксиметрии ($TcPO_2$) до и после введения перфторана. Измерения проводились как на пораженной конечности, так и на противоположной стороне. У больных с 2А ст. ишемии показатели $TcPO_2$ до введения перфторана — $16,68 \pm 2,35$, спустя 12 часов после введения — $21,28 \pm 3,56$; с 2Б ст. до введения — $15,24 \pm 3,29$, после — $20,85 \pm 4,65$; с 2В ст. до введения — $8,02 \pm 2,21$, после введения — $13,08 \pm 3,24$. Изменение показателей здоровой конечности до введения перфторана — $33,29 \pm 6,59$, после введения — $41,58 \pm 5,68$. У 4 пациентов не было статистически достоверного повышения уровня $TcPO_2$.

Выводы: Использование перфторана в комплексном лечении острой артериальной непроходимости даже в ситуации, когда проведение оперативного лечения невозможно, позволяет существенно улучшить оксигенацию пораженной конечности, а в случаях эмболии — профилировать или снизить развитие реперфузионного синдрома.

ПУТИНЦЕВ А.М., СЕРГЕЕВ В.Н., СТРУКОВА О.А.,
МАСЛОВ М.Г., ЛУЦЕНКО В.А., ЧЕРНЫХ И.Г., ОЛИКОВ О.М.
*Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Последнее десятилетие идет активное внедрение малоинвазивных технологий в хирургию брюшного отдела аорты. И, если эндоскопические методы, роботизированные хирургические комплексы пока не получили распространения в России, то использование мини доступа с применением набора «мини-ассистент» имеет все более широкое распространение.

Цель работы — определить возможности использования мини доступа в хирургии брюшного отдела аорты.

Материалы и методы. С 2005 по 2007 гг. в отделении сосудистой хирургии г. Кемерово выполнено 158 операций по поводу поражения аорто-подвздошного сегмента. Из них, у 19 больных (12 %) операция выполнялась из мини доступа, а 139 больным (88 %) выполнена операция по стандартной технологии. Если в первый год выполнено 5 операций из мини доступа, то на следующую

— 14. Анализировались послеоперационный период больных, осложнения после операции, а также уточнялись показания и противопоказания к данному способу.

Результаты. Всем больным выполнено аорто-бедренное шунтирование. Продолжительность операции в первой группе была больше, чем во второй, и составляла 3,2 часа и 2,9 часа, соответственно. Кровопотеря при мини доступе была меньше, около 400 мл, а при стандартной методике — 750 мл. Значительно отличался ранний послеоперационный период. Больные с мини доступом в 2 раза раньше были экстубированы, быстрее активизировались, что позволило полностью избежать таких осложнений, как парез кишечника, пневмонии, эвентрации, венозные тромбозы, послеоперационные грыжи.

В группе больных, оперированных по стандартной технологии, отмечались все осложнения,

связанные с высокой травматичностью доступа. У 5 больных мини доступ пришлось перевести в обычную полную срединную лапаротомию. Причиной у всех явился выраженный кальциноз, восходящий тромбоз аорты. В дальнейшем, при аналогичной ситуации, мы вернулись к стандартной методике пережатия аорты ниже почечных артерий и формированию проксимального анастомоза выше ниже-брыжеечной артерии, что позволило уменьшить процент конверсий. При ожирении мини доступ не применялся, что ограничило его использование.

Выводы:

1. Мини доступ требует от хирурга больших усилий и времени, но меньшая травматичность и

профилактика осложнений позволяют считать его методом выбора.

2. Пережатие аорты по стандартной методике позволяет выполнить тромбэктомию и более адекватно сформировать проксимальный анастомоз и увеличить количество операций из мини доступа.
3. Ожирение и выраженные изменения в аорте ограничивают применение мини доступа.
4. Все сосудистые отделения должны иметь в распоряжении инструментарий «мини-ассистент», что позволит улучшить результаты лечения больных с поражением брюшного отдела аорты.

ПУТИНЦЕВ А.М., ШРАЕР Т.И., СЕРГЕЕВ В.Н., РОЗИНА Н.С., СТРУКОВА О.А.
Кемеровская областная клиническая больница,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово

ПОДАВЛЕНИЕ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА ПУТЕМ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в изучении этиологии, патогенеза, разработки эффективных медицинских препаратов, проблема лечения артериальной гипертензии остается весьма далекой от своего завершения.

Исследования последних десятилетий показали, что в стабилизации и озлокачествлении артериальной гипертензии (эссенциальной, почечно-паренхиматозной, вазоренальной, некоторых форм надпочечной) ведущая роль принадлежит активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. При этом альдостерон становится одним из ведущих звеньев. Естественно подавляя прессорные механизмы различными путями, мы вправе рассчитывать на гипотензивный эффект. В частности, высокое инактивирующее действие печени на эстрогены, особенно на альдостерон, адреналин, ангиотензин, ренин, кортизон, — общеизвестно. Последнее привело к разработке различных способов отведения почечного и надпочечного кровотока в печень при ряде заболеваний, в том числе и при артериальной гипертензии.

Среди хирургических методов, направленных на подавление гиперальдостеронизма, наибольшее распространение получили рено-портальный анастомоз, аутотран-

сплантация левого надпочечника на сосудистой ножке в брыжейку ободочной кишки и селективные способы.

Нами проанализированы результаты операций у 89 больных. Были выполнены следующие виды метаболческих операций:

- субтотальная адреналэктомия в количестве 10;
- селективные способы: надпочечно-селезеночные вентные анастомозы (16) и надпочечно-нижнебрыжеечные вентные анастомозы (23);
- почечно-портальные вентные анастомозы — 14;
- перекрестные способы шунтирования — 10;
- рентген-эндоваскулярные способы — 16.

По этиологии больные распределились следующим образом: эссенциальная гипертензия — 49 больных, идиопатический альдостеронизм — 15, почечно-паренхиматозная гипертензия — 12, синдром Иценко-Кушинга — 4, выявленная псевдофеохромоцитома — 9 больных.

Результаты метаболческих операций иллюстрирует таблица.

Таблица
Результаты метаболческих операций

Показатели	АРП	КАП	Натрий плазмы	Калий плазмы
До операции	6,8 ± 1,1	240,2 ± 11,1	134,2 ± 1,8	4,1 ± 0,2
После операции	4,5 ± 0,8	127,5 ± 6,4	131,5 ± 1,3	4,4 ± 0,13
Р	0,01	0,0001	0,01	0,1

Изучение отдаленных результатов показало высокую эффективность метаболических операций в течение года. В дальнейшем у больных идет нарастание артериальной гипертензии с частичным возвратом клинических проявлений. Но применение консервативной терапии оставалось более эффективным, и качество жизни у 80 % больных

было выше исходного состояния. Наилучшие результаты были в группе у больных, которым выполнялись перекрестные методы шунтирования.

Таким образом, метаболические операции повышают качество жизни больных, предупреждают, в определенной степени, осложнения артериальной гипертензии.

СЕРЕБРЕННИКОВ В.В., БАРАНОВ А.И.

*Городская клиническая больница № 1,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ ИЗ МИНИДОСТУПА

Проблема хирургического лечения паховых грыж продолжает оставаться достаточно сложной и актуальной. Это связано с широкой распространенностью данной патологии — паховыми грыжами страдают 3-7 % населения. Значительное снижение числа рецидивов достигнуто внедрением биосовместимых сетчатых полимерных имплантатов и «ненатяжных» способов герниопластики.

Исследование проведено на 2 группах больных с паховыми грыжами. В основную группу вошли 35 пациентов, которым были выполнены грыжесечение по поводу паховых грыж из минидоступа по разработанному способу операции (патент № 2313289 от 27.12.2007 г.) с использованием специального ретрактора (патент РФ № 2207068 от 27.06.03 г.), обеспечивающего адекватный обзор и размеры операционного поля. Все операции выполнялись в амбулаторных условиях.

Особенностью выполнения операции из минидоступа было сокращение длины разреза кожи, грыжевой мешок не удалялся, а, либо вправлялся в брюшную полость, либо (при грыжах спускающихся в мошонку) рассекался на протяжении. Место кожного разреза определялось до операции при ультразвуковом исследовании по расположению внутреннего пахового кольца. Разрез выполнялся не над внутренним паховым кольцом, как при многих минидоступах, а несколько медиальнее, для улучшения доступа к лонному бугорку, месту фиксации первого шва.

Контрольную группу составили 46 больных, оперированных по Лихтенштейну в стационаре. Состав групп по возрасту был однородным (основная группа $48,9 \pm 2,8$ лет, контрольная $48,5 \pm 2$ лет). В основной группе у 19 пациентов были грыжи I, II типа (по классификации Nyhus), у 13 — IIIA типа и у 2-х — IVA. В контрольной группе у 21 больного были грыжи I, II типа, у 25 — IIIA.

В основной группе операции всем пациентам выполнены под местным обезболиванием. В контрольной — 11 операций под местным обезболиванием, 12 — под перидуральной анестезией и 23 — под эндотрахеальным наркозом. В обеих группах продолжительность операции была сопоставимой и составила от 45 до 55 минут и 88-91 минут при двухстороннем грыжесечении. Длина кожного разреза в основной группе составила в среднем $3,3 \pm 0,2$ см, в контрольной группе — $8,4 \pm 1$ см. В послеоперационном периоде выраженность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале в первые 12 часов в основной группе оценена как «слегка больно», в контрольной группе — «умеренно больно». В основной группе анальгезия проводилась нестероидными противовоспалительными препаратами (в т.ч. таблетированными формами), в контрольной группе всем больным в первые сутки вводились опиоидные анальгетики.

Сроки нетрудоспособности в основной группе, независимо от вида паховой грыжи, были меньше, чем в контрольной, и составили в среднем 17,5 и 28,3 суток, соответственно. Таким образом, реабилитация пациентов после операции грыжесечения проходила быстрее у пациентов основной группы.

Рецидивов после операций, проведенных включенным в исследование больным в сроки наблюдения до 5 лет, не было. На 35 операций в основной группе имело место два осложнения (5,7 %), потребовавших оперативного вмешательства. В одном наблюдении у больного развилось сероцеле грыжевого мешка. Во втором наблюдении через 6 суток после операции у больного возникла нагноившаяся гематома, находившаяся над апоневрозом наружной косой мышцы живота.

В контрольной группе выявлено два осложнения (4,3 %) — нагноившиеся серомы в подкожно-жировой клетчатке, потребовавшие разведения и дренирования послеоперационной раны.

Небольшая длина разреза при операции из мини доступа, незначительность болевого синдрома позволили нам перенести выполнение этих операций в амбулаторные условия. Операции при паховых грыжах из мини доступа выполнялись в центре амбулаторной хирургии, длительность нахождения пациентов в лечебном учреждении, в среднем, составила 6 часов.

Выводы:

1. Грыжесечение при паховых грыжах из мини доступа по разработанному способу не имеет

специфических осложнений, не приводит к увеличению числа послеоперационных осложнений и рецидивов грыж.

2. Сокращение длины кожного разреза уменьшает выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, что позволяет обходиться без наркотических анальгетиков.
3. При грыжах I, II и IIIA типа по классификации Nyhus операции могут выполняться в амбулаторных условиях.

СНИГИРЕВ Ю.В., ТАРАСКИНА Е.Б.,
МОДЗЕЛЕВСКАЯ С.М., АЛЕКСЕЕВ Н.А., БИРЖ А.М.
*Городская клиническая больница № 5,
г. Новокузнецк*

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Цель работы — оценить возможности и место в клинической практике транспапиллярных вмешательств при интраоперационной антеградной папиллотомии в лечении холангиолитиаза.

Материал и методы. Нами были ретроградно анализированы результаты транспапиллярных вмешательств в лечении холангиолитиаза при интраоперационной антеградной эндоскопической папиллотомии у 431 больного.

Результаты и обсуждение. Интраоперационные исследования желчных протоков показали, что у 48,9 % больных конкременты были до 5 мм в диаметре, у 38,7 % — до 10 мм, у 12,3 % — более 1 см. В 37,5 % случаев было два и более конкрементов. В 86 % конкременты находились в дистальных отделах общего желчного протока.

Диаметр конкремента меньше диаметра дистального отдела холедоха, остающегося после ИАЭПТ был у 261 больных, соответствовал диаметру дистального отдела холедоха — у 134, больше диаметра дистального отдела холедоха — у 36.

Попытка низведения конкремента потоком жидкости предпринята у 140 больных (32 %) с размерами конкрементов до 5 мм, но данный способ был эффективен только у 87 (62 %), а при его неудаче камни удалялись корзинкой (41 человек) или баллонным экстрактором (12 человек).

Экстракция конкрементов корзинкой выполнялась у 247 больных. Отмечено, что чем меньше размер конкремента, тем больше было попыток

для его захвата корзинкой. У 4 пациентов мелкие камни захватить корзинкой не удалось, им успешно выполнена баллонная экстракция.

Баллонная экстракция проводилась у 65 больных, в основном при конкрементах, размер которых был меньше диаметра дистального отдела холедоха. Эффективность этого вмешательства 100 %.

Механическая литотрипсия выполнена у 29 больных при конкрементах, диаметр которых был больше диаметра дистального отдела холедоха. Эффективность 93 % (27 человек), у 2-х пациентов выполнить литотрипсию не удалось, им выполнена лапароскопическая холедохолитотомия.

Лапароскопическая холедохолитотомия выполнена у 9 пациентов, у 7 — без попытки механической литотрипсии, а в 2-х случаях — при неудаче механической литотрипсии.

Транспапиллярное дренирование выполнено у 33 больных, у 27 — после механической литотрипсии, у 6 — при множественном холедохолитиазе. Этим пациентам дренажи удалены на 3-4 сутки после операции, при этом у 5 выявлены остаточные конкременты, которые успешно удалены (у 4 — после механической литотрипсии, у 2 — с множественным холедохолитиазом).

Выводы: Эффективность транспапиллярных вмешательств в лечение холангиолитиаза определяется их индивидуальным выбором в зависимости от размера конкремента и строения терминального отдела холедоха.

СНИГИРЕВ Ю.В., ТАРАСКИНА Е.Б., МОДЗЕЛЕВСКАЯ С.М.,
БИРЖ А.М., АЛЕКСЕЕВ Н.А.

Городская клиническая больница № 5,
г. Новокузнецк

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА (ПРИЧИНЫ, ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ)

Цель работы — выявить возможные причины развития постхолецистэктомического синдрома и наметить пути их профилактики.

Задачи: 1. Изучить клиническое проявление заболевания до и после первичной операции, объем первичных хирургических вмешательств. 2. Определить факторы приводящие к неудовлетворительным результатам. 3. Наметить пути профилактики.

Материалы и методы. Для ответа на поставленные вопросы ретроспективно анализированы истории болезни 187 пациентов с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС), находившихся на лечении в отделении печеночной хирургии МЛПУ ГКБ № 5 г. Новокузнецка, в медицинских документах которых были сведения, соответствующие задачам исследования.

Клиническое проявление ПХЭС при поступлении в отделение печеночной хирургии: механическая желтуха — 127 больных (67,9 %); холангит — 53 (28 %); панкреатит на почве острой блокады большого дуоденального сосочка (БДС) — 9 (4,8 %); наружный желчный свищ — 12 (6,4 %); дренаж желчного протока — 24 (12,8 %). Выявлены следующие причины ПХЭС: холедохолитиаз — 136 (72,7 %), стеноз БДС — 43 (23 %), стриктуры, травмы протоков — 8 (4,3 %). В течение первого года после первичной операции госпитализированы 68 % пациентов.

Результаты и обсуждение. Исследование показало, что до первичной операции 63 пациента (33,6 %) отмечали желтушность кожи, склер или потемнение мочи после приступа болей; 9 (4,8 %) — ознобы после болевого приступа; 13 (6,9 %) — опоясывающие боли. В итоге, у 45,4 % пациентов до первой операции имелись признаки патологии желчных протоков, но оценка состояния желчевыводящих путей до операции проводилась только с помощью ультразвукового исследования, более информативные методы исследования желчных протоков до операции не выполнялись. Исследования желчных протоков во время операции имели также ограниченный характер, так, интраоперационная холеграфия при лапароскопической операции выполнена у 6 % пациентов, а при полостной — у 9,6 %.

Неполноценное дооперационное и интраоперационное исследование состояния желчных про-

токов определило неадекватный объем первичной операции: лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) — 74 %; ЛХЭ + дренаж холедоха — 9 %; холецистэктомия — 68 %; холецистэктомия + желчного протока — 25 %; холецистэктомия + холедохолитотомия — 11 %. Данных о контрольной интраоперационной холангиографии после холедохотомии не было. После холедохолитотомии имелись оставленные конкременты или стеноз БДС. Доля же экстренных, вынужденных операций, что могло объяснить ограничение диагностических мероприятий, составила всего 18 %.

При анализе рентгенограмм у пациентов с желчными свищами и дренажами холедоха отмечены дефекты дренирования и установки дренажа: дренирование протока ниже препятствия — крупного конкремента, дренирование дренажом с внутренним диаметром менее 1 мм, перегибы и многочисленные изгибы дренажа, установка Т-образного дренажа близко к развилке через вскрытый общий печеночный проток, перегиб желчного протока на Т-образном дренаже, оставленные крупные конкременты. Все вышеперечисленное не только затрудняло, но и препятствовало выполнению малоинвазивных вмешательств.

На основании исследования определены факторы, определяющие неудовлетворительные результаты: недооценка данных анамнеза и клиники и, как следствие, неполноценное дооперационное обследование; отказ от интраоперационной холеграфии; неполноценная ревизия при холедохотомии; отказ от контрольной интраоперационной холеграфии после холедохотомии; неполноценное дренирование желчных протоков; нарушение техники установки дренажа. Неполноценный объем первичной операции непосредственно связан с неполноценной дооперационной и интраоперационной диагностикой.

Выводы:

1. Объем дооперационного обследования должен соответствовать анамнезу и клинике.
2. Выбор объема и способа операции должен соответствовать данным обследования и состоянию пациента.
3. Интраоперационная холангиография обязательна.
4. После холедохотомии необходимы контрольная интраоперационная холеграфия или холангиоскопия.

5. Соблюдение классических приемов холедохотомии и дренирования желчных протоков.
6. При подозрении на патологию желчных протоков — операция в хирургических отделениях, имеющих соответствующие возможности.

Соблюдение этих правил позволит снизить неудовлетворительные результаты.

ТАРАСКИНА Е.Б., СНИГИРЕВ Ю.В., МОДЗЕЛЕВСКАЯ С.М.,
БИРЖ А.М., АЛЕКСЕЕВ Н.А.
Городская клиническая больница № 5,
г. Новокузнецк

ВЫБОР ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Цель работы — определить необходимый объем диагностических и лечебных мероприятий при лечении холедохолитиаза.

Задачи: 1. На основании имеющегося опыта работы отделения изучить возможности хирургических и эндоскопических методов лечения холедохолитиаза. 2. Определить диагностическую тактику в выборе того или иного метода.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы 258 историй болезни пациентов с холедохолитиазом в возрасте от 24 до 86 лет, с преобладанием женщин в примерной пропорции 3 : 1.

Из них, 166 пациентам (64,4 %) выполнена эндоскопическая коррекция, 64 (24,8 %) потребовалась хирургическая операция, а в 28 случаях (10,8 %) предпринято сочетанное лечение — эндоскопическая декомпрессия с последующим хирургическим вмешательством.

Результаты и обсуждение. Диагностика холедохолитиаза складывается из следующих этапов:

1 этап — оценка клинических, анамnestических признаков патологии желчных протоков.

2 этап — ультразвуковое исследование. При всех его преимуществах, даже при желтушной форме холедохолитиаза был обнаружен по УЗИ в 68 % случаев, а при отсутствии желтухи — в 52 %. Более достоверным признаком патологии холедоха служит его дилатация, хотя в 5 % случаев конкременты были выявлены в не расширенных протоках интраоперационно.

Оценка клинической картины и данных УЗИ является скрининговым этапом в выборе тактики лечения. При выявлении признаков патологии желчных протоков требуется более углубленное обследование, с целью уточнения диагноза и выбора рационального объема лечения.

3 этап — рентгенконтрастное исследование. С этой целью выполнялась эндоскопическая ретроградная холангиография. В силу технической сложности и возможных осложнений, ретроградная холеграфия, по нашему мнению, не должна выполняться только с диагностической целью, а

подразумевает одновременное выполнение коррекции патологии холедоха.

При неосложненном холедохолитиазе, а также при механической желтухе без признаков гнойного холангита выполнялась эндоскопическая папиллотомия с одноэтапной транспапиллярной санацией желчных протоков. При наличии технических сложностей (таких как анатомические особенности БДС, множественный холедохолитиаз, крупные конкременты) эндоскопическое вмешательство выполнялось в два и более этапов, до полной санации желчных протоков, но с обязательной временной транспапиллярной декомпрессией желчных протоков с целью профилактики блокады протока и развития осложнений.

При наличии признаков печеночно-клеточной недостаточности, гнойного холангита, объем вмешательства ограничивался эндоскопической папиллотомией и транспапиллярной декомпрессией, а все дальнейшие манипуляции выполнялись после стабилизации состояния больного.

4 этап — интраоперационная холангиография, является заключительным методом диагностики холангиолитиаза. Учитывая многоликость холедохолитиаза, это исследование мы признаем обязательным.

Показания к хирургическому лечению холедохолитиаза возникли в следующих ситуациях:

- нет возможности для выполнения эндоскопических вмешательств (шоковое состояние больного, неадекватное состояние, анатомические особенности БДС и невозможность его визуализации и др.);
- не удалось выполнить эндоскопическую санацию (из-за изменений в протоке, размеров конкрементов, возникших осложнений и т.д.).

В случаях, когда холедохолитиаз выявляется в ходе оперативного вмешательства, оправданы два решения:

1. Одномоментная коррекция — хирургическая либо эндохирургическая — в объеме холедохолитотомии, инструментальной экстракции

конкрементов, эндоскопической антеградной папиллосфинктеротомии.

2. Наружное дренирование холедоха с расчетом на последующее эндоскопическое вмешательство, но такую тактику следует считать оправданной только в экстремальных ситуациях, т.к. неудачи эндоскопической санации желчных протоков в послеоперационном периоде неминуемо ведут к повторной операции.

При холангиолитиазе без блокады желчеотока и дилатации гепатикохоледоха по данным УЗИ не более 12 мм, мы выполняем одномоментное вмешательство — лапароскопическую холецистэктомию в сочетании с антеградной эндо-

скопической папиллотомии и транспапиллярной санацией желчных протоков.

Выводы:

1. Эндоскопические и хирургические методы лечения холедохолитиаза не являются взаимоисключающими, а при разумном сочетании и гибкой тактике позволяют достичь успеха с наименьшим риском для пациента.
2. Благодаря развитию малоинвазивных технологий, к которым относятся, в том числе, трансдуоденальные вмешательства на БДС и желчных протоках, лечение холедохолитиаза все больше становится прерогативой эндоскопической хирургии.

ТАРАСКИНА Е.Б., СНИГИРЕВ Ю.В., МОДЗЕЛЕВСКАЯ С.М.,
БИРЖ А.М., АЛЕКСЕЕВ Н.А.

Городская клиническая больница № 5,
г. Новокузнецк

ЭНДСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Цель работы — определить возможности и тактику ретроградных транспапиллярных эндоскопических вмешательств при холедохолитиазе.

Задачи: 1. Изучить варианты эндоскопических вмешательств при холедохолитиазе. 2. Определить цель вмешательства при различных его проявлениях. 3. Определить рациональную тактику эндоскопического лечения холедохолитиаза.

Материалы и методы. Ретроспективно анализирован опыт лечения 211 пациентов с различными проявлениями холедохолитиаза с помощью ретроградных эндоскопических вмешательств. Плановые эндоскопические вмешательства предприняты у 58 пациентов (27,5 %), из них 21 (10 %) имели дренажи холедоха либо наружные желчные свищи после предшествующих вмешательств. По экстренным показаниям эндоскопическая коррекция холедохолитиаза выполнена 153 пациентам (72,8 %), среди них у 48 (22,7 %) была диагностирована острая блокада БДС. Гнойный холангит отмечен у 34 пациентов (27,3 %), печеночно-клеточная недостаточность — у 7 (3,3 %).

Результаты и обсуждение. Эндоскопическое лечение холедохолитиаза складывается из двух основных компонентов: операционного доступа (эндоскопической ретроградной папиллотомии) и собственно транспапиллярных вмешательств (удаления конкрементов, литотрипсии, эндопротезирования и т.д.).

Независимо от способа выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии (типичная или

атипичная, одномоментная или этапная), адекватное рассечение БДС до раскрытия устья холедоха является залогом успешности дальнейших манипуляций.

Удаление конкрементов может осуществляться в виде литэкстракции либо литотрипсии. При выборе того или иного способа имеют значение такие факторы, как размеры, количество, форма, состав и плотность конкрементов, а также состояние самого гепатикохоледоха (наличие стриктуры, холецисто-холедохеального свища и т.п.). Определяющим является соотношение размеров конкрементов и диаметра дистального отдела холедоха.

При множественном холедохолитиазе у пациентов с сопутствующей патологией применяется этапное удаление конкрементов. С целью профилактики блокады протока и развития осложнений в промежуточном периоде выполняется временное эндоскопическое транспапиллярное дренирование.

При исходно осложненном холедохолитиазе (длительной желтухе, холангите, тяжелой сопутствующей патологии) любые манипуляции, связанные с усугублением билиарной гипертензии, могут привести к прогрессированию осложнений. В таких ситуациях первым этапом выполняется эндоскопическая папиллотомия и транспапиллярное дренирование желчных протоков, а после купирования острых явлений и стабилизации состояния пациента становится возможным рентгенконтрастное исследование и окончательная санация.

С целью эндоскопической декомпрессии желчных протоков применяем транспапиллярное назобилиарное дренирование либо стентирование желчных протоков — установка билиарного эндопротеза.

Преимущества назобилиарного дренирования при гнойном холангите:

- наружный отток и детоксикация,
- контроль отделяемой желчи,
- возможность контрастного исследования желчных протоков в динамике.

Неудачи ретроградных эндоскопических вмешательств при холедохолитиазе связаны с невозможностью выполнения собственно эндоскопической папиллотомии или невозможностью транспапиллярной санации желчных.

Согласно изложенной тактике, эндоскопическая папиллотомия и транспапиллярная сана-

ция желчных протоков в один этап выполнена у 159 пациентов (75,3 %). При этом литоэкстракция выполнена в 107 случаях (50,7%), литотрипсия — в 52-х (24,6 %). У 52-х пациентов (24,7 %), в связи с имеющимися осложнениями, эндоскопическое лечение выполнено в два и более этапов, где первым этапом была декомпрессия желчных протоков. В последующем в 34 случаях (16,1 %) эндоскопическая санация было успешна при повторном исследовании, в 8 (3,8 %) — в 3 этапа. У 10 больных (4,7 %) потребовалась холедохолитомия, т.к. не удалось выполнить литотрипсию при крупных конкрементах.

