

Сибирское отделение Российской Академии медицинских наук
Российская Академия естественных наук
Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области
Кузбасский научный центр
Кемеровская государственная медицинская академия
Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии Росмедтехнологий
Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров»

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСНОВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА

**МАТЕРИАЛЫ
ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ**

10 -11 сентября 2009 г.
г.ЛЕНИНСК-КУЗНЕЦКИЙ



ИЗДАТЕЛЬ

í î ã Ñ È Á È Ñ Ñ 2009

УДК 616.1/.9: [614.2+616-001+617.3+616.8-089+616-089+618+616-07-08+616-053.2]

Современные технологии профилактики, диагностики и лечения основных заболеваний человека: мат. Всерос. конф., г. Ленинск-Кузнецкий, 10-11 сент. 2009/СО РАМН, ФГЛПУ «НКЦОЗШ». - Ленинск-Кузнецкий: Издательский отдел - с.: 286, табл.: 19, рис.: 3.

ISBN 978-5-903546-15-2

Книга содержит материалы Всероссийской научно-практической конференции «Современные технологии профилактики, диагностики и лечения основных заболеваний человека», проходившей 10-11 сентября 2009 г. в Федеральном государственном лечебно-профилактическом учреждении «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров».

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Агаджанян В.В.,	д.м.н., профессор, директор ФГЛПУ «НКЦОЗШ».
Устьянцева И.М.,	д.б.н., заместитель директора по клинической лабораторной диагностике ФГЛПУ «НКЦОЗШ».
Пронских А.А.,	д.м.н., заместитель директора по хирургической помощи ФГЛПУ «НКЦОЗШ».
Кравцов С.А.,	д.м.н., заведующий центром анестезиологии и реанимации, ФГЛПУ «НКЦОЗШ».
Новокшенов А.В.,	д.м.н., заведующий центром нейрохирургии ФГЛПУ «НКЦОЗШ».
Агаларян А.Х.,	к.м.н., заведующий хирургическим отделением N 2 ФГЛПУ «НКЦОЗШ».
Семенихин В.А.,	д.м.н., заведующий центром профпатологии ФГЛПУ «НКЦОЗШ».
Визило Т.Л.,	д.м.н., заведующая неврологическим отделением ФГЛПУ «НКЦОЗШ».
Яковлева Н.В.,	к.м.н., заведующая гинекологическим отделением ФГЛПУ «НКЦОЗШ».
Хохлова О.И.,	д.м.н., врач клинической лабораторной диагностики ФГЛПУ «НКЦОЗШ»

ISBN 978-5-903546-15-2

**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ОСНОВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА**

МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
10-11 СЕНТЯБРЯ 2009, г.ЛЕНИНСК-КУЗНЕЦКИЙ

Редактор Устьянцева И.М.
Технический редактор Сидельникова Е.Н.
Операторы электронной верстки Фофонова Е.Н., Зевкина О.С.
Оператор печатных машин Гарданова Н.А.

Подписано в печать 7 августа 2009 г. Бумага белая, мелованная.
Формат 84x108/16. Гарнитура «AG_Futura». Тираж 300.

ООО Фирма «Издатель»
630099, Новосибирск, ул.Советская, 18
Тел. (383-2) 22-53-52, E-mail:nonkin@mail.ru

Отпечатано в Федеральном государственном лечебно-профилактическом учреждении
«Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров», г.Ленинск-Кузнецкий

**НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ**

Баранов А.И., Данцигер Д.Г., Махов В.А., Титов В.Г.

ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава, МЛПУ ГКБ N1, г.Новокузнецк,
МУЗ "Абаканская городская больница", г.Абакан, Россия

ОРГАНИЗАЦИОННОЕ, КАДРОВОЕ И ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ

Актуальность проблемы. В Кемеровской области более 75% хирургических больных оперируются в неотложном порядке. Создание неотложной малоинвазивной хирургической службы позволяет значительно улучшить качество лечения пациентов.

С 2005 года в МЛПУ ГКБ N 1 г.Новокузнецка проводятся организационно-методологические мероприятия по максимально возможному внедрению малоинвазивных операций в неотложную хирургию.

К ним следует отнести:

1. Обеспечение и подготовка для службы неотложной хирургии врачей-хирургов и операционных сестер, имеющих опыт проведения лапароскопических операций и операций из минидоступа.
2. Техническое обеспечение неотложной хирургической службы отдельной видеолапароскопической стойкой, достаточными наборами инструментов для лапароскопических операций и операций из минидоступа.
3. Введение в штат хирургической бригады по неотложной хирургии врача-хирурга для проведения малоинвазивных операций.
4. Изменения хирургической стратегии при urgentных хирургических заболеваниях органов брюшной полости.
5. Проведение научных исследований по малоинвазивным операциям в неотложной абдоминальной хирургии.

В течение 4-х лет для неотложной лапароскопической хирургии подготовлено 8 врачей-хирургов, выполняющих лапароскопические операции и операции из минидоступа.

С 1 августа 2005 года в МЛПУ ГКБ N 1 создана операционная для проведения неотложных лапароскопических операций, в 2006 году внедрены операции с аппаратом "Мини-ассистент".

С 1 января 2008 года введена ставка дежурного врача-хирурга для проведения малоинвазивных операций в неотложной хирургии.

Проводимая реорганизация неотложной хирургии позволила у 58% больных в неотложной хирургии использовать различные типы малоинвазивных операций как диагностические, лечебные или видеоассистированные. Проведение диагностической видеолапароскопии как первого этапа позволила у 537 пациентов отказаться от дальнейших хирургических вмешательств. При остром аппендиците за 2006-2008 годы только 116 традиционных аппендэктомий проведены без лапароскопического этапа. При остром холецистите традиционные холецистэктомии выполнены 23 (5,3%) больным.

Проведение научных исследований при внедрении новых технологий является обязательным этапом. На базе МЛПУ ГКБ N 1 проводятся исследования по оценке способов лапароскопической аппендэктомии, изменении функции внешнего дыхания при малоинвазивных операциях, оптимизации послеоперационного обезболивания.

Выводы:

1. Создание неотложной малоинвазивной хирургии требует ряда организационно-методических мероприятий, направленных на методологическое, кадровое и техническое обеспечение хирургической службы.
2. Выполнение различных типов малоинвазивных операций (диагностических, лечебных или видеоассистированных) возможно более чем у 50% больных.

3. Широкое внедрение диагностической видеолапароскопии в неотложной хирургии улучшает качество диагностики острых хирургических заболеваний.

4. Малоинвазивные операции наиболее эффективны при самых распространенных заболеваниях - остром аппендиците, остром холецистите.

Батанина И.А., Зальцман А.Г., Кондакова Н.В., Воробьева Е.Н.

НУЗ Отделенческая больница станции Барнаул ОАО "РЖД"

ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Росздрава, г.Барнаул, Россия

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ ОТДЕЛЕНЧЕСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ НА СТ. БАРНАУЛ

Клинико-диагностическая лаборатория (КДЛ) Отделенческой клинической больницы (ОКБ) станции Барнаул занимает важное место среди диагностических служб, т.к. предоставляет около 80% объема объективной диагностической информации, необходимой для своевременного принятия правильного клинического решения, постановки диагноза и оценки лечения. Структура лабораторной службы и перечень выполняемых исследований соответствует современным требованиям и потребностям клиники в лабораторной диагностике, профилю имеющихся отделений и специалистов. Лабораторная служба ОКБ состоит из: лабораторий стационара, поликлинического отделения N1 и N2. КДЛ стационара является ведущей и включает общеклинический, гематологический, биохимический, иммуносерологический отделы, экспресс- и лабораторию гемостаза. Кроме того, КДЛ ОКБ контролирует и оказывает методическую помощь лабораториям ЛПУ Алтайского Отделения ЖД. Анализ количественных показателей работы КДЛ показал значительный ежегодный рост общего количества исследований в поликлиниках и стационаре. В настоящее время КДЛ оснащена современным оборудованием: монокулярными, бинокулярными и люминесцентным микроскопами, калориметрами фотоэлектрическими, спектрофотометром, программируемыми биохимическими фотометрами, рН-метрами, аппаратом для электрофореза, ионоселективным анализатором ионов, аппаратом для иммуноферментного анализа, анализатором кислотно-щелочного состояния, многокомпонентным отражательным фотометром для анализа мочи и др.

В КДЛ особое внимание уделяется качеству проведенных исследований - систематически проводятся внутрिलाбораторный и межлабораторный контроль качества. Контроль воспроизводимости осуществляется по следующим параметрам: глюкоза, мочевины, общий белок, хлориды, креатинин, калий, натрий, АСАТ, АЛАТ, гемоглобин, лейкоциты, а также белок мочи с помощью контрольных материалов. КДЛ включена в систему ФСВОК по разделам: гематология (гемоглобин, эритроциты, лейкоцитарная формула); коагулология (ПТИ, АПТВ, ТВ); биохимия (билирубин, АСАТ, АЛАТ, глюкоза, общий белок, мочевины, железо, кальций, хлор, калий, натрий, гормоны - ТТГ, Т3, Т4); иммунология (вирусные гепатиты, сифилис) и анализ мочи. Используются реагенты отечественных компаний для всех биохимических исследований - "Витал Диагностикс СПб" (Санкт-Петербург); гликогемоглобин - Диакит (Москва); тиреоидные гормоны - Алкор Био; онкомаркеры и репродуктивные гормоны Хема-Медика (Санкт-Петербург).

В последнее время успешно внедрены: диагностика туберкулеза люминесцентным методом, определение активности миелопероксидазы в периферической крови и костном мозге, липидограммы, тропонина Т, геликобактериоза, фруктозамина, активности псевдохоллинэстеразы, КФК-МВ, трипсина и многих других современных методик. Проводятся многочисленные конференции по лабораторной диагностике различных заболеваний и интерпретации результатов лабораторных тестов. КДЛ ОКБ ст.Барнаул выполняет большое

число информативных методов, позволяющих идентифицировать наличие патологических процессов и мониторировать эффективность лечебно-профилактических воздействий.

Возлюбленный С.И., Сергеев Д.А., Возлюбленный М.С.

Департамент здравоохранения Администрации города Омска, г.Омск, Россия

ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМА В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ОМСКА

По масштабам и огромной социальной значимости травматизм в развитых странах мира называют "чумой нашего времени". Травма, по данным Всемирной Организации Здравоохранения, занимает третье место по общей смертности, а в группе мужчин 18-40 лет является основной причиной смертельных исходов.

Каждый год в странах Европы только дорожные аварии приводят к смерти 75000 людей, а 2 млн. остаются живыми с серьезными повреждениями. Социальная значимость этих травм равна объединенному бюджету стран Европы.

Актуальность данной проблемы относится и к Российской Федерации. Удельный вес травм в регистрируемой заболеваемости занимает четвертое место (7,6%), в заболеваемости с временной утратой трудоспособности - второе место (11,8%), в первичной инвалидности - третье место (5,6%), в смертности населения - второе место (15,8%).

Не исключением является и Омский регион. Прирост первичных обращений за медицинской помощью в травматологические пункты муниципальных учреждений города Омска за период 2005-2007 гг. составил 25%.

Число случаев травм по городу Омску возросло на 12,5%. В структуре травматизма преобладают бытовые травмы, которые составляют свыше 60%.

Второе место по частоте травм занимает уличный травматизм, составляющий более 12% от всех травм и имеющий тенденцию к росту. За 3 года прирост составил практически 40%.

Автомобильные травмы, составляющие 1,2% в общей структуре, выросли на 17%. Спортивный травматизм, составляющий в общей структуре 1,5%, вырос за 3 года на 9%. Производственный травматизм в структуре общего травматизма составил 4% и увеличился на 17%.

По данным травматологических пунктов детских поликлиник в структуре детских травм первое место занимают уличные травмы (45,3%), второе место - бытовые травмы (35,4%), третье место - школьные травмы (11%), четвертое место - спортивные травмы (7,3%).

Проведенная регистрация травм с учетом их характера и территориальной принадлежности позволила выявлять территории повышенной опасности, с принятием профилактических мер совместно с руководством административных округов города Омска, органами внутренних дел и руководством соответствующих ведомств. Установка в 2008 году светофоров на перекрестках с повышенным травматизмом, монтаж безопасного покрытия виадука в районе железнодорожного вокзала привело к значительному снижению травматизма в выявленных территориях повышенной опасности.

Постановление Мэра города Омска от 18 ноября 2008 года N 1022-п "О состоянии и мерах профилактики травматизма в городе Омске" позволило не только выявлять территории повышенной опасности по травматизму, но и применять профилактические меры, направленные на снижение травматизма. С этой целью стало осуществляться:

- выявление территорий повышенной опасности по травматизму с помощью разработанного и внедренного в работу муниципальных учреждений здравоохранения города Омска программного комплекса "Мединфо-травма";

- информирование администрации округов города Омска и органов внутренних дел по выявленным территориям повышенной опасности с рекомендуемыми мероприятиями для принятия профилактических мер;

- предоставление информации о состоянии и принимаемых мерах профилактики травматизма в городе Омске в межведомственную комиссию при Администрации города Омска по организации профилактики травматизма в городе.

Разработанный и внедренный алгоритм по выявлению территорий повышенной опасности и профилактики травматизма открывает новые возможности в снижении удельного веса травм в регистрируемой заболеваемости, в том числе с временной утратой трудоспособности, в первичной инвалидности и в смертности населения.

**Воробьева Е.Н., Осипова И.В., Зальцман А.Г., Кондакова Н.В.,
Антропова О.Н., Батанина И.А.**

НУЗ Отделенческая больница станции Барнаул ОАО "РЖД",
ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Росздрава, г.Барнаул, Россия

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА БАЗЕ ОТДЕЛЕНЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СТАНЦИЙ БАРНАУЛ

Актуальна разработка путей организации системы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на региональном уровне. С этой целью создана "Алтайская лаборатория эпидемиологии, прогнозирования и профилактики неинфекционных заболеваний" НИИ терапии Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. Одной из клинических баз созданной лаборатории является Отделенческая больница станции Барнаул (главный врач - Зальцман А.Г., зам. главного врача - Кондакова Н.В.). Сотрудники лаборатории на основе факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и данных антропометрических, биохимических, клинических и функциональных исследований составляют индивидуальный прогноз развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, для пациентов больницы, в частности, работников железнодорожного транспорта. При этом известно, что ряд профессий сопряжены со стрессорным фактором (диспетчеры, машинисты железнодорожного транспорта и др.). У этого контингента была выявлена "стресс-индуцированная" гипертония на рабочем месте и уровень артериального давления на рабочем месте находится в прямой зависимости от величины психической нагрузки.

Для активизации профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и формирования мотивации к здоровому образу жизни была разработана тематика и проводятся занятия в "Школе Здоровья и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний на рабочем месте" для машинистов и помощников машинистов. До и после занятий "Школы здоровья" проводили обследование работников (мужчин в возрасте от 30 до 55 лет) по факторам риска ССЗ и оценивали суммарный коронарный риск. Выявлено, что у работников подвижного состава суммарный коронарный риск соответствует уровню "умеренный" и "высокий". Для коррекции выявленных факторов риска и суммарного коронарного риска изменений для них и были проведены занятия "Школы здоровья".

В результате у обследованных пациентов отмечено снижение суммарного коронарного риска, артериального давления, степени абдоминального ожирения, повышение физической активности, уменьшение количества выкуриваемых сигарет и употребления спиртных напитков, соблюдение диеты и контролирование своего веса. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что занятия "Школы здоровья" эффективны в отношении снижения уровня суммарного коронарного риска.

В рамках работы "Алтайской лаборатории эпидемиологии, прогнозирования и профилактики неинфекционных заболеваний" НИИ терапии СО РАМН проводятся выездные

профилактические акции у работников железнодорожного транспорта. При этом измеряется АД, массы тела, окружности талии и бедер, а также уровень общего холестерина и глюкозы экспресс-методами приборами Аккутренд, оценивается уровень суммарного коронарного риска в различных возрастных и половых группах работников железнодорожного транспорта. Акции сопровождаются чтением лекций и демонстрацией специально подготовленных фильмов, выдачей брошюр и буклетов о методах профилактики.

Резюмируя, разработанная на базе Отделенческой больницы на станции Барнаул комплексная система выявления факторов риска, расчета прогностических индексов, доклинической диагностики и мониторинга сердечно-сосудистых заболеваний у лиц повышенного риска (работников железнодорожного транспорта), обучения основам профилактики является перспективной для первичной (вторичной) профилактики этой патологии.

Доржеев В.В., Бусоедов А.В., Мироманов А.М., Доржеева Н.А.

ГОУ ВПО Читинская государственная академия, МУЗ "Городская клиническая больница N1", г.Чита, Россия

АНАЛИЗ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА В ГОРОДЕ ЧИТЕ ЗА 2006-2008 ГОДЫ

Увеличение количества транспорта на дорогах, низкая культура участников дорожного движения, плохое качество дорог обуславливают рост числа дорожно-транспортных происшествий. Лечение больных с повреждениями, полученными в результате ДТП, в настоящее время представляет серьезную медико-социальную проблему. Оказание первой медицинской помощи пострадавшим начинается на месте происшествия персоналом бригад скорой медицинской помощи, при участии работников ГИБДД, а также служб МЧС (при необходимости). Основная станция скорой медицинской помощи организована в центре города и имеет две подстанции в отдаленных районах. Среднее время прибытия бригады СМП - 20 минут. В перечень мероприятий осуществляемых на догоспитальном этапе входит: оказание реанимационного пособия, протившоковая и инфузионная терапия, адекватное обезболивание, транспортная иммобилизация, наложение асептических повязок при открытых повреждениях, оксигенотерапия, краниоцеребральная гипотермия, симптоматическая терапия. Всего в стационары города бригадами скорой медицинской помощи было доставлено: в 2006 году - 975 человек, из них 48 детей; в 2007 году - 1303 человека, из них детей 75; в 2008 году - 1110 человек, детей - 92. Погибло на дорогах во время ДТП в 2006 году 51 человек (погибших детей не было); в 2007 году - 58 человек (из них 1 ребенок); в 2008 году - 34 человека (из них 1 ребенок). Анализ показывает, что основную нагрузку по лечению травм, полученных в результате дорожно-транспортных происшествий в остром периоде несут стационары города. Среди видов ДТП основными являются: наезд на пешехода - 34%, столкновение - 32%, опрокидывание - 26%. Достоверно установлено, что самые тяжелые травмы получены во время ДТП на близлежащих автомагистралях и трассах города и связаны в первую очередь с несоблюдением скоростного режима и управлением автомобилями в состоянии алкогольного опьянения. В состоянии алкогольного опьянения травму получают 22-25%. В настоящее время в стационарах широко применяются современные методы обследования и лечения больных: все виды остеосинтеза с использованием стандартных металлоконструкций отечественного и импортного производства, компрессионно-дистракционный остеосинтез костей. В состав протившоковых мероприятий продуманно включаются операции на головном мозге, позвоночнике, трубчатых костях, костях таза. Оперативная активность в отделении травматологии за последние годы возросла до 81%. Весьма актуальной проблемой в лечении пострадавших, в результате ДТП является качественная и своевременная реабилитация пациентов.

Таким образом, проблема дорожно-транспортного травматизма остается одной из наиболее актуальных и значимых медико-социальных проблем, требующих решений на государственном уровне.

Зеленина Е.М., Ушакова Г.А., Артымук Н.В., Тришкин А.Г.

ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава, г.Кемерово, Россия

СЕПСИС И МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение. В ряде стран главной причиной смерти беременных и рожениц являются септические осложнения. В развитых странах инфекция стойко занимает третье место среди причин материнской смертности (МС). По данным большинства клиницистов, частота гнойно-септических заболеваний послеродового периода достигает 26%. Это объясняется сменой возбудителя, когда условно-патогенная флора стала играть ведущую роль, доминирующими стали стрепто- и пневмококки, энтерококки и стафилококки. Большинство возбудителей заболеваний передающихся половым путем, не являются причинно-значимыми в послеродовом сепсисе, но они признаны основными факторами истощения иммунорезистентности и нарушения эубиоза генитального тракта.

В международной литературе принято выделять понятия "сепсис" или "сепсис-синдром", которым обозначают тяжелое течение гнойно-воспалительного процесса, и понятие "локализованные инфекции и абсцессы". К последним относят все варианты локализованных гнойных процессов, а в акушерстве - раневые инфекции, эндометрит, параметрит, тазовый абсцесс и даже перитонит. Этот подход отражен в X пересмотре МКБ, где в XV классе "Беременность, роды и послеродовый период" обозначены два состояния: "085 Послеродовый сепсис" и "086 Другие послеродовые инфекции".

Цель исследования. Провести анализ социально-гигиенических особенностей, а также причин септических осложнений у пациенток, погибших во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ первичной документации, поступившей с территории по запросу Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области, 145 случаев материнской смертности по региону за период 1998-2007 гг. Сепсис был причиной материнской смертности у 49 (33,8%) женщин.

Доля септических осложнений в структуре причин МС за 1998-2007 гг. представлена на рис. 1.

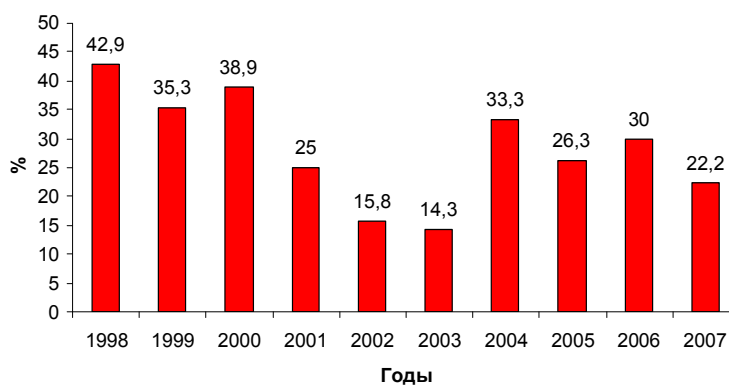


Рисунок 1. Септические осложнения в структуре причин МС за 10 лет

Доля развившегося септического процесса колебалась от 14,3% в 2003 году до 42,9% в 1998 году. В 2002 и 2003 годах регистрировалось минимальное количество женщин умерших от данного осложнения - 15,8% и 14,3% соответственно, однако за последние четыре года данный показатель не снижался меньше 20%. Не смотря на это по сравнению с 1998 годом доля септических осложнений к 2007 году уменьшилась в 2 раза.

В 36 (73,5%) случаях сепсис развился после аборта: в 77,8% - после криминального аборта (введение мыла, водки, спирта), в 19,4% - после медицинского (выскабливание полости матки, интраамниональное введение гипертонического раствора), в 2,8% - после самопроизвольного выкидыша. Средний срок беременности на момент аборта составил $18,7 \pm 5,0$ недель. От сепсиса во время беременности, родов, послеродовом периоде погибло 13 (26,5%) женщин. Сепсис после вагинальных родов развился у 5, после кесарева сечения - у 2, в родах - у 5, во время беременности - у 1 пациентки. После родов до момента гибели проходило от 0 до 24 дней, среднее количество дней составило $7,5 \pm 0,9$ дней, после аборта - от 0 до 32 дней при среднем количестве дней - $5,0 \pm 0,6$.

Результаты исследования и обсуждение. Возраст женщин на момент наступления беременности был достоверно выше, чем в популяции женщин при рождении детей в Кемеровской области за анализируемый период и составил $28,6 \pm 7,1$ лет, и $25,4 \pm 0,4$ лет соответственно ($p < 0,0001$). Раннего репродуктивного возраста было 65,3% женщин, позднего репродуктивного возраста - 24,5%, подростков 10,2%. Женщин раннего репродуктивного возраста и подростков в исследуемой группе было достоверно меньше, а женщин старше 35 лет больше, чем в популяции беременных женщин Кемеровской области аналогичных возрастных групп за исследуемый период: 79% $\chi^2=5,6$ ($p=0,018$); 15,8% $\chi^2=20,99$ ($p < 0,0001$); 5,2% $\chi^2=200,9$ ($p < 0,0001$), что можно объяснить общими демографическими особенностями региона.

Жительницы городов составили 75,5% женщин. В благоустроенной квартире проживали только 49% женщин. 61,2% женщин, погибших от сепсиса, были одиночки, 14,3% состояли в официальном браке, а 24,5% - имели незарегистрированный брак. 65,3% женщин имели среднее образование, а 63,3% - не работали. Приведенные факторы явились предикторами не только осложненного течения беременности, но и вероятнее всего стали основной причиной, подтолкнувшей женщину на криминальное вмешательство.

Не состояло на диспансерном учете в женской консультации 75,5% пациенток, а из состоявших на учете женщин, 66,7% посещали женскую консультацию нерегулярно. Низкая медицинскую активность вероятнее обусловлена как уровнем образования, так и социальной дезадаптацией.

У 22,5% женщин имелись неблагоприятные социальные факторы (группа инвалидности, были лишены родительских прав, были безработные и не имели постоянного места жительства). Кроме того, 71,4% пациенток имели "иные факторы, влияющие на состояние здоровья", к которым отнесены вредные привычки: курение, злоупотребление алкоголем; дефицит или избыток массы тела; социально значимые заболевания - наркомания, алкоголизм, туберкулез, ВИЧ-инфекцию.

Экстрагенитальные заболевания до наступления беременности выявлялись у 61,2% женщин, 36,7% состояли на учете в психоневрологическом и наркологическом диспансерах по поводу алкоголизма или наркомании. Дефицит, избыток массы тела или ожирение наблюдались в 20,3% случаев.

Следует отметить, что 75,5% женщин в анамнезе имели аборт, и ни одна из них не использовала методы контрацепции. Гинекологические заболевания в анамнезе регистрировались у 59,2% женщин, из них воспалительные заболевания гениталий отмечены у 82,8%.

Жизнеугрожающие ситуации развились в первом триместре беременности у 8,2%, во втором триместре беременности - у 55,1% , в третьем триместре - у 36,7% пациенток, а

средний срок беременности составил $23,9 \pm 9,4$ недель. В 66,7% материнская смертность в третьем триместре была сопряжена с неблагоприятным перинатальным исходом - антенатальной или интранатальной гибелью плода. Следует отметить, что в Центральных районных и Центральных городских больницах, погибло 69,4% пациенток. На основании клинических разборов материнской смертности в Кемеровской области большинство случаев (53,1%) были признаны непредотвратимыми, 40,8% - условно предотвратимыми, 6,1% - предотвратимыми.

Таким образом, проведенный анализ случаев материнской смертности от сепсиса в Кемеровской области показал, что основной причиной неблагоприятных исходов является аборт (в том числе криминальный). Женщины, погибшие от сепсиса, имеют определенные социальные особенности, высокую частоту экстрагенитальных и гинекологических воспалительных заболеваний. Основными направлениями работы должна быть деятельность по планированию беременности, а также регионализация оказания медицинской помощи, создание областного центра по лечению септических осложнений и "акушерской" полиорганной недостаточности.

Москвитин П.Н.

Кафедра психотерапии ГОУ ДПО "Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей", г.Новокузнецк, Россия

ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ МЕТОДУ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИИ В ДОПОЛНИТЕЛЬНОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ

Актуальность. В числе наиболее актуальных проблем в стране остается проблема профилактики употребления психоактивных веществ как одна из числа наиболее значимых социальных, медицинских и психологических задач охраны здоровья населения. Однако в приоритеты таких научных дисциплин как медицинская (клиническая) психология, психотерапия и наркология направление первичной профилактики психоактивной аддикции практически не входило, традиционно ограничиваясь вопросами изучения клиники и коморбидной патологии, эпидемиологии и разработки методов терапии и реабилитации аддиктов. Поэтому гипотезой нашего исследования является предположение, что разработка группового метода первичной профилактики и соответствующей интегративной программы его применения в школах может способствовать формированию позитивных изменений в поведении у детей и подростков группы риска.

Проблема технологии обучения методам профилактики употребления ПАВ связана с тем, что с 2000 г. Министерство образования Российской Федерации признано ведущим ведомством, отвечающим за профилактику наркомании среди несовершеннолетних. Педагогам, как профессионалами в области воспитания, предоставлено право создания ценностно-консолидирующего пространства, называемое антинаркотической образовательной средой, без которого невозможно успешное решение проблемы профилактики психоактивной аддикции у школьников. Вместе с тем по оценке экспертов, в настоящее время большинство педагогов-практиков (85%) не относят к сфере своей компетенции профилактику употребления ПАВ среди учащихся.

Осуществление планируемой и прогнозируемой деятельности, обеспечивающей необходимое качество профилактических воздействий, требует определенной компетентности педагога. Однако, почти ни одна образовательная структура страны не занимается подготовкой педагогов и психологов к деятельности по профилактике психоактивной аддикции. Парадокс, но программы подготовки по методологии и методам профилактики аддикции к ПАВ отсутствуют и в образовательном стандарте послевузовского образования по психиатрии-наркологии, психотерапии, профессиональной переподготовке. Существует необходимость

преодоления противоречий:

а) между ожиданиями общества и требованием государства к сотрудникам образовательных учреждений в осуществлении мер профилактики среди учащихся и неподготовленностью к этому большинства специалистов;

б) между объективной необходимостью специальной подготовки в системе повышения квалификации по вопросам профилактики психоактивной аддикции среди учащихся для педагогов, психологов, врачей и низкой разработанностью организационно-педагогических условий в послевузовском образовании.

Указанные противоречия определили проблематику нашего исследования, связанную с формированием психолого-педагогических условий и разработкой новой технологии в системе повышения квалификации, которые могут способствовать подготовке врача-специалиста, психолога и педагога к профилактике употребления ПАВ среди учащихся. На нашей кафедре психотерапии разработан цикл и проводится обучение новому групповому методу первичной профилактики психоактивной аддикции - "профилактическая (позитивная) психодрама". Это психопрофилактический метод развития личностной зрелости путем инценирования жизненного опыта через проигрывание ролей, инсайт и катарсическое переживание, активизацию развития копинг-стратегии, позитивную социализацию.

Таким образом, обучение методу первичной профилактики на кафедре психотерапии Новокузнецкого ГИУВа является прецедентом научно-практического решения проблемы подготовки специалистов в учреждении послевузовского образования к профилактической работе с ПАВ аддикциями.

Овчинникова И.П., Сычева С.В., Баженова Т.С.

ГОУ СПО "Кемеровский Областной Медицинский Колледж",
ГОУ ВПО "Кемеровский государственный университет, г.Кемерово, Россия

НОВЫЕ ФОРМЫ ЛЕКЦИЙ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

На некоторых этапах учебного процесса лекционная форма обучения не может быть заменена другой. Во время лекции происходит творческое взаимодействие преподавателя со студентами, активизируется мысленная деятельность, развивается активное внимание студентов. Традиционную лекцию часто называют информационной. Вводная знакомит студентов с целью, назначением курса, его местом в системе учебных дисциплин. В ней нужно связать теоретический материал с практикой будущей работы. Обзорно-повторительные лекции должны отражать теоретические положения, составляющие основу раздела или курса, исключая детали и второстепенный материал, это систематизация знаний на более высоком уровне. На проблемной лекции новое знание вводится как неизвестное, которое необходимо "открыть"; задача преподавателя - создать проблемную ситуацию, побудить студентов к поискам решения проблемы. Для этого новый теоретический материал представляется в форме проблемной задачи. В ее условии имеются противоречия, которые необходимо обнаружить и разрешить, процесс познания студентов при данной форме изложения информации приближается к исследовательской деятельности. С помощью проблемной лекции можно обеспечить развитие теоретического мышления, познавательного интереса к содержанию предмета, профессиональную мотивацию, умение работать сообща.

Лекция вдвоем является продолжением и развитием проблемного изложения материала в диалоге двух преподавателей. Здесь моделируются реальные ситуации обсуждения теоретических и практических вопросов двумя специалистами. Например, вопросы микробного загрязнения объектов окружающей среды разбираются в медицинском колледже на разных дисциплинах - "Гигиене с экологией человека" и "Санитарной микробиологии". В рамках работы студенческой проблемной группы на старших курсах мы проводим совместные

лекции преподавателей - гигиениста и микробиолога. Лекции проводятся в форме диалога педагогов, кроме познавательной цели ставим задачу продемонстрировать культуру дискуссии, поиска и совместного решения проблемы. Наличие двух источников информации заставляет студентов сравнивать разные точки зрения, делать выбор, присоединяться к какой-то или вырабатывать собственную. Важна и актуализация имеющихся у студентов знаний, необходимых для понимания диалога и участия в нем. Подготовка к такой лекции предполагает предварительное обсуждение ведущими, у них должна быть интеллектуальная и личностная совместимость, развиты коммуникативные умения, они должны иметь быструю реакцию и способность к импровизации.

При изучении дисциплины "Медицинская паразитология" применяем лекции с заранее запланированными ошибками. При подготовке в лекцию вносим определенное количество ошибок. Задача студентов состоит в том, чтобы по ходу лекции отмечать ошибки, фиксировать их и называть в конце. Список ошибок преподаватель приносит на лекцию, упоминает о них в начале или предъявляет студентам в конце. На разбор ошибок отводим 5-10 минут, если были отмечены не все ошибки - помогает преподаватель. Такая лекция одновременно выполняет стимулирующую, контрольную и диагностическую функции, помогает выявить трудности усвоения предыдущего материала. Лекцию - пресс-конференцию используем на "Гигиене с экологией человека", "Медицинской паразитологии". Просим студентов письменно задавать вопросы по данной теме (лучше заранее), сортируем их содержанию. Лекция излагается не как ответы на вопросы, а как связный текст, в процессе изложения которого формулируются ответы. Для определения объемов и качества усвоения материала полезно провести такое занятие в конце изложения дисциплины.

Применение разных форм лекций формирует интерес к обучению, развитие творческих способностей студентов.

Рот Г.З., Шульман Е.И., Герц А.Г., Богданова Л.А., Ларионова Н.А.

Фонд "Медсанчасть-168", г.Новосибирск,
ГУЗ "Приморская краевая клиническая больница N1", г.Владивосток, Россия

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ УЧЕТ ЗАТРАТ НА ЛЕЧЕНИЕ В КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИСТЕМЫ ДОКА+

В докладе рассмотрена организация персонифицированного учета затрат на лечение в Приморской краевой клинической больнице N 1 (ПККБ N 1) на основе применения современной клинической информационной системы. Приводится обоснование необходимости такого комплексного подхода к персонифицированному учету (ПУ) и ведения его в реальном времени.

1. В системе ДОКА+ для ПККБ N 1 реализован персонифицированный учет затрат на медикаменты и изделия медицинского назначения отдельно по различным источникам финансирования.