Вывод: Комплексный дифференцированный подход и применение этапного метода эндоскопического лечения холедохолитиаза в большинстве случаев позволяет осуществить полноценную санацию гепатикохоледоха.

ТАРАСКО А.Д., КОВАЛЬЧУК Е.С., ЛИХАЧЕВ А.Г., САЛАМАНОВ В.И.
*Городская клиническая больница № 29,
МСЧ ОАО «ЗСМК»,
Городская клиническая больница № 2,
г. Новокузнецк*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАБОТЫ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ И ДЕЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

На базе МЛПУ ГКБ № 2 с 2000 года функционирует Центр амбулаторной хирургии (ЦАХ). В МЛПУ ГКБ № 29 амбулаторная хирургическая служба представлена рядом хирургических кабинетов, разделенных между собой территориально. Они расположены в разных поликлиниках района. В процессе реформирования децентрализованная амбулаторная хирургическая служба (ДАХС) приобрела койки дневного стационара, но объединение имеет функциональный характер, для чего с 1998 года введена должность заведующего амбулаторной хирургической службой, условно определяющего стратегическую политику, но оперативное руководство кабинетами осталось за администрациями поликлиник.

В более ранних работах мы показывали преимущество ЦАХ перед ДАХС, что проявлялось в концентрации кадров, облегчающей оперативное руководство, увеличении штатов, концентрации материальных ресурсов, что позволяло расширить объем и спектр оказываемой хирургической помощи, в большей экономичности и способности увеличить объем зарабатываемых средств. В последние годы произошли изменения в принци-

пах финансирования ЛПУ и распределении выплачиваемых сумм. Это привело к увеличению текучести кадров и кризисным явлениям в амбулаторной медицине в целом. В связи с этим, актуально исследование результатов работы двух разных организационных форм амбулаторной хирургической службы в сравнительном аспекте. В данной работе мы сравниваем лишь результаты работы хирургической службы, исключив из анализа результаты деятельности урологических кабинетов.

ЦАХ оказывает помощь населению Центрального района, работникам предприятий и учреждений, прикрепленным к поликлиникам ГКБ № 2 — 82143 чел. ДАХС ГКБ № 29 оказывает помощь населению Заводского и Новоильинского районов, работникам ЗСМК и других предприятий и учреждений, прикрепленным к поликлиникам ГКБ № 29 — 108135 чел. Таким образом, контингент, обслуживаемый ЦАХ на 25992 человек меньше, чем контингент ДАХС. Врачебные штаты, оказывающие помощь в ЦАХ, представлены хирургами и узкими специалистами, всего 6. Штаты ДАХС — 3,5 занятых ставки. Результаты деятельности отражены в таблице.



Таблица
Показатели деятельности амбулаторной
хирургической службы

Показатели	ЦАХ	ДАХС
План посещений (человек)	47835	46167
Принято (человек)	49695	45356
Процент выполнения плана	103,9	98,2
Принято в поликлинике	49197	45173
Принято на дому	249	183
На медосмотрах	5912	8680
Нагрузка на должность в час (в поликлинике)	3,59	9,41
Нагрузка на дому (в час)	1,2	1,24
Функция врачебной должности	8730	12223
Количество отработанных часов всего	16696	5428
Количество операций (всего)	1571	1784
Плановых операций	462	603
Экстренных операций	1109	1181
Научные публикации	5	2

Из таблицы видно, что ЦАХ, имея почти в 2 раза больше действующих ставок, принял только на 4000 человек больше. Нагрузка на врача в ЦАХ составила всего 3,59, тогда как в ДАХС — 9,41. Это указывает на заниженный план в ЦАХ, что необходимо для ведения активной хирургической работы. В то же время, количество операций в ЦАХ ниже, чем в ДАХС. Проведенную работу в ЦАХ выполнили за время, в 3 раза превышающее время, затраченное ДАХС.

Таким образом, ДАХС является устойчивой организационной структурой, но она имеет ограниченную способность развиваться, в основном,

за счет усиления эксплуатации работников. В то же время, сделанный первый шаг к централизации — введение должности заведующего ДАХС, который координирует и контролирует деятельность службы, позволяет ДАХС успешно соревноваться с ЦАХ. ЦАХ, имея более значительные потенциальные возможности (штаты, возможность маневра кадрами, заниженный план, резерв времени), находится в настоящее время в кризисе, который обусловлен недостаточным потоком больных. Кадровые и материальные возможности позволяют ЦАХ развить оперативную активность, в 2 раза превышающую таковую в ДАХС. Этого можно добиться, если принять меры для увеличения контингента: безотказно принимать всех обращающихся за помощью, добиться

направления хирургического потока, например из больницы № 9, поликлиники № 3 ГКБ № 5. Необходимо увеличить спектр оказываемых хирургических услуг. Без дополнительных капиталовложений можно более широко оперировать на опорно-двигательном аппарате (лигаментиты, бурситы, ганглии), в направлении проктологии (анальные трещины, папиллиты, эпителиально-копчиковые кисты и т.д.), выполнять аутодермопластику трофических язв и некоторые другие операции, одновременно добиваясь получения новых инструментов и аппаратов для внедрения современных малоинвазивных операций.

ФЕДОРОВ И.В., ВАЛИУЛЛИН И.Н.

*Казанская государственная медицинская академия,
г. Казань*

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ТРОАКАРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ В ЭНДОХИРУРГИИ

Наложение первичного пневмоперитонеума, введение первого троакара и оптики — обязательный этап любой лапароскопической операции в гинекологии, хирургии и урологии. Несмотря на 100-летний опыт использования лапароскопии, тяжелые, зачастую фатальные осложнения присутствуют на данном этапе операции. Спектр нежелательных последствий включает в себя повреждения печени, кишечника, желудка, крупных забрюшинных сосудов, сосудов передней брюшной стенки, мочевого пузыря. Частота и тяжесть осложнений возрастает у ранее оперированных больных при наличии спаечного

процесса в брюшной полости. В среднем, частота повреждений внутренних органов при введении троакаров составляет 3 на 1000 операций. Из них, 82 % приходится на слепой этап вмешательства — введение иглы Вереша и первого троакара. Нередко повреждения остаются нераспознанными по ходу лапароскопии и проявляют себя позднее разлитым перитонитом, сепсисом или формированием внутрибрюшных абсцессов.

За последние 14 лет нами выполнены 3120 лапароскопических операций в хирургии, гинекологии и урологии. Все методики входа в брюшную полость можно разделить на закрытые, открытые



и осуществляемые под визуальным контролем с оптической поддержкой.

В своей работе мы отдаем предпочтение открытой лапароскопии по Хассону, трансумбиликальной открытой лапароскопии и использованию методики с пневмофиксатором.

Открытая лапароскопия по Хассону. Техника открытой лапароскопии — разумная альтернатива слепому способу проникновения в брюшную полость.

Для сохранения герметичности брюшной полости при открытой лапароскопии применяют кисетный шов вокруг отверстия в апоневрозе или канюлю Хассона. Этот инструмент представляет из себя цилиндрический конус, герметизирующий отверстие в брюшной стенке при вворачивании в толщу брюшной стенки. Канюля сконструирована под 10 мм троакара.

Трансумбиликальная открытая лапароскопия. Хирург скальпелем производит изогнутый разрез кожи слева от пупка, после этого указательным пальцем правой руки определяет основание пупочной воронки в проекции белой линии живота. Корректное определение данной точки является основой техники доступа в брюшную полость, так как здесь брюшина находится в плотном сращении с надлежащей фасцией. Далее белевой цапкой поднимают пупок с помощью левой руки. Ножницы используют для рассечения тканей в области точки, где пупок входит в фасциальный слой, и служащей для прямого проникновения в брюшную полость. Необходимо сделать небольшой надрез (5 мм) ножницами для предотвращения последующих трудностей в виде десуффляции вокруг установленной канюли. Указательным пальцем или мизинцем можно расширить фасциальный дефект. После этого устанавливаем троакар с канюлей или без нее.левой рукой, придерживая и подтягивая пупок, осуществляем под контролем зрения мягкое прохождение канюли в брюшную полость через фасциальный дефект, который изначально должен быть меньше размеров троакара. Таким способом преодолевают лишь предбрюшинную клетчатку и брюшину. После этого следует создать пневмоперитонеум.

Нами выполнено 120 различных лапароскопических операций с трансумбиликальным введением первого троакара.

Повреждений внутренних органов, как и утечки газа из брюшной полости по ходу вмешательства, мы не наблюдали. Среднее время для выполнения процедуры составило 4 ± 1 мин. Однако мы не применяли этот метод у ранее оперированных больных из-за опасности повреждения органов, припаянных к рубцу.

Пневмофиксатор троакара для открытой лапароскопии. Для обеспечения надежной герметичности при выполнении метода открытой лапароскопии нами создан «Пневмофиксатор троакара» — устройство, которое мы используем при выполнении всех лапароскопических операций.

Сущность изобретения состоит в том, что две раздувные полимерные манжеты фиксированы на полимерной несущей трубке. При раздувании манжет происходит достаточно прочная эластичная фиксация несущей трубки на уровне апоневроза мышц передней брюшной стенки и обеспечивается герметичность брюшной полости.

Данное изобретение используют следующим образом. Первый этап как при открытой лапароскопии. Устанавливаем во внутренний просвет несущей полимерной трубки троакар (10 мм) так, чтобы нижний край устройства располагался на 0,5 см выше нижнего конца троакара. Пневмофиксатор с троакаром вводим в брюшную полость так, чтобы нижняя манжета располагалась глубже апоневроза (соответственно, и брюшины). Раздуваем нижнюю манжету, подтягиваем на себя троакар с пневмофиксатором, и раздуваем верхнюю манжету, в результате чего происходит герметичная эластичная фиксация устройства с троакаром в слоях передней брюшной стенки. Раздувание манжет воздухом осуществляем с помощью обычного шприца для инъекций. После окончания операции извлечение пневмофиксатора осуществляем совместно с троакаром после сдувания нижней манжеты.

Данное изобретение использовано нами в ходе выполнения 125 операций на органах брюшной полости, выполняемых лапароскопическим доступом.

Повреждений внутренних органов, как и утечки газа по ходу вмешательства, мы не наблюдали. Среднее время для выполнения процедуры составило 3 ± 1 мин.



ФЕДОРОВ А.Л., КРАСНОЩЕKOBA Н.Н.
Городская клиническая больница,
г. Йошкар-Ола

ОСЛОЖНЕНИЯ АЛЛОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА

За последние 3 года в МЛПУЗ «Йошкар-Олинская городская больница» почти полностью отказались от пластики передней стенки пахового канала ввиду частых рецидивов в отдаленные сроки. Хирургическая тактика при грыжах в последнее время пересмотрена в пользу аллопластики, позволяющей снизить количество рецидивов в несколько раз. Количество рецидивов при паховых грыжах уменьшилось до 2 %, а при вентральных грыжах — до 1,1 %. В большинстве случаев для аллопластики используем отечественный полипропиленовый сетчатый эндопротез, а также проленовый материал.

Из более 300 аллопластик паховых грыж, выполненных за период с февраля 2003 г., мы не наблюдали ни одного случая отторжения сетки, нагноения ран, аллергической реакции, онкогенного эффекта. Средний возраст оперируемых больных составил 53 года (26-81 год).

Среди местных осложнений, серомы мы наблюдали у 4-х пациентов (1,3 %), инфильтраты послеоперационного рубца — у 10 (3 %), отек мошонки — у 5 (1,5 %). Данным категориям больных в послеоперационном периоде назначали антибиотики в течение 3-5 суток. Как правило, отек мошонки имел место у больных с большими рецидивными паховыми грыжами, как результат травматичности повторной операции, а не как следствие сдавления элементов семенного канатика в паховом кольце. Случаев повреждения внутренних органов при аллопластике не было. Основной принцип профилактики повреждения мочевого пузыря, особенно при небольших прямых паховых грыжах, это инвагинация грыжевого мешка в брюшную полость без его вскрытия, с обязательной последующей пластикой поперечной фасции.

Невралгия встречалась у 15-25 % прооперированных больных и возникала спустя 1-2 суток после операции, и в некоторых случаях длилась до 1,5 месяцев. Травма нерва может произойти уже на этапе вскрытия передней стенки пахового канала, что также сопровождается кровотечением из мелких сосудов, сопровождающих нерв. Ход подвздошно-пахового нерва, как правило, пересекается с линией разреза апоневроза под углом, а потому и может травмироваться инструментом. В целях профилактики альтерации нерва необходима дополнительная инфильтрация раствора анестетика под апоневроз до его вскрытия, что способствует анатомическому отделению нерва от апоневроза. Лечение невралгии проводили кон-

сервативно — физиопроцедуры, витамины группы «В», анальгетики, новокаиновые блокады.

Отдельно рассматриваются и наблюдаются все больные с рецидивами грыж. Выяснено, что большинство рецидивов возникают в течение первого года после аллопластики (90 %) и, гораздо реже, спустя 1 год. В отделении создана диспансерная группа пациентов, перенесших аллопластику грыж живота. За время активного осмотра (через 3, 6, 12 месяцев) всех больных, перенесших герниопластику с сеткой, выявлено 6 случаев рецидива (менее 2 %). Большинство рецидивов возникло спустя 5-6 месяцев с момента аллопластики, больные прооперированы повторно в течение 1 года. При анализе случаев рецидивных паховых грыж выяснилось, что чаще к рецидиву приводили прямые паховые грыжи (4 случая), 1 из которых — дважды рецидивная после ранее выполненной пластики местными тканями. Выяснено, что основной причиной рецидива грыж был отрыв полипропиленовой сетки в ниже-внутреннем отделе от подлежащих тканей, что явилось наиболее слабым местом при выполнении пластики. Часто слабость соединительной ткани проявляется именно в данной области и провоцирует прорезывание швов области ниже-внутреннего края сетки. У больных с двухсторонними паховыми грыжами во всех случаях выполнялась одномоментная аллопластика (всего 19 человек). Учитывая возможное увеличение пахового канала в 2 раза на противоположной стороне и симптом «обкрадывания» за счет натянутых мышц, мы производили паховое грыжесечение с 2-х сторон одномоментно, используя сетчатый аллоплант во всех случаях. Случаев рецидива после двухсторонних аллопластик мы не наблюдали.

Нами выполнено 45 аллопластик (преимущественно под внутривенным наркозом) по поводу рецидивных паховых грыж у больных с выполненной ранее натяжной герниопластикой местными тканями. Как установлено, причиной их чаще являлся прямой грыжевой ход и, соответственно, прямая паховая грыжа. В 7 случаях выполнена пластика по Лихтенштейну при ущемленных паховых грыжах по экстренным показаниям при условии нормальной жизнеспособности ущемленного органа.

Таким образом, на наш взгляд, аллопластика — операция выбора, особенно у пожилых больных при прямых паховых грыжах, а также при рецидивных грыжах любой локализации. Невралгии, как осложнения, можно избежать пу-

тем визуализации и определения анатомических структур паховой области. Непрерывный шов по периметру сетки более прочен и снижает риск рецидива грыжи.

Предпочтение местной анестезии у пожилых больных с сердечно-легочной недостаточностью

при аллопластике грыж дает возможность объективного и субъективного контроля над пациентом в послеоперационном периоде. Пластика поперечной фасции дубликатурой перед имплантацией сетки дополнительно укрепляет заднюю стенку пахового канала.

ХАБИБУЛЛИН А.М., ТАРАСКО А.Д.
Городская клиническая больница № 2,
г. Новокузнецк

АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЕВЫМИ ПРОЦЕССАМИ В ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА СИБИРИ

Заболеваемость доброкачественными образованиями мягких тканей составляет 18 % среди онкологических больных.

За период с 2005 года по 2007 год заболеваемость опухолями мягких тканей в ЦАХ составила 839 случаев, что составляет 1,2 % (213 случаев) к первичной обращаемости в 2005 году, 2,1 % (316 случаев) в 2006 году, 1,2 % (310 случаев) в 2007 году. Из них, малигнизированные опухоли (гистологически базалиома) 16 случаев, что составляет 2 % от всех случаев за обследуемый период, себорейная бородавка 38 случаев, что составляет 4,5 %, невусов 111 случаев, что составляет 13 %, фиброма 67 случаев, что составляет 8 %, атерома 250 случаев, что составляет 30 %, липома 121 случай, что составляет 14,5 %, папиллома 174 случая, что составляет 21 %, гемангиома 47 случаев, что составляет 5,7 %, гигрома 17 случаев, что составляет 2 %.

В таблице отражено распределение гистологических форм по количеству у женщин и мужчин.

Из таблицы видно, что по поводу доброкачественных новообразований женщины оперируются более чем в 2 раза чаще, чем мужчины. Это объясняется более внимательным отношением женщин к своему внешнему виду и более часто встречающейся у женщин канцерофобией. Именно поэтому количество операций по поводу доброкачественных новообразований по всем гистологическим формам превалирует у женщин. Вместе с тем, обращает на себя внимание увеличение операций в 2006-2007 гг., по сравнению с 2005 г., как у мужчин (на 38 % и 37,5 %), так и у женщин (на 33 % и 31 %). Такое увеличение заболеваемости и оперативной активности, вероятно, является результатом проводимых по программе «Здоровье» медосмотров.

Учитывая потенциальную возможность доброкачественных опухолей малигнизироваться, все больные подвергнуты хирургическому лечению. Операцией выбора являлось иссечение новообразования в пределах здоровых тканей. Все уда-

Таблица
Распределение гистологических форм новообразований по количеству

Вид опухоли	Годы						Итого	
	2005		2006		2007			
	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж
Базалиома	4	2	3	3	2	2	9	7
Себорейная бородавка	6	1	12	5	12	2	30	8
Невус	31	5	36	8	25	7	92	20
Фиброма	8	4	26	6	17	4	51	14
Атерома	47	26	52	38	68	39	167	103
Липома	18	16	25	24	24	14	67	54
Папиллома	36	13	43	9	49	25	128	47
Гемангиома	8	3	15	6	10	5	33	14
Гигрома	4	2	4	1	5	1	13	4
Итого:	162	72	216	100	212	99	590	271

ляемые опухоли исследовались гистологически. Больные, у которых была выявлена малигнизация новообразования, направлялись для дальнейшего лечения в онкодиспансер. Результаты хирургического лечения: выздоровление — 100 %, рецидивы — 2 %, ближайшие и отдаленные осложнения — 1,2 % (расхождение краев раны — 2, нагноение — 3, болезненные рубцы — 3, изъязвления — 2).

Выводы:

1. Заболеваемость доброкачественными образованиями мягких тканей среди онкологических больных составляет 18 %.
2. Более часто доброкачественные новообразования встречаются у женщин.
3. Малигнизированные образования встречаются в 1 % случаев.

ХАМИДУЛЛИН А.А., КРИВОЩЕКОВ Е.П., ЦИМБАЛИСТ Д.А.
*Самарский государственный медицинский университет,
Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина,
г. Самара*

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМ АТЕРОСКЛЕРОЗА АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Дистальные формы поражения атеросклерозом артерий нижних конечностей являются одной из актуальных проблем современной сосудистой хирургии. Оказание ангиохирургической помощи таким больным бывает затруднено или невозможно при выполнении реконструктивных вмешательств. В результате, среди пациентов с данной формой патологии увеличивается инвалидизация.

Цель исследования — оценка результатов хирургического лечения у больных с дистальными формами атеросклероза артерий нижних конечностей.

Хирургическое лечение проведено у 247 пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, находившихся в отделении хирургии сосудов СОКБ. У всех пациентов имелось окклюзионно-стенотическое поражение дистального артериального русла нижних конечностей. Больные были разделены на две группы. В первую группу вошли 158 пациентов (63,9 %), которым выполняли поясничную симпатэктомию (ПСЭ) в сочетании с реваскуляризирующей остеотрепанацией (РОТ) большеберцовой кости. Вторую группу составили 89 человек (36,1 %), которым восстановление магистрального кровотока проводилось путем выполнения протезирующих и шунтирующих операций на артериях нижних конечностей.

Оперативные вмешательства наиболее часто выполняли больным с III степенью ишемии по Fontaine — 172 пациента. У 61 человека (24,7 %) имелись трофические нарушения в области голени и стопы. Выполнение реваскуляризации у этих больных сочеталось с некрэктомией. В сроки от 1 года до 5 лет после выписки из 158 больных

динамику состояния первой группы удалось проследить у 97 пациентов (61,4 %). Показатели объемной оценки артериального кровообращения конечности у больных после не прямой реваскуляризации в ближайшем послеоперационном периоде возрастают незначительно. Однако, начиная с 6 месяцев послеоперационного периода, наблюдается постепенное увеличение значений этих критериев. У 14 больных (5,7 %) имелись трофические нарушения в области голени и стопы. На основании полученных данных следует отметить, что восстановление магистрального кровотока позволило в ближайшем послеоперационном периоде купировать болевой синдром у 85 пациентов (95,5 %) с хронической критической ишемией нижних конечностей. Однако, в отдаленные сроки выявлено уменьшение количества пациентов с хорошими и удовлетворительными результатами, в сравнении с больными, перенесшими не прямые реваскуляризирующие вмешательства и прогрессивное снижение показателей оценки работы артериального русла.

Через 1 год после операции у больных с III и IV степенями ишемии показатели индексов микроциркуляции возрастали до субнормальных значений и в сроки от 2 до 5 лет оставались стабильными, без тенденции к снижению, что объясняется пролонгированной активизацией резерва коллатерального кровообращения оперированной конечности.

У 74 больных непосредственно после восстановления магистрального кровотока получены хорошие результаты. У пациентов с III и IV стадиями облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей показатели приближались к норме и у 71 человека сохранялись

на протяжении 6 месяцев. Быстрое повышение индексов микроциркуляции возникало из-за прямого включения в кровоток магистральных артерий дистального русла пораженной конечности. В сроки от 1 года до 5 лет после выписки, из 89 оперированных больных динамику удалось проследить у 63 пациентов. Положительный эффект сохранялся у 69,8 % больных в сроки до 1 года и у 36,5 % пациентов на протяжении 2-5 лет.

Вывод: В отдаленные сроки после не прямых реваскуляризирующих вмешательств и реконструктивно-восстановительных операций у пациентов с дистальной формой облитерирующего атеросклероза и хронической критической ишемией нижних конечностей клинические результаты сходны между собой, о чем свидетельствует равное по времени постепенное снижение индексов микроциркуляции в обеих группах и количество сохраненных от ампутации конечностей.

ЦИГЕЛЬНИК А.М., ПОЛУТАРНИКОВ Е.А., ЛИШОВ Е.В.

*Кемеровская областная клиническая больница,
Кузбасский филиал ГУ НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН,
г. Кемерово*

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ

Лапароскопические вмешательства на толстой кишке являются одним из наиболее сложных разделов эндохирургии, выполняются почти исключительно в специализированных колопроктологических центрах и, как следствие, не получили широкого распространения. Мы располагаем опытом лапароскопических ассистированных вмешательств на толстой кишке, выполненных в первом хирургическом отделении ГУЗ КОКБ за период с 2002 по 2007 гг.

Цель исследования — изучить ближайшие и отдаленные результаты эндохирургических вмешательств на толстой кишке.

Пациенты и методы. В исследуемую группу включены 17 больных (10 мужчин и 7 женщин). Средний возраст пациентов составил $47,3 \pm 4,1$ лет. Пациенты оперированы по следующим показаниям: рак правой половины толстой кишки — 9 больных, рак сигмовидной кишки — 4 пациента, мегадолихоколон — 3 больных, неспецифический язвенный колит — 1 пациентка.

Операции выполнялись в следующем объеме: лапароскопическая ассистированная правосторонняя гемиколонэктомия — 7, лапароскопическая ассистированная правосторонняя расширенная гемиколонэктомия — 2, лапароскопическая ассистированная резекция сигмовидной кишки — 4, левосторонняя лапароскопическая ассистированная гемиколонэктомия — 3, лапароскопическая ассистированная колпроктэктомия — 1.

Операции состояли из четырех основных этапов: лапароскопическая мобилизация сегмента ободочной кишки или всей толстой кишки; ограниченный доступ (5-8 см), достаточный для

извлечения кишки и формирования ручного анастомоза; ушивание раны брюшной стенки; лапароскопическое ушивание окна брыжейки толстой кишки, лапароскопический окончательный гемостаз и отмывание брюшной полости.

Сроки наблюдения: ранний послеоперационный период (30 суток), отдаленные результаты изучены в сроки от 6 месяцев до 5 лет.

Результаты. Все оперативные вмешательства завершены без конверсий. Средняя продолжительность лапароскопической ассистированной правосторонней гемиколонэктомии составила $115,5 \pm 13,2$ минут, резекции сигмовидной кишки — $121,5 \pm 14,2$ минут, левосторонней гемиколонэктомии — $132,4 \pm 19$ минут. Лапароскопическая ассистированная колпроктэктомия длилась 200 минут.

В послеоперационном периоде отмечено 2 осложнения: инфильтрат левого фланка живота в ложе удаленной левой половины ободочной кишки, разрешившийся на фоне консервативного лечения, и ранняя послеоперационная кишечная непроходимость, потребовавшая лапаротомии. Летальных исходов не было.

Отдаленные результаты изучены у 8 пациентов. Поздние послеоперационные осложнения не выявлены. Максимальный срок наблюдения без рецидивного периода после операции по поводу рака ободочной кишки, составил 5 лет.

Выводы: Лапароскопические ассистированные вмешательства на толстой кишке выполнимы и безопасны, сопровождаются небольшим числом послеоперационных осложнений и могут рассматриваться в качестве альтернативы конвенциональным колопроктологическим операциям.

ШЕВЦОВА Е.В., АЛТУХОВ И.А., МУСТАФАЕВ Н.Р.
НГУЗ Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД»,
ГУ Научно-исследовательский институт
клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН,
г. Новосибирск

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМО- И ЛИМФОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ЛИМФОСТИМУЛИРУЮЩИМИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ

Сахарный диабет является самым распространенным эндокринным заболеванием в мире.

В перечне осложнений сахарного диабета синдромом диабетической стопы занимает лидирующие позиции.

В ГУ НИИКиЭЛ СО РАМН было проведено обследование пациентов с синдромом диабетической стопы, выявлено снижение, как артериального притока, так и лимфатического и венозного оттока нижних конечностей.

Для полноценной коррекции нарушений гемолимфоциркуляции у пациентов с синдромом диабетической стопы, помимо общепринятого лечения, проводилась физиотерапия интерференционными токами. При проведении процедуры электроды накладывались на подошвенной и тыльной поверхностях стопы и по передней и задней поверхности верхней трети бедра.

Данная методика была включена в комплекс лечения у 48 пациентов с синдромом диабетической стопы. Всем пациентам, вошедшим в группу исследования, при поступлении в стационар и после курса лечения проводились реолимфография, лазерная доплеровская флоуметрия, импедансометрия, тепловизионное исследование.

При проведении реолимфографии после лечения было выявлено увеличение как скорости артериального притока на 31,8 % и объема артериального притока на 26,7 %, так и увеличение скорости лимфатического оттока на 36,4 %, увеличение объема лимфатического оттока на 29,1 %, увеличение скорости венозного оттока на 27,4 %, увеличение объема венозного оттока на 23,2 %.

При оценке результатов лазерной доплеровской флоуметрии было отмечено увеличе-

ние индекса эффективности микроциркуляции на 26,5 %, снижение среднего арифметического значения показателя микроциркуляции до нормальных цифр, увеличение показателя сосудистого тонуса на 22,4 %, снижение показателя внутрисосудистого сопротивления на 19,1 %, увеличение миогенной активности вазомоторов на 27,8 %.

По данным импедансометрического исследования была выявлена положительная динамика величины активной составляющей удельного сопротивления мягких тканей на всех исследованных уровнях. Так, на уровне голеностопного сустава увеличение составило 17,6 %, на уровне нижней трети голени показатель импедансометрии увеличился на 19,4 %, на уровне средней трети голени увеличение составило 23,2 %, на уровне верхней трети голени увеличение показателя составило 20,3 %.

При сравнении результатов тепловизионного исследования нижних конечностей до и после лечения отмечено выраженное увеличение кожной температуры, как на уровне стопы на 12,7 %, так и на уровне голени на 15,4 %, уменьшение термоасимметрии составило 9,5 %.

Дополнение общепринятого лечения физиотерапией интерференционными токами привело к увеличению скоростных и объемных характеристик, как артериального притока, так и лимфатического и венозного оттока, что привело к улучшению гемолимфоциркуляции и микроциркуляции в регионе нижних конечностей.

Эффекты лечения выразились в уменьшении отечности нижних конечностей, у пациентов с трофическими изменениями в области стоп была отмечена выраженная положительная динамика раневого процесса.



ЩЕГЛОВ А.В., ШИЛИН В.М., ШАПРАН В.Т.

Городская клиническая больница № 1,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Данные эпидемиологических исследований убедительно свидетельствуют о реальном росте показателей распространенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) среди населения, симптомы ГЭРБ имеются у 20-50 % населения, при этом рефлюкс-эзофагит — у 7-10 % популяции, и за последние 25 лет отмечается 3-4-кратное увеличение смертности от его осложнений.

За период 2006-2007 гг. на базе МЛПУ «ГКБ № 1» в хирургическом отделении № 1 в плановом порядке оперированы 31 пациент с диагнозом ГЭРБ, из них 17 мужчин (54,8 %) и 14 женщин (55,2 %). Возраст пациентов, в среднем, составил 42 года. Предоперационное обследование проводилось всем пациентам и включало в себя общеклинические, биохимические анализы, ЭКГ, эндоскопическое исследование пищевода и желудка, рентгеноскопию пищевода и желудка с изменением положения тела, рентгенографию легких, исследование кислотности желудочного сока.

Показания к оперативному лечению: клинические проявления ГЭРБ, рентгенологические и эндоскопические признаки рефлюкса, неэффективность медикаментозной терапии, осложнения ГЭРБ — эрозивный эзофагит, пищеводные кровотечения, пищевод Баррета, сочетание ГЭРБ с другими заболеваниями брюшной полости, требующими хирургического лечения. Из обследованной группы у 17 больных выявлена нефиксированная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, у 6 больных — фиксированная кардиофундальная грыжа, у остальных пациентов — рефлюкс-эзофагит 2-3 степени по классификации Suvar-Miller. У 11 пациентов в анамнезе язва луковицы двенадцатиперстной кишки, у 5 из них выявлена гиперсекреция соляной кислоты, у 2 пациентов — желчнокаменная болезнь.

Все больные оперированы с применением эндовидеохирургической техники: фундопликация

по Ниссену 17 пациентов; фундопликация по Ниссену-Розетти 3 пациента; фундопликация по Тупе 3 пациента; фундопликация по Дору 1 пациент; фундопликация по Ниссену + селективная проксимальная ваготомия 5 пациентов; фундопликация по Ниссену + лапароскопическая холецистэктомия 2 пациента. Из всей группы больных, у 23 фундопликация проводилась в сочетании с крурорафией: задняя — 17 пациентов; передняя — 3 пациента; тотальная — 3 пациента.

Противопоказанием к проведению оперативного лечения являлись возраст пациента, сопутствующая терапевтическая патология, ожирение 2-3 степени или отказ пациента от операции.

На этапе отработки методики мы получили следующие осложнения: соскальзывание фундопликационной манжетки на желудок с развитием тяжелой дисфагии у 1 пациента, перфорацию пищевода в момент его мобилизации в ретроэзофагеальном пространстве у 1 пациента. В первом случае потребовалась повторная лапароскопическая коррекция, во втором выполнены конверсия, ушивание пищевода и фундопликация. В раннем послеоперационном периоде у 27 пациентов были явления дисфагии легкой степени, которые на фоне медикаментозного лечения легко купировались. В остальных случаях послеоперационный период составил 5-7 дней, все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. Смертельных исходов не было.

Лапароскопическая фундопликация является единственным и перспективным методом лечения ГЭРБ при неэффективности медикаментозной терапии и развившихся осложнениях.

Выводы: ГЭРБ — актуальная проблема, требующая серьезного отношения со стороны хирургов, терапевтов и эндоскопистов. Лапароскопическая фундопликация по Ниссену является наиболее предпочтительным методом хирургического лечения.





БЛАШЕНЦЕВА С.А., АППАКОВА Е.А., ХУРТОВА Н.И.,
ДЮБИНА Е.Н., АБАШИНА О.Е.
*Областная клиническая больница им. М.И. Калинина,
г. Самара*

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «ГАСТРОПАНЕЛИ» (ВЮНИТ) ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА

Прогнозирование развития рака желудка является актуальной проблемой современной гастроэнтерологии. Павловский И. М. и соавт. (2006) указывают на то, что заболеваемость раком желудка широко варьирует в различных географических регионах. Так, стандартизованные по возрасту уровни заболеваемости наиболее высоки в Японии и Китае (более 35 случаев на 100000 населения). Низкие уровни заболеваемости (менее 15 случаев на 100000 населения) отмечены у белых североамериканцев, в Австралии и в африканских странах.

Россия традиционно относится к странам с высоким риском развития рака желудка (37 случаев на 100000 населения). Летальность на первом году жизни с момента установления диагноза составляет около 60 %. Это связано с тем, что в большинстве случаев рак желудка диагностируется на III-IV стадиях, что предопределяет общие неудовлетворительные результаты лечения.

Все современные технологии диагностики рака желудка направлены на раннее выявление опухоли и своевременное радикальное ее лечение. Причем, наиболее важным является не столько сам факт выявления опухоли на ранней стадии, что, безусловно, играет большую роль, сколько формирование групп риска с высокой вероятностью развития опухоли желудка и организация мероприятий по диспансерному наблюдению и рациональному лечению этой категории пациентов.

Материал и методы. Материалом для работы послужил анализ результатов морфологического исследования 225 биоптатов слизистой желудка и клинического обследования 36 пациентов гастроэнтерологического профиля, пришедших на прием к гастроэнтерологу по поводу разнообразных гастроэнтерологических жалоб.

Результаты и обсуждение. На первом этапе работы нами были проанализированы результаты биопсии слизистой желудка больных, обратившихся в отделение эндоскопии СОКБ им. М.И. Калинина по поводу жалоб гастроэнтерологического характера. С 1 января по 31 декабря 2006 года выполнено 225 биопсий. Различные типы рака желудка выявлены у 30 больных (12 %). Из них, аденокарцинома — 23 больных (76 %); железисто-эпидермоидный рак — 1 больной (3 %); железисто-папиллярная карцинома — 1 больной (3 %); недифференцированный рак — 1 больной (3 %); перстневидно-кле-

точный рак — 4 больных (15 %). Атрофический гастрит выявлен у 3 больных (1,2 %), поверхностный гастрит — у 198 пациентов (78,4 %).

Отдельно проанализирована группа больных с установленной дисплазией слизистой желудка. Дисплазия I и II степени тяжести выявлена у 19 больных (8,4 %), причем у 8 больных (42 %) на фоне язвы желудка, у 7 больных (37 %) при полипах желудка и у 4 больных (21 %) на фоне поверхностного гастрита.

На сегодняшний день наиболее общепризнанной теорией развития рака желудка считается каскад Correa (Correa P., 1992), согласно которому последовательность раковой трансформации может быть представлена следующим образом: инфекция *H. pylori* — неатрофический гастрит — атрофический гастрит — кишечная метаплазия — дисплазия — рак. Между тем, необходимо помнить о возможности развития, так называемой, «воспалительной дисплазии» у больных с обострением язвенной болезни желудка, что мы и наблюдали во всех 8 случаях. С учетом вышесказанного, для более точного выделения групп наблюдения нами была использована методика серологической диагностики с помощью «Гастропанели» (Биохит). По данным Исакова В.А. (2002), чувствительность и специфичность определения пепсиногена в сыворотке крови, как биохимического маркера для диагностики рака желудка составляет, соответственно, 84,6 % и 73,5 %, что является достаточно высоким показателем для непрямых методов диагностики.

По характеру изменения основных параметров гастропанели все пациенты разделены на 6 групп. Первую группу составили 9 пациентов с нормальным уровнем пепсиногена и гастрина. Учитывая результаты всех методов исследования, им был установлен диагноз: «Функциональная диспепсия». Вторую группу составили 5 пациентов с нормальным уровнем пепсиногена и повышенным уровнем гастрина. Эта группа имела высокий риск развития эрозивно-язвенного процесса, в связи с чем пациентам предложена эрадикационная терапия. Третью группу составили 8 пациентов с нормальным уровнем пепсиногена и пониженным уровнем гастрина. Такие пациенты имели высокий риск развития атрофического гастрита. Им рекомендована эрадикационная терапия и динамическое наблюдение. Четвертая группа — с повышенным уровнем пепсиногена и гастрина, что

соответствовало высокому риску язвообразования. Пациентам рекомендована эрадикационная терапия. Пятая группа — с повышенным уровнем пепсиногена и пониженным уровнем гастрина. Пациенты имеют высокий риск развития рака желудка. Рекомендовано динамическое наблюдение. Шестая группа — с повышенным уровнем пепсиногена и нормальным уровнем гастрина.

Рекомендовано динамическое наблюдение в связи с высоким риском развития атрофии слизистой желудка.

Таким образом, использование комплексного подхода к оценке состояния слизистой желудка позволяет более целенаправленно давать рекомендации пациентам, обоснованно назначать гастроскопию и эрадикационную терапию.

ЗАЙКИН С.И., ПЕРВОВ Е.А., ФРОЛОВ П.А., ТЕРЕХОВА Н.А.
ФГ ЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров,
г. Ленинск-Кузнецкий

АДЕНОМЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, МОРФОЛОГИЯ

Цель исследования — оценить частоту встречаемости, анатомические и морфологические особенности аденом толстой кишки с использованием увеличивающего колоноскопа и усовершенствованных устройств резекции слизистой оболочки.

Материалы и методы. Были изучены результаты тотальной колоноскопии у 1584 пациентов.

Осмотр до купола слепой кишки был подтвержден путем идентификации основания червеобразного отростка и илеоцекальной заслонки. Пациенты с низким качеством подготовки толстой кишки были исключены из исследования. Стандартное эндоскопическое исследование проводили видеоколоноскопом. С целью улучшения визуальной картины и ее трактовки использовали 0,2 % раствор индигокармина. Мужчин было 706 (44,6 %), женщин — 878 (55,4 %) в возрасте от 15 до 79 лет (средний возраст 53 года).

Результаты. Новообразования толстой кишки выявлены у 878 больных (55,4 %): колоректальный рак у 87 пациентов (5,5 %), гиперпластические и воспалительные полипы у 65 (4,1 %), аденомы толстой кишки обнаружены у 726 (45,8 %). У 385 мужчин (53 %) и 341 женщины (47 %) выявлены 1392 аденомы.

Частота встречаемости аденом толстой кишки в зависимости от пола и возраста была различна, и составила у мужчин 54,5 % ($n = 706$, $p < 0,05$): в возрасте до 19 лет — 0,7 %; 20-29 лет — 0,6 %; 30-39 лет — 2,7 %; 40-49 лет — 13,4 % ($p < 0,025$); 50-59 лет — 16,6 %; 60-69 лет — 10,2 %; 70-79 лет — 10,3 %. У женщин аденомы толстой кишки обнаружены в 38,8 % случаев ($n = 878$): до 19 лет — 0,3 %; 20-29 лет — 0,4 %; 30-39 лет — 2,2 %; 40-49 лет — 8 %; 50-59 лет — 12,2 %; 60-69 лет — 9 %; 70-79 лет — 6,7 %. В слепой кишке аденомы ($n = 1392$) выявлялись в 2,8 % случаев, в вос-

ходящей — в 6,4 %, в поперечной — в 14 %, в нисходящей — в 11,6 %, в сигмовидной — в 43,9 %, в прямой кишке — в 21,3 %.

Аденомы I типа (по Yamada S., 1966) встречались в 39,1 % случаев, II типа — в 34,6 %, III типа — в 20,9 %, достоверно чаще у женщин (13,3 %, $p < 0,025$), IV типа — в 5,4 %. Аденомы до 5 мм в диаметре составляли 36,5 %, от 5 до 10 мм — 42,5 %, от 11 до 20 мм — 14,2 %, более 20 мм — 6,8 %. У 726 больных одиночные аденомы встречались в 53,9 %, достоверно чаще у женщин (30,8 %, $p < 0,005$), групповые в 18,3 %, множественные в 27,8 %, достоверно чаще у мужчин (18,9 %, $p < 0,005$).

У 162 пациентов удалено 329 аденом толстой кишки с использованием петлевой электроэксцизии (244), «горячей» биопсии (58), эндоскопической резекции слизистой (27). У 22 больных выполнено удаление плоских аденом с резекцией окружающей слизистой оболочки при помощи разработанных нами устройств (патент РФ № 2308901 и № 2308902). Изучена чувствительность и сила теста щипцовой биопсии для выявления степени дисплазии аденом толстой кишки у 32 больных. Чувствительность щипцовой биопсии — 21,9 %. Сила теста щипцовой биопсии — 0,22.

При морфологическом исследовании всей удаленной аденомы ($n = 329$) выявлены: тубулярные аденомы в 85,4 %; тубулярно-ворсинчатые в 11,6 %; ворсинчатые в 1,5 %; аденокарциномы в 1,5 %. В тубулярных аденомах ($n = 281$) высокая степень дисплазии (high grade dysplasia) эпителия встречалась в 4,6 % случаев, ранний рак (non-invasive carcinoma) — в 0,7 %. В тубулярно-ворсинчатых аденомах ($n = 43$) высокая степень дисплазии выявлена в 25,6 % случаев, ранний рак — в 4,7 %. Ворсинчатые аденомы ($n = 5$) имели высокую степень дисплазии эпителия в 60 % случаев, ранний рак — в 20 %. В аденомах ме-



нее 10 мм в диаметре ($n = 263$) высокая степень дисплазии эпителия выявлена в 3,8 % случаев, ранний рак — в 0,8 %. В аденомах более 10 мм в диаметре ($n = 66$) высокая степень дисплазии эпителия выявлена в 25,8 % случаев, ранний рак — в 4,5 %. В аденомах менее 10 мм в диаметре ($n = 27$), удаленных при резекции слизистой единым блоком, высокая степень дисплазии эпителия обнаружена в 11,1 % случаев, а ранний рак — в 3,7 % ($p < 0,05$). Осложнений (кровотечение, перфорация), связанных с удалением аденом, не отмечено.

Выводы: Аденомы толстой кишки обнаружены у 45,8 % пациентов, чаще у мужчин; одиночные аденомы были выявлены в 53,9 % случаев, у женщин в 1,3 раза чаще, чем у мужчин, множественные аденомы были выявлены в 27,8 % случаев, у мужчин в 2,1 раза чаще, чем у женщин;

наиболее часто встречались аденомы I и II типа диаметром менее 10 мм, как у мужчин, так и у женщин, аденомы III типа — в 1,8 раза чаще были зарегистрированы у женщин; 3,8 % удаленных аденом менее 10 мм в диаметре имели дисплазию эпителия высокой степени, а ранний рак — 0,8 % аденом; чувствительность щипцовой биопсии для определения степени дисплазии аденом толстой кишки, составившая 21,9 %, и силу теста 0,22, свидетельствуют о низкой эффективности исследуемого метода.

Заключение. Судить о степени дисплазии или о неинвазивном раке в полипе можно только в случае морфологического исследования всего субстрата опухоли с окружающим ее участком здоровой ткани. В этом случае наиболее целесообразна эндоскопическая резекция слизистой оболочки толстой кишки.

ЗАЙКИН С.И., ФРОЛОВ П.А., ПЕРВОВ Е.А., ТЕРЕХОВА Н.А.
ФГ ЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров,
г. Ленинск-Кузнецкий

ФИБРОБРОНХОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА

С января 2002 г. по декабрь 2006 г. было выполнено 2775 диагностических фиброbronхоскопий у 2715 пациентов, проживающих на территории Кемеровской области и проходивших обследование и лечение в Научно-клиническом центре охраны здоровья шахтеров. Около 10 % фиброbronхоскопий проведено на догоспитальном этапе, 90 % — в условиях стационара. После определения показаний и противопоказаний фиброbronхоскопия выполнялась по общепринятой методике бронхоскопами BF-20 и FB-15RBS.

Доброкачественные и злокачественные опухоли найдены у 156 пациентов. Мужчин было 138, женщин 18. Средний возраст больных $54 \pm 3,7$ года. По данным эндоскопического и гистологического исследований было выявлено 120 злокачественных (4,3 %) и 36 доброкачественных (1,3 %) опухолей. Распространенность новообразований трахеобронхиального дерева составила 5,6 % ($n = 2775$). В возрасте до 40 лет доброкачественные и злокачественные новообразования встречались только у мужчин в одном (0,04 %) и двух (0,07 %) случаях, соответственно. В возрастной группе от 40 до 60 лет у мужчин обнаружено 21 доброкачественное новообразование (0,8 %) и 57 злокачественных (2,1 %), у женщин — 3 (0,1 %) и 4 (0,1 %), соответственно. В старшей возрастной группе,

более 60 лет, также преобладало количество злокачественных новообразований: у мужчин 48 (1,7 %), у женщин 9 (0,3 %); доброкачественных опухолей было 9 у мужчин (0,3 %) и 2 у женщин (0,1 %).

Наиболее частой локализацией злокачественных новообразований трахеобронхиального дерева являлись главные и долевые бронхи (106/88,3 % из 120 случаев). 4 случая (3,3 %) злокачественных опухолей зарегистрированы в трахее и 10 случаев (8,3 %) — в сегментарных бронхах. Более половины всех доброкачественных опухолей (55,6 %) локализовались в долевых бронхах, которые хорошо доступны при фиброbronхоскопии. В трахее обнаружено 4 доброкачественных новообразования (11,1 %), а в главных и сегментарных бронхах выявлено одинаковое соотношение — по 6 случаев (по 33,4 %).

По данным морфологического исследования, из 120 злокачественных опухолей (107 у мужчин и 13 у женщин) описаны следующие формы: аденокарцинома — 48 случаев (40 %), плоскоклеточный рак — 44 (36,7 %), крупноклеточный рак — 18 (15 %), мелкоклеточный рак — 10 (8,3 %) (Классификация ВОЗ, 2001). Из 36 доброкачественных опухолей трахеи и бронхов (31 у мужчин и 5 у женщин) гистологически подтверждены аденомы в 30 случаях (83,3 %) и папилломы в 6 случаях (16,7 %).

Таким образом, настоящее исследование демонстрирует достаточно высокие показатели выявления доброкачественных (1,3 %) и злокачественных (4,3 %) новообразований трахеи и бронхов во время проведения диагностической фибробронхоскопии у жителей Кузбасса. Пре-

имущественной локализацией опухолей являлись главные и долевые бронхи. Наиболее часто, среди злокачественных опухолей встречались аденокарциномы (40 %) и плоскоклеточный рак (36,7 %), а среди доброкачественных — аденомы (83,3 %).

ЗАИКИН С.И., ПЕРВОВ Е.А., ФРОЛОВ П.А., ТЕРЕХОВА Н.А.
ФГ ЛПУ Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров,
г. Ленинск-Кузнецкий

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Синородными телами дыхательных путей в клинической практике встречаются врачи разных специальностей. Тяжесть осложнений, связанных с пребыванием инородных тел в трахеобронхиальном дереве, неумелые попытки их удаления, делают проблему особенно актуальной.

Проанализирован 31 случай аспирации инородного тела в дыхательные пути. Из них, 17 детей (54,8 %) в возрасте от 8 месяцев до 13 лет и 14 взрослых пациентов (45,2 %) в возрасте от 21 до 66 лет. Среди детей было 8 девочек (47 %) и 9 мальчиков. Среди взрослых пациентов преобладали мужчины (86 %), женщин было две (14 %).

Основная часть пациентов детского возраста приходилась на детей в возрасте до 5 лет. Среди взрослых пациентов преобладали мужчины в возрасте 50-65 лет. Инородные тела органического происхождения были выявлены в 77,4 %, неорганические инородные тела были обнаружены в 22,6 %. При этом, у 2-х пациентов инородные тела дыхательных путей были ятрогенного происхождения — имела место неправильная установка желудочного зонда у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой. В гортани инородные тела были обнаружены у 5 пациентов, в трахее — у 6. Большая часть инородных тел локализовалась в правых отделах трахеобронхиального дерева. У 6 больных инородные тела находились в левых отделах трахеобронхиального дерева.

Большинство пациентов с инородными телами дыхательных путей поступили в стационар в первые часы с момента аспирации. Аспирация инородного тела в дыхательные пути сопровождалась приступообразным кашлем, инспираторной одышкой, асфиксией, афонией и цианозом кожи лица. Степень выраженности дыхательных нарушений зависела от размеров инородного тела, выраженности отека слизистой оболочки, спазма голосовой щели. В гортани чаще всего были обна-

ружены крупные или острые предметы (фасоль, рыбы кости). Наиболее частым местом задержки инородных тел в гортани являлось подскладочное пространство. Диагноз инородного тела гортани устанавливали, как правило, при фиброларингоскопии, с помощью которой его и удаляли. Размеры инородных тел трахеи, как правило, соответствовали просвету трахеи — это семена подсолнечника, кедровые орехи, бусина, рыбы кости, фрагменты пластмассовых игрушек.

Эндоскопическое исследование трахеи позволяло окончательно установить диагноз и удалить инородное тело. В подавляющем большинстве случаев инородные тела дыхательных путей были удалены при фибробронхоскопии с помощью гибкого или ригидного бронхоскопа. У 6 пациентов удаление инородного тела проведено при фиброларингоскопии. Манипуляции производили под местной анестезией или под эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов короткого действия. У 30 пациентов удаление инородного тела дыхательных путей с помощью эндоскопа было проведено успешно. У 1 пациента с длительно аспирированным инородным телом, находящимся в левом нижнедолевом бронхе, была проведена торакотомия.

У пациентов с аспирацией инородного тела мы наблюдали следующие осложнения: пневмонию у 2 пациентов с длительно находящимся инородным телом дыхательных путей, и тяжелый ларингоспазм у 1 пациента с инородным телом гортани (фасоль).

Таким образом, удаление инородных тел из дыхательных путей является ответственным делом, требующим от врача высокой квалификации, а от лечебного учреждения, где это удаление производится, наличия круглосуточной эндоскопической службы, оснащенной необходимым эндоскопическим оборудованием.



ЛЕОНТЬЕВ А.С., КОРОТКЕВИЧ А.Г., КУЗНЕЦОВ В.В.
Городская клиническая больница № 29,
МСЧ ОАО «ЗСМК»,
г. Новокузнецк

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФИБРОКОЛОНОСКОПИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ИСТОЧНИКА КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Кровотечения из толстой кишки остаются одним из тяжелых осложнений, частота которых составляет 11-20 % от всех кровотечений в желудочно-кишечный тракт (Кузьмин-Крутецкий, 2003). Оно несколько чаще встречается у мужчин и чаще выявляется у лиц преимущественно пожилого возраста. В США кровотечение из нижних отделов ЖКТ, требующее госпитализации, встречается с примерной частотой 20 случаев на 100000 населения в год. Основными причинами считаются дивертикулярная болезнь и ангиэктазии. По разным данным, кровотечение данной локализации останавливается самостоятельно в 36-85 % случаев.

Цель — оценить возможности фиброколоноскопии в диагностике низких кишечных кровотечений.

Материалы и методы. За 2005-2006 годы в клинике обследованы 25 человек с признаками низкого кишечного кровотечения, 17 мужчин (68 %) и 8 женщин (32 %), возраст пациентов от 18 до 80 лет. Колоноскопию выполняли при поступлении без предварительной подготовки кишки при стабильных витальных функциях. При отсутствии источника в толстой кишке выполняли ФГДС. При колоноскопии использовали отмывание стенок интенсивной подачей воды, определяли проксимальную границу крови и дистальнее ее проводили поиск источника кровотечения. Кровотечения после полипэктомии исключены из исследования.

Результаты и обсуждение. В структуре всех пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями, находившихся на лечении в больнице, низкие кровотечения составили 11 %. У 9 пациентов (36 %) источник кровотечения в толстой кишке не был выявлен, у 9 (36 %) источником кровоте-

чения являлся внутренний геморрой, 2 пациента (8 %) имели состоявшееся высокое кровотечение: в одном случае имела хроническая язва выходного отдела желудка, в другом кровотечением осложнилась постбульбарная хроническая язва. У 2-х человек (8 %) причиной кровотечения явился рак прямой и сигмовидной кишки (подтверждено гистологически). Геморрагическая колонопатия и неспецифический язвенный колит послужили причиной кровотечения у 3 пациентов (12 %), по результатам гистологического исследования выявлены признаки хронического колита с геморрагическим компонентом.