2. Учет медикаментов является полностью автоматическим и происходит в реальном масштабе времени - при назначении лечащим врачом пациенту.

3. Заместитель главного врача по лечебной работе и лечебная подкомиссия врачебной комиссии, включающая врача - клинического фармаколога, ежедневно получают на экране монитора формируемый системой список всех новых назначений с указанием источника оплаты и могут снять автоматически устанавливаемый признак согласования, без которого препарат не может быть выдан в отделение из аптеки стационара.

4. Согласование назначения всех медикаментов в реальном времени обеспечило возможность контроля за:

- а) правомерностью использования источников оплаты;
- б) соблюдением стандартов лечения;
- в) рациональностью и обоснованностью фармакотерапии;
- г) случаями полипрагмазии.

5. Применение системы позволило организовать автоматический ПУ не только медикаментов, но и всех обследований, а также немедикаментозных воздействий (манипуляций, процедур и др.).

6. Примененный в ПККБ N 1 подход к организации комплексного ПУ на основе внедрении в больнице современной КИС позволил:

- упростить использование врачами медико-экономических стандартов лечения и обследования пациентов по различным нозологиям;

- врачам - клиническим фармакологам облегчить:

- а) контроль врачебных назначений непосредственно на своем рабочем месте;
- б) создание и модификацию схем (протоколов) лечения и обследования;
- в) ведение справочника медикаментов, содержащего рекомендуемые дозы (разовые, суточные, курсовые, а также максимально допустимые), возможные взаимодействия и противопоказания;

г) автоматическое создание таблиц для ABC-VEN анализа и выполнение других функций.

7. В системе реализован ряд функций поддержки принятия врачебных решений. При назначении пациентам медикаментов на экран монитора выводятся предупреждающие сообщения для врача во всех случаях, когда:

- а) назначаются препараты, взаимодействующие между собой;
- б) доза назначаемого препарата превосходит максимально допустимую;
- в) ранее зафиксирован в системе факт аллергической реакции на назначаемый препарат или его непереносимости пациентом;

г) у пациента имеется зафиксированное в системе сопутствующее заболевание или осложнение основного, при котором назначаемый препарат противопоказан;

д) назначаемый препарат не рекомендован для возрастной категории, к которой относится пациент.

8. Получены количественные оценки влияния использования врачами системы на уровень безопасности фармакотерапии, выражающиеся количеством случаев отказа врачей от назначения пациентам препаратов вследствие генерации сообщений, указанных в п. 7.

Таким образом, внедрение в ПККБ N 1 клинической информационной системы ДОКА+ позволило получить практические доказательства реализуемости предложенного подхода и важности его преимуществ перед традиционным способом организации ПУ в больницах.

Скоморина О.В., Егорова Л.А., Барсукова Ю.И., Чупрова Т.А.

ГОУ СПО "Кемеровский областной медицинский колледж", г.Кемерово, Россия

ТРЕБОВАНИЯ РАБОТОДАТЕЛЕЙ К ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ КОМПЕТЕНЦИЯМ ВЫПУСКНИКОВ ССУЗОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ

В принятом в России документе "Стратегии модернизации общего образования до 2010 года" сформулированы основные положения компетентного подхода в образовании. С точки зрения обучения "компетенции" рассматриваются как конечный результат образовательного процесса. На данный момент практикой востребованы результаты профессионального образования не в виде того, что знает выпускник колледжа, а в форме

его практической готовности (или способности) к деятельности в типовых и нестандартных ситуациях профессиональной жизни.

Иерархия требований работодателей к ключевым профессиональным компетентностям работников представлена диаграммой (рис. 1).

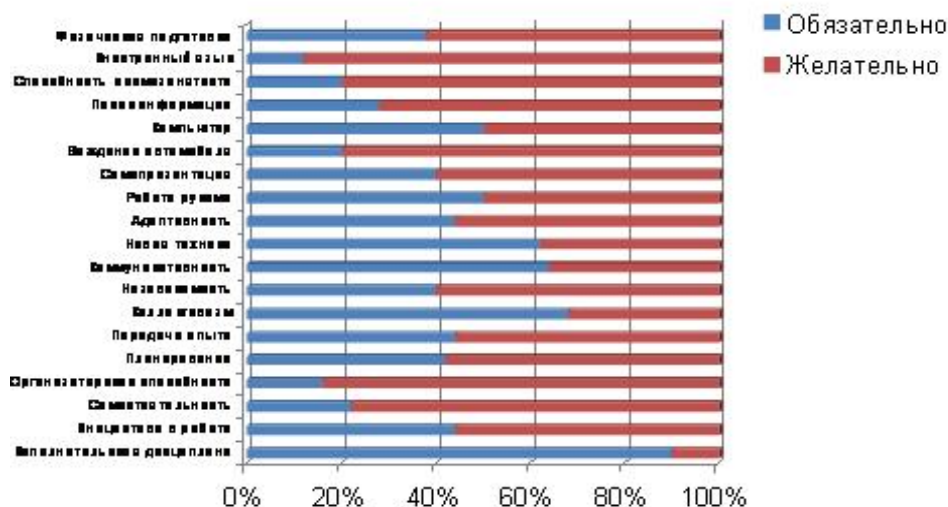


Рисунок 1. Требования работодателей к ключевым профессиональным компетентностям работников по признаку "обязательно" - "желательно"

ГОУ СПО "КОМК" проведено социологическое исследование, включающее анализ ожиданий работодателей от выпускников колледжа и оценка их профессиональной компетентности. Для оценки степени успешности медицинского учреждения на рынке оказываемых услуг мы использовали показатели рейтинга ЛПУ в системе ОМС.

Исследование показало, что наблюдается существенный дисбаланс между требованиями, предъявляемыми к соискателям рабочих мест со стороны работодателей, и качеством подготовки выпускников. Следует отметить, что требования работодателей формулируются не только и не столько в формате "знаний" выпускников, сколько в терминах способов деятельности ("умения", "способность", "готовность").

Руководители всех ЛПУ вне зависимости от их успешности отметили, что на деятельность специалистов со средним медицинским образованием оказывает выраженное влияние профессиональная общепрактическая подготовка, базовые знания и умения, готовность и способность к дальнейшему обучению, способность воспринимать и анализировать новую информацию, развивать идеи (рис. 2).

Однако, в менее успешных ЛПУ пока не сформирован спрос на "новационного работника" со средним медицинским образованием.

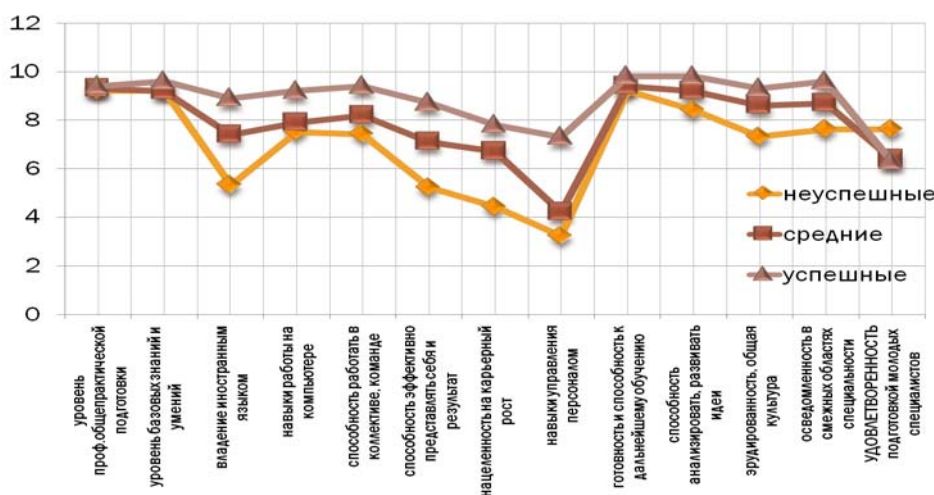


Рисунок 2. Оценка работодателями факторов, влияющих на эффективность деятельности специалиста со средним медицинским образованием

Работодатели "всех степеней" успешности ЛПУ достаточно высоко оценили знания и умения молодых специалистов, их эрудированность, они достаточно удовлетворены их уровнем профессиональной подготовки. Вместе с тем, чем менее успешней ЛПУ, тем выше оценка работодателями молодых специалистов и наоборот, а требования руководителей успешных ЛПУ к профессиональным компетенциям молодых специалистов достоверно жестче.

В ходе исследования была зафиксирована существенная разница между теми качествами, которые ждут от выпускников колледжа, и наличными, имеющимися качествами. Она заключается в том, что современные выпускники, по мнению работодателей, обладают: завышенной самооценкой, явными прагматическими ориентациями в профессиональной деятельности, отсутствием универсализма в профессии и вместе с тем высокой мобильностью. При этом, работодатели ждут от них значительно большего не только в профессиональном плане, но и в социальном, морально-этическом.

Личностные проблемы молодых специалистов, прежде всего, базируются на завышенной самооценке, которая, очевидно, является следствием незнания реальной ситуации на рынке труда и отсутствия практики. Этот барьер эффективного вхождения на рынок обозначает изначальную ориентацию на нереальные цели, виды занятости и профессиональные статусы.

Таким образом, очевидна необходимость формирования профессиональных компетентностей с учетом рынка труда, ожиданий работодателей, внедрения новых образовательных стандартов и создание профессиональных стандартов специальностей, что позволит оптимизировать качество образовательных услуг и, соответственно, качество оказываемой сестринской помощи.

Суханова Л.П.

ФГУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава, г.Москва, Россия

ДИНАМИКА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Важной особенностью материнской смертности является то, что в большинстве случаев смерти женщин летальный исход предотвратим, и следовательно, МС отражает прежде

всего уровень организации и качество медицинской помощи. Анализ МС необходим для определения стратегии службы родовспоможения и выявления резервов ее улучшения.

Показатель МС в Кемеровской области снизился с 63,5 на 100 тыс. живорожденных в 1994 г. до 26,3 в 2007 г., или в 2,4 раза за 14 лет, при этом темпы снижения показателя в регионе были такими же, как в целом по России (с 52,4 до 22,1 за те же годы) и в Сибирском ФО (69,4 и 28,5).

Однако при общей положительной тенденции МС, в Кемеровской области отмечается более высокий разброс уровня МС по годам (42,4-74,8 на 100 тыс. живорожденных в 90-е годы и 26,3-61,6 в 2000-е), особенно в селе (17,2-102,7), что связано с масштабом показателя МС. Учитывая это, для реальной оценки тенденций МС целесообразен анализ среднегодового показателя МС - по методике обобщенной оценки показателя.

При анализе по среднегодовому показателю за 4 года выявлено снижение МС в Кемеровской области с 61,7 на 100000 за 1994-1997 гг. (умерло 66 женщин на 107017 родившихся живыми) до 36,8 за 2004-2007 гг. (умерли 47 женщин на 127706 родившихся), или на 40,3%, при том, что в России среднегодовой показатель за те же годы снизился на 53,9% (с 51,3 до 23,6 на 100 тыс. живорожденных), а в Сибирском ФО - на 56,8% (68,3 и 29,5 соответственно). То есть снижение МС в Кемеровской области произошло в меньшей степени, чем в России и округе. Минимальным оказалось снижение МС в Кемеровской области среди сельских жительниц - на 33,6% (73,3 до 48,6 на 100 тыс.р.ж.) при 47,1% в России (с 58,2 до 30,8) и 48,3% в округе (с 79,0 до 40,8). В результате среднегодовой уровень МС в Кемеровской области за 2004-2007 гг. (36,8 на 100 тыс.р.ж.) выше, чем в целом по стране (23,6) и округе (29,5). Особенно велико это различие у сельских женщин (48,6 в Кемеровской области при 30,8 и 40,8 в сравниваемых территориях).

Анализ причин МС по среднегодовым показателям за те же периоды выявил, что в 1994-1997 гг. в области 42,4% (28 из 66 женщин) умерли от абортов, преимущественно внебольничных, от которых погибли 18 из 54 умерших в городе и 7 из 12 в селе. На втором месте - "другие" причины - 36,4% (24 женщины) и гестоз - 16,7% (11 из 66 умерших). От акушерских кровотечений умерли 2 женщины (3%), от сепсиса смертности не было.

В 2004-2007 гг. доля абортов в структуре МС в области снизилась до 27,7% (13 из 47 умерших) и на второе место вышли не учитываемые до 1999 г. "непрямые причины смерти" - экстрагенитальные заболевания (11 женщин), составившие 23,4%. От кровотечений умерли 5 женщин (10,6%), от гестоза - 3 (6,4%), от осложнений анестезии - 2 (4,3%) и сепсиса - 2. Данная динамика нозологической структуры МС в области соответствует таковой в России в целом, где также отмечается снижение материнских потерь от аборта и прямых акушерских причин при росте "непрямых".

Различие показателя МС в городе и селе в Кемеровской области (34,5 и 48,6 на 100 тыс.р.ж., или в 1,4 раза), к сожалению, соответствует ситуации по России в целом (20,7 и 30,8 за 2004-2007 гг.) при тенденции роста разницы до 1,8 раз в России (17,8 и 31,9 в 2007 г.) и Сибирском ФО, где показатель в селе в 2007 г. (47,8 на 100 тыс.) превысил городской (19,1 и в 2007 г.) в 2,5 раза.

Отмечая необходимость совершенствования службы родовспоможения в регионе как главного фактора снижения МС, надо учитывать опережающий рост рождаемости в регионе в сравнении с Россией. Так, если в 1994-1997 гг. доля родившихся детей в регионе составляла 2,00% от числа родившихся в стране, то в 2004-2007 гг. число их составило 2,11%, т.е. "вклад" Кемеровской области в улучшение демографической ситуации в России увеличился.

Проведенный анализ определяет направление поиска реальных резервов снижения МС - повышения уровня здоровья рожавших женщин и качества родовспоможения на популяционном уровне (табл. 1).

Таблица 1

**Динамика материнской смертности в России, Сибирском ФО
и Кемеровской области в 1994-1997 гг**

	1994	1995	1996	1997	Умерло женщин за 4 года	Родилось живыми за 4 года	Ср-год- 1994-1997	Снижение в 2004-2007 к 1994-1997 гг (на %)
Территория	на 100тыс живорожденных				абс.числа		на 100 тыс.р.ж.	
ВСЕ население								
Российская Федерация	52,3	53,3	48,9	50,2	2735	5336546	51,3	
Сибирский федеральный округ	69,4	72,5	64,8	66,3	562	822240	68,3	
Кемеровская область	63,5	65,9	42,4	74,8	66	107017	61,7	
ГОРОД								
Российская Федерация	50,4	49,4	45,8	46,5	1761	3661984	48,1	
Сибирский федеральный округ	66,5	70,6	56,1	57,5	341	542489	62,9	
Кемеровская область	58,5	73,4	36,3	69,7	54	90641	59,6	
СЕЛО								
Российская Федерация	56,5	61,8	55,8	58,5	974	1674562	58,2	
Сибирский федеральный округ	74,9	76,1	81,9	83,7	221	279751	79,0	
Кемеровская область	90,8	24,1	76,6	102,7	12	16376	73,3	

Таблица 2

**Динамика материнской смертности в России, Сибирском ФО,
и Кемеровской области в 2004-2007 гг**

	2004	2005	2006	2007	Умерло женщин за 4 года	Родилось живыми за 4 года	Ср-год- 2004-2007	% 2004-2007 к 1994-1997 гг
Территория	на 100тыс живорожденных				абс.числа		на 100тыс.р.ж.	
ВСЕ население								
Российская Федерация	23,4	25,4	23,8	22,1	1430	6049612	23,6	-53,9
Сибирский федеральный округ	27,3	35,2	27,3	28,5	275	930675	29,5	-56,8
Кемеровская область	29,5	61,6	31,2	26,3	47	127706	36,8	-40,3
ГОРОД								
Российская Федерация	22,5	23,0	19,5	17,8	884	4276398	20,7	-57,0
Сибирский федеральный округ	28,4	31,2	18,7	19,1	154	634284	24,3	-61,4
Кемеровская область	23,1	65,8	22,3	28,1	37	107150	34,5	-42,0
СЕЛО								
Российская Федерация	25,7	31,4	34,0	31,9	546	1773214	30,8	-47,1
Сибирский федеральный округ	25,0	44,0	45,7	47,8	121	296391	40,8	-48,3
Кемеровская область	66,0	39,8	77,4	17,2	10	20556	48,6	-33,6

Федоров Т.С., Пальшин Г.А., Дмитриева Л.М., Мытник Н.В.

ГОУ ВПО Якутский государственный университет имени М.К. Амосова,
Медицинский институт кафедры травматологии, ортопедии и медицины катастроф,
г.Якутск, Россия

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ТРАВМАТИЗМ НАСЕЛЕНИЯ ЯКУТИИ ПО ДАННЫМ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РБН2-ЦЭМП ЗА 2005 ГОД

Травматизм и заболеваемость костно-мышечной системы остаются важной социально-гигиенической проблемой в связи с высоким уровнем распространенности временной нетрудоспособности и инвалидизации населения (Юрьев В.К., Волкова Т.А., 2006).

Актуальность. Травмы остаются одной из ведущих причин преждевременной и предотвратимой смертности взрослого населения России. В мире травма причина смерти занимает третье место, уступая сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям. Однако, среди трудоспособного населения травматизм является ведущей причиной смерти, превышая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в 10, а от рака - в 20 раз.

Цель исследования. Дать медико-социологическую характеристику травматизма и научно обосновать оптимизацию мероприятий по профилактике травм взрослого населения конкретного региона, т.е. Республики Саха (Якутии).

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось посредством обработки историй болезни ортопедо-травматологического отделения РБ N 2 - ЦЭМП. В ходе исследования было обработано 1257 историй болезни за 2005 год.

Результаты исследования. Половозрастные показатели травматизма показывают, что данный вид травм поражает наиболее активную в трудовом и социальном отношении часть населения. Так, средний возраст пострадавших равен 31,2 года, а уровни травматизма среди мужчин в 1,5 раза выше, чем среди женщин. Из общего числа больных преобладают лица, проживающие в городе (72,4%), что объясняется большей доступностью оказания стационарной помощи в г.Якутске. Значительно меньше больных, проживающих в сельской местности (16,6%). И совсем небольшой процент больных проживает в пригородной территории (11%). По социальной принадлежности больных можно разделить на 4 группы, из которых в количественном соотношении на первом месте стоят работающие (45,3%), на втором - пенсионеры (25,5%), на третьем - лица БОМР (24,5%) и на четвертом - студенты (5%). По национальному критерию относительно большой процент коренных жителей (65,7%), в половину меньше европеоидов (32%), и совсем небольшой процент лиц других национальностей (2,3%). Оказалось, по количеству травм на первом месте стоит июль месяц (10,3%), за ним следует март и апрель поровну (9,5%), далее декабрь (9,1%), ноябрь (9,0%), май (8,7%), февраль (8,5%), сентябрь (8,4%), июнь (7,6%), октябрь (7,2%), август (6,8%) и на последнем месте январь (5,5%). Из этого следует, что наибольшее число травм больные получили в весенний период (27,7%), незначительно меньше в осенний период (24,6%), еще меньше в летний период (24,7%) и меньше всего в зимний период (23,1%). Из числа госпитализированных 57,6% направлены и доставлены "скорой помощью", 37% направлены травмпунктом, 3,7% - ЦУБ, 1,7% пришли в больницу самостоятельно. Из общего числа госпитализированных были прооперированы 56,1%, остальные лечились консервативными методами (43,9%).

Среди экстренных вмешательств преобладают первичная хирургическая обработка ран - 46,3% и скелетное вытяжение - 29,0%. В 6,9% случаев накладывается сухожильный шов, в таком же количестве проводится удаление инородных тел, в 3% случаев в порядке скорой помощи наложен аппарат Илизарова, остальные 7,9% составили остеосинтез спицами, пластинами, шов сосудов и нервов, формирование культей пальцев кисти. Спектр отсроченных и плановых оперативных вмешательств более широкий. Чаще всего

производятся: остеосинтез винтами, спицами или болтами - 12,9%, наkostный остеосинтез имплантатами - 12,2%, удаление металлических конструкций - 8,8%, менискэктомия и пластика связок коленного сустава - 6,8%, секвестрэктомия - 6,6%. Другие операции проводятся реже: интрамедуллярный остеосинтез - 4,7%, резекция костных опухолей - 4,5%, артротомия, бурсэктомия - 4,5%, корригирующие остеотомии - 4,1%, сухожильная пластика - 3,1%, артропластика - 2,7%, остеосинтез ключицы, операции при косолапости, детском церебральном параличе, удлинение конечностей - по 2,2%, ампутации сегментов конечностей - 2%, кожная пластика, артродезы суставов - по 1,8%, костная пластика - 1,6%, остеосинтез надколенника - 0,9%. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 19,1 дня. При этом 0,3% находились в стационаре до трех дней, 5,6% - от четырех до семи дней, 32,9% - от девяти дней до двух недель, и столько же - от двух до трех недель, 17,1% - от 22 дней до месяца, 7,9% - до полутора месяцев, 2,3% - до двух месяцев, а 1,1% - более двух месяцев.

Выводы:

Половозрастные показатели травматизма показывают, что данный вид травм поражает наиболее активную, в трудовом и социальном отношении, часть населения. В структуре травматизма значительно преобладает уличная травма (61,2%), на втором месте - бытовая травма (20,6%), на третьем - дорожно-транспортный травматизм. На долю производственных и спортивных травм приходится - 5,3%. Среди социально - средовых факторов, действующих опосредованно на возникновение травм, наиболее неблагоприятными являются:

- 1) семейное положение (лишь треть (32%) состоит в браке);
- 2) социальный и образовательный уровень: работающие 45,3%, лица БОМР 24,5%, 27,2% имеют только среднее образование;
- 3) наличие вредных привычек (пристрастие к употреблению алкоголя наблюдается у 18,3% пострадавших, к табакокурению - у 55,9%).

Закключение. Таким образом, в травматологическом отделении РБ N 2 - ЦЭМП в 2005 году нами зарегистрировано 1257 случаев травм на 300 тыс. населения в г.Якутске и около 1 миллиона населения в РС(Я), что составляет 0,41% от всего населения г.Якутска, и 0,12% по РС(Я). Главная причина травматизма - это гололедица, плохое состояние дорог, плохое освещение подъездов, захлапленность коридоров, сломанные лестницы и отсутствие перил на них, скользкие ступени (из мрамора) и т.п. Ситуации, способствующие возникновению травм, создаются и на автобусных остановках: как правило, земля утаптывается до состояния катка, пешеходы спешат, падают, получают переломы конечностей и позвоночника. Таким образом, причины травматизма имеют не случайный, а закономерный характер.

Рекомендации.

1. Данные проведенного исследования обосновывают необходимость выделения научно-практической программы по предупреждению травматизации трудоспособного населения региона.

2. Министерством здравоохранения, НИИ социально-гигиенического профиля при разработке программ изучения социально-гигиенических и медико-экономических проблем травматизма использовать методические подходы, апробированные в результате настоящего исследования, с целью создания эффективной системы межведомственного взаимодействия по профилактике травматизма.

3. Руководителям крупных промышленных предприятий совместно с руководителями отделов охраны труда проводить семинары с работниками предприятий и руководителями среднего звена, посвященные современным средствам и программам профилактики профзаболеваний и травматизма.

4. В целях совершенствования непрерывной подготовки медицинских кадров на до- и последипломных ее этапах предусмотреть программы обучения, освещающие организацию

системы обучения всех слоев населения навыкам оказания экстренной первой медицинской помощи.

5. Региональные особенности состояния проблемы травматизма, определяемой экономическими и эколого-географическими условиями региона, следует использовать при составлении целевых программ медицинской помощи населению, а также стандартов оказания медицинской помощи в условиях ОМС.

Шаталин А.В., Кравцов С.А.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г. Ленинск-Кузнецкий, Россия

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ВОЗДУШНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТРАНСПОРТИРОВКИ В КУЗБАССЕ

Первое упоминание об успешном применении воздушного пути для проведения медицинской транспортировки пациентов приходится на 1870 год. Во время прусско-французской войны из осажденного Парижа удалось эвакуировать на воздушных шарах 160 раненых (Mehra A., 2000). Вероятно, первым самолетом, который использовался в качестве штатного санитарно-транспортного средства, является французский "Dorand AR II", который был введен в серийное производство в 1917 году (Ford B., 2004). Первое же применение вертолетов для проведения медицинской эвакуации тяжелообльных было осуществлено в самом начале 50-х годов XX века на острове Борнео. Воздушным путем из удаленных поселений в джунглях осуществлялась доставка в стационары аборигенов, заболевших полиомиелитом и нуждающихся в проведении длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Тогда на борту вертолетов не было не только аппаратов искусственной вентиляции легких, но и медицинского персонала. ИВЛ во время полета проводил пилот вертолета с помощью простого дыхательного меха с ручным приводом. На протяжении последних тридцати лет практически во всех промышленно развитых государствах вертолеты медицинского предназначения стали играть значимую роль в оказании догоспитальной помощи пациентам, находящимся в критическом состоянии. Тенденция к расширению использования санитарной авиации сохраняется, особенно это заметно в Канаде, Австралии, США, т.е. в странах, занимающих большие территории, но при этом с относительно малой плотностью населения. В последнее время число публикаций по данной тематике возрастает. В большинстве работ отмечается необходимость применения вертолетов для оказания экстренной внебольничной помощи пострадавшим с тяжелой травмой при удаленности места происшествия от специализированного травматологического центра на 100 км и более.

В Кузбассе ежегодно погибает от 7,5 до 8 тыс. пострадавших от тяжелых травм. Оказание помощи больным с тяжелыми сочетанными травмами проводится как в крупных многопрофильных специализированных клиниках, где летальность колеблется в пределах 21-22%, так и в городских и центральных районных больницах, при этом летальность достигает 60%. Такое положение обусловлено отсутствием возможностей в неспециализированных лечебных учреждениях провести лечение и обследование больных с политравмой в полном объеме.

Территория Кемеровской области составляет 95,5 тыс. кв. км. Протяженность с Запада на Восток - 307 км и с Севера на Юг - 547 км. Население Кемеровской области - 2826,3 тыс. человек. Несмотря на то, что в Кемеровской области имеется 20 городов, специализированная травматологическая помощь может быть оказана, только в четырех из них. Это города Кемерово, Новокузнецк, Ленинск-Кузнецкий и Прокопьевск. Если взглянуть на карту, фактически все города находятся в центральной части области, а далее, на 300-400 км нет специализированного медицинского учреждения способного оказать полноценную помощь пострадавшим с тяжелой травмой. К сожалению, в настоящее время

в Кемеровской области нет ни одного воздушного средства для проведения медицинской транспортировки. Поэтому фактически вся медицинская транспортировка проводится наземным автомобильным транспортом. В первую очередь для этого используются машины скорой медицинской помощи, а для длительной транспортировки применяются специально оборудованные реанимобили. В настоящее время такие реанимобили есть только в г. Ленинск-Кузнецком (ФГЛПУ "НКЦОЗШ") в количестве 10 единиц, а также в г. Кемерово (ОКБ) в количестве 2 реанимобиля. Для такого промышленного региона, с такой плотностью населения, как Кузбасс - это очень мало.

С 2001 года и по настоящее время с территории Кузбасса и ближайших регионов в ФГЛПУ "Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров" г. Ленинск-Кузнецкий, с помощью автомобильного и воздушного транспорта было транспортировано 1647 пациентов, из них с диагнозом политравма - 670. Транспортировка автомобильным транспортом осуществлялась на расстояние до 400 км, в отдельных случаях, на большие расстояния, использовался вертолет. Воздушным транспортом было транспортировано 22 пострадавших, из них 19 пациентов с использованием вертолета, и трое пациентов на самолете. Максимальное время транспортировки автомобильным транспортом составляло 6 часов, вертолетом - 2 ч. 30 мин., самолетом - 4 часа. При транспортировке вертолетом шести пациентам проводилась ИВЛ. Проведением воздушной транспортировки в Кузбассе занимаются только специалисты бригады постоянной готовности центра охраны здоровья шахтеров г. Ленинск-Кузнецкого. Не смотря на то, что в области нет ни одного вертолета санитарной авиации, наша бригада для этой цели использовала вертолет МВД и вертолет Российских вооруженных сил.

Транспортировка пациентов в критическом состоянии воздушном на транспорте имеет свои особенности. С целью предупреждения развития осложнений при транспортировке (смещения поврежденных сегментов при отсутствии надежной иммобилизации, постуральной гипотонии, тромбоэмболии; миграции интубационной трубки, вибрационных фактов - повышение мышечной активности, усиление обмена веществ, повышение температуры тела, перераспределение кровотока с периферической вазоконстрикцией и т.д.), вертолеты перед вылетом полностью комплектуются специальным транспортным оборудованием. Это аппараты ИВЛ, баллоны с кислородом, монитор для отслеживания параметров гемодинамики, вакуумный отсос, инфузоматы, ПШК "Каштан" и т.д.

На протяжении всего периода транспортировки пациенту необходимо проводить максимально возможный комплекс лечебных мероприятий и мониторинг его состояния. В связи с этим очень важна подготовка врачей специализированной бригады. Они обязаны адаптировать лечение к условиям транспортировки с учетом состояния пострадавшего, ограниченных возможностей транспортных респираторов, недостатка следящей аппаратуры, дозаторов и специфических факторов стресса. Очень важно помнить и профилактировать перепады давления, влажность воздуха, температуру, вибрацию, шум, силу ускорения и гравитации, гипоксию, мышечно-скелетные перегрузки, которые могут существенно отразиться на состоянии пациента.

Заключение. Система воздушной транспортировки пострадавших с тяжелыми травмами в Кузбассе находится в зачаточном состоянии. По сути ее просто нет. Но в настоящее время в связи с реализацией президентской программы "Повышение безопасности дорожного движения на 2006-2012 годы", мы надеемся, что и в нашей области появятся санитарные вертолеты. Специалисты нашей клиники, имеющие опыт работы с пациентами в критическом состоянии при проведении транспортировки воздушным транспортом, смогут быстрее и эффективнее оказывать помощь пострадавшим с тяжелой травмой.

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

Авдонченко Т.С., Робина С.И., Балашова И.В.

Областная клиническая ортопедо-хирургическая больница восстановительного лечения
г.Прокопьевск, Россия

СРЕДСТВА ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩИХ АРТРОЗОВ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Введение. Оценка и ведение 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 и главными причинами, приводящими пациента к врачу, являются боль, ведущая к атрофии 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. Обосновать положительное влияние методов ЛФК на восстановление статико-динамических свойств костно-мышечной системы пораженного сустава.

Материалы и методы исследования. Поставленная цель была реализована путем реабилитации пострадавших с ОАКС. Обследовано 89 больных с остеоартрозом коленных суставов I-II стадии. Средний возраст составил - $59,2 \pm 8,5$, из них - 12 мужчин и 77 женщин.

В исследуемую группу вошли 39 человек, в контрольную группу - 40 человек, которым на первом этапе не проводили вытяжение сустава. Группы были сопоставлены по полу и возрасту.

В качестве объективных критериев при оценке эффективности проводимого восстановительного лечения перед началом курса лечения и в конце использовались углометрия, а с целью количественного определения мышечной слабости проводили ДГП (динамическая гравиметрическая проба). ДГП выполнялась с учетом амплитуды активного безболезненного движения в исследуемом коленном суставе и заключалась в поднимании определенного груза на определенную высоту (как правило от 0,1м до 0,4м) с частотой 20 подъемов в минуту до появления болевых ощущений в суставе, усталости мышц.

На первом этапе реабилитации, прежде всего, готовили сустав к увеличению активности, разгружая его, выполняя вытяжения, уменьшая этим взаимодавление измененных суставных поверхностей путем увеличения диастаза между ними, что позволяло получить болеутоляющий эффект. После этого выполняли пассивные движения на аппарате "АРТМОТ", и активные упражнения, улучшающие подвижность сустава, и уже в дальнейшем упражнения изометрического характера для восстановления нарушенных функций мышц, которые быстро увеличивали объем, силу и сократительную способность.

Все реабилитационные мероприятия проводили в комплексе в физиотерапевтических процедурами.

Результаты и их обсуждение. При обсуждении результатов выяснили, что амплитуда движений в коленном суставе в исследуемой группе до лечения составила $94,4 \pm 18,6^\circ$, в контрольной - $92,5 \pm 12,2^\circ$, в конце курса лечения - в исследуемой группе $108,2 \pm 12,4^\circ$, в контрольной - $100,4 \pm 16,2^\circ$.

ДГП в исследуемой группе до лечения - $12,6 \pm 10,8$ подъемов, в конце курса - $68,4 \pm 20,1$ подъемов. В контрольной группе - $13,1 \pm 40,3$ подъемов в начале и $52,2 \pm 14,6$ подъемов в конце лечения.

Хорошие результаты в исследуемой группе получены у 48% (19 больных), удовлетворительные - у 41% (16 пациентов) и плохие - у 10% (4 больных),

в контрольной хорошие результаты у 35% (14 человек), удовлетворительные - у 45% (18 больных) и плохие - у 20% (8 пациентов).

Выводы. Применение разнообразных 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.

Агаджанян В.В., Пронских А.А., Евсюков А.В., Богданов С.В., Демидов С.Г.,
Зайцев К.Н., Зобнин А.В., Милюков А.Ю., Гилев Я.Х., Тлеубаев Ж.А.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

По данным разных авторов, в структуре всех переломов костей на долю бедренной кости приходится от 15% до 45%. Среди них преобладают переломы проксимального отдела бедра (85-95%). По данным Праетег и соавт. (1992), в США каждый год регистрируется около 250 тыс. переломов проксимальной части бедренной кости. По прогнозу, в США к 2040 г. число больных с переломами шейки бедренной кости достигнет 500000 случаев в год. В России в 2003 г. частота переломов проксимальной части бедренной кости составила в среднем 100,9 на 100000 человек. Риск переломов бедренной кости имеется у 14% женщин в период менопаузы и у 6% мужчин.

Одним из старейших методов лечения, который используется и в наше время является консервативный, включающий в себя скелетное вытяжение, а затем иммобилизацию гипсовой повязкой. Однако, этот метод лечения в подавляющем большинстве случаев осложняется развитием пролежней, застойных пневмоний, обострением хронических заболеваний с прогрессивным их течением, тромбозами, и, как следствие, тромбозами легочной артерии, а смертность среди этой группы пациентов в течении года после травмы достигает 80%. Появление оперативных методов лечения позволяло достичь более точную репозицию и более жесткую фиксацию отломков, раннюю активизацию пациентов и снижение количества осложнений.