Среднее время исполнения колоноскопии составило 25 ± 15 минут. Основной проблемой явились навигационные сложности, требовавшие введения жидкости для идентификации просвета и стенки кишки. Средний объем лаважной жидкости при дробном введении составил 150 ± 50 мл. Осложнения отмечены в 1 случае — падение артериального давления до 70/40 мм рт. ст. у женщины 65 лет, купировано без введения медикаментов. Ни в одном случае ректоскопия не оказалась информативной. Выполнение рентгенографии тонкой кишки и ирригографии ни в одном случае не опровергло эндоскопического заключения.

Выводы:

1. У больных с клиникой низкого кишечного кровотечения в 56 % случаев его источник располагался в толстой кишке.
2. Фиброколоноскопия является достоверным и безопасным методом диагностики низких кишечных кровотечений.
3. Выполнение колоноскопии без подготовки кишки не увеличивает время процедуры и не снижает ее информативность.

ЛЕОНТЬЕВ А.С., КОРОТКЕВИЧ А.Г., МАРИНИЧ Я.Я., СУВОРОВ И.А.
Городская клиническая больница № 29,
МСЧ ОАО «ЗСМК»,
г. Новокузнецк

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ: ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ

Проблема лечения пациентов с инородными телами верхних отделов пищеварительного тракта не теряет актуальности и

в настоящее время. Частота диагностических и лечебных ошибок при лечении больных с инородными телами верхних отделов достаточно вели-

ка. Так, по данным М.М. Абакумова и А.Н. Погиной (1992), летальность при перфорации пищевода инородным телом составляет 4,1 % от общего числа наблюдений. Современный уровень развития эндоскопической техники позволяет во многом улучшить качество и результаты лечения при инородных телах верхних отделов пищеварительного тракта (М.П. Королев, М.В. Антипова, 2001).

Цель исследования — определить эффективность и целесообразность выполнения эндоскопии при подозрении на инородное тело пищевода или желудка.

Материалы и методы. Анализированы истории болезни пациентов, обращавшихся в отделение торакальной хирургии с направительным диагнозом инородного тела в верхних отделах пищеварительного тракта. Всего за 2005-2006 годы нами обследовано 99 человек, из них, 50 мужчин (50,5 %) и 49 женщин (49,5 %), возраст исследуемых от 15 до 80 лет. Использовали алгоритм обследования пациентов. Эзофагогастроскопию выполняли панэндоскопом под местным обезболиванием 1 % раствором дикаина. Для удаления инородных тел использовали различные щипцы и диатермические петли.

Результаты и обсуждение. По существующему алгоритму, прежде всего пациенты осматривались торакальным хирургом, всем производилось рентгеноскопическое исследование водорастворимым контрастом, целью которого являлось выявление рентгеноконтрастных, слаборентгеноконтрастных инородных тел, признаков, указывающих на наличие неконтрастного инородного тела и перфорацию пищевода. При подозрении на инородное тело рта пищевода производили обзорную рентгенографию шеи и грудной клетки и рентгенографию по Земцову. По завершении лечебной эндоскопии выполняли повторную рентгеноскопию с водорастворимым контрастом, при подозрении на затеки — рентгенографию с барием. Отрицательные рентгенологические данные не являлись поводом для отказа от дальнейшего обследования пациента.

При обследовании и лечении пациентов с инородными телами верхних отделов пищеварительного тракта разделяли два основных вида эндоскопических исследований: диагностическую и лечебную. Целью диагностической эндоскопии являлось уточнение диагноза, определение характера инородного тела, причины и уровень фиксации, возможность эндоскопического удаления. Из всего количества пациентов, у 59 человек (59,6 %) инородные тела обнаружены не были, но в 13 случаях (22 %) имели место следующие изменения:

4 человека — стеноз пищевода, 7 пациентов имели скарификации пищевода и желудка, у 2 человек обнаружены подслизистые гематомы пищевода. Из 40 человек (49,4 %), у которых инородные тела были удалены, у 7 (17,5 %) также были обнаружены некоторые изменения: 4 имели стеноз пищевода, 1 — химический ожог слизистой пищевода, у 2 — скарификации пищевода и желудка. В одном случае пациент отказался от проведения обследования.

Обращение пациентов приходилось, в основном, на вечернее и ночное время. В двух случаях нам не удалось с первого раза удалить инородное тело из просвета органа, это было вызвано беспокойным поведением пациентов и характером инородных тел, но при повторном исследовании последние были удалены (в 1 случае при ригидной эзофагоскопии). Осложнений отмечено не было. Инородные тела имели преимущественно животное происхождение, ими являлись плоские и трубчатые кости, куски мяса, в одном из случаев был извлечен орех. Все пациенты с травмами пищевода и после удаления инородного тела госпитализировались в отделение торакальной хирургии для наблюдения и лечения. При выявлении перфорации пищевода у 2 больных до эзофагоскопии в 1 случае выполнена ригидная эзофагоскопия под общим обезболиванием, в 1 случае — интраоперационная фиброэзофагоскопия при шейной медиастинотомии.

Выводы:

1. Лечение и обследование больных с подозрением на инородное тело верхних отделов пищеварительного тракта должно осуществляться в экстренном порядке и в условиях многопрофильного стационара.
2. При подозрении на инородное тело верхних отделов ЖКТ необходимо сочетание рентгенологического и эндоскопического методов исследования.
3. Рентгенологическое исследование должно включать рентгеноскопию с водорастворимым контрастом до эндоскопии, рентгенографию с бариевой взвесью после удаления инородного тела и выявленных повреждений стенки пищевода.
4. Применение гибких эндоскопов сужает показания к применению ригидных эндоскопов при извлечении инородных тел из пищевода, позволяет избежать травматизации стенок пищевода и улучшить качество диагностики.
5. В большинстве случаев для выполнения ригидной или фиброэзофагогастроскопии достаточно местного обезболивания.

ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА

Синдром Меллори-Вейсса (СМВ) составляет 7,3 % от всех кровотечений (П.Д. Фомин, 2007). Считают, что возникновению разрывов способствует наличие хиатальной грыжи, гастрита, эзофагита (В.Н. Сотников, Т.К. Дубинская, 2000). Несмотря на успехи в диагностике и лечении СМВ, расширение арсенала терапевтических средств и хирургических вмешательств, успехи анестезиологии и реаниматологии, общая летальность при этой патологии на протяжении ряда лет остается постоянной и колеблется от 5 до 10 %.

По литературным данным последних лет, число рецидивных кровотечений у больных с СМВ колеблется от 0 до 35 % (Соловьев А.С., 2007). Доказано, что эндоскопические вмешательства являются методом выбора при этом заболевании, позволяя снизить количество больных до 0,4 % (Ю.М. Панцырев, 2003).

Цель работы — определить сравнительную эффективность способов эндоскопического гемостаза при СМВ и факторы, способствующие возможному рецидиву кровотечения.

Материалы и методы. Анализированы результаты обследования пациентов, поступавших с клиникой желудочно-кишечного кровотечения в отделение общей хирургии МГКБ № 29 г. Новокузнецка с 2001 по 2007 гг., в возрасте от 15 до 75 лет.

Все 308 пациентов с синдромом Меллори-Вейсса имели клинику рефлюксной болезни (ГЭРБ), предъявляли жалобы на изжогу, отрыжку воздухом и съеденной пищей. ФГДС в экстренном порядке и эндоскопический гемостаз проводились сразу при поступлении, контроль — через 6-8 часов, затем через сутки и перед выпиской из стационара.

Активность кровотечения при СМВ оценивали по шкале Forrest. Гемостаз проводился путем подслизистого введения раствора 1 % перекиси водорода или раствора эпсилонаминокапроновой кислоты рядом с разрывом слизистой 10-20 мл (обычно из 2 точек), орошением 96 % спиртом — 10 мл или 1 % раствором нитрата серебра — 2 мл. Перед гастроскопией опрашивали пациентов по изменениям в самочувствии, необходимости приема медикаментов, наличию и изменению частоты рефлюкса (изжоги).

Результаты. Частота СМВ в структуре желудочно-кишечных кровотечений различна по годам и составила от 12 % до 28 %. В годы наибольшего поступления больных с кровотечениями (2002, 2004, 2005) частота СМВ была примерно одинаковой и составила 12-14 %. Активное кровотечение (F1ab) у мужчин и женщин имело в 42 % и 37 %, остановившееся (F2abc) — в 44 % и 41 % соответственно, F3 — в 14 % и 22 %, соответственно ($p > 0,05$). Вместе с тем, в группе активного (F1ab) и остановившегося (F2abc) кровотечения существенно преобладали мужчины — 93 (74 %) и 97 (73 %), соответственно ($p < 0,01$). Однократный эффективный гемостаз при использовании 1 % раствора H_2O_2 составил у мужчин 65 % против 90 % у женщин ($p < 0,05$). При другом гемостазе эффективность у мужчин и женщин была 53 % (10 больных) и 67 % (2 человека), соответственно.

Если при эндоскопическом мониторинге через 6-8 часов сохранялись стигматы (F2abc), первичный гемостаз не считали окончательным и выполняли повторный гемостаз. При использовании 1 % раствора H_2O_2 и другого гемостаза частота неэффективного первичного гемостаза была достоверно выше у мужчин — 87 % против 13 % ($p < 0,01$). Общая эффективность первичного гемостаза перекисью водорода составила 69 %, при другом виде гемостаза — 31 %. Рецидивы кровотечения при использовании 1 % раствора H_2O_2 отмечены у 13 мужчин (87 %) и 2 женщин (13 %), при другом способе гемостаза — у 90 % и 10 %, соответственно. Причинами рецидива в 9 случаях (60 %) из 15 послужили недостаточность кардии 2 степени с выраженным пролапсом слизистой, в 4 случаях (27 %) — тяжелая предшествующая кровопотеря, в 10 случаях (45 %) — другой гемостаз.

Выводы:

1. Неблагоприятным фактором по эффективности гемостаза является мужской пол пациента (87 %).
2. Пролапс слизистой желудка при ГЭРБ является фактором риска по рецидиву кровотечения (60 %).
3. При использовании 1 % раствора H_2O_2 первичный (однократный) гемостаз эффективен в 69 % и является предпочтительным.

КОМБИНИРОВАННАЯ ХРОМОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

В настоящее время проблема ГЭРБ является очень актуальной. Значение ГЭРБ определяется не только ее распространенностью, но и утяжелением течения. За последние десять лет в 2-3 раза чаще стали наблюдаться тяжелые рефлюкс-эзофагиты (А.В. Калинин, 2003). У 10-15 % больных развиваются осложнения, такие как стриктуры и язвы пищевода, кровотечения, перфорации (что оспаривается рядом авторов), пищевод Барретта, аденокарцинома пищевода (Старостин Б.Д., 1997). Проблемой остается своевременная диагностика осложнений ГЭРБ.

Цель работы — изучить эффективность комбинированной хромокопии в диагностике осложнений ГЭРБ.

Материалы и методы. С диагнозом ГЭРБ обследованы 39 человек, 27 мужчин (69 %) и 12 женщин (31 %), в возрасте от 25 до 83 лет с хроническим эзофагитом и недостаточностью кардии (НК) 1-3 степени. Использовали методы визуальной оценки при ФГДС, комбинированную хромокопию последовательным орошением 1,5 % раствором уксусной кислоты, 1 % водным раствором метиленовым синим и 1 % раствором Люголя, манометрию пищевода, желудка и ДПК и гистологические исследования биоптатов пищевода.

Результаты. У мужчин НК-1 ст. выявлено у 3 человек (11 %), НК-2 ст. — у 14 (52 %), НК-3 ст. — у 6 (22 %), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) — у 3 (11 %). У женщин — НК-1 ст. в 1 случае (8,3 %), НК-2 ст. у 7 (58 %), НК-3 ст. у 1 (8,3 %), ГПОД у 1 (8,3 %).

Самым частым визуальным признаком хронического эзофагита явилось утолщение слизистой пищевода в нижней его трети и отсутствие сосудистого рисунка (19 мужчин/70 %) и 6 женщин/50 %), отсутствие зубчатой линии выявлено у 17 мужчин (63 %) и 6 женщин (50 %), фиброзное кольцо в нижней трети пищевода обнаружено у 3 мужчин (11 %) и 5 женщин (42 %), очаги метаплазии — у 8 мужчин (30 %)

и 2 женщин (17 %), пищевод Барретта (ПБ) был заподозрен у 7 мужчин (26 %) и 2 женщин (17 %), эрозии пищевода выявлены у 2 мужчин (7 %). Неизменная слизистая пищевода была у 1 мужчины и 1 женщины (3,7 % и 8 %). После окрашивания уксусом слизистая приобрела «чешуйчатый» вид у 6 мужчин (22 %) и 2 женщин (17 %), очаги метаплазии — у 6 мужчин (22 %) и 2 женщин (17 %). После второго этапа окрашивания дополнительные очаги метаплазии выявлены у 3 мужчин (11 %) и 2 женщин (17 %), фиброзные изменения слизистой — у 3 мужчин (11 %) и 2 женщин (17 %). После третьего этапа окрашивания дополнительные очаги метаплазии выявлены у 6 мужчин (22 %) и 1 женщины (8,3 %).

Прицельно и последовательно бралась биопсия из окрашенных очагов метаплазии. Среднее количество биоптатов составило 4 против 10 без хромокопии ($p < 0,02$). Гистологические исследования показали сходные изменения разной степени выраженности от кератоза, легкого фиброза, лимфоцитарной инфильтрации до фиброза, дисплазии и формирования очагов пищевода Барретта.

Диагноз хронического эзофагита гистологически подтвержден у 12 мужчин (44 %) и 4 женщин (33 %).

Предполагаемый нами при визуальной диагностике пищевод Барретта подтвержден у 5 из 7 мужчин (71 %) и 2 женщин (100 %). В целом, ПБ выявлен у 12 мужчин (44 %) и 4 женщин (33 %) при хроническом рефлюкс-эзофагите ($p < 0,01$ в сравнении с рутинной визуальной диагностикой).

Выводы:

1. Хронический эзофагит и НК могут быть диагностированы эндоскопически с высокой степенью вероятности и подтверждены гистологически.
2. Метод комбинированной хромокопии позволяет существенно улучшить качество диагностики пищевода Барретта при хроническом рефлюкс-эзофагите.

ПЕТРОВ Д.Ю., ФЕДОРОВ Е.Д., ЮДИН О.И., СТЕПНОВ М.В., ИВАНОВА Е.В.
 Российский государственный медицинский университет,
 Городская клиническая больница № 31,
 г. Москва

ПРОСПЕКТИВНАЯ РАНДОМИЗИРОВАННАЯ СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ И БИПОЛЯРНОЙ ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИИ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Цель — объективная оценка эффективности и безопасности аргонплазменной коагуляции для остановки и профилактики язвенных гастродуоденальных кровотечений, в сравнении с изученным термическим методом эндоскопического гемостаза — биполярной диатермокоагуляцией (БидК).

Материалы и методы. С марта 2006 г. по декабрь 2007 г., в соответствии с утвержденным протоколом проспективного рандомизированного научного исследования, в программу «Аргон/Биполяр» были включены 42 пациента с острыми ЯГДК, разделенные на 2 полностью сравнимые лечебные группы (таблица).

АПК и БидК выполняли через инструментальный канал операционного панэндоскопа EVIS 1T-140 с использованием электроблока ICC-200+APC-300, торцевых и боковых зондов-аппликаторов для АПК, биполярного электрода «Gold probe» со встроенной инъекционной иглой.

Результаты. Первичный эндоскопический гемостаз был достигнут у всех 42 больных (100 %). АПК в изолированном виде была выполнена у

19 больных (86,4 %), БидК — у 13 больных (65 %). Соответственно, у 3 больных (13,6 %) в группе АПК и у 7 (35 %) в группе БидК потребовалось комбинированное использование коагуляционного и инъекционного методов эндоскопического гемостаза. В качестве «вспомогательного» метода была использована паравазальная эндоскопическая инъекция физиологического раствора с адреналином.

Больные с высоким риском рецидива кровотечения по клинко-эндоскопическим данным получали «Лосек» под контролем 24-часовой рН-метрии в максимальной дозировке — 160 мг в сутки в/венно в течение 3-х суток, а после снятия угрозы рецидива ГДК — 40 мг перорально. Больные с невысоким риском рецидива кровотечения с самого начала получали Лосек в капсулах в дозе 40 мг. Дополнительный гемостаз первично использованным методом, в связи с наличием обнаженных сосудов в дне язвы, успешно выполнили у 3 больных (13,6 %) группы АПК и у 5 больных (22,7 %) группы БидК в ходе динамических ЭГДС.

Таблица
 Характеристика исследуемых групп

Метод/больных	АПК – 22	БидК – 20	Всего – 42
Пол	м. – 16, ж. – 6	м. – 17, ж. – 3	м. – 33, ж. – 9
Возраст	18-75 лет ср. – 45,9 ± 16	20-71 лет ср. – 43,3 ± 15,5	18-75 лет ср. – 44,6 ± 15,4
Степень тяжести кровотечения	Легкая – 5 Средняя – 8 Тяжелая – 9	Легкая – 3 Средняя – 12 Тяжелая – 5	Легкая – 8 Средняя – 20 Тяжелая – 14
Источник ЖКК	ЯДПК – 17 (77,3 %) ЯЖ – 4 (18,2 %) РЯ/пГЭА – 1 (4,5 %)	ЯДПК – 14 (70 %) ЯЖ – 5 (25 %) РЯ/пТВ + ПП – 1 (5 %)	ЯДПК – 31 (73,8 %) ЯЖ – 9 (21,4 %) Рец. язвы – 2 (4,8 %)
Диаметр язв	5-35 мм ср. 11,7 ± 8,1	5-40 мм ср. 12,8 ± 9,5	5-40 мм ср. 12,7 ± 9
Глубина язв	2-10 мм ср. 3,9 ± 2,5 мм	2-10 мм ср. 3,9 ± 2,0 мм	2-10 мм ср. 3,9 ± 2,3 мм
Исх. стигмы и возобновление ГДК при гемостазе	Fla – 1 Flb – 1 FIIa – 12 → FI – 3 FIb – 8 (13,6 %)	Fla – 1 Flb – 1 FIIa – 14 → FI – 7 FIb – 4 (35 %)	Fla – 2 Flb – 2 FIIa – 26 → FI – 10 FIb – 12 (23,8 %)
Риск рецидива ЯГДК	Высокий – 11 (50 %) Низкий – 11 (50 %)	Высокий – 8 (40 %) Низкий – 12 (60 %)	Высокий – 19 (45,2 %) Низкий – 23 (54,8 %)

Рецидивов кровотечения не наблюдали ни в одном случае; ни один пациент не был оперирован в неотложном порядке. Осложнений во время выполнения эндоскопических вмешательств и в ближайшие сроки после их завершения не было. Один летальный исход (4,5 %) у пациентки на 32 сутки после АПК наступил в результате тяжелой двухсторонней пневмонии и декомпенсированного сахарного диабета. К этому моменту язвенный дефект, послуживший у этой пациентки источником кровотечения, уже зажил.

Заключение. Результаты продолжающегося проспективного рандомизированного исследо-

вания показывают, что сравниваемые методы эндоскопического гемостаза по основным показателям обладают равными эффективными возможностями в отношении остановки и профилактики рецидивов ЯГДК, а также равной степенью безопасности.

Независимо от примененного метода первичного эндоскопического гемостаза, важнейшим компонентом успеха не оперативного лечения ЯГДК является использование комплексного медикаментозного лечения с адекватной антисекреторной терапией ингибиторами протонной помпы.

ПИКЕЛЬГАУПТ А.Г., КОРОТКЕВИЧ А.Г., ДЕМЬЯНОВ В.С.
*Онкологический диспансер,
г. Новокузнецк*

ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Проблема своевременной эндоскопической, гистологической и лучевой диагностики опухолевого поражения желудка и предраковых изменений остается проблемой, требующей разрешения.

Материал и методы. Проведен анализ результатов эндоскопических исследований верхних отделов ЖКТ, выполненных амбулаторным и стационарным пациентам в 2006-2007 гг. Учитывались локализация, распространенность, морфологический тип опухоли в структуре обследованных больных.

Результаты исследования. ФГДС выполнена 4152 пациентам. Злокачественные новообразования выявлены у 452 больных (10,9 % от общего числа обследованных). Локализация злокачественного поражения имела место: в верхней трети пищевода — 1,1 %, в средней трети пищевода — 4,6 %, в нижней трети пищевода — 6,4 %, в кардии — 0,4 %, венстрикулокардиоэзофагеальный рак — 5,5 %, в дне желудка — 5,7 %, в теле желудка — 44,7 %, в антральном отделе — 27,9 %, рак культи — 2,9 %, злокачественный карциноид ДПК — 0,2 %, малигнизированный полип желудка — 0,4 %. Видно, что чаще всего поражаются нижняя треть пищевода и тело желудка. Ранние раки или опухоли с размерами, не нарушающими функцию органа (условно операбельные), в том числе выявленные после предварительных осмотров в других лечебных учреждениях, составили 93 %.

Гистологический тип опухоли, выявленный у пациентов, был представлен высокодифференци-

рованным плоскоклеточным раком пищевода в 8,7 %, умеренно дифференцированным плоскоклеточным раком пищевода в 2,2 %, низко дифференцированным плоскоклеточным раком пищевода в 2,2 %, недифференцированным раком пищевода в 2,2 %, высоко дифференцированной аденокарциномой желудка в 13,2 %, умеренно дифференцированной аденокарциномой желудка в 3,5 %, низко дифференцированной аденокарциномой желудка в 9,7 %, перстневидно-клеточным раком в 15,9 %, недифференцированным раком в 15,4 %, малигнизированной язвой в 12 %, лимфомой в 4,4 %, слизистым раком в 1,8 %, гранулирующим раком в 0,9 %, карциноидом в 1,3 %, злокачественной мягкотканой опухолью в 0,4 %. Чаще всего встречался перстневидно-клеточный рак желудка и высоко дифференцированный плоскоклеточный рак пищевода. Затруднения в верификации были в 8,8 % случаев.

Доброкачественные новообразования пищевода и желудка выявлены у 350 пациентов (8,4 % от общего числа обследованных). Опухоли располагались в верхней трети пищевода — 1,4 %, в средней трети пищевода — 0,8 %, в нижней трети пищевода — 8,6 %, в кардии — 4,2 %, в дне желудка — 1,7 %, подслизистая опухоль пищевода в 5,4 %, в теле желудка — 25,1 %, в антральном отделе — 40 %, множественные полипы — в 7,7 %, полип анастомоза — в 0,3 %, подслизистая опухоль желудка — в 4,6 %. Как видно, чаще доброкачественные новообразования встречаются в нижней трети пищевода и в антральном отделе желудка.



Хронические эрозии выявлены у 104 пациентов (2,5 %), 24 мужчин и 80 женщин. Гистологические заключения при хронических эрозиях были представлены хроническим гастритом в 50 %, хроническим эрозивным гастритом в 19,3 %, формирующимся гиперпластическим полипом в 19,2 %, эпителизированной хронической язвой в 3,8 %, поверхностным гастритом в 3,2 %. Как видно, гистологическими находками при хронических эрозиях был хронический гастрит, а хронический эрозивный гастрит и формирующийся гиперпластический полип встречались существенно реже в равных соотношениях.

Заключение. Наиболее частой локализацией рака желудка является тело, а для рака пище-

вода — нижняя его треть. Доброкачественные опухоли составляют 8,4 % в общей структуре выявленных заболеваний, а среди всех опухолей — 43,6 %. Частота локализации доброкачественных опухолей и рака не идентичны, что может указывать на возможный пропуск ранних форм опухолей при инструментальных исследованиях. Хронический эрозивный гастрит в специализированном стационаре встречается в 2,5 % случаев среди всех обследованных. Гистологическая верификация хронического эрозивного гастрита затруднена. Изменения при хронических эрозиях, в большинстве случаев, не дают ясности в диагнозе и возможности выбора тактики лечения.

ПОСТНИКОВА Е.И., МЕШКОВ В.А., ЗАЙКА Г.Е.,
ЧУГАЙНОВА В.В., ЩЕННИКОВА Е.М.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ЭЗОФАГОГASTРОДУОДЕНОСКОПИЯ У МЛАДЕНЦЕВ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ИМЕЮЩИХ СИНДРОМ УПОРНЫХ СРЫГИВАНИЙ И РВОТЫ

Причины, приводящие к синдрому срыгиваний и рвоты у младенцев, могут быть весьма разнообразны. Их разделяют на органические и функциональные. При органических нарушена анатомическая проходимость одного из участков пищеварительного тракта. К ним относятся пороки развития желудочно-кишечного тракта (атрезии, стенозы, незавершенный поворот кишечника и другие), врожденная патология нервно-мышечного аппарата желудочно-пищеводного сфинктера (халазия и ахалазия кардии), остро возникающие ситуации (инвагинация, острая кишечная непроходимость, аппендицит и т.д.) (Шабалов Н.П., 2006). Природа функциональных нарушений обусловлена нарушением моторики пищевода и желудка, дискинезией желудочно-кишечного тракта (вздутие живота, поносы, запоры), спазмом привратника, незрелостью кардиального сфинктера, повышением внутричерепного давления, аллергией к белкам коровьего молока (Шабалов Н.П., 2006). К упорным срыгиваниям и рвоте могут приводить нарушение техники кормления (перекорм, аэрофагия), нарушение ухода за младенцами (тугое пеленание, тугая бандаж, накладываемый на живот при пупочной грыже, длительный крик младенцев) (Мазурин А.В., Воронцов И.М., 1986; Витебский Я.Д., 1991).

Обсуждается степень участия *Helicobacter pylori* (Hр) и перинатальной патологии нервной системы в генезе патологического гастроэзофагального рефлюкса у младенцев. Несмотря на высокую распространенность этой инфекции среди матерей, заражение новорожденных и грудных детей происходит крайне редко (Беляева О.И., 1996). Упорные срыгивания являются доминирующим симптомом у 70 % младенцев с перинатальным поражением нервной системы. Доказано, что чаще всего они наблюдаются при гипертензионно-гидроцефальном синдроме (Бадалян Л.О., 1984).

У младенцев первых месяцев жизни, имеющих перинатальное поражение нервной системы, Кислюк А.В. с соавт. (1994) обнаружили в 79,7 % случаев моторные нарушения желудочно-кишечного тракта (недостаточность кардиального жома, желудочно-пищеводный и дуодено-гастральный рефлюксы, зияние привратника, пилороспазм), а у 32,4 % обследованных — воспалительные изменения (эзофагит, гастрит, дуоденит).

Цель исследования — изучить роль *Helicobacter pylori* в формировании синдрома упорных срыгиваний и рвоты у младенцев с перинатальным поражением нервной системы.

Материалы и методы. Обследованы 285 младенцев психоневрологического отделения патологии новорожденных и детей раннего возраста

МЛПУ «ДКБ № 3» г. Новокузнецка. Жалобы на упорные срыгивания выявлялись у 31,5 % больных, обильные срыгивания с рождения — у 7,6 %, синдром упорных срыгиваний и рвоты — у 1,5 % младенцев. У 27 младенцев была проведена эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС) с биопсией слизистой оболочки желудка (СОЖ). Показанием для проведения ЭФГДС был сохраняющийся синдром упорных срыгиваний и рвоты, резистентный к лекарствам, снижающим внутричерепную гипертензию.

ЭФГДС проводили фиброларингоскопом, наружный диаметр тубуса 4 мм. Биопсию СОЖ осуществляли из антрального отдела желудка щипцами (диаметр браншей 1 мм). В СОЖ осуществлялся поиск *Helicobacter pylori*.

Результаты. Макроскопически при ЭФГДС у 23 младенцев из 27 (85,2 %) обнаружили различные заболевания пищевода и желудка. У 4 младенцев из 23 (17,4 %) выявлены заболевания функционального характера (недостаточность кардии, пилороспазм). Гастрит, рефлюкс-эзофагит в сочетании с недостаточностью кардии, пилороспазмом диагностированы у 19 младенцев из 23 (82,6 %). Только воспалительные изменения в верхних отделах пищевода и желудка выявлены у 11 из 23 (40,7 %), из них: в пищеводе рефлюкс-эзофагит в виде отека и гиперемии сли-

зистой пищевода у 4 из 23 (14,8 %), антральный гастрит — отек и гиперемии СОЖ диагностирован у 7 из 23 (25,9 %). У одного младенца с антральным гастритом, наряду с гиперемией СОЖ, были выявлены эрозии по большой кривизне желудка. Нами обнаружен достаточно высокий уровень НР в СОЖ. Хеликобактерии были найдены у 10 младенцев из 23 (43 %), как при функциональных, так и при воспалительных процессах в верхних отделах ЖКТ. У одного из четырех младенцев с функциональными нарушениями при цитологическом исследовании СОЖ были найдены Нр до 10 и нейтрофилы до 12 в полях зрения (п/з), свидетельство текущего воспалительного процесса, не достигшего визуализации. У всех младенцев с гастритом в СОЖ обнаружены нейтрофилы до 10-12 в п/з, а у четырех из них — Нр до 10 в п/з.

Выводы: Этиология синдрома упорных срыгиваний и рвоты у младенцев с перинатальным поражением нервной системы может быть самой разнообразной. Хеликобактерии — один из возможных этиологических факторов данного синдрома. В целях уточнения этиологии синдрома упорных срыгиваний и рвоты младенцам с перинатальным поражением нервной системы целесообразно проводить ЭФГДС с биопсией слизистой оболочки желудка и поиском хеликобактерий в ней.

ФЕДОРОВ Е.Д., ИВАНОВА Е.В., АНДРЕЕВА О.Н.
*Российский государственный медицинский университет,
Городская клиническая больница № 31,
г. Москва*

ОДНОБАЛЛОННАЯ ЭНТЕРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОНКОЙ КИШКИ

Долгое время тонкая кишка оставалась органом, малодоступным для эндоскопического исследования и изучения. Вновь разработанные методы диагностической и лечебной энтероскопии обеспечивают стабильный доступ и возможность выполнения эндоскопического вмешательства на «глубоких» отделах желудочно-кишечного тракта.

Цель — оценить возможности применения однобаллонного энтероскопа XSIF-Q180Y для диагностической и лечебной еюноилеоскопии и колоноилеоскопии у пациентов с подозрением на заболевания тонкой кишки, а также при заболеваниях панкреатобилиарной зоны, у пациентов, ранее перенесших оперативные вмешательства на верхних этажах брюшной полости, затрудняющих эндоскопический доступ к области большого

дуоденального сосочка, либо билиодигестивного соустья.

Материалы. С 14 февраля 2007 г. по 6 февраля 2008 г. у 31 больного, 17 мужчин и 14 женщин, в возрасте от 21 до 89 лет, средний — $52,6 \pm 13,8$ лет, было выполнено 39 исследований (36 плановых, 3 срочных): 27 пероральных энтероскопий (в том числе, 5 лечебных) и 12 колоно-илеоскопий (в том числе, 1 лечебная). У 8 из 31 пациента были проведены оба исследования. Объемные операции на органах брюшной полости перенесли в прошлом 11 больных (35,5 %). С целью обезболивания в 2-х случаях использовался эндотрахеальный наркоз, в 24 — тотальная внутривенная анестезия, в 13 — внутримышечная премедикация. Пройденное энтероскопом расстояние оценивалось по циклам продвижения



— присборивания тонкой кишки; в среднем было использовано 9 ± 3 цикла при трансоральной энтероскопии, 6 ± 2 — при трансанальной энтероскопии. Проведение аппарата контролировалось рентгено-эндоскопически у 15 больных, в остальных случаях — визуально.

Результаты. При трансоральной энтероскопии общая продолжительность вмешательств колебалась от 40 до 130 мин. (в среднем, 82 ± 20 , -3 мин.), при колоно-илеоскопии от 60 до 110 мин. (в среднем, $81 \pm 12,8$ мин.). При пероральной энтероскопии удалось осмотреть от 100 до 500 см, в среднем $327 \pm 95,9$ см тонкой кишки; при колоно-илеоскопии во всех случаях удалось преодолеть Баугиниеву заслонку и осмотреть от 100 до 250 см подвздошной кишки, в среднем $181,7 \pm 38,1$ см. Тотальная энтероскопия была выполнена у 1 из 8 больных, которым выполнялись оба исследования.

Из технических особенностей выполнения энтероилеоскопии следует отметить, что основным фактором, препятствовавшим глубокому введению энтероскопа, являлся спаечный процесс, перегибы и фиксация петель кишки в результате ранее перенесенных обширных операций на органах брюшной полости, а при колоноилеоскопии — еще и анатомия толстой кишки. При обследовании неоперированных больных преодоление первых 3,0-3,5 м тонкой кишки, как правило, происходило беспрепятственно и достаточно быстро. По мере продвижения в более глубокие участки, присборивать и удерживать кишку становилось труднее. Из 8 больных с подозрением на тонкокишечное кровотечение у 2-х были обнаружены ангиоэктазии, в 1-м случае в сочетании с флешэктазией, в другом — с эрозивно-геморрагическим энтеритом; у 6 остальных — источник не обнаружен, у 5 из них выявлены признаки лимфэктазии, у 1-го полип тонкой кишки. Из 8 больных с подозрением на наличие полипов, они были обнаружены у 5-ти: у 3-х пациентов полипы не потребовали удаления; у 1 пациента удален гипер-

пластический полип; у 1 пациентки с семейным аденоматозным полипозом обнаружена тубулярно-ворсинчатая аденома слизистой тонкой кишки с дисплазией I-II степени тяжести и планируется эндоскопическое удаление. Из 3-х больных с подозрением на болезнь Крона, диагноз был подтвержден в 1 случае, у 2-х больных — отвергнут.

По данным эндоскопического и гистологического исследования, из 4 больных с подозрением на наличие энтеропатии, у 2 имелась целиакия, у 1 — эозинофильный энтерит, у 1 — экссудативная энтеропатия. Из 3 больных с подозрением на наличие энтерита, у 1 больного выявлен хронический энтерит, у 2-х изменений кишки не выявлено (в т.ч. у 1-й пациентки с подозрением на лучевой энтерит и задержкой эвакуации видеокапсулы более чем на 8 дней). У 2 больных с острой тонкокишечной непроходимостью было подтверждено нарушение пассажа по тощей кишке и установлен зонд для ее декомпрессии (у 1-го из них непроходимость разрешилась, второй был оперирован). У 3-х больных после реконструкции по Бильрот II, по Бальфуру и по Ру, несмотря на наличие длинной приводящей петли, удалось достичь желчевыводящих путей и в 2 случаях выполнить их санацию. Побочных эффектов и осложнений при выполнении энтероскопии не было.

Заключение. Опыт использования однокатетерного энтероскопа показывает, что труднодоступные ранее участки желудочно-кишечного тракта стали доступны для диагностики, взятия биопсии и проведения лечебной эндоскопии. Освоение метода однокатетерной энтероскопии позволит более широко использовать его в повседневной клинической практике, диагностировать заболевания тонкой кишки, в т.ч. с возможностью получения материала для морфологического исследования, расширить показания к малоинвазивным вмешательствам при «хирургических» заболеваниях тощей и подвздошной кишки, а в измененных анатомических условиях — на желчевыводящих путях и протоках поджелудочной железы.

ЧИКИНЕВ Ю.В., ДРОБЯЗГИН Е.А., КУТЕПОВ А.В., ГОВОРКОВ Р.В.

Новосибирский государственный медицинский университет,

ГУЗ Областная клиническая больница,

г. Новосибирск

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ

За период с 1994 по 2007 гг. в отделении торакальной хирургии областной больницы проходили обследование и лечение

64 пациента с рубцовыми стенозами пищеводных анастомозов. Из 64 пациентов у 59 имели место высокие стенозы пищеводных анастомозов после



различных видов эзофагопластики: желудочной трубкой — 34, сегментом толстой кишки — 24. У 2 пациентов анастомозы были наложены с глоткой. У 4 пациентов были стриктуры низких анастомозов после субтотальной шунтирующей эзофагоколонопластики (1), после тотальной гастрэктомии (3).

Эндоскопическое лечение предпринималось сразу же после обращения больного в стационар после проведения рентгеноскопии пищевода и желудка, и не ранее, чем через 2 недели с момента выполнения операции.

При эндоскопическом исследовании, сужение анастомоза I степени отмечено у 11 больных, II степени — у 14 больных, III степени — у 29 больных, IV степени — у 12 больных. Первично провести струну и выполнить расширение про света анастомоза удалось у 59 пациентов. Из-за выраженности сужения и рубцовой деформации зоны анастомоза 4 пациентам проведение струны осуществлялось под рентген-контролем. Перед началом бужирования анастомоза мягкий проводник был заменен на жесткий. У 1 пациента провести струну за зону сужения анастомоза не удалось. Таким образом, выполнение эндоскопических вмешательств оказалось возможным у 63 пациентов.

В качестве способа лечения проводилось бужирование зоны анастомоза до бужа № 40 Savary

у 15 пациентов, первичная баллонная гидродилатация анастомозов — у 11 пациентов, бужирование анастомоза до бужа № 40 Savary + дилатация — у 37 пациентов. Дилатация анастомозов проводилась дилататорами Wilson-Cook диаметром 20, 25 и 30 мм. Экспозиция составляла в среднем 3 минуты при давлении 1,5-2,5 атм. Отличные непосредственные результаты получены у 13 больных, хорошие — у 34 пациентов, удовлетворительные — у 14 пациентов, неудовлетворительные — у 2 пациентов. Удовлетворительные и неудовлетворительные результаты лечения обусловлены выраженной деформацией анастомоза, а также ригидностью тканей в зоне анастомоза.

Осложнений в ходе лечения не отмечено. У 34 пациентов отмечен рецидив заболевания в сроки до 1 месяца с момента проведения лечения, что потребовало дополнительных курсов лечения (от 2 до 5), включающих в себя бужирование и гидродилатацию рубцово измененного анастомоза, а также курсы рассасывающей терапии.

Отмечено, что частота рецидивов у пациентов, которым проведено бужирование, а затем дилатация анастомоза меньше, чем при проведении только бужирования анастомоза.

Реконструктивные операции были выполнены у 3 пациентов. У 61 пациента лечение закончено без применения традиционных хирургических методов.



БУДНИКОВА Н.Г., КОРОТКЕВИЧ А.Г.
Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В ЭНДОСКОПИИ

Основными проблемами, на наш взгляд, являются недостаток профессиональных кадров, в основном врачей, и дефицит дорогостоящего оборудования. В течение многих лет мы пытались расширить рамки сестринского процесса и оценивали возможности медицинских сестер в становлении самостоятельной сестринской составляющей успешной эндоскопии. Основанием послужила следующая схема: дефицит врачей → увеличение нагрузки → ухудшение качества → уменьшение доли и количества сложных и оперативных процедур. С 1986 года в отделении была принята ежемесячная ротация медсестер по видам эндоскопий и работа как с видеоэндоскопами, так и с видеосистемой «Olympus» OTV-F2. В обязанности медсестер до сих пор входит интубация пациентов и введение гастроинтестинальных фиброскопов. Период получения устойчивых навыков безопасной интубации составил 45 ± 5 исследований, колоноскопии — 30 ± 11 эндоскопий. Непременным условием выполнения диагностической эндоскопии было принято обучение медсестры чтению изображения на мониторе и постановке предварительного заключения. Выполнение оперативных процедур предполагало также дооперационное планирование манипуляции и интраоперационное участие медсестры в качестве ассистента врача. Учитывали сроки восприятия медсестрами видеоизображений, правильность их интерпретации, частоту осложнений, возникавших по вине медсестры. Эффективному восприятию видеоизображения оказались доступны 6 медсестер из 10 (60 %). Средние сроки восприятия и оценки видимых изменений составили $3 \pm 0,7$ месяца. В сравнении с молодыми врачами-эндоскопистами, сестринская диагностика опытными медсестрами в период до первых 3 месяцев работы врачей была на 30-40 % эффективнее. Осложнений, связанных с введением эндоскопов медсестрами, не было.

Следующий постулат: дефицит эндоскопов → быстрая обработка → быстрый выход из строя → повышение средней стоимости 1 исследования. Развитие капсульной эндоскопии, телемедицины позволяет врачу избежать рутинных эндоскопий и переложить их исполнение на медсестер, оста-

вив себе оценку выявленных изменений и формирование заключения. Проблема трансмиссивных инфекций, агрессивности дезинфектантов и дефицита как самих фиброскопов, так и моющих машин, поддерживает страсти вокруг безопасности и просто доступности эндоскопии. Роль медсестры в поддержании работоспособности, сохранности и продлении периода жизни фиброскопов неоспорима. Сокращение времени механической очистки в расчете на этап ДВУ приводило к нарушению работы фиброскопа в течение 1 рабочей смены, а средняя стоимость ремонта 1 фиброскопа в течение квартала возрастала в 2 раза. Для соблюдения временной схемы обработки эндоскопа выходом является работа 1 врача с двумя и более медсестрами, каждая из которых отвечает за свой фиброскоп, а этап регистрации, местного обезболивания и регулирования потока выполняет отдельная медсестра. При таких условиях становится возможным выполнение в течение часа 4-6 исследований одним врачом без ущерба фиброскопам и здоровью пациента и персонала. Выполнение оперативной эндоскопии (гемостаз, папиллотомия, резекция слизистой и т.п.) требует участия одного врача и двух медсестер, что позволяет сократить время пособия, повышает его комфортность и безопасность для пациента и фиброскопа.

Таким образом, назрела структурная перестройка системы оказания эндоскопической диагностики путем формирования сестринского процесса в эндоскопии, которое требует повышения качества подготовки медсестер, изменения действующих сегодня норм штатного расписания для эндоскопии в сторону увеличения соотношения врач : сестра как 1 : 2 и принципиально нового технического оснащения больниц. Реализация такого проекта возможна в рамках организации межрайонных или городских диагностических центров и крупных отделений эндоскопии, предусмотренных, прежде всего, для обеспечения доступной специализированной диагностической помощи.

Должна быть предусмотрена возможность «включения» врача в исследование в сложных случаях или при возникновении необходимости лечебных пособий.



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

С развитием медицинской науки постоянно развивается, растет и роль медицинской сестры, значение ее деятельности. Медицинские сестры стремятся к постоянному повышению своей квалификации, углублению знаний, приобретению новых навыков, участвуют в исследовательской деятельности, в приумножении знаний в своей работе, неизменно поддерживая авторитет и репутацию своей профессии.

Медицинская сестра, являясь активным участником лечебного процесса, строит свои отношения с пациентом, руководствуясь медико-психологическими знаниями и деонтологическими принципами. Для ухода за пациентами она овладевает все более сложными медицинскими, естественно-научными, а также техническими познаниями и навыками. В то же время, задачи, возложенные на медицинскую сестру, ее деятельность, чрезвычайно многосторонни.

Пациенты гинекологического отделения отличаются психологической ранимостью, особенно это относится к молодым женщинам и женщинам старшего возраста, поэтому беседы, где непосредственно затрагиваются различные стороны жизни, поведения, состояния женщины, следует проводить тактично, чтобы не причинить им лишней боли. Персонал гинекологического отделения обязан хорошо владеть методами психологической терапии, внушать женщинам уверенность.

Нами в отделении были разработаны анкеты «Оценка качества сестринской помощи» и «Отзыв пациентки о работе медицинской сестры». Анкетирование — это профилактика ошибок, пациент не всегда может сделать замечание врачу или сестре, а анонимно ему высказаться проще, поэтому анкета помогает объективно оценить работу медицинского персонала и сделать соответствующие выводы.

В течение трех месяцев мы проводили анкетирование в нашем отделении. В ходе проводимого опроса пациентки имели возможность прокомментировать основные требования к работе медицинских сестер и высказать свои предложения и замечания по улучшению качества сестринской помощи.

При изучении мнения пациенток о качестве сестринской помощи были выявлены некоторые недостатки в работе медицинских сестер, а также определены пути улучшения качества и эффективности труда. Из результатов исследования было видно, что медицинские сестры нашего отделения подходят к работе не формально, а осознанно, мы

стремимся к тому, чтобы наше общение с пациентами было более эффективным и бесконфликтным. Мы понимаем, что стиль общения должен оказывать успокаивающее влияние, а не вызывать раздражение. Ведь мы имеем дело с больными людьми, и мы сопереживаем им, проявляя терпение, поддержку, участие, а не просто выполняем медицинские процедуры. Медицинские сестры, помогая врачу, должны проявлять профессионализм и деонтологическую грамотность, ведь для врача они являются первыми помощниками. Естественно, что четкость и слаженность в работе персонала приобретаются в процессе работы, они отражают профессиональную культуру, обеспечивая максимальную диагностическую и лечебную эффективность манипуляции.

Таким образом, анкетирование позволило изучить психологический климат в отделении, изучить потенциал, проводить необходимые занятия для совершенствования работы.

Своевременно проведенная психологическая подготовка, создающая установку на успешный результат выздоровления и возвращение к нормальной полноценной жизни, определяет удовлетворительный уровень психологической адаптации у большинства женщин. Медицинской сестре важно видеть в пациенте не только больного, но и личность. При этом и каждая сестра у нас личность. Личность — это всегда духовная определенность, самостоятельность и неповторимость человека. Личность медицинской сестры, стиль и методы ее работы, владение техникой психологического воздействия на пациентов и умение общаться с пациентами — все это является важным звеном в сложной системе мероприятий, обеспечивающих лечебный процесс.

Особое внимание уделяем этике взаимоотношений медицинского работника с родными и близкими пациента. Правильная тактика общения медицинской сестры с родственниками пациента создает должное психологическое равновесие в таком важном звене лечебного процесса, как пациент — родственник — медицинский персонал.

Для улучшения обслуживания пациентов, повышения качества подготовки пациентов к исследованиям, создания комфортных условий для пациентов, снятия эмоциональных нагрузок медицинской сестре и пациенту, улучшения микроклимата в отделении нами применяются стандарты практической деятельности, наиболее часто встречающихся проблем пациенток гинекологического отделения.



Внедрение в практику стандартов и результаты анкетирования позволили сделать следующие

ВЫВОДЫ:

1. Стандарты дают возможность контролировать правильность проведения сестринских манипуляций.
2. Стандарты облегчают контроль за оснащением рабочих мест всем необходимым.
3. Стандарты способствуют формированию единой системы организации выполнения сестринских манипуляций.
4. Стандартный подход ведет к повышению профессиональной ответственности медицинской

сестры перед своими коллегами, а главное — перед пациентом.

5. Программа стандартизации облегчает работу медицинской сестры, делает ее более самостоятельной.
6. Программа помогает снизить уровень возможных осложнений, связанных с сестринскими манипуляциями, способствует повышению профессионального статуса медицинской сестры.
7. Стандарты создают теоретическую и практическую базы для развития научных исследований в сестринском деле.

ГУНГЕР Л.Р., КИВЕНКО С.Н., САГЕСТДИНОВА Л.М., ШИРГАЗИНА Т.М.

МУ Городская больница № 1,
г. Прокопьевск

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОНИТОРОВ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ

Муниципальное учреждение здравоохранения «Городская больница № 1» — это многопрофильная больница на 660 коек, работающая в круглосуточном режиме по оказанию неотложной помощи, которая является организационно-методологическим центром по оказанию специализированной помощи населению города Прокопьевска и Прокопьевского района. Городская больница № 1 оснащена современной лечебно-диагностической аппаратурой, что позволяет использовать различные методы обследования: рентгенологическое, эндоскопическое, радиоизотопное, ультразвуковое, клинико-биохимическое, цитологическое.

Отделение анестезиологии-реанимации является структурным подразделением городской больницы № 1, расположено в главном хирургическом корпусе на 1 этаже и состоит из:

- 3-х палат (9 коек); из них 2 палаты (6 коек) для «чистых» послеоперационных больных, больных терапевтического, неврологического и токсикологического профиля и 1 палата (3 койки) для больных с гнойно-септическими заболеваниями и осложнениями (одна из коек в палате размещена в изолированном боксе);
- кабинета гемогравитационной хирургии, где проводятся различные методы экстракорпоральной детоксикации;
- кабинета гипербарической оксигенации на 2 барокамеры.

В течение года в отделение госпитализируются 1100-1200 больных, в операционных проводится около 11 тысяч операций.

Для всех категорий больных отделения реанимации характерно нарушение функции жизненно-важных систем, что, в свою очередь, требует постоянного контроля функции сердечно-сосудистой системы — уровень артериального давления, включая среднее АД, частота сердечных сокращений, регистрации нарушений ритма функции внешнего дыхания — сатурации крови, частоты дыхательных движений.

При оценке временных трудозатрат палатной медицинской сестры отделения реанимации до 11-13 % рабочего времени уходит на рутинное измерение артериального давления, подсчет частоты пульса и дыхания. А степень кислородного насыщения объективно оценить вообще не возможно.

При возникновении критических ситуаций объективно мониторировать состояние жизненно-важных систем организма не хватает ни времени, ни свободных рук.

В июне 2007 года в отделении реанимации установлены три 4-х канальных монитора «Sens-itec мес-1200». Монитор способен контролировать частоту сердечных сокращений, 1-канальную ЭКГ волну, анализ аритмий и ST-сегмента, частоту дыхания, волну дыхания, сатурацию кислорода (SpO_2), плетизмограмму SpO_2 , неинвазивное систолическое, диастолическое и среднее давление.

В структуре больных отделения реанимации, которым проводилось мониторирование за 6 месяцев 2007 г., 64 % были хирургических пациентов, 13 % терапевтических больных, 17 % ток-



психологических больных, 6 % неврологических больных.

Опыт использования мониторов в течение 6 месяцев в отделении реанимации позволяет сделать следующие **выводы**:

1. Использование мониторов у больных с нарушениями функции жизненно-важных систем позволило раньше выявлять отрицательную динамику в состоянии. Это позволило своевременно вносить коррективы в лечение боль-

ных и избегать развития критических ситуаций.

2. Мониторирование пациентов освободило рабочее время медицинской сестры для выполнения мероприятий по уходу за пациентом и своевременного выполнения врачебных назначений.
3. Использование мониторов максимально активизировало контроль функционирования жизненно-важных систем и сделало его наглядным.

КОНУХОВА Л.Г.
Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УХОДЕ ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ № 1

Главный человек, ради которого медицинская сестра находится на своем рабочем месте, это пациент. Цель ее работы — выполнение врачебных назначений, обеспечение качественной жизни в болезни.

Сестра берет на себя ответственность за непосредственное оказание сестринских услуг. Она действует автономно и отвечает за помощь, предоставленную в границах своей компетенции.

Сестринский уход — это сложный и ответственный процесс, который требует знаний и отработанных навыков. Профессиональный уход за тяжелобольными пациентами — это, прежде всего, максимально качественный уход.

Свои знания, умения и опыт медицинская сестра должна сочетать с заботой о человеке. Искусство ухода и заключается в том, чтобы ухаживать не за пациентом с каким-либо заболеванием, а за человеком, обладающим индивидуальными особенностями, характером, привычками, желаниями. Не только пациенты отличаются друг от друга, но и ситуации, в которых они оказываются.

Современные принципы ухода:

1. Безопасность — предупреждение травматизма пациента.
2. Конфиденциальность — подробности личной жизни не должны быть известны посторонним.
3. Уважение чувства достоинства — выполнение всех процедур с согласия пациента.
4. Независимость — моральное поощрение пациента при проявлении им самостоятельности.
5. Инфекционная безопасность.

Сестринские вмешательства. Уход за кожей в нашем отделении полностью осуществляется ме-

дицинской сестрой и младшим медицинским персоналом. Из-за специфики заболевания пациента огромную роль играют средства ухода за кожей. Лечебно-профилактическая, косметическая серия по уходу за кожей «Menalind professional» позволяет повысить качество ухода за кожей тяжелобольного и имеет массу преимуществ: Ph-нейтрален, подходит для любого типа кожи, не сушит и не раздражает кожу, нейтрализует специфический запах, поддерживает регенерацию кожи.

Например, моющий лосьон при обработке пациента не требует дополнительного смывания и при этом обеспечивает щадящую и тщательную очистку кожи. Таким образом, мы экономим время и силы на уход. А очищающая пена позволяет провести интимную гигиену без воды и мыла при смене подгузников у тяжелобольного. Любой тяжелобольной пациент испытывает на себе влияние многочисленных факторов риска развития пролежней. Кроме известных методов профилактики пролежней, в нашем отделении успешно применяются противопролежневые системы (матрацы). Благодаря таким матрацам, риск возникновения пролежней сведен к минимуму.

Также облегчает уход медицинской сестре за пациентами серия средств «Molisystem» — это одноразовые гигиенические салфетки, памперсы, прокладки, подгузники. Они обладают хорошей впитываемостью, поглощают запах, защищают белье от загрязнения и протекания, внешняя пленка не скользит по поверхности простыней, не создает складок.

Огромная роль отводится питанию пациента, особенно тяжелобольного. Сейчас разработано много питательных смесей для зондового и перо-



рального применения. В нашем отделении широко применяются «Нутризон-стандарт», «Нутризон-энергия», «Диазон», «Нутридринк» и т.д. Это полноценные сбалансированные продукты для лечебно-восстановительного питания пациентов. Обеспечивают суточную потребность человека белками, жирами, витаминами и микроэлементами. Таким образом, нутритивная поддержка, т.е. питание, благоприятно сказывается на общем со-

стоянии пациента. Идет лучше процесс выздоровления, нормализуется обмен веществ. Вследствие этого уменьшается риск возникновения пролежней, истощения организма из-за длительного пребывания в коматозном состоянии.