С 1931 г. с внедрением М. Smith-Petersen'ом трехлопастного стержня было разработано и внедрено большое количество фиксаторов и методов остеосинтеза.

В нашей клинике мы придерживаемся активной тактики лечения пациентов с целью облегчения ухода за ними, профилактики гипостатических осложнений и ранней активизации больных. При поступлении все пациенты в обязательном порядке проходят обследование, включающее в себя лабораторную диагностику, ЭКГ, осмотр кардиолога, R-графию таза с захватом проксимальной трети обоих бедер, по показаниям КТ проксимального отдела поврежденного бедра. При отсутствии противопоказаний в первые часы после поступления всем пациентам выполняем оперативное лечение. При наличии сопутствующей патологии в стадии декомпенсации в течение 1-2 суток проводим предоперационную подготовку, стабилизацию состояния пациента, а затем повторно решаем вопрос об оперативном лечении.

Для определения тактики оперативного лечения мы пользуемся алгоритмом, разработанным в нашем центре, согласно которому все переломы делим на 3 группы:

- латеральные;
- медиальные с давностью до 3 суток после травмы;

- и медиальные более 3 суток.

Также критерием для выбора тактики лечения является степень выраженности остеопороза. При латеральных переломах и медиальных переломах давностью до 3 суток выполняем остеосинтез. При медиальных переломах давностью более 3 суток или при наличии выраженного остеопороза проводится эндопротезирование.

С августа 2008 г. все больные с переломами проксимального отдела бедренной кости г.Ленинска-Кузнецкого госпитализируются в наш центр. За период с августа 2008 г. по июнь 2009 г. было пролечено 52 пациента, среди них было 17 мужчин и 35 женщин. Возраст пациентов колебался от 48 до 89 лет, средний возраст составил 72,7 лет. В 28 случаях это были медиальные переломы и 24 латеральные. 45 переломов были синтезированы на 1-2 сутки после поступления различными металлоконструкциями (спонгиозными винтами, угловыми пластинами или штифтом PFN). В 6 случаях проводилось тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава на 7-9 сутки после поступления.

В ходе обследования у всех пациентов была выявлена различная сопутствующая патология. В послеоперационном периоде 1 пациент скончался в отделении реанимации. Причиной послужила декомпенсация сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. Все пациенты с первого дня совместно с инструктором активно занимались лечебной физкультурой в постели, что позволило нам избежать развития застойных пневмоний, тромбозов и т. д. Обучение ходьбе при помощи ходунков проводилось на 5-9 сутки после операции. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение по месту жительства.

Таким образом, мы считаем, что всем пациентам пожилого и старческого возраста после обязательного обследования и подготовки должно проводиться оперативное лечение. Метод оперативного лечения зависит от вида перелома и степени выраженности остеопороза и должен быть выполнен в максимально короткие сроки после травмы.

Айвазян В.П., Ашчян Г.А., Вардеванян Г.Г., Геворкян А.Дж.
НЦТО, ЕрГМУ, г.Ереван, Республика Армения

НАШ ПОДХОД К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

В настоящее время при переломах проксимального конца лучевой кости используются три основные группы операций: простая резекция головки луча, резекция с эндопротезированием и остеосинтез. Каждый из этих методов имеет свои положительные и отрицательные стороны, а также строгие показания к применению. Однако в своей практике большинство хирургов предпочитает удалять головку и начинать раннюю разработку сустава, что не всегда оправдано, особенно в период роста организма. При оперативном лечении переломов данной локализации необходим дифференцированный подход в зависимости от характера и тяжести повреждения головки лучевой кости, а также от возраста пациента.

В НЦТО нами выработана следующая тактика оперативного лечения переломов проксимального конца лучевой кости:

- при оскольчатых переломах производится удаление всех костных, хрящевых фрагментов головки луча и кровяных сгустков из суставной щели, обработка плоскости излома дистального конца. В случаях повреждения кольцевидной связки - ее восстановление;
- при краевых вертикальных переломах головки лучевой кости менее 1/3 суставной поверхности производится удаление только данного фрагмента из небольшого наружного доступа, при необходимости с применением ЭОП-а;

- при поперечных переломах на уровне шейки лучевой кости у взрослого контингента показано удаление головки и раннее реабилитационное лечение.

- при поперечных переломах шейки лучевой кости в юношеском возрасте, производится ее остеосинтез.

В нашем Центре разработана металлическая конструкция в виде прямой минипластины размером 40 мм x 10 мм x 2,5 мм с 2-3 отверстиями для кортикальных винтов. На проксимальном конце пластины имеются 2 согнутых под прямым углом острых крючка, которые вбиваются в головку в поперечном направлении, а диафизарная накладка фиксируется 2-3 кортикальными винтами. Преимуществом данной конструкции по сравнению с общепринятыми является тот факт, что исключается использование винта проксимальнее от линии перелома, в области головки луча и связанные с этим осложнения: проникновение винта в полость сустава, резорбция кости, расшатывание конструкции и т.д. Кроме того, конструкция позволяет добиться необходимой стабильности, достаточной для проведения ранней активной механотерапии.

Эндопротезирование головки лучевой кости у взрослых мы не практикуем, так как хорошие результаты получаем после удаления (резекции) головки лучевой кости (выше или на уровне шейки).

Под нашим наблюдением находилось 39 больных с переломами проксимального конца лучевой кости. Мужчин - 31 (79,5%), женщин - 8 (20,5%). Возраст от 15 до 51 года.

Характер переломов был следующий: оскольчатые переломы головки - 18, краевые вертикальные переломы от наружной части головки (суставной хрящ на фрагменте менее 1/3 всей суставной поверхности) - 12, поперечные переломы шейки луча (при цельной головке) - 9.

Изучение отдаленных результатов показал, что применение дифференцированной тактики лечения значительно снижает процент осложнений и эффективно восстанавливает функцию поврежденного сустава.

Айвазян А.В.

Научный центр травматологии и ортопедии МЗ РА (НЦТО), г.Ереван, Республика Армения

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕЛКОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Проблема восстановления целостности проксимального отдела б/берцовой кости относится не столько к категории остеосинтеза, сколько, скорее, к реконструктивным внутрисуставным операциям, т.к. нарушается не просто целостность кости, а всей опорной и несущей поверхности "тибиального плато". На наш взгляд важным моментом является не только восстановление целостности и конфигурации б/берцовой кости (желательно, и функционально и стабильно), а также и последующее комплексное лечение, включающее в себя использование постоянных пассивных движений, хондропротекторов, "протезирование" синовиальной жидкости дериватами гиалуроновой кислоты и др.

При возможности рекомендуем делать выбор в пользу систем с несущим клинком, таких как угловые пластинки и специальные скобы - клинок расположенный параллельно щели коленного сустава позволяет обеспечить стабильность как самого отломка, так и вертикальную нагрузку со щели на диафиз, в обход отломка. В случаях изолированных неполных (малый отломок, не достигающий до половины одного из компонентов) переломов рекомендуем использование более щадящих "стягивающих" систем (к примеру, болт-стяжка), так как винты и спицы не создают надежной фиксации.

Введение в полость сустава гиалуроната натрия позволяет в послеоперационном

периоде получить лучшие фрикционные параметры для поврежденного хряща, а также обладает хондропротективным свойством.

Важная роль отводится применению постоянных пассивных движений с заданными амплитудой и ритмом движений в раннем послеоперационном периоде, обеспечивающих, в купе с гиалуронатом натрия, раннюю безболезненную реабилитацию и окончательную моделировку хрящевых "неровностей".

За период с 2007 по 2009 гг. нами, в НЦТО, по указанной методике лечилось 58 пациентов. Средний срок пребывания в стационаре - 12 суток. Средний срок лечения - 3-4 месяца (окончанием лечения считалось удаление металлической конструкции).

Окончательные результаты оценены как хорошие и отличные в 75% случаев, как удовлетворительные в 20% случаев и в 5% случаев как неудовлетворительные, вследствие развития посттравматического гонартроза.

Айвазян В.П., Тумян Г.А., Григорян А.С., Погосян К.Дж., Оганян В.Э.

Научный центр травматологии и ортопедии, г.Ереван, Республика Армения

ОСЛОЖНЕНИЯ СТАБИЛЬНО - ФУНКЦИОНАЛЬНОГО НАКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Переломы длинных костей составляют примерно 62% всех травм опорно-двигательного аппарата. Среди них особое место занимают переломы костей верхних конечностей. Учитывая все большее распространение в современном обществе профессий, требующих точности в движениях рук, становится очевидным необходимость обеспечения не только сращения костных отломков, но и полноценного восстановления функции поврежденной конечности.

В ряде случаев неадекватный выбор тактики лечения и технические погрешности в оперативном лечении при переломах диафизов плечевой кости приводят к возникновению осложнений, которые в дальнейшем препятствуют восстановлению полного объема движений верхней конечности.

Цель исследования. Анализ осложнений накостного остеосинтеза диафизарных переломов плечевой кости.

Изучены результаты лечения 54 больных с переломами диафиза плечевой кости, которые лечились в Научном центре травматологии и ортопедии с 2005-2008гг.. Всем больным был произведен стабильно-функциональный остеосинтез пластиной и винтами.

Анализ ближайших и отдаленных результатов лечения показал, что у 48 больных переломы срослись, функция конечности была полностью восстановлена. У 6 больных были выявлены следующие осложнения: перелом металлической пластины с образованием гипертрофического ложного сустава (в трех случаях), образование ложного сустава при наличии целостной металлической конструкции (в двух случаях), асептический некроз кости (в одном случае).

Переломы металлической конструкции наблюдались в тех случаях, где имели место оскольчатые или косо-спиральные переломы, что не позволяло достичь плотного контакта и стабильной фиксации из-за неправильно подобранной пластины, а также при неоправданно ранней нагрузке на оперированную конечность. У двух больных ложный сустав образовался при наличии целостной конструкции. На наш взгляд причиной развития ложного сустава могло явиться нарушение кровоснабжения вследствие чрезмерной скелетизации области перелома, а также нестабильная фиксация костных отломков и ранняя нагрузка на конечность.

Асептический некроз, который имел место у одного больного, явился результатом

чрезмерной скелетизации костных фрагментов и крупного осколка, что ухудшило и так уже нарушенное кровоснабжение поврежденного сегмента и привело к чрезмерному давлению металлической конструкции на подлежащий кортикальный слой диафиза кости.

Всем пятерым больным, у которых образовался ложный сустав, в дальнейшем было произведено удаление металлических конструкций, декортикация и освежение концов костных отломков, костная аутопластика реостеосинтезом пластиной и винтами (в трех случаях) и внеочаговым остеосинтезом стержневым аппаратом АО (в двух случаях). У больного с асептическим некрозом кости была удалена металлическая конструкция с участками некроза кости с фиксацией конечности гипсовой повязкой.

Учитывая вышесказанное, мы в последние годы отдаем предпочтение малоинвазивным (биологическим) методам остеосинтеза, которые в настоящее время широко внедрены в практическое здравоохранение.

**Ардашев И.П., Гатин В.Р., Калашников В.В., Калашников В.Вл., Казанин К.С.,
Афонин Е.А., Воронкин Р.Г.**

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

ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА И ЗАДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ

Известно, что подобные повреждения чаще имеют место при падении с высоты. Причиной также является политравма, при которой встречаются повреждения позвоночника и конечностей (Соколов В.А. 2003; Lauer H. 2007; Hierholzer C. 2007).

Под нашим наблюдением за период с 1999 по 2007г. находилось 38 пациентов с сочетанными повреждениями позвоночника и стоп в возрасте от 20 до 57 лет. Мужчин - 24 (63%), женщин - 14 (37%). Пациенты поступали в клинику в сроки от 30 мин. до 5 сут. после травмы. Они были разделены на две группы: получавшие оперативное лечение поврежденных сегментов, и пациенты, которым лечение проводилось консервативными методами. Реклинация поврежденного отдела позвоночника проводилась с использованием оригинального устройства по патенту № 2007110877.

При лечении переломов костей заднего отдела стопы использовались: скелетное вытяжение, внеочаговый остеосинтез по Г.А. Илизарову, открытая репозиция, накостный остеосинтез пластиной с костной аутопластикой. При лечении переломов позвоночника применялись следующие методы: реклинация на гамаке с последующей иммобилизацией корсетом, пункционное введение препарата "Коллапан" в межпозвоночный диск на уровне повреждения после реклинации, транспедикулярная фиксация фиксаторами USS "Synthes" либо "Медбиотех", транспедикулярная фиксация и интраоперационное введение препарата "Коллапан" на уровне повреждения. Оценка отдаленных результатов лечения больных с переломами позвоночника включала: клинический осмотр, рентгенографию, анкетирование пациентов с использованием опросников, МСКТ, а также КТ-денситометрию. Отдаленные результаты лечения больных с переломами заднего отдела стопы исследовались согласно клинической системе оценки для заднего отдела стопы AOFAS в модификации Коробушкина Г.В..

Выводы. Сочетанные повреждения позвоночника и костей заднего отдела стопы в большинстве случаев являются результатом кататравмы. При обследовании данной категории пациентов считаем обязательным проводить тщательное рентгенологическое исследование обоих сегментов. Наиболее целесообразным и оправданным методом лечения при переломах костей заднего отдела стопы является открытая репозиция и остеосинтез пластинами с

максимально точным восстановлением суставных поверхностей. Это позволяет уменьшить риск развития осложнений, сократить сроки лечения и реабилитации.

Применение разработанной и внедренной установки для постепенной реклинации позволяет полностью исправить посттравматическую кифотическую деформацию грудопоясничного отдела позвоночника. Пункционное введение Коллапана в поврежденный диск при лечении компрессионных стабильных неосложненных проникающих переломов позволяет обеспечить надежную стабилизацию поврежденного отдела позвоночника и является альтернативой хирургическому лечению.

Ардашев И.П., Черницов С.В., Афонин Е.А., Веретельникова И.Ю.

Кемеровская государственная медицинская академия
г. Кемерово, Россия

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ КОСТНОПЛАСТИЧЕСКОГО И БИОКОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПЕРЕДНЕГО СПОНДИЛОДЕЗА

Длительное время для замещения дефекта в позвоночнике, восстановления опороспособности, профилактики патологического перелома, возможности неврологических осложнений и стабилизации позвоночника использовались аутооттрансплантаты из крыла подвздошной кости. Однако операция взятия аутооттрансплантата сопровождается болезнью донорского места (болевого синдром, косметические недостатки, гематомы, инфекция, грыжи, переломы передней верхней ости и расстройства чувствительности при повреждении латерального кожного нерва бедра). Кроме того, количество забранного губчатого трансплантата часто далеко от желаемого. Все это явилось предпосылкой, для того чтобы искать альтернативное решение в применении аутооттрансплантата. В течении последних нескольких лет получило распространение новое направление в использовании биоматериалов, которые должны обладать биосовместимостью и остеогенными свойствами.

В клинической практике, в частности, в вертебральной хирургии, используется "Коллапан", производимый отечественной фирмой "Интермедапатит". Основой материала является высоко очищенные гидроксиапатит и коллаген по структуре наиболее близкие к биологическим. Он обладает остеогенным действием и является матрицей для вновь образующейся костной ткани. В Новосибирском НИИТО разработан костнопластический материал "Костма" в 2006 году (Патент на изобретение РФ N 2232585). Это биоактивный костнопластический материал на основе композиции костной алломуки, коллагеновой добавки и двух антибиотиков. Материал хорошо моделируется, обеспечивает быстрое заживление и восстановление костной структуры, локальное равномерное пролонгированное выделение антибиотиков.

Мы разработали экспериментальную модель перелома позвоночника у крыс для оценки возможности формирования переднего спондилодеза с использованием биоконпозиционного и костнопластического материалов. Проведена оценка в сравнительном аспекте динамики рентгенологических, морфологических и денситометрических показателей.

Нами экспериментально доказана возможность формирования переднего спондилодеза при переломах позвоночника с помощью биоконпозиционного "Коллапан" и костнопластического "Костма" материалов, улучшающих восстановление костной ткани.

Установлено, что костнопластический материал "Костма", непосредственно включаясь в процессы репаративного остеогенеза, оказывает более стимулирующее действие на восстановление костной ткани при переломе позвоночника, в результате чего к 6-му месяцу происходит формирование костного блока - переднего спондилодеза. При использовании

биокомпозиционного материала "Коллапан" непосредственно улучшаются процессы восстановления костной ткани, но к 6-му месяцу формируется только фиброзный блок.

Денситометрическое определение минеральной плотности костной ткани в совокупности с морфологическими и рентгенологическими исследованиями позволяет повысить объективность и информативность оценки процессов репаративного остеогенеза.

Таким образом, на основании экспериментальных исследований можно сделать заключение, что выше отмеченные материалы можно рекомендовать для использования в клинической практике при замещении дефектов костной ткани, что позволит улучшить результаты лечения больных при повреждениях и заболеваниях опорно-двигательного аппарата.

Барашов А.Ю., Пронских А.А.

МУЗ "ГКБ N 11", Областной центр медико-социальной помощи г. Кемерово
Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г. Ленинск-Кузнецкий, Россия

АНАЛИЗ ТАКТИКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОЛИТРАВМОЙ В СТАЦИОНАРАХ ПЕРВОГО УРОВНЯ

Проблема политравмы остается в настоящее время актуальной, но по-прежнему далекой от своего решения. Кроме медицинских аспектов она содержит социальные, экономические и даже политические стороны. Это связано с понижением уровня качества жизни большинства населения в результате затянувшегося политического и экономического кризисов, с применением огнестрельного оружия как в бытовых условиях, так и во время различных военных конфликтов, с большим количеством природных и техногенных катастроф, с увеличившимся количеством автотранспорта, с ростом потребления алкоголя и наркотических средств населением (Агаджанян В.В., 2007, 2008).

Для политравмы характерен высокий уровень летальности (до 40%) и высокий удельный вес выхода на инвалидность пострадавших с данной группой заболеваний. Все это ставит политравму в разряд не только медицинских, но и социально-экономических проблем. Особенно актуально это для промышленно развитых областей, таких как Кузбасс, в котором городское население составляет 87%, развита сеть автомобильных дорог, а ведущей отраслью является угледобывающая, для которой характерен высокий уровень тяжелого травматизма.

В настоящее время общепринято то, что пострадавших с политравмой необходимо лечить в многопрофильных специализированных стационарах, куда они должны доставляться максимально быстро и где были бы проведены необходимые исследования с оказанием полной квалифицированной медицинской помощи.

В современных условиях, где существует сложность транспортного сообщения, отдаленность районов и растущий процент тяжелых автотранспортных, железнодорожных и бытовых (кататравма) повреждений, концентрация больных в специализированных лечебных объединениях целесообразна, но практически не всегда возможна (Пелеганчук В.А., 2005). Пострадавшего в течение так называемого "золотого часа" необходимо доставить в лечебное учреждение, в котором за 6 часов он должен быть выведен из состояния травматического шока. В связи с этим госпитализация больных с тяжелыми политравмами в городские больницы, центральные районные больницы общего профиля, как правило, неизбежна (Пелеганчук В.А., 2005).

В том числе и в Кузбассе оказание помощи больным с тяжелыми сочетанными травмами проводится как в крупных многопрофильных специализированных клиниках, где летальность колеблется в пределах 21-22% (Агаджанян В.В., 2003), так и в городских и центральных районных больницах, при этом летальность достигает 60%.

Такое положение обусловлено отсутствием возможностей в неспециализированных лечебных учреждениях провести обследование и лечение больных с политравмой в полном объеме.

Все вышеперечисленные факты говорят об актуальности проблемы оказания помощи больным с политравмой при госпитализации их в стационары первого уровня, о целесообразности разработки тактики ведения таких пациентов в условиях стационаров общего профиля. Необходимо разработать объективные критерии, когда больной с политравмой во время лечения в стационарах первого уровня должен и может транспортироваться в специализированный многопрофильный стационар, либо можно продолжать лечение в больнице общего профиля без отрицательного влияния на здоровье больного, без развития каких-либо осложнений, неблагоприятного прогноза на будущее.

Для решения данной проблемы нами на базе МУЗ "Городская клиническая больница N 11" города Кемерово был проведен ретроспективный анализ историй болезни пострадавших с политравмой, госпитализированных в данный стационар в период с 2006 по 2008 годы. Данную больницу можно отнести к стационарам первого уровня, учитывая отсутствие сложных, необходимых методов диагностики, отсутствие в штате больницы некоторых высококвалифицированных специалистов, отсутствие полноценной организации оказания помощи больным с политравмами.

В ходе исследования было установлено, что за данный период в МУЗ "ГКБ N 11" была оказана медицинская помощь 181 пострадавшему с политравмой. Среди которых 113 человек (62,4%) - мужчины, 68 человек (37,6%) - женщины. Среди пострадавших преобладают лица наиболее трудоспособного возраста: 54 человека (29,8%) в возрасте от 21 года до 30 лет; 41 человек (22,7%) в возрасте от 31 года до 40 лет.

По виду травматизма самым распространенным является автодорожный:

- 114 человек (63%);
- кататравма - 61 человек (37,7%);
- железнодорожная травма - 2 человека (1,1%);
- бытовой и криминальный травматизм - по 1 человеку (0,55%).

Летальность больных с политравмой составила 34 человека (18,8%). По схеме "клиника-клиника" была осуществлена межстационарная транспортировка на реанимобилях в многопрофильную специализированную клинику ФГЛПУ "Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г. Ленинск-Кузнецкий 11 больных, что составило 6,1%.

Все больные были разделены на три группы по степени тяжести состояния, критерием чего являлся балл по шкале Aраше III, и на три группы по степени тяжести повреждения, критерием чего являлся балл по шкале ISS/AIS. В этих группах оценивалась тактика лечения больных с политравмой, наличие и характер ранних и поздних осложнений, летальность.

В ходе анализа данных установлено, что с увеличением тяжести состояния в группах больных с политравмой преобладают консервативные методы лечения над оперативными, растет уровень ранних и поздних осложнений, растет уровень общей и досуточной летальности, что связано с наличием крайне тяжелых травм, зачастую несовместимых с жизнью.

Вардеванян Г.Г., Манасян М.М., Геворкян А.Дж., Агаронян Р.Г., Арутюнян В.А., Геворкян Т.А.

Научный центр травматологии и ортопедии МЗ РА, г.Ереван, Республика Армения

АТРАВМАТИЧНЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ОСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМОВ

Лечение внутрисуставных оскольчатых переломов(ВОП) является сложной задачей травматологии. Основными принципами при этом считаются: точное анатомическое восстановление сустава, стабильная фиксация отломков и, по возможности, ранняя реабилитация. Для достижения этих целей широко используются методы стабильно функционального остеосинтеза. Однако большинство из них травматичны и рамки их использования несколько ограничены, особенно у больных с сочетанной и политравмой. Поэтому данная проблема требует более дифференцированного и адекватного подхода.

В анализ включены 466 больных, оперированных в НЦТО по поводу свежих ВОП костей в период с 1988-2008 гг. (переломы костей составляющий тазобедренный сустав в связи с их специфичностью в данную работу не включены). Среди них у 49 (10,5%) больных переломы были локализованы в плечевом, у 83 (17,8%) - локтевом, у 124 (26,6%) - лучезапястном, у 98 (21%) - коленном и у 112 (24,1%) - голеностопном суставах.

У пациентов (49) по поводу оскольчатого перелома проксимального отдела плечевой кости произведена закрытая репозиция отломков и остеосинтез спицами, которые вводились в костномозговой канал на 2-3 см ниже от линии перелома по наружной поверхности плеча. В ряде случаев фиксировали головку плечаспицами - антероградно. У ограниченного количества больных с ВОП дистального конца плечевой кости с допустимым смещением костных отломков (21) при первой удачной закрытой репозиции отломки плечевой кости фиксировались спицами, исключая при этом дискон-груэнтность и ступенчатость в локтевом суставе. Однако, в большинстве случаев (62) выполнен стабильно-функциональный остеосинтез костей, образующих локтевой сустав. Во вторую группу вошли пациенты (124) с ВОП лучевой кости в типичном месте, которым выполнен дистракционный остеосинтез аппаратом внешней фиксации (АВФ). Большую группу (210) составили пациенты с оскольчатыми переломами костей коленного сустава (98), а также 112 больных с оскольчатыми переломами дистальных концов костей голени. Во всех указанных случаях хирургический подход был примерно одинаковым: производился внеочаговый остеосинтез со специальной компоновкой АВФ и технологии ЧКО. Базовые кольца накладывались на два соседних сегмента, а на уровне перелома оставалось одно свободное(плавающее) кольцо. Сначала с помощью дистракции устранялись смещения по длине и угловые смещения, затем спицами (возможно с опорными площадками), проведенными и фиксированными на плавающем кольце, осуществлялось окончательное восстановление суставной поверхности. Во всех случаях с целью ранних пассивных движений монтированы шарнирные устройства.

Таким образом, при лечении оскольчатых переломов костей, образующих крупные суставы, хирургическая тактика должна быть дифференцированной с использованием возможностей и преимуществ разных методик. Такой подход снижает процент поздних осложнений, тем самым улучшает окончательные исходы лечения.

Власов С.В., Сафронов Н.Ф., Шакурин О.В., Малев В.А., Власова И.В.,
Тлеубаева Н.В.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

РИСК ТРОМБОГЕМОМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Несмотря на появление все новых антитромботических средств, тромбоэмболические осложнения (ТЭО) при тотальном эндопротезировании коленного сустава (ТЭКС) сохраняются даже на фоне тромбопрофилактики, что обусловлено рядом особенностей оперативного вмешательства. Это вывих голени во время операции с возможностью сдавления сосудистого пучка в подколенной ямке. Обязательно применение костного цемента для фиксации частей эндопротеза в костных каналах бедра и голени и наложение гемостатического жгута с целью уменьшения интраоперационной кровопотери. Современная стратегия профилактики ТЭО в травматологии и ортопедии предполагает предупреждение или быстрое устранение воздействия факторов, безусловно способствующих развитию протромботического состояния.

Во многих клиниках с целью профилактики тромбоза проводится предоперационная гепаринотерапия. Это не служит гарантией предотвращения тромбоза, но повышает риск развития спинальной гематомы при регионарной анестезии. Проведение эндотрахеального наркоза опасно риском развития не только тромботических, но и других осложнений (сердечно-сосудистых, гипоксических, травматических и пр.), особенно у пожилых и тучных пациентов.

Цель исследования. Выделение дополнительных факторов повышенного риска тромбообразования при ТЭКС, выявление наиболее значимых из них и изучение их взаимосвязей.

Материалы и методы. Нами проведено ретроспективное исследование историй 125 пациентов. Возраст пациентов от 36 до 77 лет ($60,7 \pm 8,03$). Из них 26 мужчин (20,8%) и 99 женщин. Всем пациентам проводилась спинномозговая анестезия, которая считается наиболее адекватной для защиты больного от операционного стресса.

Всем пациентам проводился комплекс противотромботических мероприятий, разработанный в нашем лечебном учреждении на основании рекомендаций и приказов по тромбопрофилактике:

- а) применялась предоперационная заготовка аутокрови (патент РФ N 2337718);
- б) мультимодальный принцип послеоперационного обезболивания;
- в) применялась фармакологическая тромбопрофилактика - низкомолекулярный гепарин (фраксипарин 0,6 мг/сут, клексан 0,4 мг/сут) назначался через 10-12 часов после операции, а со вторых суток - аспирин, трентал;
- г) компрессия нижних конечностей в послеоперационном периоде;
- д) физическая реабилитация в послеоперационном периоде с инструктором ЛФК.

Всем пациентам до операции, на 4-5 сутки после протезирования и перед выпиской из стационара проводилось цветное картирование сосудов нижних конечностей с помощью ультразвуковой системы Acuson-128XP/10C. Для исследований берцовых, подколенных и бедренных вен использовали линейный датчик 7 МГц. Выявлено 43 пациента с выраженной исходной патологией вен нижних конечностей.

Собственные исследования. При ТЭКС количество тромбозов глубоких вен голени на 4-5 сутки после операции выявлено у 30 пациентов, что составило 23,6%. Из них 70% - окклюзивные тромбозы берцовых вен. Лишь в одном случае отмечен неокклюзивный тромбоз подколенной вены. При этом ни в одном случае не было тромбирования

бедренной и подвздошной вены, а также флотирования и фрагментации тромба с угрозой развития ТЭЛА. Отмечена быстрая реканализация берцовых вен у 50% пациентов еще в стационаре, не обнаружено образования новых тромбоэмболических осложнений, что подтверждает эффективность комплекса послеоперационной тромбопрофилактики.

Жгут накладывался 77 пациентам (60,6%). Время жгута составило от 15 минут до 1 часа 25 минут ($58,18 \pm 15,9$ минут). Нами проведено сравнение этой группы пациентов с теми, кому жгут не накладывался. Статистически достоверных данных при сравнении результатов влияния жгута на риск развития тромбоза нами не получено ($p=0,364$).

При исследовании длительности наложения жгута в группах время жгута достоверно больше в группе с тромбозами $60 \pm 11,1$ мин, тогда как в группе без тромбозов - $57,5 \pm 17,7$ мин ($p=0,0001$).

Учитывая, что жгут вызвал развитие тромбоза не у всех пациентов, следующим этапом мы исследовали его влияние на пациентов с исходной венозной патологией. Тромбоз выявлен у 11 пациентов (25,6%), что не отличает их от результата в общей выборке. При этом, 15 пациентам в этой группе с выраженной венозной патологией накладывался жгут - тромбоз выявлен у 9 из них (60%), тогда как 28 пациентам жгут не накладывался - тромбоз выявлен лишь у 2-х из них (7,1%). При сравнении данных выявлено достоверное различие ($\chi^2 = 11,69$, $p < 0,0001$).

Следующим изучаемым нами фактором риска тромбоза был вес пациентов. Он оказался статистически значимой причиной развития тромбоза. Вес пациентов без тромбоза - $86,1 \pm 14$ кг, с тромбозом $89,2 \pm 12$ кг ($p=0,03$), при этом у половины пациентов с выявленными тромбозами вес был более 90 кг.

Вероятно, значимость повышенного веса в развитии тромбоза именно у пациентов с протезированием коленного сустава связана с вывихом голени во время операции. При толстой конечности происходит более тяжелое сдавление сосудистого пучка с нарушением кровообращения в конечности и возможной травмой сосуда.

Из 26 мужчин лишь у 4 отмечен тромбоз берцовых вен (15,4%), тогда как у женщин из 99-26 (26,2%). При этом достоверности различий не получено ($p=0,431$). Однако при дальнейшем исследовании выявлено, что всем 4 мужчинам с тромбозом (100%) накладывался жгут. У женщин из 26 пациенток с развившимся тромбозом 17-ти накладывался жгут, а у 9 (34,6%) пациенток тромбоз берцовых вен развился без влияния жгута. Во всей выборке развитие тромбоза при отсутствии жгута отмечалось именно у 9 пациентов и, как оказалось, все они являлись тучными женщинами (более 90 кг).

Выводы:

Дополнительными факторами риска развития венозных тромбозов при эндопротезировании коленных суставов являются:

1. наложение кровоостанавливающего жгута на бедро более 1 часа;
2. наложение жгута пациентам с исходной венозной патологией (варикозное расширение большой и малой подкожных вен и ПТФС), что требует у них дополнительных мер тромбопрофилактики и диктует необходимость исследования вен нижних конечностей всем пациентам перед тотальной заменой коленного сустава;
3. ожирение 2-3 степени у женщин, что ставит вопрос о необходимости проведения им дополнительных мер тромбопрофилактики.

Возлюбленный С.И., Возлюбленный М.С., Здебский И.П., Пеньков Е.В.
Муниципальное учреждение здравоохранения "Медико-Санитарная часть N 4", г.Омск, Россия

АКТУАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ И ПОСЛЕДСТВИЙ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

От числа всех повреждений крупных суставов, 50-60% составляют травмы плечевого сустава.

Традиционные методы исследования плечевого сустава не позволяют отчетливо визуализировать изменения мягких тканей при травматических повреждениях. Вследствие чего часть больных подвергается малообоснованному хирургическому лечению, и, наоборот, у части больных не проводится своевременно хирургического лечения повреждений и заболеваний плечевого сустава. Это послужило основанием для создания алгоритма по диагностике и лечению повреждений и заболеваний плечевого сустава.

УЗИ и МРТ стало составной частью традиционного обследования данной категории больных.

Новые возможности ранней диагностики повреждений и заболеваний мягкотканых структур позволили расширить своевременное применение оперативного лечения больных с повреждениями и заболеваниями плечевого сустава. При этом разработан способ миниинвазивного оперативного лечения больных с данной патологией. С этой целью использован набор "Мини-ассистент "Лига-7". Это позволило избежать интраоперационного повреждения подкрыльцового нерва, дополнительной травматизации окружающих тканей, уменьшить кровопотерю во время операции и проводить тщательную ревизию плечевого сустава.

Данный миниинвазивный способ оперативного лечения применен у 26 пациентов в возрасте от 25 до 60 лет с повреждениями и заболеваниями плечевого сустава. В 18 случаях у больных имели место переломы хирургической шейки, головки плечевой кости с повреждением ротаторной манжеты. В 5 случаях имелось повреждение ротаторной манжеты после вывиха плеча, в 3 случаях имели место изолированные переломы большого бугорка плечевой кости с фиксацией его в подакромиальном пространстве.

Получены положительные результаты, заключающиеся в отсутствии послеоперационных осложнений и уменьшении сроков стационарного лечения. Проведенный анализ эффективности применения данного способа показал, что при его использовании сокращаются сроки временной нетрудоспособности пациентов до 30%.

Исходя из этого, данный способ миниинвазивного оперативного лечения заболеваний и повреждений плечевого сустава может быть использован в практической работе любого травматолого-ортопедического отделения.

Возлюбленный С.И., Возлюбленный М.С., Здебский И.П., Пеньков Е.В.
Муниципальное учреждение здравоохранения "Медико-Санитарная часть N 4", г.Омск, Россия

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Цель исследования. Оценка диагностических возможностей рентгенографии, ультразвукового метода и магнитно-резонансной томографии в диагностике повреждений и последствий травм плечевого сустава, частота которых составляет от 40 до 50% от числа всех повреждений крупных суставов.

Одной из основных проблем в этом вопросе является отсутствие достоверных методов

диагностики повреждения мягкотканых структур плечевого сустава.

Нами проведен сравнительный анализ оценки возможностей рентгенографии и магнитно-резонансной томографии (МРТ) в диагностике травм плечевого сустава и их последствий.