Инновационные технологии в уходе за тяжелобольными пациентами не только облегчают работу медицинскому персоналу, но и улучшают качество жизни пациента в болезни.

КОРНИЛОВА Я.А.

*Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк*

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ТРАВМАХ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Повреждения позвоночного столба относятся к наиболее тяжелым по своим последствиям видам травм. В нейрохирургическом отделении оказывается помощь пациентам с травмами позвоночника. Проводятся операции с постановкой металлических пластин и металла с памятью формы с использованием микрохирургической техники и оптики. После таких операций пациенты, не имеющие возможности двигаться после травмы, зачастую уходят из отделения после выписки на своих ногах.

Исход заболевания в значительной степени зависит от тщательного и правильного ухода. Послеоперационный период начинается сразу после окончания операции и продолжается до возвращения пациента к работе и нормальному образу жизни. За послеоперационным пациентом устанавливается наблюдение. Медицинская сестра регистрирует основные функциональные показатели: пульс, АД, температуру, количество выпитой и выделенной жидкости. Учитывает жалобы пациента. Обращает внимание на общее состояние и вид больного. Правильное и своевременное выполнение врачебных назначений и чуткое отношение к пациенту создают условия для быстрого выздоровления. Очень важно, чтобы больного человека окружали родные, близкие ему люди. Поэтому медицинская сестра должна тесно сотрудничать с родственниками. Объяснить особенности данного заболевания, рассказать и показать правильный уход за пациентом.

Исход заболевания в значительной степени зависит от квалифицированного ухода за пациентом, предупреждения тяжелых осложнений, таких как пролежни, инфекционное воспаление мочевых путей, развития контрактур парализованных конечностей, пневмонии. Так как пациенту предстоит длительное нахождение в постели,

важнейшим моментом ухода является приготовление удобной постели и содержание ее в полной чистоте. Необходимо тщательно разглаживать простыню, края ее подворачивать под матрац, чтобы она не собиралась и не скатывалась. На простыне не должно быть рубцов, заплат и складок. Смена постельного белья производится не реже 1 раза в неделю, после гигиенической ванны, или по мере загрязнения. Постельное белье медицинская сестра должна менять при помощи младшей медицинской сестры.

Особое внимание должно уделяться содержанию в чистоте кожных покровов. Спинального больного, длительно находящегося в постели и не принимающего гигиенические ванны, следует протирать полотенцем, смоченным водой или одним из дезинфицирующих растворов. После обтирания кожу вытирают насухо. У пациента, длительное время находящегося в постели, особенно в положении на спине, нередко появляются пролежни (чаще всего на крестце, лопатках, пятках, локтях). Способствуют образованию пролежней плохой уход за кожей тяжелобольного, неудобная постель, редкое перестилание ее. При покраснении кожи в местах возможного возникновения пролежней следует хорошо растереть ее влажным полотенцем, досуха вытереть, систематически следить за состоянием кожи. При появлении пузырей их смазывают раствором калия перманганата. Эффективным методом предупреждения пролежней является своевременная смена положения больного в постели. Через каждые 2-3 часа пациента необходимо перекладывать, а так же подкладывать под ягодицы надувной резиновый круг с простыней, а под анатомические выступы — ватно-марлевые валики различного диаметра. Эффективным методом лечения является применение ультрафиолетового излучения. Под воздей-



ствием этих лучей пролежни подсыхают, покрываются корочкой. Для профилактики пролежней рекомендуется проводить массаж в местах возможного их образования.

При травмах шейного отдела позвоночника одним из опасных осложнений является двусторонняя гипостатическая пневмония, развивающаяся вследствие снижения подвижности диафрагмы. Поэтому необходимо использовать все виды лечебной и дыхательной гимнастики, перкуссионного массажа, а так же проветривания помещения утром и вечером перед сном. Пациента необходимо предохранять от переохлаждения. Хорошее обезболивание позволяет сохранить глубокое дыхание и кашлевой рефлекс. Дыхательная гимнастика по специальной схеме может быть начата со вторых суток после операции. При дыхательной недостаточности, которая возникает при ограничении движений, пациенту дают большое количество жидкости. Пищи должна быть легкоусвояемой, богатой витаминами (особенно витамином С), углеводами.

Поражение позвоночника и спинного мозга сопровождается выраженными расстройствами функции тазовых органов. Вначале возникает задержка мочи и кала, затем задержка сменяется непроизвольным выделением при переполненном мочевом пузыре и прямой кишке. Эвакуация мочи при задержке ее производится через 12 часов эластичным катетером по всем правилам асептики с промыванием мочевого пузыря подогретым биглюконатом хлоргексидина. Катетеризация может применяться лишь кратковременно, так как, несмотря на все профилактические меры при длительном применении мочевыводящие пути инфицируются, что, в конечном счете, приводит к уросепсису. При систематических лечебных мероприятиях (тренировки мочевого пузыря, электростимуляции) можно добиться восстановления самостоятельного или рефлекторного мочеиспускания.

Повреждение позвоночника и спинного мозга часто приводит к запорам. При этом необходимо ставить очистительные клизмы не реже, чем через день. В связи с парезом кишечника, отмечается метеоризм. Тогда на первом этапе вводится газоотводная трубка или же проводится стимуляция кишечника. После эвакуации мочи и кала кожа вокруг тазовых органов омывается теплой водой. Туалет наружных половых органов проводится ежедневно.

Особое внимание должно уделяться профилактике контрактур. Ноги должны располагаться в физиологическом положении. Это до-

стигается, при положении пациента на спине, подкладыванием под голени полужесткой подушки с продольными углублениями для икроножных мышц. Для удержания стоп под углом 90-95 градусов по отношению к голени применяется доска, в которую упираются подошвами ног. При неправильном положении пациента в постели и плохом уходе за ним могут образоваться стойкие контрактуры. Обычно они развиваются в виде пассивного свисания стопы в силу своей тяжести.

Наиболее физиологичным и адекватным методом восстановления утраченных функций является лечебная физкультура, реабилитационные мероприятия.

Также спинальные больные, кроме хорошего ухода, нуждаются в психологической поддержке, следует быть внимательным наблюдателем и терпеливым слушателем. Оказывая психологическую поддержку пациенту, необходимо принимать во внимание уровень его личностной зрелости и разговаривать с ним на том языке, который ему понятен. Необходимо объяснить больному, какую лечебную помощь ему оказывают, какие позитивные результаты это должно принести. Беседы с пациентами во время лечения снижают у них чувство тревоги. Особое внимание необходимо уделять исключительно бережному и осторожному перемещению пациентов, как при перевозке в диагностические кабинеты и выполнении исследований, так и при переворачивании в постели, исключая сгибание, разгибание, ротацию и боковые смещения позвоночника. Поэтому необходимо приобрести специализированные кровати.

Для своевременной и успешной реабилитации пациентов с ПСМТ важнейшее значение имеет профилактика пролежней в области кресца, пяток, ягодиц. Поэтому эффективны специализированные матрацы, обеспечивающие автоматическое перераспределение давления на поверхность тела.

Организация ухода основывается, прежде всего, на общеизвестных деонтологических принципах, обеспечивающих положительное психоэмоциональное состояние пострадавшего. Теплый и доброжелательный прием пациента, поведение персонала, отражающее сопереживание, стремление к максимально быстрому обследованию и назначению лечения, уверенность и оптимизм в действиях врачей и медицинских сестер положительно влияют на психологический статус, что является залогом благоприятного течения заболевания.



КОТОВИЧ М.А.

*Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк*

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДОРОВЬЕ»: ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В НОВЫХ УСЛОВИЯХ

Два года тому назад, изучая литературу по проблеме здоровья женщин и детей, я ознакомилась с работой костромского академика В.П. Казначеева «Здоровье нации». Об уровне осознанности проблемы здоровья женщин и детей в конце XX века он написал так: «Женщины относятся к той части населения, которая наиболее чувствительно реагирует на все изменения общественной, экономической и социальной жизни страны, прежде всего, состоянием своего здоровья, репродуктивным поведением и качеством здоровья своих детей».

Осознавая серьезность проблемы, мы искали пути повышения качества акушерско-гинекологической помощи в женской консультации, и только мечтали об экономической поддержке государства, о новом оборудовании, лекарственном обеспечении, достойной оплате нашей работы.

С 2006 года ситуация стала меняться к лучшему. Правительством был разработан и принят проект «Здоровье». И мы получили дополнительное финансирование из Фонда социального страхования по родовым сертификатам. Этот документ выдается будущей маме в 30 недель беременности и исключает необходимость оплаты медицинских услуг и медикаментов за счет личных средств.

Женщина получила экономическую заинтересованность в диспансерном наблюдении в женской консультации. А женская консультация получает возможность наблюдения за женщиной с ранних сроков беременности и выявления возможных проблем у беременной, предупреждения осложнений во время вынашивания и родов. Это дает возможность сохранить здоровье матери и способствует рождению здорового ребенка, что, в конечном итоге, является нашей главной задачей.

Приоритетными в решении этой задачи мы выбрали два направления:

1. Прогнозирование и выявление осложнений беременности на ранних стадиях невозможно без современной диагностической аппаратуры. Дополнительное финансирование позволило нам за два года приобрести новую аппаратуру. Удалось оснастить кабинеты приема, клиническую лабораторию, физиокабинет.
2. Еще одним из путей повышения качества акушерско-гинекологической помощи мы выбрали повышение уровня образования и профессиональной подготовки наших сотрудников. Три средних медицинских работника имеют высшее психологическое образование, двое окончили факультет углубленной подготовки по специальности «сестринское дело» по направлению «организация сестринского дела» Новокузнецкого медицинского училища.

Отрадно отметить, что руководство нашей больницы проявляет заинтересованность и заботу к сотрудникам, стремящимся повысить свой профессиональный уровень. Высокий уровень подготовки сотрудников позволяет в полной мере использовать новую аппаратуру и технологии и, что, на мой взгляд, не менее важно, проводить большую психопрофилактическую и санитарно-гигиеническую работу с учетом индивидуальных психологических особенностей пациенток.

Прошло два года работы в новых условиях, пора провести промежуточный анализ, оценить результаты, подкорректировать планы.

Количество взятых на диспансерный учет по беременности возросло на 25 %, из них процент ранней явки возрос на 24, рождаемость возросла с 30,9 до 33,9.

Впереди еще много работы, много нерешенных проблем, но главное, что мы видим перспективы в их решении. Ответственность возросла, но с ней возросло и желание работать еще лучше.





ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ОТДЕЛЕНИИ ГРАВИТАЦИОННОЙ ХИРУРГИИ КРОВИ

Последние 10-20 лет характеризуются бурным развитием и широким внедрением в клиническую практику методов активной коррекции внутренней среды организма человека путем внеорганизменной обработки крови, получивших название экстракорпоральной гемокоррекции. Данные методы в целом востребованы тогда, когда традиционные методы купирования острого или хронического эндотоксикоза, либо заболевания, протекающего со значительными и стойкими расстройствами гемореологии, становятся несостоятельными.

В функции отделения входит проведение основных методов экстракорпоральной гемокоррекции на основе различных технологий — аферезных, сорбционных: дискретный плазмаферез, криоплазмаферез, гемо-плазмсорбция, криоплазмсорбция, экстракорпоральная фармакотерапия и иммунокоррекция, фото-модификация крови (ультрафиолетовое и внутрисосудистое лазерное облучение), лазерная терапия. Отделение не имеет собственного коечного фонда, обеспечивает специализированную медицинскую помощь пациентам, находящимся как на стационарном лечении в подразделениях больницы, так и амбулаторным больным с различной нозологией.

Основная нагрузка в отделении приходится на средний медицинский персонал, одной из важных функций которого является четкое выполнение назначенного врачом конкретного метода лечения для устранения и восстановления жизнедеятельности в определенном органе или системе. Возраст сестринского персонала колеблется от 30 до 50 лет, со стажем работы по специальности от 8 и более 20 лет. Все медицинские сестры имеют базовое образование, владеют смежными специальностями. В профессиональном плане медсестры теоретически и практически владеют всеми разделами сестринского дела, систематически повышают свои профессиональные качества, имеют сертификат специалиста, 75 % — квалификационные категории, старшая медсестра — повышенную ступень профессионального образования с квалификацией «организатор и преподаватель сестринского дела». Необходимо отметить, что сестринский персонал отделения обладает творческим потенциалом, умением продуктивно мыслить и вносить ценные предложения в улучшение организации сестринской работы для оказания качественной помощи пациентам и, весьма не-

маловажно, обладает высокими морально-нравственными качествами.

Помимо технического выполнения медицинскими сестрами процедур, большое значение для повышения качества и производительности труда сестер имеет своевременное оснащение и подготовка их рабочих мест всем необходимым. Выполнение процедур проводится в специально оборудованных операционных залах. Помимо медицинской аппаратуры залы оснащены медицинской мебелью, бактерицидными и ртутно-кварцевыми облучателями, медицинским инструментарием, стерилизационными коробками, одноразовыми системами для взятия и переливания крови, шприцами и периферическими катетерами, лекарственными средствами, перевязочным материалом, средствами индивидуальной защиты, дезинфицирующими, моющими средствами и другими вспомогательными средствами.

Для проведения гигиенической обработки рук используется жидкое мыло в дозирующих устройствах, кожные антисептики, одноразовые бумажные и тканевые полотенца. Жесткий и мягкий инвентарь для проведения влажной уборки, обработки отходов «класса Б», биологических жидкостей пациентов, использованных флаконов для взятия крови, дезинфекции и ПСО мединструментария промаркирован, имеет либраж и используется строго по назначению. Для оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке имеется аптечка противошоковой терапии, набор для интубации трахеи, дыхательный мешок «Амбу» для проведения ИВЛ. Для профилактики, защиты медицинского персонала при аварийных ситуациях во время выполнения процедур — аптечка «Анти-СПИД». На рабочем месте сестер имеется специальная информационная папка, в которой собраны инструктивные материалы на основе действующих приказов МЗ РФ, по которым работает отделение, должностные инструкции, папка с вспомогательной информацией (памятки по асептике и антисептике, по психологии общения с пациентами и т.д.), а также есть своя мини-библиотека с методической литературой.

Работа среднего медперсонала отделения регламентирована на строгом и четком выполнении должностной инструкции медицинской сестры. Оказание сестринской помощи в отделении и уход за пациентами во время вмешательств имеют ряд особенностей.



Для достижения положительного эффекта была внедрена новая форма организации сестринского труда — ведение пациента от начала курса лечения и до его окончания одной медицинской сестрой. Как показало время, такая организация труда способствует лучше отслеживать изменения в состоянии пациента, лучше знать его проблемы, что в свою очередь способствует установлению хорошего психологического контакта, безопасности пациента, повышению личной ответственности медицинской сестры и в итоге благоприятно отражается на качестве сестринской помощи, лечения в целом.

Системный подход по оказанию сестринской помощи предусматривает:

1. **Беседа с пациентом перед вмешательством.** Перед началом процедуры медсестра, соблюдая простые правила этикета, пытается узнать и понять психологическое состояние пациента, подбодрить его своим оптимизмом, успокоить, вселить надежду и уверенность в благоприятном исходе сеанса, курса лечения.
2. **Ознакомление с анамнезом пациента.** Для сестры обязательным является выяснение, как пациент переносит те или иные лекарственные препараты, применяемые в процессе лечения, гемодинамику, перенесенные и сопутствующие заболевания и т.д.
3. **Контроль состояния пациента во время лечения.** Во время сеанса лечения медсестра постоянно находится около пациента, следит за его самочувствием (АД, пульс, дыхание, состояние кожных покровов т.д.), разъясняет пациенту его собственные ощущения, что, как и зачем проводится во время сеанса. На этом этапе сестра в пределах своей компетенции оценивает, что можно говорить пациенту, а что ему знать не нужно и даже вредно. Оценивая состояние пациента в целом, медсестра сообщает врачу о каких-либо изменениях и своевременно оказывает помощь при возникших осложнениях или необходимый уход.
4. **Профилактика осложнений.** В целях профилактики осложнений сестра инструктирует пациента о том, какие рекомендации он должен соблюдать во время лечения, какие осложнения могут возникнуть, если ими пренебречь, как оказать самопомощь в домашних условиях.
5. **Ведение учетно-отчетной документации.** По окончании сеанса лечения сестра заполняет

всю информацию о проведении лечения в специальной документации: наименование методов экстракорпоральной гемокоррекции, учет расхода кровезаменителей и физиологического раствора, лекарственных средств, объема забранной крови и плазмы за сеанс, гемодинамики, возникшие осложнения в «Карте пациента» и, кроме этого заполняет стандартную документацию.

6. **Анализ лечения.** Подготовка к вмешательствам рассматривается на ежедневных утренних рапортах с участием врачей и сестер: обсуждается план лечения, варианты его проведения, возможные осложнения и их профилактика. Медицинские сестры докладывают о состоянии каждого своего пациента и его проблемах, высказывают свою точку зрения по решению данных проблем.

Работа в отделении, как впрочем и в других подразделениях больницы, требует больших физических и психологических затрат от медицинского персонала. Если пациента нельзя вылечить, то сделать для него можно многое. Беспокойство, страх пациента, неблагоприятные эмоциональные реакции на саму обстановку процедуры и осложнения в отделении сводятся до минимума. Достаточно комфортное размещение, свет и чистота, возможность внешнего отвлекающего сенсорного воздействия во время сеанса (радио, музыка) помогают пациенту перенести, несомненно, стрессовую ситуацию достаточно спокойно.

Желание узнать объективную оценку состояния сестринского дела, старшей медсестрой была проведена исследовательская работа при помощи анкетирования среди пациентов отделения. Анализ анкетирования показал, что общая удовлетворенность качеством обслуживания медицинскими сестрами достаточно высокая — 93 %. Большую значимость для сестринского персонала имеет оценка их отношения к больному как к пациенту и человеку, профессионального мастерства — 100 %, а также единогласная оценка респондентов о доброжелательной атмосфере и микроклимате, создаваемой сестрами.

Задачей на будущее для сестринского персонала было и остается очень важным не только повышение и совершенствование своего профессионализма, но и чтобы родное отделение не было типовым, одним из многих, а было особенным и запоминающимся пациентам стильным качественным обслуживанием.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

В отношении профессии медсестры российский стереотип таков: это вспомогательный медперсонал, который делает уколы, раздает таблетки, ставит градусники, капельницы, обрабатывает раны — все то, что велят врачи. В недалеком прошлом в системе здравоохранения западных стран сестринское дело также считалось второстепенным. Сегодня определились уровни их профессиональной квалификации и возможностей карьерного роста.

Официально наша профессия в Канаде и США называется Registered Nurse, то есть зарегистрированная медсестра (с высшим образованием). Дипломная программа Registered Nurse в Канаде рассчитана на 2,5-3 года. Но это далеко не предел. Можно пойти учиться дальше и повышать квалификацию. Следующие 1,5-2 года учебы, при условии успешной сдачи экзаменов, принесут степень бакалавра. А на степень магистра (Master of Nursing) и доктора (Ph.D Nursing) в сестринском деле придется учиться, соответственно, в магистратуре и докторантуре еще по году. Зато после этого можно и самому идти преподавать. Последние годы наибольшую часть в Северной Америке получала программа медсестринского бакалавриата. Одну из самых лучших таких программ в Канаде предлагает колледж имени Мак Юена (Grant Mac Ewan College). Совместно с университетом Альберты (University of Alberta), первые 2,5 года студенты проводят в колледже, а затем доучиваются в бакалавриате университета. Обучение делится на семестры, каждый из которых завершается практикой в клиниках. Это позволит набраться опыта, а заодно закрепить и увидеть своими глазами все, что пройдено в течении семестра. А дисциплин целый спектр: физиология, анатомия, психология, социология, межличностное общение и даже политология, но основной, конечно, является Nursing — все аспекты сестринского дела. Поступить на программу медсестер не просто. Конкурс аттестатов в среднем по канадским вузам составляет 7-8 человек на место. Российский аттестат вполне подойдет. Желательно, чтобы в нем было побольше пятерок, особенно по химии, биологии и физике. Естественно, придется выучить английский. Результат TOEFL должен быть не менее 580 баллов (или не менее 237 по новой шкале). Если с английским не все блестяще, можно сначала пойти на подготовительную программу. Так, колледж Мак-Юена предлагает такие программы продолжительностью от 3 недель до года. Из-

учать в это время можно не только английский язык, но и некоторые профильные дисциплины из академической программы. К примеру, прослушать курс физиологии, тем самым сократить себе учебную нагрузку на следующий год.

В настоящее время во всем мире существует острейший дефицит профессиональных медсестер. По самым оптимистическим прогнозам, только в Канаде и США он будет ощущаться на протяжении 20 лет. Регистрированные медсестры в Северной Америке являются полноправными членами мультидисциплинарных команд, в которые входят различные специалисты здравоохранения. Они играют ведущую роль в просветительской и профилактической работе с различными группами населения, выступают в роли самостоятельных консультантов, в том числе врачей и социальных работников. Российские стереотипы в отношении медсестер тоже постоянно рушатся. Современной медсестре предъявляют высокие требования: к ее образовательному уровню, навыкам владения манипуляционной техникой, коммуникативным умениям и педагогическим знаниям. Реформа сестринского дела и образования в России и повышение спроса на услуги в области здравоохранения привели к созданию государственной системы многоуровневой подготовки сестринских кадров, включающая не только базовый и повышенный уровни, но и высшее сестринское образование. Более 40 вузов страны выпускают медицинских сестер с квалификацией «менеджер». Кафедра сестринского дела и социальной работы ГОУ ДПО Санкт — Петербургской академии последипломного образования уже более семи лет занимается усовершенствованием подготовки медицинских сестер как со средним, так и с высшим образованием. Кафедра тесно сотрудничает с городским гериатрическим центром (ГГЦ), который является ее клинической базой. Эту кафедру с 1998 по 2004 годы возглавляла Элла Соломоновна Пушкина. Опыт повышения квалификации медицинских сестер сформировал представление о месте медицинской сестры с высшим образованием в общем лечебно-профилактическом процессе. Высококвалифицированные, профессионально подготовленные медицинские сестры не только могут работать как помощники врача, но и сами способны возглавить отдельные участки работы. Медицинская сестра с высшим образованием в городском гериатрическом центре с успехом выполняет функции администратора отделения, в



обязанности которого входят подбор среднего медицинского персонала, контроль за работой среднего и младшего медперсонала, расстановка кадров для решения меняющихся актуальных проблем отделения, оснащения отделения твердым и мягким инвентарем, средствами инвалидной техники, лекарственными препаратами по заявкам врачей, контроль за санитарно-гигиеническим состоянием отделения и пациентов.

Медицинские сестры, получившие высшее образование, имеют подготовку по вопросам менеджмента, юридическим и экономическим вопросам, что обеспечивает квалифицированный подход к управлению персоналом отделения. Возложенная на сестер ответственность за организацию работы сильно меняет имидж медсестры, которая отныне становится самостоятельным сотрудником, принимающим решения в сфере управления и организации работы. Факультеты высшего сестринского образования были открыты в начале 90-х годов на базах медицинских вузов. Поскольку опыт подготовки медсестры в вузах отсутствовал, преподавание дисциплин первоначально представляло собой сокращенный вариант врачебного образования, что не отвечало потребностям современного общества.

Обобщив опыт работы медсестер с высшим образованием, Элла Соломоновна Пушкина предложила организовать подготовку менеджеров сестринского дела на базе академии последипломного образования. Учитывая профильный характер таких дисциплин, как психология, менеджмент, конфликтология, основы права, культурология, делопроизводство, она предложила преподавать их, начиная с первого курса. Это сразу поставило подготовку медицинских сестер на другой уровень, отличный от врачей. Выпускники факультета ВСО, менеджеры должны иметь подготовку к следующим видам деятельности: организационно-управленческой, информационно-аналитической, маркетинговой, инновационной, медико-профилактической, воспитательно-педагогической, методической, консультативной, научно-исследовательской и др. Они должны уметь руководить сестринским персоналом, самостоятельно принимать управленческие решения по повышению эффективности работы коллектива. Большая роль отводится медицинским сестрам в пропаганде здорового образа жизни, в анализе состояния здоровья населения, в организации и проведении профилактических и оздоровительных мероприятий.

Расширение сети домов социального ухода ставит вопрос об организации помощи пожилым пациентам не столько лечебного, а скорее психо-

лого-профилактического плана. Эту работу могут возглавить сестры с высшим медицинским образованием, владеющие вопросами психологии общения не только с пациентами, но и с их родственниками. Оказание платных медицинских услуг потребует знание маркетинга, что также входит в программу подготовки медицинских сестер с высшим образованием. Повышение грамотности населения в вопросах качества медицинской помощи выводит на первое место юридическо - правовые аспекты как платных, так и бесплатных медицинских услуг. Особое внимание уделяется культуре поведения медицинского работника. Не секрет, что многих конфликтов в медицинских учреждениях можно было избежать при корректном поведении медперсонала. Эти же вопросы широко представлены в программе высшего сестринского образования. Организация сестринского процесса на всех его этапах, работа со средним медперсоналом станет прерогативой медицинских сестер, получивших высшее образование. Это позволит во многом освободить главного врача от решения мелких и не всегда существенных проблем во взаимоотношениях медперсонала и пациентов, а также их родственников.

Что же дает диплом ВСО как самим выпускникам, так и здравоохранению? Анкетный опрос ста пятидесяти медицинских сестер, получивших повышенный уровень образования, ста их коллег, имеющих только базовое образование, и шестидесяти непосредственных руководителей этих выпускников продемонстрировал: 100 % респондентов единодушны в том, что образование медицинских работников среднего звена должно быть многоуровневым. Сами медсестры считают, что полученное образование повысило не только их профессиональный и культурный уровень, но и степень психологической культуры, дало возможность выполнять работу, требующую более высокой квалификации, помогло в решении организационных проблем, повысило уважение к ним коллег, друзей и членов семьи.

Таким образом, это небольшое исследование показало, что это многоуровневое образование себя оправдывает, что повышенный уровень дает хорошие результаты в плане карьеры выпускников, так и в плане их самооценки и отношения к ним руководителей и коллег. Теперь, когда здравоохранение получило определенное количество сестринских кадров с более высокой квалификацией, уже оцененных по достоинству, нет сомнений, что вскоре начнет передачу части функций персонала высшего звена высококвалифицированным сотрудникам среднего звена.



УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО ПЕРСОНАЛА ЧЕРЕЗ СОВЕТ

Реформы, проводимые в нашей стране в области здравоохранения, затронули практически все направления оказания медицинской помощи населению, в том числе и направление оказания сестринской помощи.

В каждом лечебном учреждении организован сестринский коллектив, в который входят не только медицинские сестры, но и фельдшера и акушерки. Для совершенствования, координации и анализа деятельности специалистов сестринского дела организуется Совет, который в своей работе руководствуется действующим законодательством РФ, нормативными правовыми актами МЗ и СР РФ, территориальных органов управления здравоохранением, Уставом медицинской организации и Положением, разработанным в лечебно-профилактическом учреждении.

Задачи Совета:

1. Организационно-методическое обеспечение эффективности управленческой деятельности, координация разработки и реализации планов Совета.
2. Выработка рекомендаций по улучшению специалистов сестринского звена, а также изучение мнения коллектива по возникающим в процессе деятельности вопросам.
3. Разработка и внедрение стандартов деятельности сестринского персонала.

Функции Совета:

1. Проведение работы по воспитанию сестринского персонала и младшего медицинского персонала, соблюдение принципов деонтологии.
2. Проведение работы по повышению квалификации среднего медицинского персонала.
3. Организация освоения средним медицинским персоналом смежных специальностей.
4. Проведение мероприятий по пропаганде здорового образа жизни.
5. Освоение передовых форм и методов работы, обмен опытом с другими учреждениями здравоохранения.
6. Участие в организации и проведении соревнования между подразделениями больницы и контроля за выполнением средними медицинскими работниками своих обязательств.
7. Участие в работе по осуществлению наставничества в отношении молодых специалистов.
8. Проведение конкурсов на лучшего по профессии.
9. Участие в работе по повышению профессиональных знаний средним и младшим медицинским персоналом.

10. Проведение мероприятий по совершенствованию организации труда среднего медперсонала.

11. Обеспечение эстетики труда и правильной организации рабочих мест.

12. Осуществление работы по соблюдению правил охраны труда, техники безопасности.

13. Контроль за проведением средним медицинским персоналом санитарно-просветительной работы среди населения.

14. Проведение работы по повышению культуры и качества медицинского обслуживания населения в больнице.

15. Проведение работы по подготовке к аттестации среднего медицинского персонала больницы.

16. Для осуществления контроля за выполнением функций Совет проводить заседания не менее одного раза в месяц.

Организационная структура Совета состоит из секторов: хирургического, терапевтического, санитарного, лабораторного, учебно-методического, амбулаторно-поликлинического.

Функции секторов различны. Клинических секторов (хирургия, терапия): 1. Комплексные обходы подразделений больницы с председателем Совета и без него (ежемесячно), 2. Разработка и внедрение стандартов работы для всех специальностей среднего медицинского персонала (совместно с учебно-методическим сектором), 3. организация проведения конкурсов среди подразделений больницы: лучший сестринский пост, лучший по профессии, лучший кабинет сестры-хозяйки и т.д.; 4. Организация графика дежурств в ночное, вечернее время, праздничные дни для предотвращения нарушений медперсоналом трудовой дисциплины, функциональных обязанностей, 5. проведение аттестации медперсонала по вопросам санэпидрежима, ТБ, пожарной безопасности, функциональных обязанностей, 6. контроль камерной обработки постельных принадлежностей.

Санитарный сектор: 1. Контроль за работой дезкамеры, автоклавной, прачечной, пищеблока (1 раз месяц), 2. Проведение контроля по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима в подразделениях больницы (пр. 720, 408, ОСТ 42-21-2-85, МУ 287-113, 288, 916), 3. Контроль ведения документации по сан-эпид. режиму, 4. Контроль медосмотра сотрудников (санитарные книжки), 5. Контроль за маркировкой, наличием, расходом моющих и дезинфицирующих средств,



наличием приказов, инструкций, 6. Контроль за хранением, доставкой, сменой постельного белья, 7. Участие в проведении зачетов, занятий по вопросам сан.эпид.режима в подразделениях больницы, 8. Контроль качества предстерилизационной обработки ИМН, стерилизации, разведения дез.средств, 9. Контролировать выполнение мероприятий по профилактике профессиональных заражений сотрудников, обследование на носительство стафилококка, 10. Анализировать состояние бак. контроля подразделений больницы, 11. Контролировать мероприятия по ВБИ.

Лабораторный сектор: 1. Контроль за выполнением мероприятий, инструкций, положений, рекомендации, согласно приказов (постоянно), 2. Контроль за выполнением санитарно-противоэпидемического и гигиенического режима в лабораториях больницы, 3. Контролировать выполнение мероприятий по профилактике профессиональных заражений сотрудников, 4. Контролировать качество предстерилизационной обработки ИМН, стерилизации, правила разведения дезсредств, 5. Анализ работы с подведением итогов (к 25).

Учебно-методический сектор: 1. Проведение занятий по программе, включающей в себя вопросы организации работы среднего персонала и младшего персонала, сан.эпид.режима, правил хранения, учета, расходования лекарственных средств, вопросы неотложной помощи, обучение медсестер по стандартам, 2. Разработка и внедрение стандартов работы в деятельности среднего медперсонала больницы, 3. Проведение конференций по программе, включающей в себя темы

по новым методам лечения, ухода за пациентами, профилактике ВБИ, ВИЧ-инфекции, 4. Подготовка к аттестации и сертификации сотрудников больницы, 5. Оказание методической помощи при проведении семинаров для младшего медперсонала, санитарок, буфетчиц, 6. Формирование заявок на циклы усовершенствования и специализации для среднего медперсонала, 7. Проведение оценки качества работы медицинских сестер, 8. Составление тематических планов занятий с медперсоналом больницы, согласно специфики их деятельности, 9. Организация и проведение занятий, 10. Организация повышения квалификации медсестер, 11. Разработать программу по санитарно-просветительской работе для пациентов и медперсонала, 12. Разработать личную карточку специалиста (по номенклатуре должностей): личные качества, коммуникативные качества, перечень знаний, необходимых для данной специальности. Участие специалистов Совета в подготовке к аттестации имеет свои положительные результаты — за последние годы % заявленных и % аттестованных равняется 100 %.

Разработан и внедрен протокол оценки качества работы среднего и младшего персонала

Выводы:

1. Стандартизация документации для сестринского персонала и младшего медицинского персонала позволила сократить трудовые затраты на подготовку и заполнение документации.
2. Внедрение протокола качества позволило повысить процент камерной обработки (до 90 %) улучшить показатели бактериального контроля с 0,4 % до 0,25 %.

ЧИКИНЕВА А.В., АНЧУГОВА Н.П., БУРАКОВА Т.С.
ГУЗ Новосибирский областной клинический диагностический центр,
г. Новосибирск

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ КОНСУЛЬТАТИВНОГО ОТДЕЛА ГУЗ «ГНОКДЦ»

Основной задачей консультативного отдела является оптимизация и координация диагностического процесса. Работа медицинской сестры консультативного отдела ГНОКДЦ отличается от работы ее коллеги на участке. Она должна быть ориентированна в основных смежных специальностях, способна оказывать многопрофильную сестринскую помощь при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях.

Для успешной профессиональной деятельности необходимы знания из таких областей, как

психология, педагогика, социология; неотложная медицина.

Медицинская сестра консультативного отдела в процессе работы сотрудничает с другими специалистами Консультативного отдела и других отделений ГНОКДЦ. Во многом от ее коммуникативных навыков порой упрощается и ускоряется процесс обследования и консультаций пациентов в условиях ГНОКДЦ.

Умения и способности, необходимые медицинской сестре, работающей в консультативном отделе ГНОКДЦ:

- 
-
1. Внимание (особенно способность его длительной концентрации).
 2. Память.
 3. Моторика и сенсорика (способность к быстрому действию в условиях неотложной ситуации).
 4. Воображение (умение видеть несколько возможных путей и мысленно выбирать наиболее эффективный, простой в исполнении для пациента).
 5. Мышление и речь.
 6. Коммуникативные способности (способность располагать к себе людей и вызывать у них доверие; способность быстро найти нужный тон и целесообразную форму общения с пациентом; умение согласовать свои действия с действиями других лиц; умение доходчиво донести свои мысли; умение вести деловую беседу).
 7. Работоспособность.
 8. Эмоционально-волевые качества: эмоции (уравновешенность и самообладание в кризисных ситуациях, быстрая адаптация к новым условиям, эмпатия); воля; качества личности (терпеливость, выдержанность, доброжела-

тельность, приветливость, ответственность, аккуратность, тактичность, внимательность, добросовестность).

В целях оптимизации диагностического процесса и рационального использования ресурсов среднего медицинского персонала были разработаны и внедрены стандарты по организации и выполнению работ медицинской сестры. Стандарты разработаны по терапевтическому кабинету, аллергологическому процедурному кабинету, офтальмологическому кабинету, отоларингологическому кабинету, кабинету гинеколога, гинеколога-эндокринолога.

Учитывая взаимозаменяемость среднего медицинского персонала в отделении стандарты облегчают процесс адаптации новых сотрудников на рабочем месте (или при смене места работы внутри отделения), позволяют логически обосновать свои действия быть уверенной в защищенности своих прав. Стандарты позволяют создавать условия для качественного проведения экспертной оценки сестринской деятельности, формируют единые взгляды и подходы к деятельности сестринского персонала.



КОЛЛЕКТИВ НОВОКУЗНЕЦКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 29 ОТМЕЧАЕТ 50-ЛЕТИЕ СО ДНЯ ОСНОВАНИЯ



50 лет это не просто круглая дата, позади целая эпоха, полная событий, когда менялись привычные экономические и социальные ориентиры. Но как бы ни менялось общество, хороший врач ему нужен во все времена. Понимая это, больница всегда шла выверенным курсом, выполняя благородную миссию: лечить людей, внедрять в практику здравоохранения все новое, передовое.



Страховая компания «Сибирский Спас» сотрудничает с 29-й больницей по программе добровольного медицинского страхования уже шесть лет. Сотрудничество было бы невозможным без принципиальной позиции первого руководителя Игоря Константиновича Раткина, который активно пропагандирует современные формы работы, продуманно выстраивает систему добровольного медицинского страхования в своем лечебном учреждении.

Результат говорит сам за себя: пациенты довольны качеством лечения, пишут благодарности в адрес 29-й больницы и компании «Сибирский Спас».

«Выражаю искреннюю благодарность коллективу нейрохирургического отделения №2 Новокузнецкой городской клинической больницы №29 и страховой компании «Сибирский Спас» за хорошую организацию медицинской помощи. Я поступил в стационар 11 марта с диагнозом поясничный хондроз, грыжа диска. Требовалась дорогостоящая операция. Меня предупредили, что для меня она будет бесплатной, потому что я имею полис добровольного медицинского страхования. Операция была успешно проведена. Ее стоимость оплатила СК «Сибирский Спас». Я чувствовал постоянное внимание как со стороны своего лечащего врача Юрия Леонидовича Максун, медицинских сестер больницы, так и со стороны старшего менеджера страховой компании Натальи Андреевны Леоновой и менеджера Ольги Алексеевны Бочкаревой. Был обеспечен хорошими лекарствами, дополнительным питанием. Короче говоря, остался доволен и лечением, и обслуживанием. Большое всем спасибо».

Ильин Александр Михайлович,
работник шахты «Алардинская».



«Я – жительница Осинников. 17 марта была госпитализирована в нейрохирургическое отделение № 2 больницы № 29. Была приятно удивлена тем, как внимательно ко мне отнеслись сотрудники больницы и страховой компании «Сибирский Спас». Мне сразу же объяснили, что поскольку я имею полис добровольного медицинского страхования, значит, и операция, и последующее лечение для меня будут совершенно бесплатными. Кроме того, мне положено дополнительное питание, которое будут приносить прямо в палату. Врачи сделали все возможное, чтобы вернуть мне здоровье. Как мне сказали сотрудники «Сибирского Спаса», я получила лечение по Губернской программе ДМС в полном объеме. Благодарю врачей 29-й больницы за то, что вернули мне здоровье, и страховую компанию «Сибирский Спас», которая оплатила все медицинские услуги.

Пашкова Любовь Анатольевна.

«Недавно я выписался из Новокузнецкой городской больницы №29, где лечился в отделении общей хирургии. Хочу сказать большое спасибо врачам и медсестрам, которые отлично знают свое дело. Особая благодарность страховой компании «Сибирский Спас», которая никогда не оставляет застрахованных один на один со своей бедой. Я уже в третий раз страхуюсь в этой компании, потому что знаю: если заболел, то благодаря полису ДМС получу необходимую медицинскую помощь, и мне не придется платить ни за лечение, ни за лекарства».

Соколов Федор Валентинович,
работник ЗСМК.

Медицинский персонал больницы всегда идет навстречу сотрудникам страховой компании в решении всех возникающих вопросов.

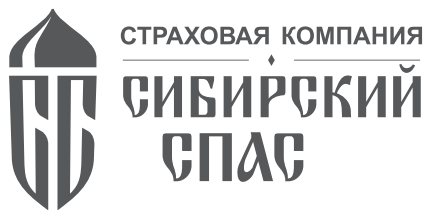
Особенно хотелось бы отметить работу заведующих отделениями: гравитационной хирургии крови Дмитрия Карловича Готлиба, общей хирургии Виктора Васильевича Кузнецова, травматологическим отделением Владислава Ивановича Конева, неврологическим отделением Елены Ивановны Рыбалко, нейрохирургическим отделением № 2 Виктора Степановича Карпенко.

Нельзя не сказать добрые слова в адрес старших медицинских сестер: приемного покоя № 1 Татьяны Александровны Коллеговой, санпропускника № 2 Любви Петровны Лебедевой, санпропускника № 5 Валентины Яковлевны Бажиной, отделения сосудистой хирургии Тамары Ивановны Козловой, нейрохирургического отделения № 2 Людмилы Александровны Меркуловой. Отдельное спасибо - заведующей производством пищеблока Татьяне Алексеевне Захаровой.

Невозможно назвать по имени каждого, кто честно исполняет долг, вносит свою лепту в продвижение добровольного медицинского страхования, тем самым изменяя к лучшему существующую систему здравоохранения. Коллектив, который умеет ставить перед собой цели и умело их реализовывать, выстраивать отношения с деловыми партнерами, обречен на успех.

Сотрудничество страховой компании и больницы всегда сложно, ведь их работа омрачена болезнями и бедами людей. Порой возникают неожиданные ситуации, в которых сложно найти выход, но данный союз накапливая опыт развивается и учится решать любые задачи, и дальнейшая совместная работа планируется быть максимально плодотворной на благо здоровья людей.

**Коллектив страховой компании
«Сибирский Спас»**



ОГЛАВЛЕНИЕ

РАЗДЕЛ I

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

БЕЛОКОНЬ Н.И., КОРНЕВ Е.Г.
АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ЦИРКУЛЯРНОЙ РЕЗЕКЦИИ ТРАХЕИ.....3

БЕЛОКОНЬ Н.И., КОРНЕВ Е.Г.
ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
ИНТРА- И ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА
У БОЛЬНЫХ МИАСТЕНИЕЙ.....3

БУРМИСТРОВ Е.Г., ПАВЛЕНКО А.А., КОРСАКОВ Д.В.
ОБОСНОВАНИЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ
АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ, У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ
В ОТДЕЛЕНИИ ОБЩЕЙ РЕАНИМАЦИИ ГКБ № 29.....5

ВАЛИАХМЕДОВ А.З., СОВГИРЯ А.В., ЗУЕВА Н.С.,
НЕСВЕТ Т.Г., ЧЕЛПАНОВА Л.И.
ОСНОВНЫЕ ВОЗБУДИТЕЛИ ВЕНТИЛЯТОР-
АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ
И ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ
ПРЕПАРАТАМ.....6

ДЕМИДОВА Н.Ю., КАМЕНЕВА Е.А., КОВАЛЬ С.С.,
ГРИГОРЬЕВ Е.В., АГАФОННИКОВА Л.П.
КОМБИНИРОВАННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ
И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ АНАЛГЕЗИЯ В ХИРУРГИИ
ГЕПАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ.....7

ЕГОРОВ И.В., АФОНИНА Т.А., АЛЕКСАНДРОВА Е.Ф.
КРИТЕРИИ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОФИЛЬТРАЦИИ
НА РАННЕМ ЭТАПЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ.....7

ЕПИФАНЦЕВА Н.Н., БОРЩИКОВА Т.И.,
СУРЖИКОВА Г.С., ЧУРЛЯЕВ Ю.А.,
НИКИФОРОВА Н.В., ВЯЛОВА В.Н., ПУРАХИНА С.М.
ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ
И ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В ДИНАМИКЕ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА.....9

ЗУЕВА Н.С., ВОЕВОДИН С.В., МАТВЕЕВ Ф.Б.
НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ.....10

ЗУЕВА Н.С., ВОЕВОДИН С.В.
ДИЛЯТАЦИОННАЯ ТРАХЕОСТОМИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА
ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
У КРАЙНЕ ТЯЖЕЛЫХ БОЛЬНЫХ, НУЖДАЮЩИХСЯ
В ДЛИТЕЛЬНОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКЕ.....11

КАМЕНЕВА Е.А., ГРИГОРЬЕВ Е.В., ЕГОРОВА О.Н.,
КОВАЛЬ С.С., ДЕМИДОВА Н.Ю.
ПРОФИЛАКТИКА ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННЫХ
ПНЕВМОНИЙ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ
СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ.....12

КАМЕНЕВА Е.А., ГРИГОРЬЕВ Е.В., КОВАЛЬ С.С.,
ДЕМИДОВА Н.Ю., ЗВЯГИН Р.Ю., ФРОЛОВ А.Ю.
НЕИНВАЗИВНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ КАК ЭТАП
РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ОСТРОМ
ПОВРЕЖДЕНИИ ЛЕГКИХ(ПЕРВЫЕ ВПЕЧАТЛЕНИЯ).....13

КЛОЧКОВА-АБЕЛЬЯНЦ С.А.
К ОЦЕНКЕ МЕТАБОЛИЗМА ЖЕЛЕЗА
У ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО
ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА.....13

ЛУКАШЕВ К.В., МАРТЫНЕНКОВ В.Я.,
КАН С.Л., ТАНКОВ В.А.
МЕТОДЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ
НА ГРУДНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА.....14

МАРТЫНЕНКОВ В.Я., МИХАЙЛОВИЧЕВ Ю.И.
ОСЛОЖНЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОСОБИЙ.....16

НИКИФОРОВ В.В., НИКИФОРОВА Н.В.,
АРХИПОВА С.В., СТАНКОВА О.Н., ЕРШОВ Е.В.
ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ БЕЛКОВ
ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ
С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА.....16

НИКИФОРОВА Н.В., РАТКИН И.К.,
РОССАМАХИН В.В., КАН С.Л.,
АРХИПОВА С.В., ТАНКОВ В.В.
СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКОВ ОСТРОЙ ФАЗЫ
ВОСПАЛЕНИЯ В СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ
ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ
ТРАВМОЙ И ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ
ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ.....18

ОСИПОВА Е.А., СУРЖИКОВА Г.С., ЧЕВЫЧАЛОВА Е.В.
НЕОПТЕРИН КАК ПОКАЗАТЕЛЬ АКТИВАЦИИ
ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН
С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.....19

СОКОЛОВСКИЙ В.С., КАНТУРОВ С.Г., ПРОЦОВ Я.А.,
ДОВБЕТА В.И., ЛЕВКИН С.Е.
ВЛИЯНИЕ ВНЕДРЕНИЯ ПЛЕКСУСНЫХ
АНЕСТЕЗИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ НА СТРУКТУРУ
ОБЕЗБОЛИВАНИЙ В ИТАР.....20

СОКОЛОВСКИЙ В.С., КАНТУРОВ С.Г., ИВЛЕВА Н.Н.
ОСОБЕННОСТИ ПЕРФУЗИИ АНЕСТЕЗИРОВАННЫХ
ТКАНЕЙ В УСЛОВИЯХ ИХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ
ДЕСИМПАТИЗАЦИИ.....21

ТАНКОВ В.А., ПАНФИЛОВА Н.О.,
ПИЛЯЕВ Ю.А., ЧУРЛЯЕВ Ю.А.
РОЛЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
ЛЕГКИХ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ
ТРАВМЕ С РАЗВИТИЕМ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО
ДИСТРЕСС-СИНДРОМА.....23

ТОМАШЕВСКИЙ И.А.
ОПТИМИЗАЦИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ
ВЫСОКОЙ КАТЕГОРИИ РИСКА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ СУСТАВОВ.....24

ЧЕРЕНКОВ А.А., НЕКРАСОВ А.И., ПОНОМАРЕВ С.Б.
ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР АНЕСТЕЗИОЛОГА В
УСЛОВИЯХ УЧРЕЖДЕНИЙ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ
СИСТЕМЫ: ВОПРОСЫ ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДА.....24



ЧЕСНОКОВ Д.Н.
ПРИМЕНЕНИЕ ДАЛАРГИНА ДЛЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ
ЗАЩИТЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ
НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ.....25

ЧЕСНОКОВ Д.Н.
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИОЦИЦЕПТИВНОЙ
ЗАЩИТЫ ПРИ КЛИПИРОВАНИИ АНЕВРИЗМ
АРТЕРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....27

ЧЕЧЕНИН М.Г., РАТКИН И.К., ВОЕВОДИН С.В.,
НИКИФОРОВА Н.В.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЛЕГочНЫХ
ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ
С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.....27

РАЗДЕЛ II НЕЙРОХИРУРГИЯ

БОНДАРЕНКО Г.Ю., ЛУЦИК А.А., РАТКИН И.К.
ЗНАЧЕНИЕ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ
В ФОРМИРОВАНИИ РЕФЛЕКТОРНЫХ СИНДРОМОВ
ШЕЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА.....29

БОНДАРЕНКО Г.Ю., ЛУЦИК А.А., РАТКИН И.К.,
КАРТАВЫХ С.Д.
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ
ДЕРЕЦЕПЦИИ ШЕЙНЫХ ДИСКОВ ПРИ ГРЫЖЕВЫХ
ФОРМАХ РЕФЛЕКТОРНЫХ СИНДРОМОВ
ШЕЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА.....30

БУЛГАКОВ В.Н., КАРПЕНКО В.С., ЛУЦИК А.А.
ОПТИМИЗАЦИЯ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА
К ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОМУ ОТДЕЛУ
ПОЗВОНОЧНИКА ДЛЯ ДЕКОМПРЕССИВНО-
СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ.....31

ВАВИН В.В., МИНГАЛЕВ Н.В.
НАШ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО
ЭНДОНАЗАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РИНОЛИКВОРЕИ.....32

КАЗАНЦЕВ В.В., ЛУЦИК А.А., КОТЕНЕВ В.В.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ИЗВИТОСТИ ПЕРВОГО СЕГМЕНТА ПОЗВОНОЧНОЙ
АРТЕРИИ МЕТОДОМ ТРАНСПОЗИЦИИ
ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ.....33

КАЗАНЦЕВ В.В., ЛУЦИК А.А., КОТЕНЕВ В.В.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ С-ОБРАЗНОЙ
ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ВНУТРЕННЕЙ
СОННОЙ АРТЕРИИ МЕТОДОМ ТРАНСПОЗИЦИИ
ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ.....34

КАРПЕНКО В.С., БУЛГАКОВ В.Н., ПЕШКОВ А.Ю.
НАШ ОПЫТ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
СИРИНГОМИЕЛИИ ПРИ АНОМАЛИИ КИАРИ I.....36

КАРПЕНКО В.С., ЕПИФАНЦЕВ А.Г., БУЛГАКОВ В.Н.,
КУЗИН В.А.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕВЫХ
ПОРАЖЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
МЕТАЛЛОИМПЛАНТАТОВ ИЗ НИКЕЛИДА-ТИТАНА.....37

КОЛОТОВ Е.Б., ЕВСЮКОВ А.В.
СОЧЕТАНИЕ РЕФЛЕКТОРНЫХ СИНДРОМОВ
ОСТЕОХОНДРОЗА И СПОНДИЛОАРТРОЗА.....38

КОЛОТОВ Е.Б., ЕВСЮКОВ А.В., ПЕГАНОВА М.А.
ПУНКЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА
И ЛЕЧЕНИЕ РЕФЛЕКТОРНЫХ
СИНДРОМОВ СПОНДИЛОАРТРОЗА.....39

КОТЕНЕВ В.В.
КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ
ПРОЯВЛЕНИЙ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО
КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ АНОМАЛИИ ПАУЭРСА
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА.....40

КОШАК К.В., РЫКОВ В.А.
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ИЗМЕНЕНИЙ СОСУДИСТЫХ СПЛЕТЕНИЙ
МОЗГОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИ ОСТРОЙ
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ.....42

ЛУЦИК А.А., КАЗАНЦЕВ В.В., ЕВСЮКОВ А.В.
КОМПРЕССИОННЫЙ СИНДРОМ
ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ.....43

ЛУЦИК А.А., КОЛОТОВ Е.Б.,
АМИНОВ Р.Р., ЕВСЮКОВ А.В.
ЛАТЕРАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ ПОЯСНИЧНОГО
ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА
(ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ).....44

ПОПОВ В.П., ПОПОВ А.В., ТРУХАЧЕВ И.Г.,
САВЧЕНКО П.А., СЫРКАШЕВ В.А.
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОЙ
СТАБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДНЫХ
И ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ.....45

РАТКИН И.К., БОНДАРЕНКО Г.Ю., ДОРОФЕЕВ Ю.И.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
С ГРЫЖАМИ ДИСКОВ НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ.....47

РАТКИН И.К., БОНДАРЕНКО Г.Ю., ДОРОФЕЕВ Ю.И.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРМИРОВАННЫХ ИМПЛАНТАТОВ
ИЗ ПОРИСТОГО НИКЕЛИДА ТИТАНА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ
НАДЕЖНОСТИ СПОНДИЛОДЕЗА И ПРОФИЛАКТИКИ
ДЕФОРМАЦИЙ ПОЗВОНОЧНИКА.....48

РАТКИН И.К., БОНДАРЕНКО Г.Ю., ЕВСЮКОВ А.В.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ИСТМИЧЕСКИХ СПОНДИЛОЛИСТЕЗОВ
L5 ПОЗВОНКА 3-4 СТЕПЕНИ.....49

РАТКИН И.К., ДОРОФЕЕВ Ю.И.,
БОНДАРЕНКО Г.Ю., ЕВСЮКОВ А.В.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВЕНТРАЛЬНЫХ
СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ СИСТЕМ ПРИ ОДНОЭТАПНЫХ
ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ
У ПОСТРАДАВШИХ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ
ОСЛОЖНЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНКОВ
НА ГРУДОПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ.....50

РАТКИН И.К., ЛУЦИК А.А.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНСТРУКЦИЙ
ИЗ НИТИНОЛА ДЛЯ ПЕРЕДНЕГО СПОНДИЛОДЕЗА
НА КРАНИО-ВЕРТЕБРАЛЬНОМ УРОВНЕ.....51