Вследствие чего был разработан диагностический алгоритм повреждений и заболеваний плечевого сустава, включающий: клиническое, рентгенологическое, ультразвуковое исследование и магнитно-резонансную томографию.

МРТ плечевого сустава выполнялась на аппарате MAGNETOM OPEN фирмы Siemens с напряженностью магнитного поля 0,2 Т. Обследовано 70 пациентов в возрасте от 18 до 70 лет. Проведенные исследования показали: рентгенологические методы позволяют определить характер повреждений и перестройку только костной ткани. Ультразвуковое исследование и МРТ являются высокоинформативными методами диагностики как повреждений, так и заболеваний мягкотканых структур плечевого сустава. Использование данных методов исследований позволяет визуализировать повреждения ротаторной манжеты плеча, посттравматические гематомы, поддельтовидные бурситы, дегенеративно-дистрофические изменения капсульно-связочного аппарата плечевого сустава.

Чувствительность ультразвукового метода при повреждениях и заболеваниях плечевого сустава составила 63,8%, специфичность - 64,3%. Чувствительность магнитно-резонансной томографии составила 92,1%, специфичность - 93,5%.

Результаты нашего исследования показали высокую диагностическую ценность МРТ, что способствует своевременной диагностике характера повреждений и заболеваний плечевого сустава. Это позволяет выработать оптимальную схему лечения пациентов и комплекс реабилитационных мероприятий, что ведет к повышению эффективности лечения и сокращению сроков потери трудоспособности лиц, перенесших травму плечевого сустава.

Войтенко А.Н., Неймарк А.И., Бондаренко А.В.

МУЗ "Городская больница N 1", г.Барнаул, Россия

ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА

Гиперактивный мочевой пузырь (ГМП) - это клинический синдром, который по определению Международного общества по удержанию мочи (International Continence Society-ICS), объединяет симптомы ургентности (императивные позывы на мочеиспускание) с наличием ургентного недержания мочи или без него, обычно в сочетании с учащенным мочеиспусканием (число мочеиспусканий более 8 раз в сутки) и ноктурией (2 и более ночных пробуждений для мочеиспускания). Под ургентностью понимают внезапный сильный позыв на мочеиспускание, который трудно сдержать.

По данным эпидемиологических исследований в Европе и США, частота встречаемости ГМП у женщин составляет 16,9%. Распространенность ГМП увеличивается с возрастом: 4,8% в возрасте до 25 лет и 30,9% и более у лиц старше 65 лет. Полагают, что императивными позывами на мочеиспускание страдает 16-19% взрослого населения России. В общей популяции ГМП чаще имеет место у женщин, чем у мужчин.

Известно, что синдром ГМП развивается у больных после травм мочевыводящих путей (МПС). Наиболее часто сочетание травм МПС и опорно-двигательного аппарата встречается при переломах костей таза и повреждениях связок тазового кольца. Учитывая то, что в результате научно-технического прогресса частота повреждений таза с каждым годом возрастает, нами решено изучить частоту синдрома ГМП у пациентов после оперативного лечения таза в отдаленном периоде.

Под нашим наблюдением находилось 67 пациентов с повреждением таза

в возрасте от 18 до 45 лет, пролеченных оперативно в 2007-2008 гг. Согласно классификации АО/ASIF переломы типа 61-A_{1,3} отмечены у 8 пациентов, 61-B_{1,3} у 11, 61-C_{1,3} у 11.

В отдаленном периоде от 6 месяцев до 1,5 лет после травм из пролеченных 67 больных осмотрено 30 человек (12 мужчин, 18 женщин), что составляет 44,8% от первичного контингента пострадавших. Из них остеосинтез таза аппаратами наружной фиксации выполнен у 9 человек, остеосинтез канюлированными винтами у 11, остеосинтез пластинами у 4, комбинированный остеосинтез у 6.

Больных обследовали по стандартной схеме: ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением количества остаточной мочи, урофлоуметрия, цистоскопия, общий анализ мочи, определение мочи на стерильность, дневник мочеиспускания в течение 72 ч. Пациентов с обструктивным мочеиспусканием в исследование не включили. Из 30 пациентов у 17 отмечалось учащенное мочеиспускание, из них 11 человек предъявляли жалобы на urgentное мочеиспускание. Хронический цистит диагностирован при цистоскопии у 12 женщин, увеличение объема остаточной мочи у 11 женщин и 4 мужчин. По данным обследования синдром ГМП выявлен у 4 (33,3%) больных мужчин, 7 (38,9%) женщин.

Таким образом, частота развития синдрома ГМП у пациентов с повреждениями тазового кольца составляет 36,1%, что выше, чем в среднем у лиц данного возраста (16-19%).

Необходимо дальнейшее изучение этой проблемы для поиска путей снижения развития синдрома ГМП у пациентов после повреждений тазового кольца.

Герасимова О. А., Бондаренко А. В.

МУЗ "Городская больница N 1", г.Барнаул, Россия

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИСЕГМЕНТАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОСТЕОСИНТЕЗА

В последние годы при политравмах значительно увеличилось число сложных многооскольчатых и полисегментарных переломов (ПСП) длинных костей, что сопровождается высокими показателями инвалидности, неудовлетворительными анатомо-функциональными результатами лечения и низким качеством жизни пациентов в отдаленном периоде после травмы.

Традиционно, при изучении результатов лечения политравм основное внимание уделяется ближайшему послеоперационному периоду, отдаленным же результатам лечения посвящены лишь отдельные работы. В связи с этим, нами решено изучить отдаленные результаты лечения ПСП нижних конечностей при использовании различных методов остеосинтеза.

С 2001 по 2006 гг. под нашим наблюдением находился 361 пациент с переломами нескольких крупных сегментов нижних конечностей. У 306 из них при лечении использовались различные методы остеосинтеза. Чрескостный остеосинтез аппаратами наружной фиксации был применен при лечении 70 пациентов (1 группа), погружной накостный стандартными пластинами - у 37 (2 группа), интрамедуллярными гвоздями с блокированием - у 78 (3 группа), комбинации различных видов остеосинтеза - у 121 (4 группа). Путем случайного отбора в период от года до 3-х лет после травмы изучены результаты лечения 196 пациентов, что составило 65,1% первичного контингента. От числа пролеченных в 1-й группе осмотрено 47 пациентов, во 2-й - 19, в 3-й - 49, в 4-й - 86. Оценивали первичный выход на инвалидность, функционально-анатомические результаты и качество жизни.

Первичный выход на инвалидность в течение первого года после травмы был примерно

одинаков у пациентов 1-й, 2-й и 4-й групп, в 3-й группе случаев инвалидности не отмечено.

Функционально-анатомические результаты оценивали по схеме Маттиса-Любошица-Шварцберга. В целом хороших результатов лечения было больше (53,6%), чем удовлетворительных (35,2%) и плохих (11,2%). Наибольшее число хороших результатов отмечалось в 3-й группе.

Качество жизни изучалось путем проведения опроса по тестам физических возможностей и физических ограничений Ранд, по шкале ограничений ВОЗ. Степень самообслуживания, выполнения как легкой, так и тяжелой работы по дому через год после травмы у пациентов 1-й, 2-й, 4-й групп были значительно снижены. В отличие от них пациенты 3-й группы были полностью социально адаптированы. Аналогичная картина наблюдалась и при оценке физических возможностей. В 3-й группе почти все опрошенные пациенты могли пробежать короткую дистанцию, а половина могла заниматься спортом. Пациенты же 1-й, 2-й и 4-й групп большую часть времени были вынуждены находиться в домашних условиях, испытывая необходимость в использовании дополнительных средств опоры при ходьбе, сталкиваясь с проблемой ограничений движений в суставах. Большая часть пациентов указанных групп считали себя ограниченными в некоторых видах деятельности, которыми они занимались до травмы. У пациентов 3-й группы ограничений не выявлено.

Кроме того, несмотря на то, что у большей части пострадавших 1-й, 2-й и 4-й групп сращение было достигнуто, они испытывали дискомфорт (боль, отек, парестезии и др.) в травмированных конечностях, чего не отмечалось у пациентов 3-й группы.

Таким образом, использование интрамедуллярного блокируемого остеосинтеза позволяет получить лучшие результаты лечения полисегментарных переломов в сравнении с другими методами.

Гилев Я.Х., Милюков А.Ю., Глеубаев Ж.А.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров" г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ПЕРВЫЙ ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ

Последние десятилетия характеризуются интенсивным развитием и внедрением малоинвазивных технологий в медицине, и в частности в травматологии и ортопедии. Достигнуты большие успехи в артроскопической хирургии суставов, совершенствуются малоинвазивные методы интрамедуллярного и накостного остеосинтеза трубчатых костей, отрабатываются малоинвазивные методы эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов.

Одним из новых направлений в современной травматологии является технология малоинвазивного шва Ахиллова сухожилия. Сообщения о применении данного метода были опубликованы рядом авторов в зарубежной литературе (Cretnik A., 2004, Halai T., Tollay A., Berkes I., 2003). Все авторы отмечали, что при использовании данной методики сокращаются сроки пребывания больных в стационаре, функциональные результаты сопоставимы с открытым швом при отсутствии гнойных осложнений, достигается хороший косметический эффект, а при соблюдении ряда условий метод может применяться в амбулаторной практике. Но данный метод лечения может быть применен только при свежих разрывах Ахиллова сухожилия, когда с момента травмы прошло не более двух недель, для выполнения шва должен применяться только рассасывающийся шовный материал. Среди осложнений авторы отмечают большую, чем при открытом способе шва, частоту повторных разрывов Ахиллова сухожилия, чаще отмечается нейропатия медиального кожного нерва

голену, хотя во всех случаях зафиксировано спонтанное разрешение нейропатии.

На основании проведенного анализа доступной литературы нами была разработана методика малоинвазивного шва Ахиллова сухожилия. Метод был применен у шести пациентов. Время, прошедшее с момента травмы до выполнения шва составило от четырех часов до восьми суток. С целью предупреждения гнойных осложнений перед операцией внутривенно вводился Цефазолин в дозе 1 гр. Шов выполнялся в положении пациента на животе колющей иглой N 60 с нитью Coated VICRYL®-0. Через попарно расположенные разрезы-проколы длиной по 5-6 миллиметров швом типа Розова-Водянова прошивались проксимальный и дистальный концы разорванного Ахиллова сухожилия. Соединение концов сухожилия путем завязывания нитей осуществлялось через третью пару проколов на уровне места разрыва. При этом достигалось максимальное сгибание в голеностопном суставе и умеренное (до 30°) сгибание в коленном суставе, что облегчало сближение концов сухожилия. Об адаптации концов сухожилия судили по исчезновению диастаза между концами и восстановлению тонуса сухожилия при пальпации. У двух пациентов для контроля адаптации концов сухожилия после операции была использована ультрасонография. Разрезы проколы закрывались единичными узловыми кожными швами. В послеоперационном периоде применялась гипсовая иммобилизация в течение шести недель. Профилактика тромбоэмболических осложнений проводилась согласно отраслевого стандарта. Антибиотики в послеоперационном периоде не применялись. Больные находились в стационаре от 6 до 10 дней, причем сроки нахождения в стационаре сокращались по мере приобретения опыта. Механотерапия начиналась после прекращения иммобилизации и проводилась в течение 3-6 недель. Все оперированные пациенты вернулись к труду в сроки от 10 до 20 недель. Осложнение зафиксировано у одного пациента в виде частичного повторного разрыва, возникшего во время проведения ручной разработки движений в голеностопном суставе, что потребовало использования гипсовой иммобилизации в течение четырех недель, достигнуто заживление с последующим полным восстановлением функции.

Таким образом, первый опыт малоинвазивного восстановления Ахиллова сухожилия свидетельствует о возможности сократить сроки пребывания пациентов в стационаре и сократить потребность в антибиотиках у данной группы пациентов. Дальнейшее накопление опыта и изучение отдаленных результатов позволит уточнить показания и противопоказания для использования данного метода лечения в травматологической практике.

Гилев Я.Х., Пронских А.А., Милюков А.Ю., Глеубаев Ж.А.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров" г. Ленинск-Кузнецкий, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ШТИФТАМИ С БЛОКИРОВАНИЕМ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Масштабы современного травматизма стали в индустриально развитых странах мира не только медицинской проблемой, но и приобрели острую социальную значимость (Гуманенко Е.К., 2006, Ерюхин И.А., 2002; Scalea T. et al., 1999).

На долю пострадавших при политравме приходится до 28% от общего числа травматологических больных. Среди пострадавших преобладают лица трудоспособного возраста. Политравма характеризуется высокой (до 40%) летальностью (Корнилов Н.В. и др., 1999). Среди причин смертности она занимает третье место, уступая лишь смертности от опухолевых и сердечно-сосудистых заболеваний, а в группе лиц моложе 40 лет - первое (Соколов В.А., 1999, Сингаевский А.Б. 2001, Елфимов П.В., 2000).

Политравма отличается тяжестью клинических проявлений, сопровождается значительными

нарушениями жизненноважных функций организма, трудностью диагностики, сложностью лечения. Особую социальную значимость проблеме придают высокая инвалидность (достигающая 43,4%) и длительные сроки нетрудоспособности больных с политравмой (Корнилов Н.В. и др., 1999, Таланов С.В., Першин С.В. 1997).

В последнее время для лечения повреждений опорно-двигательной системы при политравме стала активно применяться хирургическая тактика. Успеху хирургических методов лечения способствовало совершенствование технологий остеосинтеза и методов интенсивной терапии. После остеосинтеза пациенты становились мобильными, прекращалась болевая импульсация из зоны переломов, останавливалось кровотечение, облегчался уход за больными. Все выше перечисленное способствовало профилактике осложнений травматической болезни. Был получен экономический эффект, сокращались сроки лечения и инвалидность. Но, наносимая во время остеосинтеза дополнительная травма может ухудшить состояние пациента, и даже малая операционная кровопотеря у пациента с политравмой может оказаться фатальной.

Избежать подобных проблем позволяет использование малоинвазивных методов остеосинтеза, в частности, интрамедуллярных блокируемых штифтов, применение которых позволяет достичь прочной фиксации отломков без нарушения их кровоснабжения. Этот метод малотравматичен, не сопровождается кровопотерей, легко переносится пострадавшими. Поэтому такие операции можно выполнять у тяжелобольных в первые дни после травмы, не дожидаясь нормализации их общего состояния и восстановления кожных покровов. По низкой травматичности и незначительности ограничений в связи с состоянием мягких тканей конечностей этот метод приближается к внеочаговому остеосинтезу.

Мы применяем методы интрамедуллярного остеосинтеза штифтами с блокированием с января 2006 года. За 26 месяцев интрамедуллярный остеосинтез штифтами с блокированием был применен у 96 пациентов с политравмой. У 70 пациентов выполнен интрамедуллярный остеосинтез 1 сегмента.

Были использованы следующие методы остеосинтеза:

- PHNL - 4 пациента;
- UHN - 7 пациентов;
- PFN - 11 пациентов;
- PFNL - 13 пациентов;
- UFN - 14 пациентов,
- DFN - 9 пациентов;
- UTN - 12 пациентов.

У 24 пациентов остеосинтез штифтами выполнен на 2 сегментах в различных сочетаниях. Синтез выполнялся последовательно во время одной операции. У 2 пациентов выполнен интрамедуллярный синтез 3 сегментов. Следует отметить, что 29 пациентов имели открытые переломы бедра и голени. Остеосинтез мы выполняли на 3-5 сутки с момента поступления пациентов после стабилизации гемодинамики. Накопление опыта выполнения операций позволило нам выполнять интрамедуллярный остеосинтез штифтами с блокированием у части пациентов при поступлении. В случае открытых переломов выполняли первичную хирургическую обработку ран, стабилизацию переломов осуществляли при помощи аппаратов внешней фиксации, гипсовых повязок или скелетного вытяжения. Остеосинтез штифтами с блокированием выполнен на 6-10 сутки с момента травмы при отсутствии признаков инфицирования ран. У одного из пациентов с открытым переломом бедренной кости остеосинтез был выполнен первично при поступлении.

В послеоперационном периоде у всех пациентов проводилась эластичная компрессия оперированных конечностей до полной мобилизации пациента (на верхних конечностях использованы эластичные бинты, на нижних противоэмболические чулки), антикоагулянтная терапия проводилась согласно отраслевого стандарта. У данной группы пациентов значительно

сократилась потребность в переливании компонентов донорской крови, уменьшилась потребность в антибиотиках. Пассивные движения в суставах оперированной конечности начинали со вторых суток с момента операции, использовали ручную "разработку" движений и механотерапию на аппаратах "Arthromot®". Решение об осевой нагрузке принимали индивидуально у каждого пациента в зависимости от типа и локализации перелома, наличия сопутствующих повреждений и их тяжести.

Осложнения:

- у одного пациента - гематома в надвертельной области, в месте введения штифта;
- у одного пациента отмечалось расхождение краев раны в месте введения штифта;
- у восьми пациентов - тромбоз глубоких вен нижних конечностей.

Во всех случаях осложнения удалось купировать консервативными мероприятиями.

Осложнений со стороны металлоконструкций, и раневых осложнений при открытых переломах зафиксировано не было.

Таким образом, применение интрамедуллярного остеосинтеза штифтами с блокированием у больных с политравмой позволяет обеспечить стабилизацию переломов при минимальной дополнительной операционной травме и минимальной кровопотере, сократить потребность в компонентах донорской крови, и облегчить процесс последующей реабилитации пациентов.

Голоденко А.И., Коломиец А.А., Вигель В.Д.

Алтайский государственный медицинский университет,
ГУЗ Краевая клиническая больница,
МУЗ Городская больница N 1, г.Барнаул, Россия

ОРИГИНАЛЬНЫЙ МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРЕДНЕГО ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА

Травматические вывихи плеча доминируют среди всех вывихов в других суставах у человека и встречаются в 50-60% случаях. Привычный вывих плеча (ПВП) составляет от 2 до 70% к числу его первичных травматических вывихов. Он встречается во всех без исключения возрастных группах, но наиболее часто (99%) в наиболее трудоспособном возрасте (19-40 лет).

Поиск наиболее оптимального метода оперативного лечения привычного вывиха плеча до настоящего времени остается одной из актуальных задач ортопедии. Несмотря на наличие более 350 различных способов оперативного вмешательства при данной патологии плечевого сустава, ни один из них не удовлетворяет в полной мере современным требованиям в лечении данного заболевания, непременным условием которого является устранение избыточной нестабильности плечевого сустава с непременным сохранением максимального диапазона амплитуды движений в нем, а так же мышечной силы верхней конечности.

Разработанный авторами метод направленного лигаменто-капсуло-тенодеза (патент РФ на изобретение N 2255692) предусматривает множественную закрытую остеоперфорацию области межбугорковой борозды, передне-внутренней полуокружности хирургической шейки плечевой кости и переднего края суставной впадины лопатки с целью рубцовой стабилизации плечевого сустава.

Данным методом хирургического лечения ПВП были пролечены 78 пациентов в возрасте от 18 до 67 лет. Из них было мужчин - 47 (60,2%) человек, женщин - 31 (39,8%). У большинства пациентов была восстановлена стабильность плечевого сустава с сохранением полной амплитуды движений в нем и хорошим косметическим эффектом. Рецидив ПВП произошел у 2 (2,6%) пациентов при резком подъеме больших грузов.

Таким образом, предложенный метод оперативного лечения посттравматического переднего привычного вывиха плеча отличается простотой в исполнении, малой травматизацией и высокой эффективностью.

Голоденко А.И., Коломиец А.А., Вигель В.Д.

Алтайский государственный медицинский университет
ГУЗ Краевая клиническая больница
МУЗ Городская больница N 1, г.Барнаул, Россия

МРТ - ПРИЗНАКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ПРИВЫЧНЫХ ВЫВИХОВ ПЛЕЧА

Клиническая симптоматика посттравматических привычных вывихов плеча (ПВП) остается одной из основных в диагностике данного заболевания. В доступной медицинской литературе нами были выявлены 22 диагностических тестов ПВП. При всем их разнообразии, они не лишены элемента субъективности в оценке полученных результатов. Поэтому, в настоящее время стало уделяться больше внимания в поисках наиболее информативных и объективных методов диагностики ПВП.

В качестве объективного метода диагностики ПВП нами были изучены результаты МРТ исследования плечевых суставов у 40 пациентов с данным заболеванием и у 6 добровольцев без наличия патологии со стороны плечевого сустава.

Для большей информативности диагностики нестабильности плечевого сустава была разработана методика МР-артрографии с контрастированием полости плечевого сустава 0,5% раствором новокаина в количестве 30 мл за 3 часа до его исследования, которая была проведена у 20 пациентов основной группы с ПВП (патент РФ на изобретение N 2277852). Другим 20 пациентам с ПВП была осуществлена стандартная МРТ плечевых суставов. У 6 здоровых лиц контрольной группы один из плечевых суставов исследовался с его контрастированием по разработанной нами методике, а другой плечевой сустав - без контрастирования. МРТ исследования плечевого сустава осуществлялись на МР-томографе "Gyrosan" T5II (Philips) со сверхпроводящим магнитом напряженностью 0,5 тесла в режимах T2-градиентное-эхо в коронарной и трансверсальной проекциях и в T1 спин-эхо в коронарной проекции с толщиной среза в 5 мм.

В результате проведенных исследований были выявлены характерные объективные МРТ-критерии наличия привычного вывиха плеча, такие как, расширение суставной щели плечевого сустава, углубление и увеличение объема подмышечной синовиальной полости от уровня хирургической шейки плечевой кости и ниже, по передне-внутренней ее поверхности до $2,4 \pm 0,5$ см (при $0,9 \pm 0,1$ см на здоровом суставе), повышенная растяжимость капсулы плечевого сустава по его передней и задней поверхностям.

Предложенная нами оригинальная методика МР-артрографии плечевого сустава позволила расширить возможности лучевой диагностики посттравматических привычных вывихов плеча.

Еровенков Р.А.

ООО "Пластэк-Урал", г.Екатеринбург, Россия

МЕТОДИКИ ОРТОНИКСИИ В ЛЕЧЕНИИ ВРОЩЕГО НОГТЯ

Актуальность проблемы. Проблема лечения вросшего ногтя до настоящего времени остается одной из самых актуальных проблем современной амбулаторной хирургии. Большое количество осложнений в виде различной степени тяжести панарициев не позволяет говорить об эффективности хирургических методик лечения. На сегодня

насчитывается более 150 различных методик оперативных пособий при этой патологии. Нельзя не согласиться также и с тем, что такое количество вариантов операций говорит об их несовершенстве и отсутствии удовлетворительных результатов лечения. Одним из самых распространенных методов лечения остается экстирпация ногтевой пластинки. При анализе результатов этой операции процент рецидивов составляет 94-96%, косметические же результаты операции не удовлетворяют 87% опрошенных прооперированных пациентов. Вторым наиболее часто применяемым способом операции является краевая резекция ногтевой пластинки с иссечением ростковой зоны. Процент рецидивов составляет 62-63%, неудовлетворены же косметическими результатами операции 99,5% опрошенных прооперированных пациентов. Сложившаяся ситуация в лечении этого заболевания не удовлетворяет на сегодняшний день ни самих хирургов, ни пациентов.

Цель исследования. Целью данного исследования явилось изучение возможности применения методик ортониксии (orthos - прямой, onux - ноготь) в лечении вросшего ногтя. Методики эти широко распространены в Европе, сама дисциплина является отраслью подологии.

Материал исследования. В качестве материала для проведения исследования нами была выбрана одна методика: скоба VHO-Osthold (V - variable, H - human, O - onthonixia; Osthold - фамилия изобретательницы скобы). Скоба VHO-Osthold представляет собой проволочную скобу особой формы, изготовленную из хирургической нержавеющей стали. Система VHO-Osthold состоит двух частей: собственно скобы - она существует шести размеров (maxi, midi, mini, каждый размер из проволоки толщиной 0,4 мм и 0,5 мм) и петли-скрутки, которая существует 22 размеров (с шириной плечика от 2 мм до 12 мм, каждый размер из проволоки толщиной 0,3 мм и 0,4 мм). Для установки скобы требуются специальные инструменты: крючок для скручивания петли-скрутки, плоскогубцы, круглогубцы и др. Установка скобы начинается с тугй тампонады боковых валиков и устранения "критического ногтя". Если технически это возможно, то система устанавливается в первый день, а если нет, то необходимо отложить установку на несколько дней, после нескольких перевязок и стихания признаков воспаления.

Механизм действия скобы основан на эластических свойствах материала, из которого она изготовлена. По мере роста ногтевой пластинки с установленной на ней скобой происходит исправление формы самой ногтевой пластинки. То есть скоба, натягивая ее края, устраняет поперечную деформацию, и постепенно происходит продвижение точки врастания в проксимальном направлении до полного устранения вросшего ногтя. На протяжении всего периода лечения производится динамический контроль, перевязки и, если необходимо, коррекция скобы.

Все пациенты, включенные в исследование, были разделены на две группы: контрольную и основную. В обеих группах было по 60 человек.

Пациенты, вошедшие в контрольную группу - это пациенты поликлиники, прооперированные по поводу вросшего ногтя I пальца стоп. Анализ всех случаев проводился ретроспективно. У всех пациентов имела место развернутая клиническая картина вросшего ногтя: наличие гнойного процесса, гипергрануляций, отека пальца и выраженного болевого синдрома. Всем им была выполнена одно- или двусторонняя краевая резекция ногтевой пластинки с иссечением ростковой зоны без наложения первичных швов под регионарной проводниковой анестезией по Оберст-Лукашевичу. В послеоперационном периоде заживление происходило вторичным натяжением. 28 пациентов (46,7%) в этой группе были оперированы по поводу вросшего ногтя более 2 раз (максимальное количество - 8 раз). Мужчин в этой группе было 8 человек (13,3%), женщин - 52 человека (86,7%). Возраст пациентов - от 16 до 55 лет. Количество рецидивов в данной группе составило 55 случаев (91,7%). Сроки возникновения рецидивов - от 11 до 22 недель. При проведении опроса пациентов контрольной группы неудовлетворены исходом лечения 50 человек (83,3%), неудовлетворены

косметическими результатами операции - 58 человек (96,7%).

Среди пациентов основной группы было 6 мужчин (10,0%) и 54 женщины (90,0%) в возрасте от 15 до 55 лет. Оперированных по поводу вросшего ногтя (в том числе более 2 раз) было 23 человека (38,3%) Из них краевая резекция была выполнена 19 пациентам (82,6%), экстирпация ногтевой пластинки - 4 пациентам (17,4%). Всем пациентам этой группы была установлена скоба VHO-Osthold. 48 пациентам (80,0%) удалось установить скобу при первичном обращении после тугой тампонады боковых валиков и устранении "критического ногтя". 12 пациентам (20,0%) пришлось отложить установку скобы на 3-5 дней до купирования признаков воспаления и появления технической возможности установки. Всем пациентам в первую неделю производились ежедневные перевязки с препаратом "Мирамистин" (Россия) и тампонада боковых валиков специальным материалом "Rhena Fin" (кополин) фирмы "IVF Hartmann AG" (Германия). У 3 пациентов (5,0%) потребовались более длительные перевязки (до 11 дней после установки скобы). По истечении сроков ежедневных перевязок производилась окончательная тампонада боковых валиков кополином с "Медицинским защитным маслом для ногтей" фирмы "Gehwol" (Германия). Ретампонада производилась только при необходимости (в случае миграции кополина) и при ежемесячных контрольных осмотрах.

Контрольные осмотры проводились всем пациентам в среднем 1-2 раза в месяц. Сроки лечения составили от 13 до 42 недель. 12 пациентам (20,0%) потребовалась повторная установка скобы - после ее максимального смещения к свободному краю ногтя, 2 пациентам (3,3%) скоба была установлена трижды.

Положительный результат лечения был у 57 пациентов (95,0%), рецидивов до настоящего времени не было. Все эти пациенты находятся под динамическим наблюдением. В период лечения пациенты были трудоспособны, изменения привычного образа жизни не потребовались.

3 пациентов (5,0%) из основной группы пришлось прооперировать ввиду неэффективности лечения. Им была выполнена краевая резекция ногтевой пластинки с наложением первичных швов под регионарной проводниковой анестезией по Оберст-Лукашевичу. Заживление проходило первичным натяжением, швы были сняты на 10-12 сутки, осложнений не было.

При проведении опроса пациентов основной группы неудовлетворены исходом лечения 2 человека (3,3%), неудовлетворены косметическими результатами лечения - 3 человека (5,0%).

Выводы. Таким образом, современные методики ортониксии позволяют проводить лечение вросшего ногтя на более совершенном уровне. Не требуется проведение анестезии, длительных болезненных перевязок, что ведет за собой временную потерю трудоспособности. Результаты лечения, как показало проведенное исследование, превосходят результаты хирургического лечения данной патологии.

Несомненно, более высокими остаются косметические результаты применения скобы VHO-Osthold. На сегодняшний день можно говорить о целесообразности широкого внедрения данной методики в практику амбулаторной хирургии.

Калашников В.В., Иванов А.В., Левина Л.В., Оганесян Э.Б., Дроботов В.Н.

МУЗ городская клиническая больница N 11
МУЗ городская клиническая больница N 3 им. М.А. Подгорбунского
Государственная медицинская академия, г. Кемерово, Россия**МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ И БИОМЕХАНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЯ РАННЕГО
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ШВА СУХОЖИЛИЯ**

Виноградова Т.П. (1964) писала: "При восстановлении опорно-двигательного аппарата, помимо необходимого в том или ином случае оперативного вмешательства, клиницист должен создать условия, наиболее благоприятные для превращения регенерации как биологического явления в явление физиологическое, подчиненное интересам организма в целом".

Заживление поврежденного сухожилия включает 3 стадии:

- 1) воспалительную;
- 2) восстановительную фазу фибриллоплазии и фибриллогенеза с наработкой коллагена и основного вещества;
- 3) перестроенную стадию, наступающую при восстановлении нормальной функции в сросшемся сухожилии (Gelberman R. et al., 1987; Enwemska S., 1989, и др.).

Скорость и характер заживления, продолжительность его фаз в значительной мере зависят от условий, в которых оно происходит: объем поврежденных мягких тканей, окружающих поврежденное сухожилие, производится или нет иммобилизация в послеоперационном периоде или возможна дозированная функция сшитого сухожилия в данный период.

При повреждении сухожилия на уровне синовиального влагалища с обездвиженностью сшитого сухожилия сгибателя пальцев выявлено активное разрастание париетальной оболочки влагалища (Gelberman R., 1987). Иммобилизированные сухожилия пальцев заживают посредством прорастания тенобластов из окружающих мягких тканей при наличии клеточной пролиферации эпитеина, что приводит к образованию плотного рубца.

Получены данные об ускорении заживления сухожилия при дозированной терапевтической механической (функциональной) нагрузке, применяемой уже в раннем послеоперационном периоде. Такая нагрузка способствовала более раннему, чем без нагрузки, приобретению прочности срастающимся сухожилием (Enwemska S., 1989). Эти факты свидетельствуют о необходимости использования дозированной нагрузки во время фибриллогенеза. Однако состоятельность шва сухожилия обеспечивается его видом и используемым шовным материалом.

Для определения прочности шва проведен эксперимент на трупных сухожилиях. Шов сухожилий проведен по Розову-Водянову с микрохирургической адаптацией концов. В качестве шовного материала использовали полисорб 3,0 и для микрохирургической адаптации полисорб 5,0. Механическая прочность шва сухожилия определялась по максимальной силе растяжения, при которой наступала его несостоятельность. И следующая часть эксперимента заключалась по количеству растяжений с усилием 2, 3, 5 кг при котором наступала несостоятельность.

Результаты эксперимента показали, что несостоятельность шва наступала при 20 ± 5 кг. При многократном усилии несостоятельность шва наступала при растяжении до 2-х кг более 100 раз, 3 кг - 70-90 раз и 5 кг - не более 50 раз.

Таким образом, для ускорения заживления сухожилия при дозированной терапевтической механической (функциональной) нагрузке, применяемой уже в раннем послеоперационном периоде с усилием до 5 кг должно выполняться не более 25 движений, т.е. 50% от максимальной, при которой наступает несостоятельность. При натяжении сшитого сухожилия с усилием более 15 кг наступает его несостоятельность.

Клюшин М.Н.

ГОУ ВПО "Тюменская государственная медицинская академия Росздрава"
Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС, г.Тюмень, Россия

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИ НАСЫЩЕННЫЕ СИНДРОМЫ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Цель работы. Анализ структуры стержневого симптомокомплекса, специфичного для всех длительно лечащихся ортопедических больных.

Материал и методы исследования. 341 пациент (ахондроплазия и хронический остеомиелит) от 14 до 65 лет, пролеченный в клинике ФГУ "Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. акад. Г.А. Илизарова Росмедтехнологий" в период с 1999 по 2009 гг. Основные методы: клиничко-психопатологический, клиничко-динамический, психологический, статистический.

Результаты и их обсуждение. Выделены ведущие симптомы, встречающиеся изолированно или в сочетании у всего исследуемого контингента.

1) Наличие физического недостатка (100,0%) - поражение длинных трубчатых костей является неотъемлемым психотравмирующим фактором у больных с патологией опорно-двигательного аппарата. Телесный недостаток у наших больных не только изменяет их отношение к миру в целом, но, прежде всего, сказывается на взаимоотношениях с окружающими людьми. Физический недуг, вызванный патологией опорно-двигательного аппарата, определяет совершенно иную социальную установку в среде, чем у здорового человека, вызывая "социальный вывих". Психологическое значение физического дефекта заключается в том, что тело (внешний вид, состояние органов движения) несет в себе огромное эстетическое начало, являясь коммуникатором с другими людьми и границей между собственным и чужим миром. Согласно концепциям эволюционной психологии, первобытный человек свое положение в обществе завоевывал и поддерживал посредством угроз и агрессии в соперничестве с себе подобными, что достигалось соответствующей физической формой, и, прежде всего, состоянием костно-суставной системы.

В процессе эволюции агрессивное поведение трансформировалось в необходимость быть привлекательным для окружающих. Так появилось понятие "способность привлечения общественного внимания", которое использовалось для характеристики публичного поведения современного человека. Причем эта способность, с одной стороны, определялась как привлекательностью человека для самого себя, с другой - его представлением о том, как он выглядит со стороны и как на него реагируют окружающие. Физический дефект фрустрирует важную потребность человека быть привлекательным, что закономерно вызывает у больных чувство несостоятельности в социальных взаимоотношениях.