РАТКИН И.К., ЛУЦИК А.А.
ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ
ПОДГОТОВКИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ
КРАНИО-ВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ.....53

РАТКИН И.К., ЛУЦИК А.А.
ПОРИСТЫЕ ИМПЛАНТАТЫ В ЛЕЧЕНИИ
АТЛАНТО-АКСИАЛЬНЫХ ДИСЛОКАЦИЙ.....54

ТЮЛЬКИН О.Н., НАРЫШКИН А.Г., ГОРЕЛИК А.Л.,
БУХАРЦЕВ Н.Н.
ИНТЕНСИВНОЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ.....55



ШИГИН О.А. ИСТИННАЯ ТРАВМАОПАСНОСТЬ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПИСТОЛЕТА «ОСА».....	56
--	----

РАЗДЕЛ III ТЕРАПИЯ, ЛОР, ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА

АЛЕКСЕЕВА Н.С., ЛОБЫКИНА Е.Н., САЛМИНА-ХВОСТОВА О.И. ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ГОРОДА НОВОКУЗНЕЦКА.....	58
---	----

БИЧАН Н.А., ГУЩИН Ю.Г., СИНЯКОВА О.Р., ШАХШНЕЙДЕР Н.М. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗОФЕНОПРИЛА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА.....	59
---	----

БИЧАН И.В., МАКЛАКОВА Т.П., БИЧАН Н.А., ГАМИДОВА И.И., ГЕРУС А.Ю. ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АМИОДАРОН- ИНДУЦИРОВАННЫМ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ.....	60
--	----

БИЧАН Н.А., МЕЩЕРЯКОВА О.П. ОПЫТ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	61
--	----

ВАВИН В.В., МИНГАЛЕВ Н.В. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕКСИДОЛА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ РИНОСИНСИТОМ.....	62
---	----

ВАХРУШЕВ А.К., ЧЕЧЕНИН Г.И. ПРИЧИНЫ И ЧАСТОТА ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.....	63
---	----

ВАХРУШЕВ А.К., ЧЕЧЕНИН Г.И., НАРВАТКИН К.Ю. ДИНАМИЧНОСТЬ ДИАГНОЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА.....	64
--	----

ГЕРАСИМОВА И.Ю. НАРУШЕНИЕ ГОЛОСА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПЕРЕЗАХ ГОРТАНИ.....	66
---	----

ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., ШАПОВАЛОВА Э.Б., ЛУЗИНА Ф.А., ГАФАРОВ Н.И., НИКИФОРОВ В.В., ЕРШОВ А.А. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	67
---	----

ЕВСЮКОВА Н.В., КУЗИНА И.Р. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМА ГИПОКАМПА У НАРКОЗАВИСИМЫХ ПРИ ПОМОЩИ МРТ.....	68
--	----

ЗАЙКА Г.Е. О НЕКОТОРЫХ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ МОЗГА У ДЕТЕЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ.....	69
--	----

КОВАЛЕНКО В.М., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., ВАСИЛЬЕВА Н.Н., МАМУШКИНА А.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГО ТЕХНОГЕННОГО РИСКА.....	70
--	----

КОВАЛЕНКО В.М., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., КАН Я.А., ЕПИФАНЦЕВА Н.Н., ЖУКОВА Я.А., ГАМИДОВА И.И., БРЫЗГАЛИНА С.М., ШИМОТЮК Е.М. ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ.....	71
---	----

КОВАЛЕНКО В.М., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., СУРЖИКОВА Г.С., КЛОЧКОВА-АБЕЛЪЯНЦ С.А., МАМУШКИНА А.В., ВАСИЛЬЕВА Н.Н. ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ И ФЕРРОКИНЕТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ.....	72
--	----

КОВАЛЕНКО В.М., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., СУРЖИКОВА Г.С., КЛОЧКОВА-АБЕЛЪЯНЦ С.А., ВАСИЛЬЕВА Н.Н., МАМУШКИНА А.В. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ.....	74
---	----

КОРЯКИН А.М., ЕПИФАНЦЕВА Н.Н., ХАРИНГСОН Л.Г., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., ЖУКОВА Я.А., СЫТИН М.Л., КРИУЛЬКИНА О.И. РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ hsCRP У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ.....	75
--	----

КОРЯКИН А.М., ДАДЫКА И.В., ЕПИФАНЦЕВА Н.Н., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., ХАРИНГСОН Л.Г., СЫТИН М.А., ЖУКОВА Я.А., МАМУШКИНА А.В. ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ОСТРОФАЗОВЫХ БЕЛКОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ.....	76
--	----

КОТЕНЕВ В.В., ЖЕСТИКОВА М.Г. КОМБИНАЦИИ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ ЛАТЕРАЛЬНОМ СМЕЩЕНИИ УСТЬЯ ПРАВОЙ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ.....	77
---	----

КОТЕНЕВ В.В., ПАНФИЛОВА Н.О. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИЗИПАКА ПРИ КОНТРАСТНОЙ АНГИОГРАФИИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ.....	78
---	----

КОТЕНЕВ В.В., СТРОЗЕНКО Е. А., ПАНФИЛОВА Н.О. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ АНГИОГРАФИЧЕСКОЙ УСТАНОВКИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ.....	79
---	----

МАКРУШИНА Н.В., КУЗИНА И.Р., БАХАЕВ В.В. УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПРИЗНАКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА.....	81
---	----

ОСИПОВ А.В., КОЛБАСКО А. В., ЧЕЧЕНИН А. Г. ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ У ТЕЛЕУТОВ – КОРЕННОГО СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	82
--	----

ОСИПОВ А.В., ЧЕЧЕНИН А.Г., КОЛБАСКО А. Г. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БОЛЕЗНЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ТЕЛЕУТОВ – КОРЕННЫХ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ КУЗБАССА.....	83
---	----

ПАК Т.И., ПАК Н.Т., ФАСТЫКОВСКАЯ Е.Д. МАММОГРАФИЧЕСКАЯ СКРИНИНГОВАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЖЕНЩИН ЗАПАДНО-СИБИРСКОГО МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОГО КОМБИНАТА.....	84
---	----

ПИКЕЛЬГАУПТ Ж.В., ФАСТЫКОВСКАЯ Е.Д., ЕВСЮКОВА Н.В., ПЛОТНИКОВА Е.Н., ЕВСЮКОВ А.В. ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ СУБДУРАЛЬНОЙ ЭМПИЕМЫ ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ.....	84
--	----

РЕЗАНЦЕВА Н.П. ДООПЕРАЦИОННАЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	86
--	----



САЛМИНА-ХВОСТОВА О.И. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ВРАЧЕБНОЙ БЕСЕДЫ.....	87	НАБОКИХ А.В., РОМАШКИНА Л.В. КОНЦЕПЦИЯ АМОРТИЗАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ РЕССОРНОЙ ФУНКЦИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.....	99
САЛМИНА-ХВОСТОВА О.И., ЛОБЫКИНА Е.Н., АЛЕКСЕЕВА Н.С. РАЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ.....	88	РОБИНА С.И., АВДОНЧЕНКО Т.С. СРЕДСТВА ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩИХ АРТРОЗОВ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ.....	100
ФАСТЫКОВСКАЯ Е.Д., ПИКЕЛЬГАУПТ Ж.В., КАРПИНСКАЯ Т.В. КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПРИ ПНЕВМОКОНИОЗАХ.....	89	РОМАШКИНА Л.В., НАБОКИХ А.В. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫМИ СИНДРОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	101
ХОХЛОВА З.А., КРАВЦОВА З.Я., МАТВЕЕВА И.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РОТАВИРУСНОЙ И РОТАВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕТСКОГО ИНФЕКЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГКБ № 29.....	90	СИГАРЕВ А.М. ПРОФИЛАКТИКА РУБЦОВО-СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ И КИСТИ.....	103
ШАПОВАЛОВА Э.Б., ШУМЕЙКО Н.И., Г ОРБАТОВСКИЙ Я.А., КОЛБАСКО А.В. ИСХОДНЫЙ ВЕГЕТАТИВНЫЙ ТОНУС СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У КОРЕННЫХ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ – ТЕЛЕУТОВ КУЗБАССА.....	91	DR. SHOKIROV SH, PH.D., PROF. WANGERIN K, M.D. THE USE OF MINIPLATE OSTEOSYNTHESIS FOR SKELETAL ANCHORAGE IN CLEFT PATIENTS.....	104
ШАПОВАЛОВА Э.Б., ШУМЕЙКО Н.И., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., КОЛБАСКО А.В. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ЭКГ ИЗМЕНЕНИЙ СРЕДИ КОРЕННЫХ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ – ТЕЛЕУТОВ КУЗБАССА.....	92	РАЗДЕЛ V ХИРУРГИЯ	
ШАПОВАЛОВА Э.Б., ШУМЕЙКО Н.И., ОВСЯННИКОВА О.В., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., КОЛБАСКО А.В. АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ СТЕПЕНЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПОКАЗАТЕЛЯМИ ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У КОРЕННЫХ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ – ТЕЛЕУТОВ КУЗБАССА.....	93	АНТОНОВ Ю.А., КОРОТКЕВИЧ А.Г., КУЗНЕЦОВ В.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШКАЛ ROCKALL И BAYLOR В ОЦЕНКЕ РИСКА РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ И ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.....	105
ШАПОВАЛОВА Э.Б., ШУМЕЙКО Н.И., ОВСЯННИКОВА О.В., ГОРБАТОВСКИЙ Я.А., КОЛБАСКО А.В. АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ СТЕПЕНЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПОКАЗАТЕЛЯМИ ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У КОРЕННЫХ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ – ТЕЛЕУТОВ КУЗБАССА.....	93	АУТЛЕВ К.М., ЯНИН Е.Л., КРУЧИНИН Е.В., ИВАНОВ В.В. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ.....	105
РАЗДЕЛ IV ТРАВМАТОЛОГИЯ		БАРАНОВ А.И. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ДОСТУПЫ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ.....	106
ВОДЯНОВ Н.М. СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА: ЗАКРЫТЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЛУЧЕВОГО НЕРВА.....	95	БАРАНОВ А.И., АЛЕКСАНДРОВ Д.С., КОНОВАЛОВ А.А., АЛЕКСЕЕВ А.М. ОПЫТ ПЕРВЫХ 400 ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ АППЕНДЭКТОМИЙ.....	107
ВОДЯНОВ Н.М. ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛУЧЕВОГО НЕРВА.....	96	БЕЛЯЕВ М.К., МЕШКОВ В.А., МИРОШНИКОВ П.В., МОЧАЛОВ С.В. ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ТРАВМЕ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ.....	108
ГОНЧАРЕНКО Е.М., НОВИЦКИЙ Е.Н., ЗАКОВРЯШИН А.А. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ СО СМЕЩЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО- ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ № 2.....	97	БЕЛЯЕВ М.К., МЕШКОВ В.А., МИРОШНИКОВ П.В., МОЧАЛОВ С.В. ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ.....	109
КОЛОСОВ Н.Г, АХМЕТЖАН А.Д., СЕЛЕДЦОВА Г.В. НОВЕЙШИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ.....	97	БЕЛЯЕВ М.К., МЕШКОВ В.А., МИРОШНИКОВ П.В., МОЧАЛОВ С.В. ЛАПАРОСКОПИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ДЕТЕЙ.....	110
МУСТАФАЕВ Н.Р. ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФОСТИМУЛИРУЮЩИХ МЕТОДОВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ОТТОКА И МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ГОНАРТРОЗЕ.....	98	БЕРСЕНЕВ А.Е., ЛИХАЧЕВ А.Г., САЛАМАНОВ В.И. КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ.....	111
		БУРДИН В.В., БАРАНОВ А.И., ДРОЗДОВ С.С. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	112



БУРМИСТРОВ М.В., БРОДЕР И.А., МОРОШЕК А.А., СИГАЛ Е.И., ИВАНОВ А.И. СОВРЕМЕННЫЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА.....	113	КИСЛОВ Э.Е., ДАНЦИГЕР О.В. ЧРЕСКОЖНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	126
БУТУХАНОВ С.Б. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА.....	114	КИСЛОВ Э.Е., ПАНФИЛОВ С.Д., ГОТЛИБ Д.К., БАТРАКОВ А.М., ВАСИН А.С., КАБИРОВ А.В., ГРАЧЕВ А.М., КИРЬЯНОВА Е.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭФФЕРЕНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	127
ДРОБЯЗГИН Е.А., ЧИКИНЕВ Ю.В., КОРОБЕЙНИКОВ А.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ САМОРАСШИРЯЮЩИХСЯ НИТИНОВЫХ СТЕНТОВ С ПОКРЫТИЕМ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПИЩЕВОДА И ПИЩЕВОДНЫХ СВИЩАХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	115	КИСЛОВ Э.Е., ПАНФИЛОВ С.Д., ЗОЛОЕВ Г.К. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К ПОЯСНИЧНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ И ОЦЕНКА ЕЕ РЕЗУЛЬТАТОВ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	128
ЖЕРЛОВ Г.К. НОВЫЕ ПОДХОДЫ В РЕКОНСТРУКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА.....	116	КОВАЛЬЧУК Е.С., ТАРАСКО А.Д., РОГОВИЕВА О.И. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОЖНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ.....	129
ЖЕРЛОВ Г.К., БЕЛОУС И.А., ЖЕРЛОВА Т.Г. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ IV СТАДИИ.....	116	КОРОЛЕВ Д.Г., КРИВОЩЕКОВ Е.П. ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ.....	130
ЖЕРЛОВ Г.К., КОШЕЛЬ А.П., ВОРОБЬЕВ В.М., МЕДВЕДЕВ А.С. К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	118	КОТЕНЕВ В.В., ПАНФИЛОВ С.Д., КАБИРОВ А.В., ВАСИН А.С., ГРАЧЕВ А.М., ПАНФИЛОВА Н.О. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АОРТО-ПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА ПРИ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ.....	131
ЖУКОВ В.В., МУСТАФАЕВ Н.Р. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОЛИМФОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.....	119	КОТЕНЕВ В.В., ПАНФИЛОВ С.Д., КАБИРОВ А.В., ВАСИН А.С., ГРАЧЕВ А.М., ПАНФИЛОВА Н.О., КАЗАНЦЕВ В.В. ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ.....	133
КАБИРОВ А.В., ГРАЧЕВ А.М. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ВОСХОДЯЩЕГО ТРОМБОФЛЕБИТА МАГИСТРАЛЬНЫХ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН.....	120	КРАСНОВ К.А., АМИНОВ И.Х. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛАЦИИ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ.....	134
КАБИРОВ А.В., ГРАЧЕВ А.М., ВАСИН А.С., КОРОТКЕВИЧ А.Г. РОЛЬ ГРУДНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	121	КРАСНОВ К.А., АРИНЧЕВ Р.С., САЗОНОВ Д.В. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ И КОАГУЛИРУЮЩЕЙ ТЕХНИКИ.....	135
КАБИРОВ А.В., ПАНФИЛОВ С.Д., ГРАЧЕВ А.М., ВАСИН А.С. РАЗРЫВЫ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ – СЛОЖНЕЙШАЯ И НЕ РЕШЕННАЯ ПРОБЛЕМА СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ.....	122	КРАСНОВ К.А., ООРЖАК О.В., СТАРЦЕВ А.Б. ЛЕЧЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫМИ МЕТОДАМИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.....	136
КАБИРОВ А.В., ПАНФИЛОВ С.Д., ГРАЧЕВ А.М., ВАСИН А.С., КИСЛОВ Э.Е., БАТРАКОВ А.М. 15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН КОНЕЧНОСТЕЙ.....	123	КРАСНОВ К.А., ПЕЛЬЦ В.А., РАДИОНОВ И.А. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО ЛЕЧЕБНОГО АЛГОРИТМА БОЛЬНЫМ СТЕРИЛЬНЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ.....	136
КЕМЕРОВ С.В. СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАЛОВОГО ПЕРИТОНИТА ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРФОРАЦИИ АМЕБНОГО АБСЦЕССА СЛЕПОЙ КИШКИ.....	124	КРАСНОПЕРОВ А.В. ФОРМИРОВАНИЕ КОЛОСТОМЫ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПРЯМОЙ КИШКЕ.....	137
КЕМЕРОВ С.В., ЖЕРЛОВ Г.К., СТЕПИН Д.А., КРУГЛОВ В.Г. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ В ЛЕЧЕНИИ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ САНАЦИОННОЙ ЛАПАРОСТОМИИ И РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ.....	125	КРАСНОПЕРОВ А.В., ЖЕРЛОВА Т.Г., КЛОКОВ С.С., МИРОНОВА Е.Б. ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В КОМПЛЕКСНОМ И КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	138



КРЕСТЬЯНИНОВ А.Е., ТАРАСКО А.Д., ЛИХАЧЕВ А.Г., САЛАМАНОВ В.И., ХАБИБУЛЛИН А.М. ПЕРВЫЙ ОПЫТ КАТЕТЕРНОГО СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ ПОДКОЖНЫХ ВЕН В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ.....	139	СЕРЕБРЕННИКОВ В.В., БАРАНОВ А.И. АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ ИЗ МИНИДОСТУПА.....	153
КРЕСТЬЯНИНОВ А.Е., ТАРАСКО А.Д., ЛИХАЧЕВ А.Г., САЛАМАНОВ В.И., ХАБИБУЛЛИН А.М. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.....	140	СНИГИРЕВ Ю.В., ТАРАСКИНА Е.Б., МОДЗЕЛЕВСКАЯ С.М., АЛЕКСЕЕВ Н.А., БИРЖ А.М. ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА.....	154
КРУГЛОВ В.Г. К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА.....	142	СНИГИРЕВ Ю.В., ТАРАСКИНА Е.Б., МОДЗЕЛЕВСКАЯ С.М., БИРЖ А.М., АЛЕКСЕЕВ Н.А. ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА (ПРИЧИНЫ, ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ).....	155
КУЗНЕЦОВ В.В., КОРОТКЕВИЧ А.Г., ФАЕВ А.А. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА С ПОМОЩЬЮ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....	143	ТАРАСКИНА Е.Б., СНИГИРЕВ Ю.В., МОДЗЕЛЕВСКАЯ С.М., БИРЖ А.М., АЛЕКСЕЕВ Н.А. ВЫБОР ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА.....	156
МЕДВЕДЕВ А.С. ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ.....	144	ТАРАСКИНА Е.Б., СНИГИРЕВ Ю.В., МОДЗЕЛЕВСКАЯ С.М., БИРЖ А.М., АЛЕКСЕЕВ Н.А. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА.....	157
МОСОЛКОВ В.Ю., ЛОБАЧЕВ Р.С. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМИ ПОСТОЖОГОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА.....	145	ТАРАСКО А.Д., КОВАЛЬЧУК Е.С., ЛИХАЧЕВ А.Г., САЛАМАНОВ В.И. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАБОТЫ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ И ДЕЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ.....	158
ОСИПОВ Б.Б., ЧЕРНЫШ А.П., КРУГЛЯКОВ О.О., БАРАНОВ А.И. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В НИЖНЕМ ЭТАЖЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.....	146	ФЕДОРОВ И.В., ВАЛИУЛЛИН И.Н. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ТРОАКАРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ В ЭНДОХИРУРГИИ.....	159
ПАНФИЛОВ С.Д., ПАНФИЛОВ Д.С., КИСЛОВ Э.Е. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ АНЕВРИЗМ АРТЕРИЙ.....	147	ФЕДОРОВ А.Л., КРАСНОЩЕКОВА Н.Н. ОСЛОЖНЕНИЯ АЛЛОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА.....	161
ПАНФИЛОВ Д.С., ПАНФИЛОВ С.Д., КОЗЛОВ Б.Н., ШИПУЛИН В.М., ГОЛЬЦОВ С.Г., БАЕВ А.Е. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТА «FEMOSTOP» В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПУНКЦИЙ БЕДРЕННЫХ АРТЕРИЙ.....	148	ХАБИБУЛЛИН А.М., ТАРАСКО А.Д. АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЕВЫМИ ПРОЦЕССАМИ В ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА СИБИРИ.....	162
ПУТИНЦЕВ А.М. ИТОГИ РАБОТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2005-2007 ГОДЫ.....	149	ХАМИДУЛЛИН А.А., КРИВОЩЕКОВ Е.П., ЦИМБАЛИСТ Д.А. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМ АТЕРОСКЛЕРОЗА АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	163
ПУТИНЦЕВ А.М., СЕРГЕЕВ В.Н., СТРУКОВА О.А. ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРФТОРАНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	150	ЦИГЕЛЬНИК А.М., ПОЛУТАРНИКОВ Е.А., ЛИШОВ Е.В. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ.....	164
ПУТИНЦЕВ А.М., СЕРГЕЕВ В.Н., СТРУКОВА О.А., ЧИСТЯКОВА Г.И., КОЛЧАНОВ С.В., ШИЛОВ С.Е. ПРИМЕНЕНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ «МИНИ-АССИСТЕНТ» В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ БОЛЬНИЦ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	150	ШЕВЦОВА Е.В., АЛТУХОВ И.А., МУСТАФАЕВ Н.Р. КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМО- И ЛИМФОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ЛИМФОСТИМУЛИРУЮЩИМИ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ.....	165
ПУТИНЦЕВ А.М., СЕРГЕЕВ В.Н., СТРУКОВА О.А., МАСЛОВ М.Г., ЛУЦЕНКО В.А., ЧЕРНЫХ И.Г., ОЛИКОВ О.М. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИИ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ.....	151	ЩЕГЛОВ А.В., ШИЛИН В.М., ШАПРАН В.Т. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ.....	166
ПУТИНЦЕВ А.М., ШРАЕР Т.И., СЕРГЕЕВ В.Н., РОЗИНА Н.С., СТРУКОВА О.А. ПОДАВЛЕНИЕ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМА ПУТЕМ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА....	152		



РАЗДЕЛ VI ЭНДОСКОПИЯ

БЛАШЕНЦЕВА С.А., АППАКОВА Е.А., ХУРТОВА Н.И.,
ДЮБИНА Е.Н., АБАШИНА О.Е.
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «ГАСТРОПАНЕЛИ»
(ВЮНИТ) ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
РИСКА РАЗВИТИЯ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА.....167

ЗАИКИН С.И., ПЕРВОВ Е.А., ФРОЛОВ П.А.,
ТЕРЕХОВА Н.А.
АДЕНОМЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ.
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, МОРФОЛОГИЯ.....168

ЗАИКИН С.И., ФРОЛОВ П.А., ПЕРВОВ Е.А.,
ТЕРЕХОВА Н.А.
ФИБРОБРОНХОСКОПИЯ
В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ
ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА.....169

ЗАИКИН С.И., ПЕРВОВ Е.А.,
ФРОЛОВ П.А., ТЕРЕХОВА Н.А.
ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.....170

ЛЕОНТЬЕВ А.С., КОРОТКЕВИЧ А.Г.,
КУЗНЕЦОВ В.В.
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ
ФИБРОКОЛОНОСКОПИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ
ИСТОЧНИКА КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ.....171

ЛЕОНТЬЕВ А.С., КОРОТКЕВИЧ А.Г.,
МАРИНИЧ Я.Я., СУВОРОВ И.А.
ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ:
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ.....171

МАРИНИЧ Я.Я., КОРОТКЕВИЧ А.Г.
ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЙ
ПРИ СИНДРОМЕ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА.....173

МАРИНИЧ Я.Я., КОРОТКЕВИЧ А.Г.
КОМБИНИРОВАННАЯ ХРОМОСКОПИЯ
В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА.....174

ПЕТРОВ Д.Ю., ФЕДОРОВ Е.Д., ЮДИН О.И.,
СТЕПНОВ М.В., ИВАНОВА Е.В.
ПРОСПЕКТИВНАЯ РАНДОМИЗИРОВАННАЯ
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ
АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ И БИПОЛЯРНОЙ
ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИИ ПРИ ЯЗВЕННЫХ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.....175

ПИКЕЛЬГАУПТ А.Г., КОРОТКЕВИЧ А.Г., ДЕМЬЯНОВ В.С.
ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ
ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА
В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ УЧРЕЖДЕНИИ.....176

ПОСТНИКОВА Е.И., МЕШКОВ В.А., ЗАЙКА Г.Е.,
ЧУГАЙНОВА В.В., ЩЕННИКОВА Е.М.
ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ
У МЛАДЕНЦЕВ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ИМЕЮЩИХ СИНДРОМ
УПОРНЫХ СРЫГИВАНИЙ И РВОТЫ.....177

ФЕДОРОВ Е.Д., ИВАНОВА Е.В.,
АНДРЕЕВА О.Н.
ОДНОБАЛЛОННАЯ ЭНТЕРОСКОПИЯ
В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОНКОЙ КИШКИ.....178

ЧИКИНЕВ Ю.В., ДРОБЯЗГИН Е.А.,
КУТЕПОВ А.В., ГОВОРКОВ Р.В.
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗОВ
ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ.....179

РАЗДЕЛ VII СЕСТРИНСКАЯ СЕКЦИЯ

БУДНИКОВА Н.Г., КОРОТКЕВИЧ А.Г.
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО
ПРОЦЕССА В ЭНДОСКОПИИ.....181

ГРИШИНА Н.Я.
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА.....182

ГУНТЕР Л.Р., КИВЕНКО С.Н.,
САГЕСТДИНОВА Л.М., ШИРГАЗИНА Т.М.
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОНИТОРОВ
В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ.....183

КОНУХОВА Л.Г.
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В УХОДЕ ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМИ
ПАЦИЕНТАМИ В ОТДЕЛЕНИИ
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ № 1.....184

КОРНИЛОВА Я.А.
СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС
ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ТРАВМАХ ПОЗВОНОЧНИКА
И СПИННОГО МОЗГА.....185

КОТОВИЧ М.А.
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДОРОВЬЕ»:
ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА АКУШЕРСКО-
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЖЕНСКОЙ
КОНСУЛЬТАЦИИ В НОВЫХ УСЛОВИЯХ.....187

КУЗЬМИНА Г.Ю.
ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО
ДЕЛА В ОТДЕЛЕНИИ ГРАВИТАЦИОННОЙ
ХИРУРГИИ КРОВИ.....188

ЛИТВИНОВА К.П.
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР.....190

СИМБИРЦЕВА Н.В.
УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
СРЕДНЕГО ПЕРСОНАЛА ЧЕРЕЗ СОВЕТ.....192

ЧИКИНЕВА А.В., АНЧУГОВА Н.П.,
БУРАКОВА Т.С.
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
КОНСУЛЬТАТИВНОГО ОТДЕЛА ГУЗ «ГНОКДЦ».....193



ДЛЯ ЗАМЕТОК

204