2) Роль болевого синдрома (92,0%) в развитии психопатологической симптоматики во многом зависела от особенностей психологического восприятия боли, и по нашим исследованиям определялась следующими факторами:

- а) возможностью адекватного купирования боли;
- б) особенностями эмоциональной сферы: психотравмирующие ситуации, негативно окрашенные воспоминания, депрессия, тревога, внутреннее напряжение, раздражение, страх оказывали влияние на усиление ощущения боли;
- в) личностными особенностями: острее воспринималась боль у лиц с тревожными, фобическими и сенситивными чертами характера;
- г) высокой ипохондрической направленностью.

Были выделены следующие типы поведенческих реакций на боль:

1. Появление боли в ранний послеоперационный период вызывало бурные аффективные реакции с выраженными вегетативными расстройствами, пациенты проявляли раздражительность, несвойственную им ранее несдержанность в высказываниях и суждениях, были недовольны проведенной операцией, установленным режимом в отделении, необоснованно требовали дополнительного обезболивания (40%).

2. Болевые приступы приводили к углублению депрессивных проявлений с преобладанием чувства вины, подавленности, обреченности, что способствовало самоизоляции (нежелание общения, отказ от приема пищи, пассивное времяпрепровождение в постели, транзиторные суицидальные мысли) (25%).

3. Болевые ощущения компенсировались адекватным отношением к ним, переносились с твердостью и проявлялись в компетентных "антиалгических" аутогенных установках (20%).

4. Стремление самоконтролировать боль усиливало тревогу и страх, появлялось чувство неуверенности, постоянное волнение и опасение за свое здоровье (10%).

5. Сочетание вышеперечисленных типов (5%).

3) В структуре нарушения сна (72,0%) у больных с патологией опорно-двигательного аппарата преобладали уменьшение глубины сна и увеличение частоты ночных пробуждений с отсутствием чувства отдыха после утреннего пробуждения, а также нарушения засыпания с компенсаторным удлинением утреннего сна. В тоже время, у более чем половины больных наблюдались кошмарные сновидения, а у трети обследуемых длительные периоды бодрствования при пробуждении от боли в пораженном сегменте и дискомфорта, связанного от наличия на конечности металлоконструкций. Сон у ортопедических больных часто нарушался именно из-за болевых ощущений. При депрессивных проявлениях преобладали затруднения засыпания и длительные периоды бодрствования при пробуждении среди ночи. Астенические нарушения сочетались с длительными периодами бодрствования при пробуждении среди ночи и отсутствием чувства отдыха после утреннего пробуждения. Для тревожных нарушений был характерен поверхностный сон с частыми пробуждениями, который нередко сопровождался кошмарными сновидениями. Кроме того, была определена частота разных типов диссомний (эпизодическая, кратковременная, хроническая) у обследуемых больных. Были выделены основные факторы, способствующие их возникновению - стрессоры: реакции на физический недуг, врожденный и приобретенный, массивное оперативное вмешательство, хроническое течение основного заболевания с рецидивами, адаптационные нарушения, связанные с изменением жизненного стереотипа - длительное нахождение в стационаре с отрывом от ближайшего окружения, наличие на конечностях аппаратов внешней фиксации. Самым распространенным типом (32,0%) среди нарушений сна у ортопедических больных была кратковременная диссомния (1-3 недели), обычно в адаптационный период, непосредственно после операции. Хроническая диссомния, продолжительностью от 3-х недель и более, наблюдалась у 22,0% больных, как правило, при тяжелом послеоперационном течении, особенно у лиц старших возрастных групп, страдающих хроническим остеомиелитом. Тогда как эпизодический тип диссомнии (до одной недели) наблюдался у 18,0% пациентов, чаще как реакция на саму операцию и болевые ощущения в ранний послеоперационный период.

Выводы:

1. Выделенная патогномоничная психопатологическая триада является патогенетически значимой для формирования признаков психических расстройств при патологии опорно-двигательного аппарата.

2. Указанный симптомокомплекс свидетельствует у ортопедических больных о патологии соматогенного, психогенного и личностного уровней.

3. В подавляющем большинстве случаев (88,0%) имеет место сочетание данных стержневых симптомов.

4. Для ранней диагностики таких патогенетически значимых, характерных

для всех больных симптомов, следует признать целесообразным введение в штатное расписание ортопедических клиник и специализированных отделений многопрофильных больниц должности врача-психиатра-психотерапевта для плодотворного взаимодействия его со специалистами хирургического профиля.

Клюшин М.Н.

ГОУ ВПО "Тюменская государственная медицинская академия Росздрава"
Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС, г.Тюмень, Россия

КОМПЛЕКСНАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИКИ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Актуальность исследования. В настоящее время подходы к терапии психических расстройств у ортопедических больных разработаны недостаточно. В тоже время такие нарушения оказывают негативное влияние на течение и прогноз "основного" заболевания, а также социальную адаптацию индивидуума, что определяет необходимость максимального приближения квалифицированной психиатрической помощи этим больным.

Цель работы. Разработка и дифференцированное использование многоуровневой программы коррекции психических нарушений у ортопедических больных.

Материал и методы исследования. 341 пациент клиники ФГУ "Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. акад. Г.А. Илизарова Росмедтехнологий". Всем обследованным, параллельно с ортопедическим лечением, оказывалась современная помощь методами психотерапии и психофармакотерапии.

Результаты и их обсуждение. Коррекция на предоперационном этапе при нормонозогностическом типе реагирования ограничивался рациональной психотерапией; у больных с гипернозогностическим реагированием эти мероприятия дополнялись психофармакологическими средствами с тимоаналептической активностью в средних дозах (транквилизаторы, антидепрессанты, бета-адреноблокаторы).

В послеоперационный период реализовывалась четырехуровневая программа психопрофилактики.

Первая из них включала активирующие и седативные средства растительного происхождения (элеутерококк, женьшень, заманиха, лимонник, валериана, пустырник) курсовым приемом от 1 до 4 недель.

Второй уровень состоял из психотерапевтических методик; прежде всего рациональной психотерапии (до 30 сеансов), а также релаксационных, суггестивных воздействий, дыхательных упражнений, проводимых как индивидуально, так и коллективно в виде свободной дискуссии, игровой техники.

Третий уровень заключался в использовании физических методов воздействия - физиотерапия, иглоукалывание со стимулированием точек гао-хуан, цзу-сань-ли, хэ-гу, бай-хуэй, шэнь-мэнь, фэй-шу, вэй-шу, мин-мэнь. Четвертый уровень включал психофармакологические средства, применяемые симптоматически в сочетании или в качестве монотерапии. Для купирования астенических расстройств использовались малые и средние дозы транквилизаторов (седуксен, альпразолам), а при выраженной психастенической симптоматике, наряду с ними и ноотропы (ноотропил, энцефабол) и психостимуляторы. При наличии неглубоких депрессивных переживаний - "дневные" транквилизаторы (рудотель, триоксазин), при значительных проявлениях антидепрессанты сбалансированного действия (СИОЗС, СИОЗСН). Невротическое развитие требовало длительного применения бета-адреноблокаторов (обзидан, trazikor), а личностные расстройства тормозимого круга сочетанного приема антидепрессантов и "малых" нейрорептиков.

Выводы:

1. Оценка эффективности психокоррекционных мероприятий подтверждается высоким уровнем редукции психопатологических феноменов у ортопедических больных: показатель (по Семке В.Я.) "полного выздоровления" ("А") наблюдался у 68,7% наших пациентов, "практического выздоровления" ("В") - у 25,0%.
2. Следует признать целесообразным введение в штатное расписание ортопедических клиник и специализированных отделений многопрофильных больниц должности врача-психиатра-психотерапевта для плодотворного взаимодействия его со специалистами хирургического профиля.

Клюшин М.Н.

ГОУ ВПО "Тюменская государственная медицинская академия Росздрава"
Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС г.Тюмень, Россия

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Цель работы. Выявление основных причин развития психических расстройств у больных с патологией опорно-двигательного аппарата, находящихся на длительном ортопедическом лечении (не менее 180 койко-дней).

Материал и методы исследования. 341 пациент - с ахондроплазией (100 человек) и хроническим остеомиелитом (241 человек), пролеченный в клинике ФГУ "Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. акад. Г.А. Илизарова Росмедтехнологий" в период с 1999 по 2009 гг.. Основной метод - клинический, включающий рутинное психиатрическое интервью.

Результаты и их обсуждение. На основе феноменологического подхода были выделены клиничко-патогенетические закономерности формирования психических расстройств при заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Их развитие в существенной мере предопределялось индивидуальным для каждого больного сочетанием соматогенных, личностных и социальных факторов.

1. Соматогенные - количество предшествующих госпитализаций, перенесенных ранее хирургических вмешательств; обменные, сосудистые, интоксикационные, инфекционные (у больных хроническим остеомиелитом: локализованные, распространенные формы, с редкими, частыми рецидивами, непрерывно-рецидивирующие), гипоксические нарушения; интенсивные и продолжительные боли; выраженные вегетососудистые дистонические расстройства; наличие заметного дефекта и значительного функционального отклонения в деятельности опорно-двигательного аппарата; нарушения гомеостаза, возникающие в результате гипокинезии, психического или физического перенапряжения, обусловленного, прежде всего, ситуацией послеоперационного течения.

2. Личностные (конституционально-типологические) - возраст (имелась прямая корреляция между лицами более старших возрастных групп и более высокой частотой и выраженностью психопатологической симптоматики), низкая резистентность к стрессу, тормозимые акцентуированные черты характера (психастенические, уклоняющиеся, зависимые, инфантильные), стойкая ипохондрическая направленность, фиксированность на interoцептивных ощущениях, негармоничные типы отношения к болезни (прежде всего гипернозогнозический вариант реагирования), несформированность мотивационной базы на исцеление.

3. Социальные - стойкий депривационный компонент (длительное пребывание в условиях специализированной клиники; вербальный контакт, в основном с людьми со схожей патологией; отрыв от привычного окружения, жизненного стереотипа); нарушения функционирования собственной семьи (вплоть до развода); ухудшение положения на работе

(снижение квалификации, увольнение), и как следствие материальное неблагополучие; неблагоприятная лечебная среда; угроза для жизни в целом или отдельных значимых для индивида ее сторон (инвалидизация).

Выводы:

1. Системный подход к образованию психических расстройств при ортопедических заболеваниях позволил раскрыть их понятийные, смысловые и клинические аспекты.

2. В соматогенезе психических нарушений при ортопедической патологии существенную роль играли форма, тяжесть и длительность течения "основного" заболевания, локализация и распространенность, особенно остеомиелитического поражения, болевой синдром, другие неприятные ощущения и функциональные ограничения, связанные с наличием на конечностях металлоконструкций.

3. Психогенез психопатологических проявлений у больных тесно переплетен с личностной переработкой клинических проявлений ортопедического заболевания и особенно физического ("обезображивающего") недуга, уровнем осознания болезни, реакцией на проводимое лечение и прогноз заболевания, а также такими конституционально-типологическими особенностями, как ригидность, консерватизм, жесткость, зависимость, сочетающимися с эмоциональной несдержанностью.

4. Социогенез психических расстройств предопределялся нарушением социального функционирования в связи с болезнью, негативным отношением к инвалидам в обществе, их неудовлетворительным материальным положением.

5. Все выявленные предрасполагающие факторы имели четкую тенденцию к объединению друг с другом, обуславливая существенное патогенное накопление, приводящее к формированию психических расстройств разной степени выраженности.

Кожевников Е.В., Баженов П.А.

Алтайский государственный медицинский университет,
городская больница N 1, г.Барнаул, Россия

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ СУСТАВНОГО ХРЯЩА, ВОССТАНОВЛЕННОГО МЕТОДОМ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ КРИОАППЛИКАЦИИ

Цель исследования. Изучение возможности восстановления гиалинового суставного хряща методом артроскопической криоаппликации обнаженной субхондральной пластинки при остеоартрозе коленного сустава.

За период 1998-2007 гг. с использованием методики артроскопической криоаппликации суставного хряща оперировано 72 человека. Мужчин - 26, женщин - 46. Возраст от 22 до 75 лет 56 больных со II ст., 16 - с III ст. деформирующего остеоартроза коленного сустава. Срок наблюдения от 1 года до 7 лет.

Диагностическая артроскопия проводилась под жидкостным заполнением сустава. После выполнения необходимых внутрисуставных манипуляций "debridement": парциальная менискэктомия, частичная хейлэктомия, частичная синовэктомия операция проводилась под газовым заполнением сустава. Под контролем артроскопа рабочий элемент криоаппликатора диаметром 5 мм подводился к дефекту субхондральной пластинки внутреннего мыщелка бедра. Криоаппликация проводилась от 30 сек до 1 мин на каждую точку. Чтобы обработать всю пораженную субхондральную пластинку криоаппликацию проводили из 1-3 точек. Температура наконечника криоаппликатора составляла - 170°C.

При проведении артротомии коленного сустава через 6 мес. после артроскопической криоаппликации, на месте поврежденной субхондральной пластинки внутреннего мыщелка бедра, определялся неправильной формы участок соединительной ткани, белесовато-голубого цвета, размером 2x3 см. При этом артроскопическую криоаппликацию проводили

из двух точек с экспозицией 30 сек. Хрящевой регенерат имел четкие контурные края с обнаженной субхондральной пластинкой и сохранившимся суставным гиалиновым хрящом. Диаметр хрящевого регенерата полученного аппликацией из двух точек и экспозицией по 30 сек. составил 16 и 12 мм с захождением краев друг на друга.

При проведении артротомии коленного сустава через 1 год после артроскопической криоаппликации проведенной с экспозицией в 1 мин, на месте поврежденной субхондральной пластинки внутреннего мыщелка бедра, определялся округлой формы участок регенерата диаметром 20 мм. Площадь дефекта суставной поверхности составила 6,2 см², а площадь регенерата - 3,8 см².

В области криовоздействия на макропрепарате определялся беловатый округлый очаг хрящевой ткани с кратерообразным углублением в середине. Края регенерата нависают над окружающей суставной поверхностью в виде "шляпки гриба". Толщина регенерата неодинакова: в центральной части она составляет 0,6-1,2 мм, по бокам от нее - 3-4 мм, к краевым частям определяется истончение до 1 мм. В губчатой костной ткани эпифиза определяются беловатые очаги хрящевой консистенции.

Макропрепараты подвергнуты гистологическому, электронно-микроскопическому исследованию, окрашиванию альциановым синим, что позволило сделать следующие выводы.

Хрящевой регенерат, формирующийся после криовоздействия на хрящ, пораженный деформирующим артрозом, сформирован фиброзным и гиалиновым хрящом, имеет толщину от 1,5 до 5,7 мм и характеризуется зональной дифференцировкой фиброархитектоники. Последняя имеет черты сходства с архитектоникой суставного хряща. Во всех частях регенерата видны поверхностная, средняя и глубокая зоны.

Формирование регенерата происходит как со стороны субхондральной кости, в которой содержатся полипотентные клетки, так и со стороны поврежденного хряща. Это может указывать на то, что криовоздействие стимулирует репаративные потенции последнего.

После криогенного воздействия структурная перестройка затрагивает не только хрящевой покров, но и субхондральную кость и губчатую костную ткань эпифиза. Она заключается в резорбции "старой" пластинчатой костной ткани, замещением ее на грубоволокнистую кость, которая затем перестраивается в пластинчатую, а также развитием очагов хондроиды в межтрабекулярных пространствах.

В окружающем суставном хряще, пораженном деформирующим артрозом, пролиферативная активность хрящевых клеток наблюдается на расстоянии 1,5-1,8 мм от края регенерата.

При исследовании содержания суммарных гликозаминогликанов (ГАГ) в матриксе хряща выявлено повышение альцианофилии матрикса хрящевого регенерата по сравнению с хрящом, пораженным деформирующим артрозом. Это свидетельствует о более высоком содержании ГАГ в аморфном компоненте матрикса и косвенно - о повышении упруго-деформативных свойств регенерата по сравнению с пораженным хрящом.

Таким образом, артроскопическая криоаппликация субхондральной пластинки при остеоартрозе коленного сустава позволила получить фиброзно-гиалиновый регенерат суставного хряща.

Кожевников Е.В., Баженов П.А.

Алтайский государственный медицинский университет
городская больница N 1, г.Барнаул, Россия

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ПОД АРТРОСКОПИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ

Цель исследования. Улучшить результаты лечения внутрисуставных переломов проксимального метаэпифиза большеберцовой кости (ПМББК).

Материал и методы. За период с января 2006 года по март 2009 года нами было оперировано 23 (24) пациента с закрытыми внутрисуставными переломами ПМББК (13 мужчин, 10 женщин) в возрасте от 18 до 71 года. Предоперационное обследование включало в себя рентгенографию в стандартных проекциях, мультиспиральную компьютерную томографию. По классификации АО/ASIF все переломы относились к переломам типа 41-B (41-B1.1 - 2 перелома, 41-B2.1 - 3 перелома, 41-B2.3 - 1 перелом, 41-B3.1 - 11 переломов, 41-B3.3 - 3 перелома) или 41-C (41-C3.1 - 3 перелома).

Различные варианты переломов ПМББК предполагает применение различных оперативных методов репозиции. Нами применялось 4 метода оперативной репозиции с восстановлением суставной поверхности плато большеберцовой кости. При всех методах в первую очередь проводится диагностическая артроскопия через стандартные нижнелатеральный и нижнемедиальный доступы, при которой выполнялась санация сустава с удалением кровяных сгустков, свободных внутрисуставных тел, оценивались выраженность поражения суставной поверхности и сопутствующие повреждения других внутрисуставных элементов, на которых выполняются соответствующие манипуляции. При повреждении менисков выполняется шов мениска или парциальная менискэктомия. При частичном разрыве ПКС культя иссекается, при отрыве ПКС она трансоссально фиксируется к месту прикрепления, при разрыве ПКС, когда не удается зафиксировать трансоссально, она иссекается и планируется пластика в плановом порядке. При сопутствующем повреждении коллатеральных связок и капсулы - их сшивание.

1 метод применяется при незначительных внутрисуставных переломах, без выраженного поражения костной ткани. Выполняется эндоскопическая репозиция суставной поверхности диагностическим крючком.

2 метод (применяется при центральных импрессионных переломах типа 41-B2.2.). Туннелизация мыщелка с выравниванием центрального вдавленного отломка. Суть метода заключается в высверливании туннеля полый фрезой по центрующей спице к центру импрессии, с последующим подниманием всего костного блока и выравнивания суставной поверхности под контролем артроскопа. После чего костный блок фиксируется винтом или пористым имплантом из никелида титана.

3 метод (применяется при импрессии всей поверхности мыщелка, перелом типа 41-B2,1). Суть метода заключается в остеотомии мыщелка с дальнейшим его репозицией. Дефект костной ткани заполняется имплантом из никелида титана (вариант метода М.И.Ситенко) с последующим металлостеосинтезом пластиной, винтами.

4 метод (применяется при оскольчатых переломах мыщелков, перелом типа 41-C). Выполняется репозиция суставной поверхности через линию перелома, под артроскопическим контролем с последующим металлостеосинтезом пластиной или аппаратом внешней фиксации. При выраженном костном дефекте производится его пластика имплантом из никелида титана или местными тканями. Одна из операций была проведена на скелетном вытяжении, что значительно облегчило репозицию отломков.

При всех методах артротомия не производилась.

При переломах наружного мыщелка в последних трех методах был выполнен разрез по передней поверхности передней большеберцовой мышцы. При переломе внутреннего мыщелка по медиальному краю бугристости большеберцовой кости.

В послеоперационном периоде проводилось: физиолечение, противовоспалительная симптоматическая терапия.

Результаты исследования. При любых переломах ПМББК нами накладывался тугор на коленный сустав на 6 недель и исключалась нагрузка на конечность на 12 недель. После снятия тугора активные движения в коленном суставе разрешались.

Отдаленные результаты в сроки от 3 месяцев до 2 лет отслежены у 20 пациентов. Хорошие результаты получены у 19 пациентов, которые вернулись к прежней жизни. При этом объем активных движений у всех 19 больных был не менее 180-90°, болевой синдром купирован. 1 пациент (срок наблюдения 4 месяца) проходит реабилитационные мероприятия после снятия аппарата внешней фиксации.

Выводы. Так как большинство переломов ПМББК сопровождается дополнительными внутрисуставными повреждениями, необходимость артроскопии очевидна. При этом под артроскопическим контролем возможна максимально эффективная репозиция суставной поверхности, что положительно сказывается на результатах лечения, и как следствие, на качестве жизни наших пациентов, что и является главной задачей врачей ортопедов-травматологов.

Кожевников Е.В., Баженов П.А.

Алтайский государственный медицинский университет
городская больница N 1, г.Барнаул, Россия

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ГИДРОДИНАМИКА СИНОВИАЛЬНОЙ СРЕДЫ КОЛЕННОГО СУСТАВА И ЗАБОЛЕВАНИЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ГОНАРТРОЗЕ

Цель исследования. Изучить влияние перемещения синовиальной жидкости в коленном суставе на венозный отток по глубоким венам в подколенной области при остеоартрозе коленного сустава.

Все патологические расширения вен нижних конечностей возникают под воздействием ретроградного кровотока. В системе нижней полой вены условно различают три разновидности "насосов", которые в физиологических условиях участвуют в обеспечении оттока крови: "клапанный" насос - пассивно препятствующий ретроградному кровотоку, "насос" нижней полой вены, действие которого проявляется при повышении внутрибрюшного давления, "мышечный насос" конечностей - суммарная насосная деятельность сокращающихся мышц при ходьбе. Анатомические особенности расположения магистральных глубоких вен конечности исключают возможность их мышечной компрессии в подколенной ямке.

Ранее нами установлено, что кроме диффузного распределения синовиальной жидкости в коленном суставе, существуют морфологически обусловленные пути ее перемещения в горизонтальном и вертикальном направлениях.

При разогнутом коленном суставе синовиальная жидкость концентрируется в верхнем завороте, вертикальных парапателлярных каналах. При сгибании в коленном суставе синовиальная жидкость распределяется по верхним боковым заворотам. При увеличении угла сгибания синовиальная жидкость по бокам надколенника, по межмышечковой ямке, по крестообразному тракту спускается к межмышечковому возвышению большеберцовой кости. При дальнейшем увеличении угла сгибания синовиальная жидкость попадает в паракапсулярный подменисковый канал и по нему поступает в задний заворот. При максимальном сгибании коленного сустава синовиальная жидкость скапливается

в горизонтальных каналах коленного сустава и в заднем завороте. В момент разгибания контрастное вещество по горизонтальным и вертикальным каналам возвращается в верхний заворот коленного сустава.

Направление движения синовиальной жидкости и степень функционирования горизонтальных и вертикальных каналов коленного сустава зависят от фазы и величины угла сгибательно-разгибательных движений коленного сустава.

Нами проведены рентгеноконтрастные методы исследования коленного сустава и глубокой подколенной вены раствором урографина. В полость коленного сустава из наружно-верхнего заворота вводилось контрастное вещество. В нижней трети голени накладывался жгут и в подкожную вену вводилось контрастное вещество, что позволило контрастировать только глубокие вены. Рентгенологическое обследование проводилось в движении коленного сустава с видеозаписью полученных результатов.

Выявлены следующие закономерности: замыкание клапанов подколенной глубокой вены происходит при разогнутом коленном суставе, когда синовиальная жидкость скапливается в передне-верхних заворотах. При сгибании коленного сустава, когда синовиальная жидкость перемещается в задние завороты, клапаны подколенной глубокой вены открыты и венозная кровь перемещается в проксимальном направлении. При максимальном сгибании коленного сустава наблюдается открытие клапанов глубокой вены и отсутствие кровотока в ней выше подколенной области.

Данные наших исследований позволяют предположить, что перемещение синовиальной жидкости в коленном суставе по морфологически обусловленным каналам является "роликовым насосом" для глубокой подколенной вены.

При остеоартрозе коленного сустава, когда наблюдается отсутствие концентрации синовиальной жидкости в каналах ее перемещения и, как следствие, диффузное ее распределение на участках пораженных остеоартрозом, действие "роликового насоса" снижено, что ведет к ретроградному противоестественному кровотоку в венах нижних конечностей и развитию варикозной болезни нижней конечности.

Левина Л.В., Оганесян Э.Б., Якушева Т.С., Калашников В.В., Иванов А.В., Дроботов В.Н.

МУЗ городская клиническая больница N 11
МУЗ городская клиническая больница N 3 им. М.А. Подгорбунского
МУЗ городская клиническая больница N 1 им. М.Н Горбуновой
Государственная медицинская академия, г. Кемерово, Россия

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СУХОЖИЛИЯХ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Особое место среди повреждений кисти занимают повреждения сухожилий. Самое частое осложнение после шва сухожилия - процесс рубцевания, сращение сухожилия с окружающими тканями (Волкова А.Н., 1991г.). Плотность рубцового спаяния сухожилий зависит от состояния кровоснабжения в зоне повреждения. Длительный покой сшитого, сухожилия большой объем поврежденных тканей, как правило, заканчивается плотным рубцом. Несостоятельность шва сухожилия так-же одно из осложнений, которое встречается либо при раннем движении пальцев поврежденного луча, либо при чрезмерной ручной разработке при рубцовом спаянии сухожилий. Даже высокотехнологическое хирургическое лечение во многих случаях при отсутствии преемственности с реабилитологом не позволяет получить удовлетворительного функционального результата. Для многих больных восстановительное лечение заключалось либо в физиотерапии, либо отдельно в ЛФК,

что значительно ухудшает результаты функционального восстановления кисти.

Цель исследования. Создание комплексной реабилитационной программы, которая включала в себя одновременное применение физиолечения, ЛФК, массажа и медикаментозной терапии.

Важным моментом в восстановительном лечении является полное взаимопонимание пациента и врача. Поэтому при первичном осмотре считаем необходимым объяснять пациенту значимость всех лечебных процедур, их эффективность и реально оцениваем прогноз восстановления функции. Все восстановительные лечебные процедуры должны быть физиологически обоснованными, поэтому, приступая к лечению, оцениваем возможности кисти, учитываем морфофункциональные изменения в анатомических структурах пораженной конечности. Из физиопроцедур на раннем послеоперационном этапе назначаем магнитотерапию (N 15) и лазеротерапию (N 10), через 4-5 недель - электрофорез с йодистым калием (N 15-20) и ультрафонофорез с гидрокортизоном, электростимуляцию мышц (N 10-15). Лечебная гимнастика составляли индивидуально для каждого пациента в зависимости от сроков после операции, лимитирующих факторов установленных лечащим врачом. Перед процедурой лечебной гимнастики больной получал ручной массаж шеи, воротниковой зоны и всей конечности, проводилась мобилизация послеоперационного рубца. Важным этапом в восстановительном лечении является физиологически обоснованный подбор упражнений, установка их дозы, использование укладок после тепловых процедур, приема сердалуда (0,5-1г), механотерапии. Отмечено перспективное направление в восстановительном лечении использование аппаратов БОС.

За период с 2007 по 2008 гг. в ОВЛ МУЗ "ГКБ N 11" г.Кемерово пролечено 53 больных после реконструктивных операций на сухожилиях пальцев кисти. Положительные результаты получены у 45 пациентов и у 8 пациентов проведены повторные операции (тенолиз сгибателей).

Таким образом, комплексная реабилитация с учетом объема поврежденных тканей и периода восстановительного лечения позволяет получать положительные результаты у 85% больных.

Лукьянов В.В., Бондаренко А.В.

МУЗ "Городская больница N 1" г.Барнаул, Россия

РОЛЬ НАРУШЕНИЯ ВЕНОЗНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Лечение многооскольчатых, внутрисуставных и полисегментарных переломов сопряжено значительными трудностями и сопровождается большим числом осложнений. Наиболее частые и грозные из них это тромбозэмболические, которые встречаются в 50-80% случаев у данной категории больных.

Цель исследования. Изучить механизмы нарушения венозной гемодинамики и разработать меры профилактики тромбозов глубоких вен у пациентов с переломами нижних конечностей.

В основу научной работы легли результаты обследования и лечения 66 пациентов с переломами нижних конечностей, находившихся на лечении в МУЗ Городской больнице N 1 г.Барнаула. Распределили пострадавших на 3 группы.

В 1-ую группу вошли 20 пациентов после интрамедуллярного остеосинтеза гвоздем с блокированием, во 2-ую - 24 пациента после чрескостного остеосинтеза с иммобилизацией коленного сустава и последующей мобилизацией его в процессе

лечения в сроки от 1 до 1,5 месяцев после операции. В 3-ю группу - 22 пациента после чрескостного остеосинтеза с иммобилизацией коленного сустава.

Изучали максимальную линейную скорость кровотока ($V_{max}=0,164$ м/с) с помощью ультразвукового дуплексного сканирования.

Следует заметить, что на 1-3 сутки после операции на симметричных участках поврежденной и контралатеральной конечностей обнаружено отсутствие фазности кровотока, усиление скорости в 2-3 раза ($0,345\pm 0,023$).

У пациентов 1 группы, имевших возможность осуществлять активные движения в коленном суставе поврежденной конечности, функция мышечно-венозной помпы не страдала. На это указывает быстрое восстановление венозной гемодинамики к концу 2 недели, отсутствие тромбоза.

У пациентов 3 группы, не имевших возможности осуществлять активные движения в коленном суставе, функция мышечно-венозной помпы страдала в наибольшей степени. С началом ортостатических нагрузок у них происходил ряд последовательных изменений, ведущих к нарушению венозной гемодинамики вплоть до стаза к концу 6 недели послеоперационного периода. Тромбоз был отмечен у 5 пациентов, что составило 22,7% от числа пациентов в группе.

У пациентов 2 группы иммобилизация коленного сустава вызывала схожие изменения венозной гемодинамики в поврежденной конечности. Однако мобилизация коленного сустава вело к восстановлению функции мышечно-венозной помпы к концу 6 недели, устраняя имеющиеся нарушения венозной гемодинамики. Тромбоз глубоких вен диагностирован у 1 пациента в группе, что составило 4,1%.

Выводы:

1. В развитии клинически значимого тромбоза глубоких вен нижних конечностей в условиях остеосинтеза ведущую роль играют нарушения венозной гемодинамики вследствие дисфункции мышечно-венозной помпы.

2. Отсутствие движений в коленном суставе оперированной конечности ведет к венозному стазу, который является одним из факторов, способствующих тромбозу глубоких вен, который встречался в 22,7% случаев.

3. Адекватный двигательный режим устраняет нарушения венозной гемодинамики в оперированной конечности.

Мензорова Н.В., Кузнецова Н.А.

ГУЗ ДКБВЛ НПЦ "Бонум", г.Екатеринбург, Россия

ПРОФИЛАКТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ КРИОХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Переломы дистального эпиметафиза костей предплечья (ПДОП) являются распространенным видом травм и составляют до 33% всех повреждений длинных трубчатых костей и до 90% повреждений костей предплечья. Ситуацию усугубляют стягивающая или неудобная гипсовая повязка, близость перелома к лучевому, локтевому и особенно срединному нервам, что провоцирует формирование вегетативных нарушений, чаще синдромов Зудека и карпального канала. Многооскольчатые ПДОП вместе с посттравматическими туннельными и дистрофическими синдромами составляют от 17 до 53% неудовлетворительных исходов лечения.

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного лечения ПДОП за счет коррекции посттравматических нарушений трофики и кровотока.

На основании комплексного обследования 64 больных с осложненными ПДОП в сравнении с 20 пациентами группы контроля нами было подтверждено, что ведущую роль

в патогенезе развития заболевания имеют нарушения периферического кровотока и микроциркуляции на фоне вегетативного сдвига в сторону симпатической активности, от которых зависят степень выраженности и характер осложнений. Комплексное лечение больных с ПДОП предусматривало воздействие лечебных мероприятий общего и местного характера, в зависимости от степени и характера осложнений. Оно было направлено на предупреждение прогрессирования заболевания, создание условий для длительной компенсации кровотока, восстановления функции кисти. Нами использован новый способ создания таких условий, способствующих длительной ремиссии или ликвидации указанных - периартериальная криосимпатодеструкция (ПКСД). У большинства больных основной группы в ближайшем послеоперационном периоде показатели капилляроскопии были оценены на 2-3 балла с 7-х суток у 12 из 34 пациентов; с 30-х суток эта оценка была у подавляющего количества пострадавших. К 3 месяцам достигнутые показатели остались стабильными. В группе сравнения, несмотря на проводимое комплексное медикаментозное лечение, показатели капилляроскопии к 7-м суткам остались на том же уровне, что и до лечения. К концу месяца только у 20% пациентов достигнута стадия компенсации, у основной части больных (около 70%) - стадия субкомпенсации. К концу 3-го месяца стадия компенсации и субкомпенсации наблюдалась у одинакового количества пациентов (46%).

При оценке вегетативного статуса по данным компьютерной КИГ определена нормализация систем регуляции (ПАРС 0-4 балла) в основной группе с 7-х суток у 27 из 34 пациентов; с 30-х суток у 31 из 34 больных. Эта оценка к концу 3 месяца была во всех наблюдениях. На фоне проводимого курса комплексного лечения в отдаленном периоде в основной группе после применения ПКСД показатели периферического кровотока и микроциркуляции сохранялись в стадии компенсации в 100% случаев. В группе сравнения, несмотря на проводимое комплексное лечение с учетом формы осложнения, отмечено медленное изменение показателей периферического кровотока в сторону компенсации. В отдаленном периоде у 10 больных группы сравнения (33%) отмечены хорошие результаты лечения с оценкой 6-8 баллов. У 4 пациентов удовлетворительный результат лечения (5-3 балла) был связан с поздним обращением пациентов и сопутствующей патологией (сахарный диабет). Эти больные нуждались в проведении дополнительной коррекции.

Таким образом, трофические и туннельные синдромы при переломах предплечья в типичном месте с выраженной симпатикотонией являются показанием к периартериальной криосимпатодеструкции лучевой артерии. Способ позволяет добиться в 98% случаев отличных результатов.

Мензорова Н.В., Кузнецова Н.Л., Скороглядов А.В., Страхов М.А.

ГУЗ ДКБВЛ НПЦ "Бонум"
 ГОУ ВПО "Уральская государственная медицинская академия", г.Екатеринбург,
 ГОУ ВПО "Российский государственный медицинский университет"
 г.Москва, Россия

ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ЭПИМЕТАФИЗА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

Переломы дистального эпиметафиза костей предплечья (ПДОП) являются распространенным видом травм и составляют до 33% всех повреждений длинных трубчатых

костей и до 90% повреждений костей предплечья. ПДОП предусматривают в своем лечении четкой этапности манипуляций, направленной на купирование болевого синдрома, качественной репозиции, контроля сопоставления отломков, с последующей фиксации до сращения перелома. Существует достаточное количество разнообразных способов реализации всех этих задач. Это служит предпосылкой для большого количества вариантов ведения пациента в остром периоде травмы. Появление новых материалов для фиксации повлекло изменение методики ведения пациента.

В МУ "ЦГКБ N 23" г.Екатеринбурга с 2002г. по 2008г. в лечение острых травм ПДОП применен метод функциональной иммобилизации. Показаниями к его использованию были: переломы лучевой кости без смещения, разгибательные и сгибательные внесуставные переломы лучевой кости со смещением отломков, которое полностью устраняется при закрытой репозиции, а также внутрисуставные переломы без вывиха ладонного отломка, переломы лучевой кости с вывихом ладонного отломка, полные простые и многооскольчатые внутрисуставные переломы, при которых диастаз формируется по ширине. Успех консервативного лечения последней группы определяется состоятельностью связочного аппарата лучезапястного сустава. Применение принципа "функциональности" потребовало решения в иммобилизационных повязках таких моментов, как возможность движений в крупных суставах поврежденной конечности и возможность ранней опоры на конечность. В этом, на наш взгляд, и заключается принципиальное отличие функциональной иммобилизации от жесткой.

Цели функциональной фиксации звучат следующим образом: раннее восстановление утраченной функции, предупреждение развития и прогрессирования деформаций конечностей. Выполнение этих целей становится возможным при решении следующих задач: иммобилизация сегмента, разгрузка мышечных и костных образований, достижение мышечного равновесия, предотвращение развития контрактур, коррекция наступивших деформаций и усиление функции парализованных или слабых мышц. Собственные данные позволили сформировать принципы функциональной иммобилизации: иммобилизация не более чем наступление синостоза отломков 4-6 недель; дозированные активные движения, как в можно большем количестве, суставов сразу после снижения острых болей, на 2-3 день после травмы. Этот принцип подразумевает создание повязки, в которой близлежащие к месту перелома суставы подлежат иммобилизации в том случае, если существует угроза вторичного смещения отломков в результате движений в конкретном суставе. К достоинствам функциональной иммобилизации перед жесткой отнесены: создание условий для нормального кровообращения в поврежденной конечности, оптимизация процесса репаративной регенерации, поддержание нормального тонуса мышц, подвижность суставов и профилактика дальнейших изменений тканей.

Таким образом, использование методов функциональной иммобилизации ПДОП непосредственно после травмы или на этапе сращения отломков, наряду с эстетикой и удобством использования, позволяет улучшить интегральный показатель ближайших результатов лечения в 3 раза, снизить сроки временной нетрудоспособности на 7-10 дней в зависимости от характера выполняемого труда и получить высокий экономический эффект.

Мироманов А.М., Доржеев В.В., Витковский Ю.А.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г.Чита, Россия

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛИМФОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНОЙ АДГЕЗИИ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Установлено, что лимфоцитарно-тромбоцитарная адгезия (ЛТА), является объективным

показателем, отражающим состояние иммунологической реактивности организма. Однако в литературе отсутствуют сведения, как изменяется характер ЛТА у пациентов с осложненным и неосложненным течением открытых переломов длинных трубчатых костей.

Цель исследования. Изучение ЛТА и содержания цитокинов у пациентов с открытыми переломами конечностей.

Материал и методы. Нами проведено обследование 40 больных обоего пола с неосложненным и осложненным течением открытых переломов длинных трубчатых костей в возрасте от 20 до 50 лет. Первую группу составили 20 пациентов с неосложненным течением (заживление ран первичным натяжением). Вторая - 20 больных с гнойными осложнениями. Полученные данные сравнивались с результатами исследований, проведенных на 30 здоровых донорах в возрасте от 18 до 40 лет. Пациенты были сопоставимы по возрасту, нозологическим формам и распространенности патологического процесса, т.е. открытые переломы располагались на нижних конечностях и соответствовали IO2, MT2, NT1 (у 16 пациентов), IO3, MT2, NT1 (у 20 больных) и IO4, MT3, NT1 (у 4 пациентов) типу по классификации М.Е. Мюллера (1996). Всем пациентам при поступлении проводилась первичная хирургическая обработка, наложение аппаратов наружной фиксации и адекватное дренирование. Лимфоциты выделяли из цельной гепаринизированной крови на градиенте плотности урографин-фикол (плотность 1,077). Изучение показателя ЛТА проводили по методу Ю.А. Витковского (1999). Исследования проводились при поступлении, в последующем на пятые и десятые сутки после получения травмы. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики для связанных и не связанных между собой наблюдений с использованием критерия Стьюдента, а также вычислен показатель достоверности различий (P) при помощи электронной программы (Microsoft Office 2003 for Windows XP Professional).

Результаты исследования. Установлено, что у пациентов, как с неосложненным, так и с осложненным течением открытых переломов в первые сутки травмы значительно повышается способность лимфоцитов к взаимодействию с тромбоцитами в 2,1 и 2,7 раза соответственно. На пятые сутки, в первой группе отмечается снижение количества коагратов в 1,6 раза по сравнению с контролем, а по сопоставлению с первыми сутками в 3,4 раза, $p < 0,001$. Напротив, во второй группе наблюдается повышение ЛТА в 2,9 раза по сопоставлению с контрольными показателями, и не отличается от показателей первых суток ($p < 0,001$). На десятые сутки с момента операции, в первой группе исследуемые параметры не отличались от контрольных значений ($p > 0,05$), тогда как в группе с гнойными осложнениями отмечается уменьшение ЛТА в 2,8 раза по сопоставлению с контролем и в 8 раз с пятыми сутками ($p < 0,001$). Таким образом, определение ЛТА в раннем послеоперационном периоде при открытых переломах может служить прогностическим критерием развития гнойно-воспалительных осложнений.

Мироманов А.М., Намоконов Е.В., Новоселова О.Б.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г.Чита, Россия

СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Доказано, что практически любая хирургическая операция оказывает неблагоприятный эффект на системы организма и является мощным фактором активации окислительных процессов, главным проявлением которого являются инфекционные послеоперационные осложнения.

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость некоторых показателей

системы "ПОЛ-антиоксиданты" и адениловой системы сыворотки крови в развитии гнойно-воспалительных осложнений у больных в раннем послеоперационном периоде с переломами длинных трубчатых костей.

Материал и методы. Нами проведено обследование 48 пациентов с закрытыми переломами длинных трубчатых костей в возрасте от 18 до 52 лет. Первую группу составили 30 пациентов с неосложненным течением. Вторую группу - 18 больных с гнойно-воспалительными осложнениями. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц от 17 до 32 лет.

Пациенты были сопоставимы по возрасту, нозологическим формам и распространенности патологического процесса. Всем больным при поступлении проводилась открытая репозиция отломков, с последующим функциональным металлоостеосинтезом и адекватное дренирование. Определение концентрации макроэргов (АТФ, АМФ) осуществляли ферментными методами с использованием наборов фирмы "Boehringer Mannheim GmbH" (Германия). Концентрацию АТФ устанавливали по методу Bucher (1974), содержание АМФ по методике D. Jaworcer (1974). Оптическую плотность полученных растворов измеряли на спектрофотометре СФ-46, при длине волны - 340 нм. Исследование индикатора липидной перекисидации крови - малонового диальдегида (МДА) проводили по методике Ю.А. Владимирова (1972), оптическую плотность полученных результатов измеряли на фотоэлектрическом колориметре при длине волны 535 нм. Показатель антиоксидантной активности - глутатионпероксидазу (ГП) определяли по стандартной методике. Исследования проводились у больных на 2-е и 6-е сутки послеоперационного периода. Результаты. Установлено, что у пациентов с развившейся хирургической инфекцией уровень АТФ, ГП, по сравнению с контролем, уменьшался в 0,9 и 1,1 раза, тогда как содержание АМФ и МДА повышалось в 1,7 и 1,4 раза соответственно ($p < 0,001$). Клиническая картина в этой группе характеризовалась развитием гнойных осложнений. На фоне проведенной традиционной терапии у всех больных к 6 суткам отмечалось снижение исследуемых параметров относительно контрольных значений и оставалось неизменным в сопоставлении с 2 сутками ($p > 0,05$). В группе с неосложненным послеоперационным течением содержание АМФ, МДА по сравнению с контролем, увеличивалось в 1,5, и 1,3 раза, соответственно ($p < 0,001$). Уровень АТФ и ГП находился ниже контрольных значений в 0,9 раза ($p < 0,001$). В последующем уровень исследуемых параметров нормализовался, приближаясь к контрольным значениям. Клинически это характеризовалось заживлением послеоперационных ран первичным натяжением.

Учитывая полученные результаты, нами предложен способ прогнозирования развития гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде, основанный на расчете интегрированных показателей относительного содержания АМФ, МДА, АТФ и ГП. После чего производился расчет интегрированного коэффициента (К) по предложенной формуле. При $K < 3,0$ прогнозировали благоприятное течение послеоперационного периода. Если $K > 3,0$ прогнозировали развитие инфекционных осложнений.

Выводы. Исследование комплекса показателей адениловой системы и системы "ПОЛ-антиоксиданты" позволяет прогнозировать критический для развития воспаления уровень гипоксии в послеоперационном периоде, тем самым предвидеть возможность развития гнойно-воспалительных осложнений на стадии доклинических проявлений, что может позволить вносить необходимую коррекцию в лечение данной группы больных.

Миронов С.П., Пичхадзе И.М., Кузьменков К.А., Жадин А.В., Пичхадзе Е.И.
ФГУ "ЦИТО им. Н.Н. Приорова", г.Москва, Россия

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ НЕОАРТРОЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В АППАРАТЕ ПИЧХАДЗЕ 3 МОДЕЛИ

После удаления эндопротеза по поводу гнойно-воспалительных осложнений нередко бывают проблемы, связанные с невозможностью создания упора для проксимального отдела бедра и трудностью удержания бедренной кости в заданном положении. Это наблюдается при диспластических артрозах или после резекции по поводу остеомиелита, когда отсутствует крыша вертлужной впадины, и при значительном дефекте бедренной кости.

В клинике впервые для этой цели применен аппарат Пичхадзе 3 модели у больной 35 лет с диагнозом: хронический остеомиелит костей, составляющих правый тазобедренный сустав, свищевая форма, стадия ремиссии; двусторонний диспластический коксартроз, высокий врожденный вывих обеих бедер; состояние после эндопротезирования правого тазобедренного сустава. Тотальное эндопротезирование конструкцией ЭСИ было произведено 10 лет назад. Функцией конечности была довольна. Через 6 лет после операции без видимой причины открылся свищ в области правого тазобедренного сустава. Поскольку сохранялась стабильность компонентов эндопротеза, больной проводилось консервативное лечение. С течением времени заболевание прогрессировало, боли усилились, конечность стала неопорной. Длительное время сохранялось обильное гнойное отделяемое из свища. Пациентка госпитализирована. Во время оперативного вмешательства выявлено, что бедренный компонент эндопротеза довольно прочно закреплен в кости, но вот сама костная ткань размягчена, большой вертел и прилежащая к нему часть кости имбибированы красителем, из губчатого вещества выделяется гной, кость на срезе не кровоточит. Вертлужный компонент нестабилен, вылушивание его проведено без технических трудностей, ложе его так же покрыто разрастаниями грануляционной ткани, крыша практически отсутствует, дно истончено. Произведена резекция проксимального отдела бедра в пределах здоровой ткани, которая составила 10 см. Учитывая отсутствие вертлужной впадины, то есть возможности создания опоры бедренной кости, и обширную резекцию проксимального отдела бедра решено произвести фиксацию в аппарате Пичхадзе 3 модели. После установки тазового модуля аппарата, бедро фиксировано на 2-х уровнях в отведении 45°. Больная активизирована полностью через 2 недели. Укорочение составило 9 см. Фиксация в аппарате продолжалась 4,5 мес. На контрольных рентгенограммах выявлено, что в области вертлужной впадины сформировался обширный оссификат, который служит упором для проксимального отдела бедренной кости. Бедро постепенно приведено в физиологическое положение. Укорочение в результате - 6 см. Больная в ортопедической обуви передвигается самостоятельно, с полной опорой на пострадавшую конечность.

Таким образом, в случаях дисплазии вертлужной впадины и значительной резекции проксимального отдела бедренной кости, когда нет возможности создания полноценной опоры для бедренной кости, формирование опорного неоартроза тазобедренного сустава возможно при помощи фиксации таза и бедра в аппарате Пичхадзе 3 модели.

Набоких А. В., Ромашкина Л.В, Овчинникова З.С.

ГУЗ ОКОХБВЛ, г.Прокопьевск, Россия

АМОРТИЗАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Принцип амортизации является очень важным условием существования живых организмов. Он напрямую связан с принципом обратной связи и такой философской категорией как отражение. К амортизации относятся буферные системы и другие механизмы поддержания гомеостаза, хотя она не сводится только к гомеостазу. В технике амортизация - это поглощение, смягчение ударов, вибрации и т.п. (см. БЭС). Мы рассматриваем амортизационную функцию в более ограниченном (механическом, рессорном) варианте, как функцию защиты организма от толчков и сотрясений, т.е. амортизационная функция опорно-двигательного аппарата - это функция защиты от механических воздействий на организм, "гашение толчков и сотрясений". Амортизационная (рессорная) терапия - это лечение, направленное на сохранение и восстановление именно этой амортизационной или рессорной функции.

К специфическим методикам амортизационной терапии относятся рессорные гимнастика и массаж, тренировка чувства равновесия, амортизационная дыхательная гимнастика. К неспецифическим методам можно отнести почти весь арсенал современной медицины. Несостоятельность амортизационной функции проявляется в нарушении стереотипов движения, формировании функциональных блоков на различных уровнях опорно-двигательного аппарата с последующим развитием тугоподвижности, контрактур, ригидности позвоночника, конечностей, а также гипо- и гипермобильности. Нами разработана классификация рессорной недостаточности по степеням (легкая, средняя и тяжелая).

Благодаря восстановлению амортизационной функции можно приостановить развитие возрастной дегенеративной патологии организма: остеопороза, прогрессирующего уменьшения клеточных элементов нервной системы (т.н. нейропороза), атеросклероза, остеохондроза и т.д.

Цель исследования. Добиться улучшения результатов реабилитации больных с патологией опорно-двигательного аппарата с помощью амортизационной терапии.

Материалы и методы исследования. Наблюдение и восстановительное лечение проводилось в отделениях травматологии и реабилитации ГУЗ ОКОХБВЛ. За 3 года (2005-2007) пролечено 1380 пациентов с последствиями травм ЦНС и костно-мышечной системы. Из них 229 (16,6%) - с повреждениями позвоночника (87 с сопутствующей патологией стопы), 442 (32%) - с посттравматическим остеохондрозом (123 с патологией стопы), 90 (6,55%) - с контрактурами суставов (18 с сопутствующей патологией стопы), 296 (21,4%) - с артрозами суставов (79 с сопутствующей патологией стопы), 323 (23,4%) - с другой патологией опорно-двигательного аппарата (из них 212 с патологией стопы). Всем больным проводилось рентгеновское и функциональное обследование (РВГ, УЗДГ, ЭМГ, электронейрография, объем движений в пораженных сегментах). Для диагностики степеней рессорной недостаточности незаменимым оказалось использование программно-аппаратного комплекса МБН-Биомеханика (включающего подометрию, стабилometriю, пространственную гониометрию, клинический анализ походки). Все эти обследования проводились на базе ГУЗ ОКОХБВЛ г.Прокопьевска. Контроль за восстановлением рессорной функции стопы осуществлялся по величине проседания ладьевидной кости стопы при переходе пациента из положения сидя в положение стоя, когда величина проседания не превышает 3-4 мм. При нарушении рессорной функции отмечалось более выраженное проседание ладьевидной кости стопы.

1145 больных лечились традиционными методами, включающими медикаментозное лечение, блокады, ИРТ, мануальную терапию, массаж, физиотерапию, ЛФК. 235 больным в лечении использовались методики амортизационной терапии.

Результаты исследования. Критериями эффективности реабилитации явились: восстановление функции стоп, грудной клетки, подвижности таза, купирование болевого синдрома, восстановление работоспособности, показателей клинического анализа движений. 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). При восстановлении амортизационной функции стопы отмечалось меньшее проседание ладьевидной кости стопы.

У большинства из 1145 больных пролеченных по ранее принятым методикам достигнуто выраженное улучшение - 76%, у 23,11% - удовлетворительные результаты и у 0,89% - неудовлетворительные результаты, связанные с потребовавшимся в последующем оперативным лечением. Из 235 больных, пролеченных методами амортизационной терапии хороших результатов было 88,22%, удовлетворительных - 11,58%, неудовлетворительных - 0,42%. Отметим, что улучшение амортизационной функции достигнуто у 76% больных, в то время как в контрольной группе только у 48%. Подчеркнем, что большую роль в улучшении рессорной функции играет улучшение функционального состояния стоп. Стопы, наряду с позвоночником - это основные локальные звенья, вызывающие нарушения амортизационной функции.

Выводы:

1. Применение амортизационной терапии позволяет улучшить результаты 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, амортизационная дыхательная гимнастика.
4. Амортизационная терапия стопы - важнейшая часть амортизационной терапии всего опорно-двигательного аппарата.
5. Восстановление рессорной функции стопы оказывает благоприятное влияние на амортизационную функцию всего опорно-двигательного аппарата.
6. Для восстановления рессорной функции стопы требуется амортизационная терапия других отделов костно-мышечной системы.

Пичхадзе И.М., Кузьменков К.А., Жадин А.В., Пичхадзе Е.И.
ФГУ "ЦИТО им. Н.Н. Приорова", г.Москва, Россия

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Рост активных хирургических вмешательств на тазобедренном суставе в последние годы привел к значительному увеличению числа осложнений, в том числе и инфекционных (до 5-6%), что в свою очередь приводят к нестабильности эндопротеза, развитию хронического остеомиелита костей составляющих тазобедренный сустав, генерализации инфекции, и в конечном итоге, ведет к инвалидизации больного, а иногда и летальному исходу.

В первую очередь при развитии нагноения в зоне эндопротезирования необходимо решить вопрос о сохранности металлоконструкции. Показанием к удалению служат

признаки нестабильности хотя бы одного из компонентов эндопротеза. Так же следует удалять эндопротез при развитии выраженных остеомиелитических изменений костной ткани. Следует отметить, что реэндопротезирование после перенесенного воспалительного процесса, крайне рискованно, и таким пациентам показано формирование олеорного неоартроза. В молодом возрасте, при наличии стабильного эндопротеза производим попытку сохранения конструкции, выполняя санирующие операции, при возможности заменой полиэтиленового вкладыша, и длительным дренированием раны. Удаление эндопротеза сочетаем с резекционной секвестрнекрэктомией пораженной остеомиелитом костной ткани, удалением костного цемента, санацией костного канала бедренной кости. Завершается операция установкой дренажной системы, бедро отводится на 45°, с упором проксимального конца его в вертлужную впадину. Рана ушивается через все слои. Больной укладывается на кровать с данным отведением, и находится в таком положении около 5 недель. В течение всего периода постельного режима пациент занимается ЛФК, направленной на укрепление мышц обоих бедер, профилактикой застойных явлений в легких. В дальнейшем обучается ходьбе на костылях в ортопедической обуви (для компенсации укорочения), с отведением конечности. Приведение разрешаем через 4 месяца, постепенно уменьшая толщину подошвы ортопедической обуви. Оставшееся укорочение при желании пациента можно компенсировать удлинением голени по Илизарову.

Таким образом, формируется опорная нижняя конечность, позволяющая максимально реабилитировать пациента с гнойно-воспалительными осложнениями после эндопротезирования.

Синица Н.С., Обухов С.Ю., Черкасов В.М., Довгаль Д.А.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕРТЕСА В 1-3 СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Остеохондропатия тазобедренного сустава (асептический некроз головки бедренной кости) или болезнь Легг-Кальве-Пертеса была впервые описана в начале XX столетия Perthes (Германия), Calve (Франция), Legg (США). В русскоязычной литературе заболевание чаще называют болезнью Пертеса, так как этот автор не только практически одновременно с Legg и Calve описал заболевание, но изучал его и в дальнейшем. Составляет около 25-27% среди всех заболеваний тазобедренного сустава в детском возрасте. Большинство отечественных и зарубежных авторов признается факт резко возросшей заболеваемости за последние 10 лет, и факт расширения возрастных границ с 5-7 лет ранее до 4-11 лет в настоящее время, с увеличением частоты тяжелых форм с тотальным некрозом головки бедренной кости. Этиология заболевания окончательно не выяснена. Для заболевания характерна стадийность: вначале ишемия, некроз, затем восстановление. В литературе приводятся многочисленные классификации стадии болезни Пертеса: от 3 до 7 и более.

При консервативном лечении неудовлетворительные исходы наблюдаются в 12-40% случаев.

Мы предлагаем опыт лечения болезни Пертеса с использованием комплексного подхода и длительной полной разгрузки тазобедренного сустава, не влияющей на качество жизни.

Цель исследования. Оценить результаты лечения детей с болезнью Пертеса, находившихся на лечении в отделении детской травматологии и ортопедии.

Материалы и методы. Исследование основано на наблюдении 25 детей, из них 20 мальчиков и 5 девочек. Из них двухстороннее поражение наблюдалось в 2-х случаях. Правое бедро было поражено в 11 случаях, левое - 12 случаев. Возраст детей от 3-х до 9 лет. Базовым методом диагностики являлось рентгенологическое исследование,

рентгенография обоих тазобедренных суставов на одной пленке в прямой проекции и в положении Лауэнштейна.

Использовалась 5-стадийная классификация С.А.Рейнберга, основанная на классических морфологических исследованиях Axhausen (1925) и рентгенографии:

- I - до выявления на рентгенограмме изменений;
- II - импрессионного перелома;
- III - фрагментации;
- IV - восстановления;
- V - исходов.

Результаты и обсуждение. Дети поступали в сроки от 2-х до 4-х месяцев с момента начала заболевания, в основном с консультативного ортопедического приема детской поликлиники. 10 детей с болезнью Пертеса 2-ой стадии лечились традиционными консервативными методами, включая разгрузку тазобедренного сустава с дисциплинарным манжетным вытяжением и комплексным восстановительным лечением, направленным на восстановление кровообращения в области тазобедренного сустава и в пораженной конечности. Применялось стимулирование процессов рассасывания некротической костной ткани и в следующих за этим процессов костеобразования, с сохранением функции сустава, поддержание общего тонуса мышц и мышц конечности в частности, включая массаж, физиолечение, ЛФК, медикаментозную терапию.

Учитывая особенности патологического процесса, могут применяться различные комбинации видов оперативного вмешательства.

В отделении детской травматологии и ортопедии выполнялись следующие виды оперативных вмешательств:

- тунелизация шейки бедра, штифтование аутоотрансплантатом на питающей ножке - 4;
- тунелизация шейки бедра с тенотомией приводящих мышц - 2;
- тунелизация шейки бедра - 7;
- подвертельная остеотомия бедра, остеосинтез спице-стержневым аппаратом - 1;
- кортикотомия проксимальной трети бедра, дистракционный остеосинтез по Илизарову - 1.

Оперативное лечение дополнялось проведением разгрузки тазобедренного сустава на скелетном вытяжении с демпферными возможностями на функциональных шинах с проведением этапного восстановительного лечения.

Вид проведенного оперативного вмешательства не влиял на сроки стационарного лечения на первом этапе, так как разгрузка на скелетном вытяжении стандартно проводилась в течении 1 месяца, с последующим обучением ходьбе с сохранением разгрузки тазобедренного сустава с дополнительной опорой на костыли. Разгрузка продолжалась до нормализации рентгенологической картины, в сроки 2-3 года. Учитывая возраст детей при котором развивается болезнь Пертеса, практически невозможно исключить ими нарушение ортопедического режима. Неконтролируемая нагрузка приводит к сминанию головки бедра и развитию деформирующего коксартроза, что у 2-х детей привело к неудовлетворительному результату лечения с исходом в коксартроз.

Хорошие результаты отмечены у 16 детей и удовлетворительные у 7 детей.

Проблема послеоперационного ведения данной группы больных была решена в 2004 году, совместно с отделением протезирования. Был изготовлен съемный ортез, позволяющий проводить раннюю активизацию с сохранением полной разгрузки тазобедренного сустава.

В отделении принята схема ведения данной группы больных.

Оперативное лечение проводится в минимальном объеме - реваскуляризирующая

остеоперфорация - тунелизация шейки бедра; что позволяет устранить возникший венозный блок и ускорить репаративные процессы, при необходимости с дополнительной тенотомией приводящих мышц. Проведение скелетного вытяжения в течении 4-х недель на функциональных шинах способствует полной разгрузке больного сустава с проведением физиотерапевтических и реабилитационных процедур в необходимом объеме.

Изготовление съемного индивидуального ортеза и обучение ходьбе. Ребенок выписывается из отделения и может самостоятельно ходить без дополнительной опоры на костыли.

Практически полностью отпала необходимость повторной госпитализации в стационар для проведения курсов этапного восстановительного лечения. Лечение проводится амбулаторно на базе центра реабилитации и отделения восстановительного лечения.

Таким образом, с 2004 года пролечено 7 детей, во всех случаях отмечены хорошие результаты. У двух детей отмечено восстановление структуры и формы головки бедра через 8 месяцев после начала лечения.

Выводы:

Принятая схема лечения 1-3 стадии болезни Пертеса в детском отделении травматологии и ортопедии позволила ограничиться минимальным объемом оперативного вмешательства, достигнута ранняя активизация детей в послеоперационном периоде, исключая нарушение ими ортопедического режима, что ведет к сокращению сроков лечения и быстрому восстановлению анатомо-функционального состояния тазобедренного сустава.

Синица Н.С., Обухов С.Ю., Черкасов В.М., Довгаль Д.А.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров" г. Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ

Проблема лечения детей с политравмой приобретает все большую актуальность. В последнее десятилетие отмечается значительный рост не только числа пострадавших, но и степени тяжести травмы у детей.

Множественные повреждения являются одной из ведущих причин временной и стойкой утраты функциональной деятельности. Инвалидность, вследствие повреждений опорно-двигательной системы и их последствий при политравме находится в прямой зависимости от тяжести перенесенной травмы. Посттравматические состояния, приводящие к инвалидности и длительным функциональным расстройствам, отмечаются у 38% пострадавших. Летальность при политравме достигает 30-40%.

Тяжелое состояние больных с политравмой, трудности в определении "доминирующего" повреждения в остром периоде травмы, затруднения в выборе оптимального метода лечения и высокий процент летальных исходов, обуславливают актуальность проблемы.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения повреждения опорно-двигательной системы у детей с политравмой на основании ретроспективного анализа.

Материалы и методы исследования. Работа основана на анализе результатов лечения 74 детей, находившихся на лечении по поводу политравмы, которые прошли через отделение реанимации в ФГЛПУ "НКЦОЗШ" г. Ленинска-Кузнецкого с 1999 по 2008 гг. Из 74 пациентов, 45 пострадавших доставлены бригадой постоянной готовности из других районов области, что составляет 60,8%.

В ходе работы были использованы рентгенологический метод исследования, а также компьютерная томография и магнитно-резонансная томография.

Из общего количества пострадавших наиболее часто наблюдалась в условиях

моносочетанной травмы опорно-двигательной системы сочетанная черепно-мозговая травма, у 54,9% детей. Множественные переломы костей конечностей были вторыми по частоте, и наблюдались у 23 (31%) детей. Повреждения органов брюшной полости наблюдались у 22 (29,7%) детей.

Переломы позвоночника и костей конечностей диагностированы у 3 (4%) детей. При множественной и сочетанной травме переломы костей таза встречались у 9 (12,1%) пострадавших. Открытые переломы и обширные скальпированные раны наблюдались у 18 (24,3%) случаев среди всех больных.

Были доставлены в наше учреждение в течение первых двух часов с момента травмы 29 детей (39%). Из общего числа госпитализированных, позже двух часов с момента травмы, в течение первых суток к нам поступили 41 (55,4%) пострадавших, по прошествии одних суток и более - 4 (5,4%). Это связано с транспортировкой пострадавших детей своими силами из других лечебных учреждений области.

Среди больных преобладали мальчики - 58,1%. Средний возраст пострадавших составил $10,4 \pm 1,0$ лет. Основную часть пострадавших составили дети в возрасте от 12 до 14 лет - 34 (49,1%) больных.

Главным источником возникновения политравмы у детей является ДТП, на долю которого приходится 60 (81%). Второй по частоте причиной является спортивная и железнодорожная, наблюдавшаяся у 10 (13,5%) пострадавших. Далее: падение с высоты (падения с деревьев, окон или балконов высотных домов, с крыш домов и гаражей), которое наблюдалось в 4 (5,4%) случаях.

Результаты исследования и их обсуждение. Наиболее типичным для монотравматических повреждений верхних конечностей было сочетание чрезмыщелковых и диафизарных переломов плечевой кости (38,4%). Переломы костей предплечья в различных сочетаниях наблюдались у 66,6% пострадавших, с преимущественным повреждением дистального отдела (56,9%).

При повреждениях верхних конечностей преобладали повреждения костей предплечья (91,1%) с подавляющим большинством переломов костей обеих предплечий (64,6%) и преимущественной локализацией перелома в дистальном отделе (74,2%). Определение метода лечения не представляет сложностей. Более сложен выбор оптимального метода хирургического лечения, связанный с разнообразием сочетаний, исключающих однотипный подход.

В случаях закрытых переломов лечение проводилось с соблюдением единых принципов ("от простого к сложному") в выборе последовательности манипуляций. Все переломы требовали, по возможности, одномоментную и окончательную репозицию отломков с использованием простых и наиболее атравматичных способов репозиции и фиксации.

Результаты лечения данной группы больных показали высокую эффективность и рациональность применения как консервативных методов, так и хирургических.

При переломах бедренной кости у детей старше 6 лет методом выбора является закрытый интрамедуллярный остеосинтез напряженными стержнями. Лечение переломов костей верхних и нижних конечностей начинали с репозиции отломков костей верхних конечностей. Исключение составляли открытые переломы костей нижних конечностей, которые требуют лечения в первую очередь.

Открытая репозиция костей проведена у 33 (44,5%), у остальных 41 (45,5%) проводилась закрытая репозиция с различными методами фиксации.

Всего в группе больных из 74 детей с политравмой прооперировано 42 ребенка (56,7%), на 57 сегментах, включая 26 неотложных и 16 отсроченных.

Из 74 детей с политравмой, наблюдавшихся в клинике, погибли 3 (4%). Острые посттравматические реакции (шок, кровопотеря и т.д.) при повреждениях нескольких

анатомических областей определяли критические состояния у погибших.

У двух детей доминировала тяжелая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга со значительным повреждением вещества головного мозга, особенно базальных структур, в сочетании с переломами бедренной кости у одного, двух бедер у другого больного, в сочетании с разрывом легкого, гемотораксом.

У третьего больного доминировали повреждения брюшной полости - разрыв печени и селезенки в сочетании с переломом костей таза, переломом бедра и черепно-мозговой травмой.

Выводы:

1. Основной причиной политравмы является дорожно-транспортные происшествия (81%).
2. В структуре политравмы сочетанные повреждения опорно-двигательной системы с травматическими повреждениями ЦНС составляют 59,4%.
3. При лечении повреждений опорно-двигательной системы у детей с политравмой целесообразны малотравматичные способы репозиции и фиксации повреждения костной системы в раннем периоде травмы.
4. Основой лечения скелетной травмы у детей является раннее восстановление поврежденной кости. Ранняя стабилизация костных отломков позволяет быстрее выйти из тяжелого состояния.
5. Дети с множественной и сочетанной травмой должны лечиться в специализированных многопрофильных учреждениях, необходима их ранняя транспортировка в эти учреждения.

Сорокин Н.Н., Выговский Н.В., Сорокин А.Н.

НГМУ Кафедра травматологии, ортопедии и медицины катастроф
МУЗ ГКБ № 34, г.Новосибирск, Россия

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЛОМУСНЫХ ОПУХОЛЕЙ БАРРЕ-МАССОНА

В отделении Микрочирургии кисти за период с 1998 г. по 2008 г. находились на лечении 7 больных женщин, страдавших опухолями Барре-Массона. Средний возраст больных 45 лет. Опухоли были одиночные и располагались на дистальных фалангах пальцев кистей. Длительность заболевания от 2 до 16 лет. У 4-х больных опухоли достигали величины горошины, они прощупывались в виде плотных блестящих резко болезненных образований у основания ногтевой фаланги. Палец был гипертрофичным, у всех из них были узурь кости на рентгенограмме (на месте давления опухоли). Кожная температура на больном пальце повышена, например, в области опухоли 25,5°, а на соответствующей области здорового пальца она равна 19°. У остальных больных опухоли были величиной с рисовое зерно и до операции они не видны.

Основным признаком опухоли Барре-Массона является боль, которая нарастает постепенно, что объясняется медленным ростом опухоли. Первоначально больные отмечают повышенную чувствительность той области, где развивается новообразование, к прикосновению и изменению температуры. Диагноз точного места расположения опухоли ставился на основании тщательного исследования тупой стороной иглы - определялось место резкой болезненности.

Удаленные опухоли подвергались микроскопическому обследованию.

У двоих больных опухоли имели ангиоматозную структуру, у 4-х опухоли состояли из однотипных густо расположенных эпителиоидных клеток, заключенных в плотную соединительно-тканную капсулу.

Среди наблюдаемых нами больных, у 6 боли носили приступообразный характер, и только у 1-й больной отмечались боли постоянные без приступов.

Приступы характеризовались резкими болями жгучего, колющего, сжимающего или сверлящего характера. Больные часто сравнивали их с уколом иглы. Нередко боли носили генерализованный характер с выраженным вегетативным компонентом, а именно иррадиация болей по всей конечности и в область сердца. Приступы болей у 6 больных провоцировались прикосновением или с явлением области локализации опухоли, нередко изменением внешней температуры. Самопроизвольные боли отмечались у 3 больных. Болевой синдром при опухолях Барре-Массона наиболее вероятно объясняется тем, что сосудистые гломусы богато снабжены нервными колоннами. Из-за наличия большого количества нервных волокон и связи с тельцами Фатер-Пачини, Массон и М.И. Блох считали сосудистые гломусы периферическим аппаратом чувствительности.

Объективные признаки заболевания скудные. При подкожной локализации опухоли можно отметить сглаженность рисунка кожного покрова, кроме того, над опухолью вырисовывается иногда розовое или цианотично-розовое пятно. При подногтевом расположении опухоли можно наблюдать деформацию ногтевой пластинки или поперечную исчерченность ее.

На рентгенограммах нередко определяется деструкция кости и виде узур на месте расположения опухоли. Наблюдаемые нами больные до поступления продолжительное время лечились в различных лечебных учреждениях с диагнозами: неврит, невралгия, панариций, облитерирующий эндартериит, эритромелалгия, нейрофиброма, истерия и т. д.

Все 7 больных подверглись оперативному лечению. Опухоли удалены радикально и верифицированы гистологически. Непосредственно после операции боли прошли у 6 больных. У 1-й больной после удаления опухоли из ногтевого ложа III пальца левой кисти боли продолжались в течение 8 дней и прошли только на 9 сутки.

Отдаленные результаты: из 7 оперированных больных у всех отмечается полное выздоровление.

Срок наблюдения от 6 месяцев до 6 лет.

Сорокин Н.Н., Выговский Н.В., Сорокин А.Н.

НГМУ Кафедра травматологии, ортопедии и медицины катастроф
МУЗ ГКБ N 34, г.Новосибирск, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОКСИАПАТИТНЫХ КОМПОЗИТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНХОНДРОМой КИСТИ

До 2002 года в отделении Микрохирургии кисти МУЗ ГКБ N 34 лечение больных с энхондромой пальцев кисти или пястных костей представляло известные трудности. Достаточно известны работы по лечению солитарных кист костной соломкой, костной стружкой. Синтез таких материалов как, КоллАпан, Остеоматрикс и ЛитАр значительно облегчил труд хирургов.

С 2005 по 2008 год пролечено 20 больных с аутопластикой полостей фаланг и пястных костей кисти материалом ЛитАр. У всех больных наступило полное излечение, подтвержденное рентгенологическим исследованием через год.

После разреза по боковой поверхности пальца трепанируем пораженную энхондромой кость фаланги. Тщательно выскабливаем ложкой опухолевый детрит. После чего полость промываем 3% раствором перекиси водорода, удаляя частички опухолевой ткани окончательно.

Далее применяем промывание полости раствором антисептика и укладываем ЛитАр. Трепанационное отверстие надкостницей не закрываем. Диагноз: "Энхондрома" подтвержден во всех случаях гистологическим исследованием.

Через 3-4 дня возникает воспалительная реакция. Все это время больной получает антибиотики цефалоспоринового ряда в течение 7-10 дней. Воспалительная реакция проходит на 7-9 сутки. Швы снимаем на 14 сутки. Все время лечения больная конечность находится в гипсовой съемной шине до 1,5 месяцев. Полученные отдаленные результаты через 3-4 года зафиксированы рентгенологически - все больные излечены полностью, рецидивов не было.

Старых В.С., Федоров А.С.

МУЗ "Городская клиническая больница N 3 имени М.А. Подгорбунского", г.Кемерово, Россия

ИЗОБРЕТЕННЫЕ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ УСТРОЙСТВА ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВЫВИХАХ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

Хирургическое лечение вывихов акромиального конца ключицы не является большой проблемой для ортопедов и травматологов, но выбор способа лечения зависит от диагноза, который в различных учреждениях формулируют не одинаково. В одних, согласно классификации ВОЗ, устанавливают лишь вывих акромиального конца ключицы, и тогда задача оперативного вмешательства может сводиться к устранению вывиха и удержанию ключицы во вправленном состоянии до сращения мягких тканей. В других диагностируют повреждение капсульно - связочного аппарата акромиально - ключичного сустава, и целью операции становится не только вправление и удержание ключицы, но и реконструкция связок. Считают, что при полном вывихе разорваны все связки, а при неполном сохранена неповрежденной клювовидно - ключичная связка (Новаченко Н.П., 1968). Принято выделять застарелые вывихи акромиального конца ключицы (Мовшович И.А., 1983), и методика операции при них может быть иной, чем при свежих повреждениях. Поскольку от имеющейся патологии и сроков, прошедших после травмы, зависит тактика хирурга и выбор метода хирургического лечения, разработано множество способов оперативного вмешательства и устройств для удержания ключицы во вправленном состоянии. Часто рекомендуют и применяют металлические гвозди, шурупы, проволоку, пластины и другие конструкции, и аппараты внешней фиксации. Однако недостатки известных металлических фиксаторов побудили нас к разработке новых более совершенных устройств для хирургического лечения больных с вывихами акромиального конца ключицы.

Наши разработки были направлены на создание новых устройств для оперативных вмешательств в зависимости от характера патологии у таких больных. Известно, что вправление акромиального конца ключицы не представляет трудностей, но удержание ключицы в должном положении требует прикрепления ее к акромиальному отростку лопатки, что может приводить к значительной травме акромиона. Поэтому было изобретено устройство для вправления вывиха суставных сочленений (авторское свидетельство на изобретение N 1573568) и специальный репонатор для быстрого вправления ключицы при вывихе ее акромиального конца и надежного удержания во время операции (патент РФ N 2191549). Создано устройство для внутрикостного введения стержня в ключицу (а.с. N 1519676) и инструмент для оперативной фиксации акромиального конца ключицы (а.с. N 1601814). Разработан оригинальный накостный металлический фиксатор, исключая повреждение костной ткани ключицы и акромиального отростка (а.с. N 971297), устройство для наложения такого фиксатора (а.с. N 1018628), а также щипцы для снятия этого фиксатора с ключицы (а.с. N 106848).

Изучение результатов хирургического лечения больных с вывихами акромиального конца ключицы показало простоту применения изобретенных металлических конструкций.

Наряду с этим выявлены и нежелательные для больных недостатки: временное замыкание сустава, что может способствовать развитию артроза (Аникин Л.Н., Аникин Н.Л., 2002; Шаповалов В.М., Грицаков А.И., Ерохов А.Н., 2004); отсутствие элементов восстановления разорванных связок и потребность повторного оперативного вмешательства для удаления металлического фиксатора, приводящего к дополнительной травме организма с возможностью возникновения осложнений. Наличие недостатков ранее известных и наших металлических фиксаторов мотивирует дальнейшее совершенствование способов лечения больных с вывихами акромиального конца ключицы с замещением поврежденных связок без оставления металла в тканях.

Тонких С.А., Голоденко А.И., Афанасьев И.В.
ГУЗ Краевая клиническая больница, г.Барнаул, Россия

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ПРИ ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМЕ

Остеобластокластома (ОБК), или гигантоклеточная опухоль кости, характеризуется своеобразным клиническим течением, полиморфностью рентгенологической картины и особым видом ее кровоснабжения. Данное новообразование относится к группе опухолей, собственно костной ткани, остеогенного происхождения и наблюдается как в доброкачественном, так и в злокачественном варианте, что свидетельствует об относительности ее морфологического деления, которое не всегда является абсолютным.

Тактика хирургического лечения остеобластокластомы зависит от ее формы, локализации и распространенности. Мы предпочитаем осуществлять резекцию опухоли по длине сегмента в пределах здоровой костной ткани с использованием метода скользящего аутоотрансплантата по Г.А. Илизарову.

Больной П., 22 лет, с активно кистозной формой остеобластокластомы нижней трети большеберцовой кости справа была осуществлена резекция большеберцовой кости в пределах здоровых тканей на протяжении 12 см с сохранением участка задней кортикальной пластинки. По передней поверхности проксимального отломка большеберцовой кости был сформирован костный отщеп (аутоотрансплантат) и осуществлен билочальный дистракционно-компрессионный остеосинтез голени аппаратом Илизарова из 4 колец. С 7-х суток после операции начато дозированное перемещение костного аутоотрансплантата в сторону дефекта костной ткани по 0,25 мм x 4 раза в сутки. Пациентка передвигалась самостоятельно, используя костыли, с дозированной нагрузкой на оперированную конечность. Через 10 дней от начала дистракции был осуществлен рентгеновский снимок голени для контроля за степенью перемещения костного аутоотрансплантата. Дальнейшее замещение костного дефекта большеберцовой кости с прежним темпом дистракции было осуществлено в амбулаторных условиях. Контрольные осмотры проводились один раз в месяц. Замещение костного дефекта большеберцовой кости было закончено через 128 дней. Функция коленного и голеностопного суставов была сохранена с достаточной амплитудой движений. Пациентка ходила с полной нагрузкой на оперированную конечность. Стабильная фиксация голени аппаратом Илизарова была продолжена в течение 74 дней до формирования полноценного костного регенерата большеберцовой кости. После демонтажа аппарата Илизарова пациентке была рекомендована ходьба с костылями, с осуществлением поэтапного выхода на полную нагрузку на оперированную конечность в течение одного месяца.

Срок наблюдения за состоянием пациентки 4 года. Ходит без дополнительных средств опоры. Хромота отсутствует. Ось голени и длина оперированной нижней конечности сохранены. Рентгенологическая картина большеберцовой кости представлена полноценной

костной тканью на всем протяжении. Признаки опухолевого процесса кости отсутствуют.

Таким образом, билочальный дистракционно-компрессионный остеосинтез конечности по Г.А.Илизарову является методом выбора при необходимости замещения протяженных дефектов костной ткани в онкологической практике.

Ударцев Е.Ю., Распопова Е.А., Чанцев А.В.

Алтайский государственный медицинский университет, г.Барнаул, Россия

НОВЫЕ ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ОСТЕОАРТРОЗАМИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Несмотря на совершенствование методов лечения острых повреждений тазобедренного (ТБС), коленного (КС) и голеностопного (ГСС) суставов частота осложнений в виде развития посттравматического остеоартроза (ПТОА) составляет от 10,2 до 69,8%, инвалидность достигает 35%. Многообразие клинических проявлений, связанное с характером и тяжестью повреждений структурных компонентов сустава, создает сложности в диагностике, затрудняет выбор адекватного лечения.

Для верификации посттравматических структурных изменений и функциональных нарушений в опорном органе нами на основе комплекса специальных методов исследования разработан диагностический алгоритм, использование которого при обследовании больных с ПТОА ТБС, КС и ГСС III стадии (по Kellgren&Lawrence, 1957) позволило выявить патогенез и дифференцировать клинические синдромы, характерные для ПТОА: болевой, медуллярной гипертензии, повышенного внутрисуставного трения, синовиального воспаления, мышечных и вегетативных дисфункций, энтезопатии, контрактуры. Спецификой ПТОА явилось различное сочетание синдромов в зависимости от локализации и стадии процесса. В соответствии с проведенными исследованиями 291 больному (основная группа) проведено комплексное лечение на основе сочетанного применения лечебных физических факторов и медикаментозных средств с учетом их влияний на патогенез выявленных синдромов и возможностей взаимного потенцирования развивающихся лечебных эффектов. В группе сравнения (258 человек), лечение включало стандартную терапию исходя из активности воспалительного процесса в суставе, зафиксированного по результатам лабораторных исследований крови (СОЭ, белки острой фазы воспаления).

Оценка результатов проведена в два этапа. На первом количественно изучали ближайшие результаты в соответствии с рекомендациями EULAR (2003) путем определения величины терапевтического эффекта (ES - effect size) в отношении каждого из исследуемых показателей. ES отражала стандартизованную среднюю разницу между исследуемыми группами. На втором этапе изучали темпы прогрессирования ПТОА. Для этого в сроки от одного до 5 лет ежегодно проводили диагностический мониторинг с количественной оценкой у каждого больного показателей, характеризующих прогрессирование заболевания: ширина рентгеновской суставной щели, толщина гиалинового хряща, состояние синовиального гомеостаза, объем движений в суставе, суммарные значения индекса WOMAC. Отсутствие прогрессирования каждого из этих 5 признаков оценивали в 1 балл, отрицательную динамику исследуемых значений - в 0 баллов.

Таким образом, максимально возможное число баллов у одного больного составляло 5, минимальное - 0. Расчеты проводили по формуле:

$$\text{ОРЛ} = (\text{ЧБп} \times \text{п}) : (\text{ЧБм} \times \text{п}) \times 100,$$

где ОРЛ - отдаленные результаты лечения; ЧБп - число полученных баллов у каждого больного; ЧБм - максимально возможное число баллов; п - количество больных в исследуемой группе.

Полученные значения давали количественную оценку темпов прогрессирования ПТОА и позволяли судить о достижении конечной цели лечения - стабилизации дегенеративно-дистрофического процесса в суставе.

Таким образом, применение разработанных тактических подходов к диагностике и лечению больных с посттравматическим остеоартрозом позволило нам улучшить ближайшие результаты лечения больных основной группы при локализации процесса тазобедренном суставе - на 33,5%, коленном - на 47,7%, голеностопном - на 30,6%. Изучение в пятилетний период отдаленных результатов лечения этой категории больных показало, что ежегодное лечение с применением разработанных технологий способствовало снижению темпов прогрессирования дегенеративного процесса в тазобедренном суставе на 55,1%, в коленном - на 49,1%, в голеностопном - на 52,3% по сравнению с методами, использованными в группе сравнения.

Шлыков И.А., Зубарева Т.В., Стэльмах К.К.

ФГУ "УНИИТО им. В.Д. Чаклина Росмедтехнологии им. В.Д.Чаклина", г.Екатеринбург, Россия

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПО ЭМНГ-ДАНЫМ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ТАЗА В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ

При осложненных сочетанных повреждениях таза по данным разных авторов летальность составила 30-100%, инвалидность до 66,7%, неудовлетворительные результаты лечения до 74% случаев. Переломы костей таза приводят к поражениям пояснично-крестцового сплетения и дистальных отделов периферических нервов нижних конечностей. Часто повреждения нервов встречаются без сопутствующих переломов костей нижних конечностей. Электронейромиография (ЭМНГ) позволяет дифференцировать уровень поражения нервных стволов, что помогает применить адекватную тактику лечения и прогнозировать исход реабилитации.

Цель исследования. Методом ЭМНГ исследовать характер нарушений нервно-мышечного аппарата (НМА) у больных с повреждениями таза в различные сроки после травмы.

Материалы и методы. Обследованы 3 группы больных с травмой таза в разные сроки после травмы:

- 1 группа - 47 человек со свежими переломами костей таза (через 13 дней после травмы);
- 2 группа - 32 человека через 1 год после травмы;
- 3 группа - 40 человек в отдаленные сроки после травмы (через 3,4 года).

Проведен анализ невралгических нарушений по данным ЭМН: дистальный уровень - область голеностопных суставов и проксимальный - уровень пояснично-крестцового сплетения (ПКС). Средний возраст больных в группах 37-39 лет. ЭМНГ проводилось с помощью электронейромиоанализатора "Нейромиан" (Таганрог).

Дистальные повреждение невралгических стволов наблюдаются по данным разных авторов в 30-60% случаев. По нашим ЭМНГ - исследованиям у больных со свежими травмами тазового кольца, нарушения периферического НМА нижних конечностей были отмечены в 62% случаев. ЭМНГ - признаки мононейропатии была отмечена в 34% случаев, причем в 7 раз чаще, был поврежден малоберцовый нерв - в 30% случаев, и гораздо реже - в 4% случаев, большеберцовый нерв. Повреждение двух периферических нервов было отмечено в 17% случаев. Поражение трех и более нервов наблюдалось в 11% случаев.

Особенность повреждения нервных стволов при переломах таза заключается в их проксимальной локализации - на уровне ПКС, который можно исследовать с помощью методики F-волн ЭМНГ (L4-L5 - n.peroneus; S1-S2 - n.tibialis). Нами были определены

параметры нормы (латентности, амплитуды, блоки, скорости) F-волны при стимуляции n.tibialis, n.pesoneus. Информативными показателем были амплитуды. Латентности F-волн и СПИ практически всегда сохранялись в норме.

В 1 группе из 47 больных со свежим поражением тазового кольца только в 6% случаев были зарегистрированы параметры нормальной функции НМА. В 94% находили изменения на разных уровнях НМА, из них были зафиксированы нарушения дистальном отделе 11%, в проксимальном отделе 32%. Изменения НМА в обоих отделах имелись у 51% пациентов.

Через 1 год после травмы (2 группа 32 человека, средний возраст 37 лет) при ЭМНГ - обследовании в группу нормы вошло 13% случаев. В 87% случаях были зарегистрированы признаки нарушения НМА. В 52% найдены изменения в проксимальных отделах ПКС, а в 32% - нарушения и в дистальных и в проксимальных отделах. Снизилась доля дистальных нарушений - 3% случаев.

У больных с отдаленными сроками после травмы, в среднем через 3,4 года (3 группа из 40 человек, средний возраст 39 лет) после проведения ЭМНГ - исследования в границы нормы попало уже 20% обследованных. У 80% пациентов оказались те или иные признаки нарушений. В проксимальных отделах на уровне ПКС - у 45% больных, в 33% изменения ЭМНГ - параметров выявлены и в проксимальных и в дистальных отделах и только 2% в дистальных.

Таким образом, реабилитация пациентов с повреждениями тазового кольца и поражением невралных структур растягивается на длительный период времени, более 1 года. Через 1-3 года после травмы происходит относительная нормализация ЭМНГ- параметров. Количество пациентов, входящих в границы нормы постепенно растет: 6% - после свежей травмы, 13% - через 1 год после травмы, 20% - через 3 и более лет. Но даже через несколько лет у таких пациентов сохраняются ЭМНГ - признаки нарушений НМА, преимущественно с изменениями на уровне ПКС.

Ямковой А.Д., Паршиков М.В., Валенцев Г.В., Макаров С.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет,
Городская клиническая больница N54, г.Москва, Россия

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕГО КОНЦА ПЛЕЧА

Наиболее распространенным методом лечения переломов верхнего конца плеча является консервативный. В тоже время в последнее время с появлением новых технологий и фиксирующих конструкций показания к хирургическому лечению значительно расширяются.

В травматологическом отделении ГКБ N 54 г.Москвы за период с 2006 по 2008 года прооперировано 50 пациентов с различными над и подбугорковыми переломами плечевой кости. Возраст больных колебался от 15 до 82 лет, причем большая часть из них была в диапазоне 50-77 лет.

Из надбугорковых (внутрисуставных) наблюдались следующие переломы: в 3 случаях - изолированные многооскольчатые переломы головки плечевой кости, у 2-х человек перелом головки сопровождался значительным ее смещением и вывихом. У 6 больных перелом локализовался на уровне анатомической шейки, при этом у 3 из них он носил оскольчатый характер.

Основной задачей при определении показаний и выработке тактики лечения данной категории пациентов являлось достижение конгруэнтности с целью восстановления подвижности в суставе.

Большим осуществлялась открытая репозиция с последующим остеосинтезом анатомически моделированными пластинами для проксимального отдела плеча типа LPHP, PHILOS,

лист-клевер. При наличии импрессии головки, либо дефекта дополнительно производили пластику ChronOS inject (инъецируемый, остеокондуктивный, биodeградируемый синтетический материал для замещения костной ткани). Объем вводимого материала от 2,5 до 5,0 см³. Во всех наблюдениях резекцию головки и артродез удалось избежать.

Из подбугорковых (внесуставных) переломов у 37 больных наблюдался перелом хирургической шейки плечевой кости, в 12 случаях который был многооскольчатый и носил нестабильный характер. В 28 наблюдениях выявлялся абдукционный, а в 9 - аддукционный перелом. У 11 больных имело место полное разделение отломков. Еще у 2-х человек отмечался застарелый вывих плеча с отрывом большого бугорка, при котором осуществлено открытое вправление, репозиция и остеосинтез спонгиозными винтами.

Больным с переломами хирургической шейки производилась открытая либо закрытая репозиция отломков с фиксацией различными конструкциями (накостные пластинки, интрамедуллярными гвоздями типа Chm, Fixion ИЛ). У 4-х больных с оскольчатым характером перелома и наличием дефицита костной ткани остеосинтез дополнен пластикой ChronOS inject.

Выбор того или иного фиксатора объясняется видом линии излома и возможностью достижения стабильного остеосинтеза.

В послеоперационном периоде рука укладывалась на отводящую шину. Движения в оперированной конечности начинали с 2-4-го дня после вмешательства.

Результаты лечения прослежены от 3-х месяцев до 1,5 лет.

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т.

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицины
г. Фергана, Узбекистан

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Выполнение восстановительных операций, в частности реваскуляризации, реиннерваций и реплантаций при сложных повреждениях конечностей, стало возможным благодаря использованию средств оптического увеличения и микрохирургической техники.

Целью данной работы явилось показать необходимость использования микрохирургических технологий в оказании помощи больным со сложными повреждениями конечностей.

Проведен анализ опыта использования средств оптического увеличения и микрохирургической техники в восстановлении периферических сосудов, нервов, сухожилий и дефектов мягких тканей у 1344 больных, получавших лечение в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии Ферганского филиала Республиканского научного Центра экстренной медицины. Мужчин было 1089 (81%), женщин - 255 (19%), из них детей - 194 (14,4%). Возраст больных - от 1,5 до 69 лет.

В основу хирургической тактики у пациентов с открытыми сочетанными повреждениями конечностей, в том числе и отрывами, положен принцип одномоментного восстановления всех поврежденных анатомических образований, что позволяет начать раннюю активно-пассивную разработку движений. Использование всех современных мер профилактики инфекции наряду с обязательным восстановлением артерий (в том числе парных предплечья и доминантных пальцев) и адекватное количество вен позволяет избежать гнойных осложнений. Но одним из главных звеньев профилактики инфекции, по нашему мнению, остается качество первичной хирургической обработки и атрауматичная техника хирурга. Так, при реплантациях, реваскуляризациях и реиннервациях с использованием накостного остеосинтеза мы не получили ни одного гнойного осложнения. Стабильный остеосинтез

трубчатых костей, наряду с надежным швом сухожилий, мышц и обязательным первичным микрохирургическим швом нервов, сосудов позволяет надеяться на положительный функциональный исход.

Использование средств оптического увеличения и микрохирургическая техника, как современные хирургические технологии являются неперенными дополнениями в реконструктивной хирургии при свободной или ротационной пересадке различных тканей (кожа, аутовена, нервный ствол, комплекс сухожилий, аутокость и др.). При этом мы отдаем предпочтение различным видам замещения дефекта лоскутами с сохранением сосудистых ножек, без микроанастомозов, что значительно снижает риск оперативных вмешательств. Всего трансплантировано около 23 комплексов тканей. Различные виды осложнений констатированы в 5% из пересаженных 12 комплексов тканей.

Микрохирургический шов нервов и эндоневролиз использован более чем в 600 наблюдениях. Мы однозначно пришли к выводу, что нет альтернативы первичному микрохирургическому шву нервов. Отсроченные, вторичные, поздние швы или замещение дефектов нервных стволов аутонервным трансплантатом в большинстве случаев не позволяет получить хорошие результаты даже с использованием микрохирургии.

Использование микрохирургических технологий, из нашего опыта, позволяют реабилитировать даже считавшихся безнадежных и бесперспективных больных со сложными тяжелейшими травмами конечностей и их последствиями.

В заключение можно сделать следующие выводы:

- современная хирургия травм конечностей немыслима без микрохирургических технологий;
- последние должны прочно войти в хирургический арсенал;
- важным является подготовка специалистов, владеющих микрохирургической технологией.

Усманов Б.С., Махмудов Х.О., Исмаилов Ж.Т., Дадабаев Х.Р.

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицины
г.Фергана, Узбекистан

СЛУЧАЙ ПЕРЕКРУТА И УЗЛООБРАЗОВАНИЯ ПРОВОДНИКА ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ВЕНЫ

Катетеризация подключичной вены (КПВ) довольно сложная процедура, которая имеет свои показания и противопоказания. При индивидуальных особенностях больного, нарушении техники катетеризации и упущениях по уходу за катетером могут возникнуть серьезные осложнения с нанесением ущерба здоровью больного.

Мы наблюдали наиболее редкое осложнение КПВ, как перекрут и узлообразование проводника катетера.

Больной Ж., 50 лет, получал лечение в нашем Центре по поводу острого абсцесса головного мозга. При выполнении КПВ по Seldinger стандартным катетером для проведения интенсивной инфузионной терапии стало невозможным извлечение проводника (лески) катетера. При попытке его ивлечения грудь больного следовала за ним. Решено было оперативным путем удалить проводник.

Из протокола операции: "После 3-х кратной обработки операционного поля разрезом до 10 см ниже ключицы и параллельно ей справа начата ревизия по проводнику, последний уходит под ключицу. Рана продолжена в надключичную область, сверху лестничные и снизу большая грудная и подключичная мышцы отсепарованы от ключицы в проксимальной трети, надкостница отодвинута распатором, проведена пила Джигли, с помощью которой перепилена ключица. Обеспечен оптимальный доступ. Остро и тупо из имбибированных кровью мягких тканей обнажены подключичная и внутренняя яремная

вены, диаметр последних 1,3 и 1,7 см соответственно. При дальнейшей ревизии выявлено, что проводник перекручен вокруг подключичной вены, уходит к плечеголовной вене и на нем образовался узел! Далее остро и тупо, препарировав в зоне гематомы по ходу проводника, выделена из тканей плечеголовная вена. Все обнаженные вены взяты на турникеты. Осторожно проводник, ушедший за правую плечеголовную вену и образовавший полость гематомы, извлечен между магистральными венами. Гематома опорожнена, полость осушена. Осуществлена фотодокументация. Произведен тщательный туалет, гемостаз и дренирование дна раны. Выполнен остеосинтез ключицы интрамедуллярно с помощью спиц Киршнера, чем достигнута ее стабильность. Установленная в рану дренажная трубка выведена через отдельный разрез и подключена к вакуум-отсосу. Послойные швы на рану с оставлением резиновых выпускников. Повязка."

Больному в последующем нейрохирургами выполнена операция трепанации черепа справа со вскрытием и дренированием полости абсцесса головного мозга. На 9-е сутки после операции пациент выписан в удовлетворительном состоянии по месту жительства на долечивание.

Из приведенного нами случая видно, что насильственное и не контролируемое проведение, а также извлечение проводника при катетеризации центральных вен может привести к серьезным последствиям. При подобного рода осложнениях необходимо выполнить рентгенконтрастное исследование и хирургическую ревизию.

По нашему мнению, должны быть разработаны и внедрены инструктивные положения для всех уровней медперсонала, имеющих отношения к КПВ, а в отделениях регулярно проводиться занятия по пункционной катетеризации центральных вен с обсуждением возможных ошибок и их профилактики.

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т.

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицины
г. Фергана, Узбекистан

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ АМПУТАЦИЯМИ СЕГМЕНТОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Травматические ампутации сегментов конечностей чаще всего происходят у больных молодого трудоспособного возраста, что определяет большую социально-экономическую значимость и актуальность проблем восстановительных операций.

Целью данной работы явилось изучение результатов реплантаций, произведенных 148 пострадавшим из поступивших 468 больных в отделение экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии Ферганского филиала Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи с 2000 по 2008 гг. С травматическими ампутациями сегментов верхних конечностей поступило 393 (84%) пациента (424 сегмента), 75 (16%) - с ампутациями сегментов нижних конечностей (95 сегментов). Мужчин было 315 (67,3%), женщин - 153 (32,7%), из них детей - 134 (28,6%). Большинство травматических ампутаций (72%) приходилось на возраст до 35 лет.

Всего было произведено 161 реплантаций. Микрореплантаций выполнено 125 (77,6%), макрореплантаций - 36 (22,4%). Макрореплантаций верхних конечностей сделано 23 (63,9%), нижних конечностей - 13 (36,1%).

Общая частота приживления - 85,7%, в группе полных ампутаций частота приживления составила 81,5%, в группе неполных ампутаций - 89,9%. В группе гильотинных ампутаций, ампутаций электропилой - самая высокая частота приживляемости, самая низкая - в группе тяжелых раздавленных ампутаций.

Сам факт успешности выполненной реплантации не гарантирует восстановления

функции сохраненной конечности. Сочетанное повреждение костей, сухожилий или мышц и периферических нервов затрудняет начало раннего реабилитационного лечения, так как длительность иммобилизации зависит от сроков консолидации поврежденных костей. В связи с этим у большинства больных к моменту снятия иммобилизации развивались нейрогенная контрактура суставов и несостоятельность скользящего аппарата сухожилий. Развивающийся, несмотря на фасциотомии, постреплантационный отек конечности приводил к ретракции глублежащих мышц сухожилий. Все эти больные нуждались в повторных оперативных вмешательствах. Для каждого пациента требовался индивидуальный план лечения в зависимости от имеющихся последствий.

Если при выполнении первичного вмешательства нервы не были восстановлены вследствие их дефектов, производилась поздняя отсроченная аутопластика нервов. Нами прослеживаются результаты реабилитационного лечения 152 больных перенесших органосохраняющую операцию.

Таким образом, на сегодняшний день реплантации являются эффективной восстановительной операцией с достаточно высоким процентом успеха. Успех во многом зависит от своевременной и правильной транспортировки больного и сегмента конечности в специализированный центр, а также от уровня и от характера повреждений. Окончательный результат следует оценивать не только по "приживляемости", но и по функциональному состоянию конечности. Для получения хорошего функционального результата практически все больные нуждаются в повторных этапных оперативных вмешательствах по индивидуальному плану.

НЕЙРОХИРУРГИЯ

Агафонова Н.В., Конев С.В., Ишуткин И.В.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

РОЛЬ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ ДИЗРАФИИ ПОЗВОНОЧНИКА У ВЗРОСЛЫХ

Врожденные пороки развития спинного мозга и позвоночника являются одной из тяжелых форм патологии центральной нервной системы детского возраста. Во многих случаях они сопровождаются выраженными неврологическими расстройствами, приводящими часто к пожизненной инвалидности больного.

Большинство врожденных пороков оказывает отрицательное влияние на формирование и рост организма, они довольно часто приводят к тяжелым деформациям туловища и конечностей, а также к существенному расстройству функции внутренних органов и, в первую очередь, тазовых органов.

В развитии этой патологии значительное место занимают дефекты развития нервной трубки, которые формируют различные нарушения нервной системы. Данная патология была известна еще в 17 веке, но изучаться стала в 18 веке и в настоящее время имеет актуальное значение.

Выделяют три формы спинно-мозговой грыжи: менингоцеле, менингомиелоцеле и миелоцистоцеле с патологией позвоночника в виде расщепления последнего (дизрафии). Понятие "спинальные дизрафии" объединяют различные нарушения развития спинного мозга и позвоночника:

- 1) скрытое незаращение позвоночника;
- 2) открытое расщепление позвоночника с образованием кистозной спинно-мозговой грыжи;
- 3) расщепление позвоночника и мягких тканей с распластыванием спинного мозга на всем протяжении позвоночника или какой-то его части.

Типичным для всех видов и форм спинальных дизрафий является их заднее расположение с дефектом заднего полукольца позвоночного канала. При пояснично-крестцовой локализации эти грыжи распространяются в малый таз и вызывают различные нарушения со стороны тазовых органов.

На сегодняшний день существуют определенные трудности в диагностике анатомо-морфологического строения грыжевого содержимого, тактике хирургического лечения. Остается открытым вопрос о показаниях и противопоказаниях к реконструктивным операциям при спинно-мозговых грыжах.

Основным методом диагностики данного порока развития являются лучевые методы: это компьютерная томография и магнитно-резонансная томография с использованием контрастных препаратов.

Нами описаны два случая диагностики этого редкого порока развития - переднего менингоцеле на фоне субтотальной агенезии крестца, деформации копчика у девочки 14 лет и женщины 53-х лет. Поводом для проведения обследования пациенток явились жалобы на боли в области малого таза и нарушения функции тазовых органов в последние дни, а в течение многих лет никаких жалоб пациентки не предъявляли и о существовании данной патологии у себя они не знали.

Исследования проводили на аппаратах: МСКТ- Licht Speed Plus, МРТ- Signa Profile.

Были проведены следующие исследования: МСКТ, МСКТ - миелография пояснично-крестцового отдела позвоночника, МСКТ - ангиография малого таза и МРТ пояснично-крестцового отделов позвоночника и малого таза. Исследования проводились с использованием

рентгеноконтрастных препаратов: ультрависта 300 мг - 100 мл и омнипака 370 мг - 10 мл.

Девочка 14 лет поступила в клинику с признаками острого правостороннего сальпингита, пельвиоперитонита. После проведенной диагностической лапароскопии брюшной полости было выявлено пресакральное кистозное образование, лежащее интимно, не связанное с органами брюшной полости. При проведении рентгенологических методов исследования были выявлены следующие патологические изменения: дефект крестцового отдела позвоночника на протяжении S1-S5 в виде срединной Spina bifida, дугообразной деформации крестца с наличием дефект переднего полукольца и огромной кистой, являющейся продолжением конуса дурального мешка с локализацией в малом тазу. Дефект крестца достигал 2,7 см, кистозное образование было размером 10x9x11 см с четкими ровными контурами с плотностью +8 - +11 НУ, соответствующей плотности ликвора. При проведении МСКТ-миелографии киста заполнялась контрастом с наличием горизонтального уровня. На МРТ в T1, T2 взвешенных изображениях и Stig киста имела однородную структуру без патологических очагов с сигналом от ликвора. Киста оказывала небольшое объемное воздействие на органы малого таза. Матки и яичники были не изменены. Поддавлен и оттеснен был мочевой пузырь кпереди и сдавлены петли сигмовидной и прямой кишки с оттеснением к переднелатеральной стенке полости малого таза.

Пациентка Д. 53-х лет находилась в хирургическом отделении с жалобами на боли в области живота и малого таза. При диагностической лапароскопии было выявлено пресакральное кистозное образование. При проведении МСКТ малого таза выявлен дефект крестца на протяжении S3-S5 позвонков шириной до 3 см с деформацией копчика во фронтальной и сагиттальной плоскостях с дефектом переднего полукольца, откуда исходила ликворная киста размером 11x12x10 см грушевидной формы, являющаяся продолжением дурального мешка с его оболочками с четкими ровными контурами. Плотность кисты была неоднородной от 14 НУ с наличием высокоплотного узла в области задненижнего отдела кисты размером 3x4,4x4,6 см с плотностью +46 НУ с повышением плотности до +62 НУ после контрастного усиления. На МРТ солидное образование имело сигнал гипо и изоденсивный на T1 и T2 ВИ. Киста имела нежные перегородки, солидный компонент хорошо кровоснабжался дополнительной крупной ветвью от левой внутренней подвздошной артерии. Кистозное образование на 1/2 заполняло полость малого таза и оказывало объемное воздействие на органы малого таза с оттеснением последних к переднелатеральной стенке полости малого таза.

Таким образом, нам удалось с помощью МРТ, МСКТ, МСКТ - миелографии и ангиографии диагностировать врожденный порок развития спинного мозга и позвоночника, а именно врожденной дизрафии и переднего крестцового менингоцеле у 2-х пациенток 14 и 53-х лет, который протекал у них бессимптомно до настоящего времени. Представленные случаи носили скрытый характер переднего менингоцеле, что отличает их от заднего менингоцеле, которое клинически проявляется на ранних этапах развития ребенка.

Достигнув больших размеров, переднее менингоцеле вызвало объемное воздействие на органы малого таза с признаками озлокачествления у одной из пациенток. Передние менингоцеле также могут прорваться в клетчатку малого таза и вызвать гнойно-воспалительные осложнения.

При выявлении у пациенток кисты малого таза необходимо помнить о существовании такой редкой врожденной патологии, как передний менингоцеле, и проводить комплекс лучевых методов обследования для выявления кисты и наличия осложнений для выбора тактики лечения.

Байдина О.М., Визило Т.А., Власова И.В., Харькова Е.Н.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ В РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Проблема отдаленных последствий черепно-мозговой травмы (ЧМТ) не теряет актуальности. Ишемия мозга может осложнять любой период ЧМТ, являясь причиной вторичного повреждения центральной нервной системы. Посттравматическую ишемию могут обуславливать как интракраниальные (гипертензия, отек мозга, нарушения метаболизма и кровотока), так и экстракраниальные (гипоксемия, артериальная гипотензия и др.) факторы. Ишемические поражения различных звеньев лимбической системы, включающей и надсегментарные вегетативные образования, способствуют развитию вегетативных расстройств. Многочисленные связи вегетативных центров с гипоталамусом, мозжечком, корой больших полушарий, способствуют тому, что одним из наиболее важных маркеров состояния нервной системы является вариабельность ритма сердца (ВРС), изучая которую можно объективно оценивать степень неврологической дезорганизации.

Цель исследования. Изучение церебральной гемодинамики, ее функционального резерва и вегетативной регуляции у больных в резидуальном периоде ЧМТ. Обследовали пациентов, давность ЧМТ которых составляла от 1 до 25 лет ($n=23$, средний возраст $35,3\pm 5,03$ лет). Пациенты с ЧМТ были разделены на 2 группы с учетом тяжести перенесенной ЧМТ: группа 1 (закрытая ЧМТ тяжелой степени, $n=11$), группа 2 (закрытая ЧМТ легкой и средней степени, $n=12$). В контрольную группу (КГ) вошли пациенты, не имеющие в анамнезе ЧМТ и сопутствующей соматической патологии ($n=15$, средний возраст $40,5\pm 2,8$ года). Всем пациентам проводилось дуплексное сканирование сосудов головного мозга с функциональными пробами: гиперкапническая проба (ГП) (дыхание через дополнительное мертвое пространство), проба со счетом (СП), нитроглицериновая проба (НП). Исследование ВРС на коротких участках проводили на системе "Кардиотехника". В результате исследования ВРС в группе 1 отмечалось значительное снижение всех показателей с явлениями выраженной симпатикотонии ($SDNN$ $47\pm 1,43$ мс, $pNN50$ $65\pm 2,78\%$, LF $373\pm 22,9$ мс, HF $24\pm 6,5$ мс). В группе 2 статистически достоверных различий с показателями КГ выявлено не было, но отмечался дисбаланс частотных показателей с признаками симпатикотонии ($SDNN$ $121,5\pm 27,57$ мс, $pNN50$ $88\pm 5,65\%$, LF $833\pm 121,65$ мс, HF $175\pm 21,21$ мс). При исследовании гемодинамики значимых различий показателей линейной скорости кровотока (ЛСК) по артериям каротидного и вертебробазилярного бассейнов выявлено не было, но отмечалось умеренное снижение ЛСК в группе 1 на стороне поражения. По результатам ГП в группе 2 и КГ получено возрастание ЛСК в среднемозговых артериях с обеих сторон более 20%, в то время как у пациентов группы 1 отмечалась отчетливая асимметрия реакции. На пораженной стороне отмечался гипореактивный тип реакции, проявляющийся незначительным приростом ЛСК (ГП $5,61\pm 0,94\%$). На здоровой стороне был нормотонический тип реакции ($33,76\pm 1,03\%$). У пациентов группы 2 асимметрии ГП не отмечено. Результаты НП показали слабое снижение ЛСК в СМА в группе 1 без явной асимметрии (справа $-10,11\pm 0,8\%$, слева $-9,09\pm 0,7\%$), что значимо различалось с данными КГ и группы 2 (более 20%).

Таким образом, у пациентов в резидуальном периоде после перенесенной тяжелой ЧМТ отмечается снижение функциональных резервов мозгового кровотока в связи с расстройством как метаболического, так и миогенного механизмов ауторегуляции. Выявленные признаки вегетативного дисбаланса нервной системы в виде снижения вариабельности

ритма сердца свидетельствуют о нарушении адаптационных возможностей организма. Снижение скорости в церебральных артериях могут способствовать развитию хронической ишемии мозга на фоне посттравматических изменений.

Борщикова Т.И., Епифанцева Н.Н., Клочкова-Абельянц С.А., Осипова Е.А., Никифорова Н.В., Аверченкова Г.Н., Херингсон Л.Г.

Филиал ГУ НИИ общей реаниматологии РАМН, МЛПУ ГКБ№1, МЛПУ ГКБ№ 29, г.Новокузнецк, Россия

ОЦЕНКА СПЕКТРА ЦИТОКИНОВ И БЕЛКОВ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ) является фактором, стимулирующим выработку воспалительных белков (БОФВ) и иммуномедиаторов (цитокинов). Представляется актуальным изучить сопряженность сывороточных белков (преальбумин, СРБ, орозомукоид, гаптоглобин, α 1-антитрипсин, α 2-макроглобулин, церулоплазмин, трансферрин, лактоферрин, белок S100, HSE -нейронспецифическая енолаза) и цитокинов (IL-1 β , IL-2, IL-4, IL-5, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12p70, TNF α , TNF β , IFN γ) у реанимационных больных с ТЧМТ.

Обследовано 11 больных (мужчин - 9, женщин - 2) в возрасте от 23 до 51 года с ТЧМТ (у 6 больных - закрытая, у 5 - открытая) в 1, 7, 14 сутки после травмы. Тяжелые ушибы головного мозга были у 3 больных, внутримозговые гематомы - у 8. В 1-е сутки тяжесть утраты сознания по ШКГ составила $6,8 \pm 0,4$ баллов (от 5 до 8). Умерло 4 пострадавших.

Белки острой фазы воспаления определяли иммунохимически: преальбумин, СРБ, орозомукоид, α 1-антитрипсин, α 2-макроглобулин, гаптоглобин, церулоплазмин, трансферрин, С1-ингибитор эстеразы - ИТД-методом на автоматическом анализаторе "KONELAB 60i" с использованием тест-систем фирмы "Labsystems" (Финляндия); белок S100, HSE, лактоферрин - методом твердофазного ИФА - наборы фирмы "CanAg Diagnostics AB" (Швеция) и "Вектор-Бест" (Россия). Профиль цитокинов определяли методом проточной флюориметрии на пятицветном проточном цитофлуориметре "Cytomics FC 500" фирмы "Beckman Coulter" (США) с использованием набора реагентов фирмы "Bender Med Systems". Контрольную группу, сопоставимую по полу и возрасту, составили 19 человек. Достоверность различий оценивали по критериям Стьюдента, Манна-Уитни и коэффициенту корреляции Спирмана (с использованием программы "Statistica 6.0").

При ТЧМТ выявлено "классическое" поведение ряда БОФВ. Ранними положительными реактантами (с 1-х суток) были: СРБ (увеличивался в 77 раз), орозомукоид (в 1,7 раз), α 1-антитрипсин (в 1,4 раза), лактоферрин (в 1,9 раза), а также маркеры повреждения нервной ткани белок S100 (в 4,6 раза), и HSE (в 2,7 раз). Поздним позитивным реактантом был только церулоплазмин, достоверно повышавшийся только после 7 суток. До конца периода наблюдения сохранялось достоверное повышение СРБ, орозомукоида, α 1-антитрипсина. Маркер повреждения нервной ткани HSE также был повышен по 14 сутки после травмы, в то время как белок S100 быстро снижался и с 7 по 14 сутки у больных с ТЧМТ не отличался от показателей контрольной группы. Ранними отрицательными реактантами (снижались с 1 суток) были преальбумин (снижался в 1,9 раза), трансферрин (в 1,2 раза), С1-ингибитор эстеразы (в 1,4 раза). Значимое снижение этих белков сохранялось по 14 сутки заболевания. Динамика α 2-макроглобулина была неоднозначной - в 1 и 7 сутки он был достоверно ниже показателя контрольной группы, а на 14 превышал таковой.

Цитокины являются важными патофизиологическими посредниками острого воспалительного ответа. Выявлены корреляционные связи провоспалительных цитокинов

(IL-1 β , TNF α , IL-12p70) с рядом белков: IL-1 β - преальбумин ($r=-0,243$, $p=0,049$); IL-1 β - α 1-антитрипсин ($r=-0,317$, $p=0,003$); TNF α - СРБ ($r=0,45$, $p=0,027$); TNF α - лактоферрин ($r=0,40$, $p=0,048$). Секретируемый в основном активированными макрофагами IL-12p70 имел достоверную связь только с HCE ($r=0,424$, $p=0,039$).

Th1-цитокины (IL2 и IFN γ) не имели связи с изученными белками, в отличие от Th2-цитокинов (IL-5, IL-6, IL-10): IL-5 - трансферрин ($r=0,433$, $p=0,035$); IL-5 - гаптоглобин ($r=-0,447$, $p=0,028$); IL-6 - α 1-антитрипсин ($r=-0,249$, $p=0,033$) и IL-6 - С1-ингибитор эстеразы ($r=-0,355$, $p=0,027$); IL-6 - S100 ($r=0,741$, $p=0,001$); IL-6 - HCE ($r=0,53$, $p=0,008$); IL-10 - α 1-антитрипсин ($r=-0,423$, $p=0,039$); IL-10 - трансферрин ($r=0,459$, $p=0,024$). Хемокин IL-8 значимо связан с лактоферрином ($r=0,514$, $p=0,010$).

Таким образом, комплексная оценка 11 цитокинов из различных функциональных групп позволила установить сложный характер их взаимодействия с сывороточными белками острой фазы воспаления и маркерами нейронального повреждения у больных с ТЧМТ в остром периоде заболевания.

Елистратов О.Б., Новокшионов А.В.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г. Ленинск-Кузнецкий, Россия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА

Цель исследования. Разработать хирургическую тактику закрытия дефектов костей черепа пластинами из титана у больных черепно-мозговой травмой с учетом локализации и сроков после травмы.

Материал и методы. Материал основан на исследовании 206 больных с травматическими дефектами костей черепа. Больные распределены по следующим группам:

- 1 группа - краниопластика ауто- и аллотрансплантатами (58 чел.);
- 2 группа - эндопротезирование экплантатами из протакрила (43 чел.);
- 3 группа - эндопротезирование дефектов костей черепа пластинами из титана (105 чел.).

Техника операции закрытия дефекта черепа пластиной из титана. Во время операции обнажается дефект черепа. По размеру дефекта формируется пластина из титана круглой и/или овальной формы, на 1 см больше, чем величина дефекта, для более надежной фиксации и с учетом изменения размера пластины при придании ей сферичности. При закрытии дефектов черепа лобных и теменных бугров для создания сферичности делается разметка пластины, намечая расположение треугольных вырезов на равном расстоянии друг от друга и их глубина, которая зависит от нужной степени предания сферичности пластины. По краю пластины ножницами выполняются треугольные вырезы. Сближаются боковые стороны вырезов и пластина принимает нужную степень сферичности. Сформированная пластина накладывается на дефект костей черепа. Затем через перфорационные отверстия фиксируется пластина из оксидированного титана винтами, скобками металла с памятью формы или лавсановой нитью. Причем при фиксации должны захватываться обе боковые стороны треугольного выреза по краю пластины.

Результаты исследования. Проведенный нами анализ хирургического лечения больных с дефектами черепа свидетельствует о том, что закрытие дефектов костей черепа ауто- и аллотрансплантатами и экплантатами из пластической массы дает высокий процент осложнений как в ближайшем, так и отдаленном послеоперационном периодах (14,5%) - вторичные сосудистые реакции, нагноение, частичная или полная резорбция аллотрансплантата.

Традиционные металлы, включая золото, серебро и др. не могут использоваться

в медицине для длительной имплантации в организм человека в условиях жесткой фиксации (в виде пластин, шурупов и др.). Исключение составляют сверхэластичные сплавы с памятью формы (например, на основе TiNiMo), которые практически не меняют своей коррозионной стойкости. Изготовленные из них имплантаты могут подвергаться длительной знакопеременной деформации в организме человека без участия процессов коррозии.

Этим требованиям отвечает пластина из оксидированного титана с фиксирующими конструкциями. Задача такой операции состоит в повышении эффективности и прочности закрытия дефекта черепа и снижении послеоперационных осложнений. Поставленная задача достигалась тем, что пластина выполнена из оксидированного титана толщиной 0,15-0,35 мм с возможностью конгруэнтного покрытия дефекта свода черепа, при этом по всей площади пластины, в шахматном порядке расположены перфорационные отверстия диаметром 1,4-2,0 мм с расстояниями между центрами в ряду 4 мм, а между рядами 3 мм. Эти размеры выбраны в результате исследований и проведенных экспериментов, как создающие наиболее оптимальные условия для прорастания соединительной ткани и создания сферичности кривизны черепа.

Наши исследования показали, что после закрытия дефектов костей черепа титановыми пластинами уменьшается асимметрия мозгового кровотока, которая бывает сниженной на стороне костного дефекта.

Несмотря на возможность создания конгруэнтности пластины из титана, невозможно создать ее сферичность при закрытии дефекта, особенно, когда последний расположен в области теменных и затылочных бугров. Поставленная задача достигается тем, что устройство для закрытия дефектов костей черепа, состоящая из пластины, выполненной из оксидированного титана, круглой и/или овальной и имеет по краю треугольные вырезы, направленные вершинами к центру. Треугольные вырезы расположены на равном расстоянии друг от друга. Боковые стороны вырезов перед установкой сближают для придания пластине сферичности. Крепежные элементы располагают в отверстиях пластины с одновременным захватом обеих сближенных боковых сторон треугольных вырезов по краю пластины. Пластина имеет 4 треугольных выреза. К положительным свойствам устройства и его новизне можно отнести следующие моменты. Пластина выполнена круглой и/или овальной. Такая форма не имеет острых углов и меньше травмирует покрывающие пластину мягкие ткани. Пластина имеет по краю треугольные вырезы, направленные вершинами к центру. Эти вырезы позволяют легче трансформировать пластину и придавать ей нужную форму. Треугольные вырезы расположены на равном расстоянии друг от друга. Это позволяет производить равномерную деформацию пластины. Боковые стороны вырезов перед установкой сближают для придания пластине сферичности. Изменяя величину треугольного выреза и его глубину, можно добиваться необходимой кривизны сферы. Крепежные элементы располагают в отверстиях пластины с одновременным захватом обеих сближенных боковых сторон треугольных вырезов по краю пластины. Пластина имеет 4 треугольных выреза. Такое их количество достаточно для придания сферичности пластине. Наличие, например 2-х вырезов, приводит к получению формы гребня, а трех - к созданию конусовидной формы. Таким образом, наличие треугольных вырезов по краю пластины позволяет добиться лучшей сферичности пластины, при замещении дефектов костей черепа, особенно, в области лобных и теменных бугров. Кроме того, пластина более удобна для работы, так как легче трансформируется при установке.

Заключение. Полученные результаты исследования показывают возможность использования закрытия посттравматических дефектов черепа пластинами из титана. Трансплантат из титана обладает биоинертностью и, как следствие, не происходит отторжения пластины. Использование пластин круглой или овальной формы и треугольных вырезов со сближением краев придают пластинам сферичность кривизны черепа, а большое количество отверстий создает условия для прорастания соединительной ткани.

Платунов В.В.

МУЗ "Городская больница N1", г.Барнаул, Россия

АНАЛИЗ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Введение. Рост травматизма в целом и в частности, увеличение частоты тяжелых сочетанных повреждений, несмотря на совершенствование технологий в диагностике и лечении тяжелых сочетанных травм, высокий уровень летальности поддерживает интерес исследователей к проблеме политравмы.

Цель исследования. Изучение частоты, причин возникновения и анализ госпитальной летальности при тяжелой сочетанной черепно-мозговой травме.

Материал и методы. Проведен анализ 342 историй болезни пациентов, умерших от тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмы за 2003-2008 годы, поступивших в центр специализированного лечения политравмы на базе Городской больницы N 1 г.Барнаула. Центр осуществляет экстренную специализированную помощь при тяжелой сочетанной травме пациентам г. Барнаула (численность населения более 650 тыс.чел.). После проведенной реорганизации в 2000 г., лечение всех пациентов вне зависимости от характера преобладающей травмы осуществляется в отделении тяжелой сочетанной травмы. Центр укомплектован необходимым лечебно-диагностическим оборудованием и специалистами: хирурги, ортопеды-травматологи, нейрохирурги, анестезиологи-реаниматологи, невролог, терапевт, окулист, ЛОР-врач, уролог, психиатр.

Результаты и их обсуждение. Среди умерших мужчин было 211 (61,7%), женщин 131 (38,3%). По возрасту, пациенты распределялись следующим образом: до 20 лет - 26 человек (7,6%), от 21 года до 60 лет - 220 (64,3%), 61 год и старше - 96 (28,1%). Таким образом, большинство погибших лица трудоспособного возраста. Что касается видов травматизма, то преобладали автодорожные травмы - 215 (62,9%), бытовые - 56 (16,4%), криминальные - 64 (18,7%), производственные - 7 (2,0%). Умерли до суток - 145 (42,4%), в первую неделю - 110 (32,2%), позднее - 87 (25,4%). По характеру черепно-мозговых травм пациенты распределились следующим образом: ушибы головного мозга - 242 (70,8%), внутримозговых гематом: субдуральных - 45 (13,2%), внутримозговых - 5 (1,5%), эпидуральных - 12 (3,4%), эпи- и субдуральных гематом - 6 (1,8%), ДАП - 32 (9,3%).

В зависимости от сочетания повреждений различных систем организма, выделили 5 групп пациентов:

- 1) сочетанная ЧМТ+ скелетная травма - 113 (33,1%);
- 2) сочетанная ЧМТ + органов грудной клетки - 74 (21,6%);
- 3) сочетанная ЧМТ + органов брюшной полости - 35 (10,2%);
- 4) сочетанная ЧМТ + повреждение нескольких органов и систем - 114 (33,3%);
- 5) сочетанная ЧМТ + позвоночно-спинномозговая травма - 6 (1,8%).

По причине смерти: отек головного мозга - 131 пациента (38,3%), геморрагический шок - 110 пациентов (32,2%), пневмония - 13 (3,8%), сепсис и септические осложнения, полиорганная недостаточность - 47 (13,7%), перитонит - 1 (0,3%), ТЭЛА - 5 (1,4%), сердечная недостаточность - 32 (9,4%), ОПН - 1 (0,3%), острая печеночная недостаточность - 2 (0,6%).

Для оценки эффективности оказания помощи нами также был проведен анализ летальности пациентов с сочетанной черепно-мозговой травмой до момента образования специализированного отделения и после. Сплошным методом был проведен анализ в 2 группах пациентов соответственно. Снижение летальности составило 7,7%.

Выводы.

Тяжелая сочетанная черепно-мозговая травма является одной из самых распространенной среди всех политравмы и характеризуется самой высокой летальностью, чаще всего сочетается со скелетной, а также повреждением нескольких органов и систем. Возникает в результате высокоэнергетических воздействий на организм автотравмы, падения с высоты. Оказание помощи пациентам с сочетанной черепно-мозговой травмой в специализированном отделении позволяет снизить летальность у пациентов данной категории.

Платунов В.В., Черданцев Е.Г., Круглов С.Н.

МУЗ "Городская больница N1", г.Барнаул, Россия

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ДИАГНОСТИКИ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Сочетанная черепно-мозговая травма (ЧМТ) является самой частой разновидностью из всех сочетанных повреждений, характеризуется высокой летальностью, длительной нетрудоспособностью пациентов, высоким уровнем первичного выхода на инвалидность. Диагностика и лечение пациентов данной группы отличается большой сложностью: наличие внечерепных повреждений затрудняет или делает невозможным объективно определить неврологический статус пациента, оценить его в динамике. Вместе с тем повреждение головного мозга пациента, нарушение сознания затрудняет диагностику внечерепных повреждений.

Материал и методы. Сочетанная ЧМТ прослежена у 321 пациента, находившегося на лечении в Краевом центре тяжелой и сочетанной травмы на базе МУЗ "Городская больница N 1". Исследование проводилось в течении 2008 г. Все пациенты при поступлении стандартно в условиях операционной осмотрены реаниматологом, хирургом, нейрохирургом, оценен неврологический статус, выполнены краниограммы в 2-х проекциях, спондилограммы шейного отдела позвоночника по показаниям, ЭХО-ЭС, МСКТ головного мозга, тяжесть травмы оценивалась по ШКГ. Мужчин было 204 (63,6%), женщин - 117 (36,4%). Преобладали лица наиболее трудоспособного возраста от 21-60 лет - 250 (77,9%), до 20 лет - 43 (13,4%), старше 60 лет - 28 лет (8,7%).

Самой частой причиной сочетанной ЧМТ явились автодорожные происшествия - 163 (50,3%), криминальные травмы у 72 (22,4%), в быту - 54 пациента (16,9%), кататравма у 17 пациентов (5,4%), прочее - 15 (4,8%).

По виду сочетаний пациенты распределились следующим образом: сочетанная скелетная травма была у 127 пациентов (39,5%), сочетанная с повреждением грудной клетки - 87 (27,1%), сочетанная травма без ведущего повреждения отмечена у 68 (21,2%), в сочетании с повреждением органов брюшной полости у 23 (7,2%), в сочетании со спинальной травмой у 16 (5%). Среди повреждений головного мозга преобладала форма УГМ - 261 пациент (81,3%), причем на долю средней и тяжелой степени ушибы головного мозга приходилось - 58,6%. Сдавление головного мозга внутрочерепными гематомами было у 53 пациентов (16,5%), преобладали субдуральные гематомы - 35 (65%), эпидуральные - 9 (17%), внутримозговые - 5 (9,3%).

По характеру черепных и внечерепных повреждений пациенты распределены на 4 группы:

1. тяжелая черепно-мозговая травма и тяжелые внечерепные повреждения - 131 (31,2%). Именно эта группа имеет ярко выраженный синдром "взаимного отягощения повреждений". Оценка тяжести ЧМТ 7,5 баллов по ШКГ;

2. тяжелая черепно-мозговая травма и нетяжелые внечерепные повреждения - 149 (35,3%); средний бал по ШКГ - 8,7;

3. нетяжелая черепно-мозговая травма и тяжелые внечерепные повреждения - 76 (18%), 12,1 баллов по ШКГ;

4. нетяжелая черепно-мозговая травма и нетяжелые внечерепные повреждения - 62 (14,5%), 14,3 баллов по ШКГ.

Результаты и их обсуждение. Клиническая картина и диагностика сочетанной ЧМТ зависит от тяжести ЧМТ и тяжести внечерепных повреждений. Явления шока отмечено у большинства пациентов: в 1 группе отмечено у 67% пациентов, во 2 группе у 15%, в третьей группе у 46%, в четвертой группе у 3% пациентов. В 1 группе типичные клинические признаки шока маскируются, извращаются ЧМТ. Особенно проявляется при тяжелых ушибах с вовлечением в процесс диэнцефальной области мозга. В таких случаях системное артериальное давление, несмотря на наличие тяжелых внечерепных повреждений, не только не снижается, но даже временно повышается. У большинства пострадавших этой группы при поступлении отмечалась кома различной степени и состояние расценивалось как тяжелое или очень тяжелое. Переломы черепа встретились у 61%. Низкие рефлексы констатированы у 54% этих больных. Параличи и парезы отмечены у 29% пострадавших. Ригидность затылочных мышц не была показательной в связи со значительным изменением мышечного тонуса. Анизокория наблюдалась лишь у 8% человек. Вместе с тем такой симптом как расходящееся косоглазие наблюдался у 14% больных.

Во 2-ой группе клиническая картина сочетанных черепно-мозговых повреждений определялась тяжестью повреждения головного мозга. Менингеальный симптомокомплекс выявлен у 56% пациентов. Пирамидная симптоматика отмечена в 74% случаев. Моно- и гемипарезы наблюдались в 18% случаев. Эпилептические припадки наблюдались у 12,5% пациентов. Стволовая и дислокационная симптоматика у пациентов в 14% случаев. Нарушение поведения и психических функций в 23%.

В 3-ей группе клиническая картина определялась видом внечерепного повреждения. Тяжелое состояние пациента, уровень сознания умеренное оглушение - глубокое оглушение, шоковая гипотензия выражена умеренно (чаще шок 2 степени), явления дыхательной недостаточности 2 стадии. Неврологический статус, возможно достоверно оценить после проведения противошоковых мероприятий.

В 4-ой группе общемозговая симптоматика и вегетативный синдром, болевой синдром, обусловленный внечерепными повреждениями.

Выводы:

1. Исход сочетанной ЧМТ зависит от своевременности диагностики внутричерепной травмы. Тяжелые внечерепные повреждения изменяют клиническую картину ЧМТ. Поэтому наиболее приемлемыми являются объективные методы исследования:

2. КТ-головного мозга позволяет установить как повреждения свода и основание черепа, так и повреждения головного мозга.

3. Диагностическая трепанация доступный и эффективный метод позволяющий провести ревизию эпи- и субдурального пространства.

Степанова Е.В., Леонтьев М.А., Коновалова Н.Г., Фроленко С.Ю.

ФГУ "ННПЦ МСЭ и РИ ФМБА России", НХО ФСЦ, г.Новокузнецк, Россия

ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЛИМИТИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА

В НХО ФСЦ в 2008г. пролечено 29 пациентов в позднем периоде травматической болезни головного мозга (ТБГМ). Средний возраст $29 \pm 2,4$ лет; 27 мужчин (93,1 \pm 9,4%) и 2 женщины (6,9 \pm 9,4%). Остаточный неврологический дефицит в виде тетра- и гемипареза

в 25 случаях ($86,2 \pm 12,8\%$), в 4 наблюдениях ($13,8 \pm 12,8\%$) вегетативное состояние. Все пациенты имели инвалидность, из них 16 человек ($55,2 \pm 18,5\%$) - I группу.

При реабилитологическом обследовании в 21 случае из 29-ти ($61,8 \pm 16,7\%$) выявлены различные осложнения и лимитирующие реабилитацию факторы, связанные с гипокинезией и погрешностями в уходе: спастические контрактуры (8 пациентов, или $27,6 \pm 16,6\%$ от общего числа), пролежневые раны (4 человека, $13,8 \pm 12,8\%$, в том числе в 2-х случаях пролежневый сепсис), в 4 случаях трахеостомический свищ и гнойный эндобронхит ($13,8 \pm 12,8\%$), артропатии у 3-х пациентов ($10,3 \pm 11,3\%$).

Критериями ограничения жизнедеятельности, которые использовались нами при обследовании пациентов, являлись: ограничение способности к самостоятельному передвижению, самообслуживанию и трудовой деятельности, в соответствии с Приказом N 535 МЗ РФ от 22.08.05 г. "Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы".

При оценке двигательных возможностей 18 пациентов ($62,1 \pm 18,0\%$) вошли в группу ограничений второй степени по категории "способность к самостоятельному передвижению": передвижение с регулярной частичной помощью других лиц и использованием вспомогательных средств. 11 человек ($37,9 \pm 18,0\%$) соответствовали третьей степени по данной категории, т.е. не способны к самостоятельному передвижению и нуждались в постоянной посторонней помощи.

По критерию способности к самообслуживанию 18 пациентов ($62,1 \pm 18,0\%$) были способны к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием вспомогательных средств (вторая степень); 11 человек ($37,9 \pm 18,0\%$) не способны к самообслуживанию и нуждались в постоянной посторонней помощи - ограничения третьей степени.

По образовательному уровню пациенты распределились следующим образом: высшее образование имел 1 пациент ($3,4 \pm 6,8\%$), 14 ($48,3 \pm 18,6\%$) имели среднее профессиональное образование, 9 пациентов ($31,0 \pm 17,2\%$) - начальное профессиональное и 5 ($17,2 \pm 14,0\%$) - обучение на рабочем месте.

У всех 29 пациентов травма головного мозга произошла в период активной трудовой деятельности, что должно было бы делать актуальными вопросы профессиональной реабилитации. Однако, в силу относительно низкого образовательного уровня, тяжести основного заболевания и его осложнений, потребность в профессиональной реабилитации не являлась первостепенной.

В результате лечения, все гнойные осложнения купированы, в 24 наблюдениях ($82,8 \pm 14,0\%$) отмечено улучшение неврологической картины. На ходьбу с опорой выведены 18 человек ($62,1 \pm 18,0\%$). У одного пациента ($11,1\%$) в вегетативном состоянии отмечено появление элементов целесообразных двигательных реакций, фиксация взора, затем стала восстанавливаться речь.

Считаем, что при формировании программы реабилитации у данного контингента больных необходимо учитывать следующее. Высокое число осложнений ($61,8 \pm 16,7\%$) при ТБГМ отодвигает начало реабилитационного процесса и снижает его результативность. Всем инвалидам с ТБГМ необходима специализированная реабилитация, по возможности, сразу после стабилизации витальных функций. Ранние и систематизированные реабилитационные мероприятия снизят затраты на лечение осложнений и повысят качество жизни пациентов, будут способствовать более полной социально-бытовой адаптации.

Тюлькин О.Н., Берснев В.П., Жарова Е.Н.

Российский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова, г. Санкт-Петербург, Россия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Травма позвоночника, осложненная повреждением спинного мозга, сохраняет актуальность и значимость среди основных проблем современной медицины. Во многом это обусловлено практически 100% инвалидизацией больных с травмой спинного мозга. Это повышает значение лечебных мероприятий в позднем периоде травматической болезни спинного мозга. Восстановительное лечение в это время решает задачи устранения ортопедических последствий ПСМТ, стимуляции процессов регенерации спинного мозга, устранение имеющихся вторичных экстравертебральных осложнений.

Цель исследования. Изучение возможностей хирургического лечения последствий травмы позвоночника и спинного мозга для улучшения качества жизни и расширения возможностей реабилитации спинальных больных.

Материал и методы. Нами изучены результаты хирургического лечения последствий позвоночно-спинномозговой травмы за период 2001 - 2008 гг. у 42 пациентов. Возраст от 19 до 57 лет, 33 мужчины и 9 женщин. Давность травмы варьировала от 6 месяцев до 4 лет. По уровню повреждения позвоночника и спинного мозга распределение было следующим: шейный отдел - 6 человек, грудной отдел - 18 человек, поясничный отдел - 18 человек. Выраженность неврологических расстройств по классификации ASIA была следующей: группа А - 20 пациентов, группа В - 14, группа С - 8. Все больные были ранее оперированы.

Клинико-диагностический комплекс включал ортопедоневрологический осмотр, МРТ и/или СКТ с миелографией, электронейромиографию, использование оценочных шкал (VAS и VFM). Отдаленные результаты прослежены у 35 пациентов.

Результаты и их обсуждение. Причины, требующие хирургического лечения больных с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы были следующими: деформация позвоночника и компрессия спинного мозга, сохранившиеся после первичной операции у 12 пациентов, деформация позвоночника и компрессия спинного мозга в сочетании с рубцово-спаечным процессом на уровне повреждения у 18, интрамедуллярные и арахноидальные кисты в сочетании с рубцово-спаечным стенозом позвоночного канала у 6 и пролежни у 6 больных. У 26 пациентов отмечался стойкий болевой синдром, не позволявший им длительно находиться в вертикальном положении и активно пользоваться креслом-коляской. Причиной боли являлась патологическая подвижность в зоне поврежденного позвоночного сегмента у 18 больных, фиксация дурального мешка за счет рубцов в зоне травмы с минимальными движениями в смежных с поврежденным позвоночных двигательных сегментах у 8 пациентов.

Для устранения компрессии спинного мозга и деформация позвоночника требовалось повторное вмешательство в зоне повреждения из переднего или переднебокового доступа для разрешения имеющейся патогенетической ситуации. Декомпрессия спинного мозга сочеталась с надежной стабилизацией оперированного сегмента, для чего использовались конструкции из пористого никелида титана для межтелового спондилодеза, или сочетание костной пластики с дополнительной накостной фиксацией пластиной. Ортопедическая коррекция оси позвоночника и декомпрессия спинного мозга в случаях с сопутствующим рубцово-спаечным процессом требовали полноценной декомпрессии и восстановления ликвороциркуляции проведения менингомиелолиза. В этих случаях использовался боковой или расширенный задне-боковой доступ для достижения поставленных перед операцией целей. Стабилизация позвоночника осуществлялась также конструкциями из никелида титана,

костных трансплантатов с дополнительной накостной фиксацией. У 4 пациентов этой группы дополнительной стабилизации не потребовалось вследствие хорошего костного блока в зоне повреждения позвоночника.

Показанием к операции в случае кистозно-спаечного процесса служило увеличение размеров кисты при динамическом наблюдении по данным МРТ и отрицательная неврологическая динамика. Хирургическое лечение осуществлялось из заднего доступа, с использованием микрохирургической техники и заключалось в менингомиелоллизе, кисто-арахноидальном дренировании.

Хирургическое лечение пролежней заключалось в радикальной санации очага трофических нарушений с последующей пластикой дефекта мягких тканей перемещенным полнослойным лоскутом.

Результаты лечения можно расценивать как удовлетворительные. Осложнений не было. Активизировались пациенты по снятию швов на 10-12 сутки. В той или иной степени положительную динамику в неврологическом статусе отметили 12 больных, перешедших из группы А в группу В, 3 пациента из группы В перешли в группу С, а двое пациентов из группы С перешли в группу D. По данным электронейромиографии отмечено улучшение у 29 человек, в том числе у 14 пациентов находившихся в группе А по шкале ASIA. Удалось добиться вертикализации у 15 человек. Болевой синдром был купирован у 18 больных. Заживление пролежней было достигнуто во всех случаях, что позволило расширить объем реабилитационных мероприятий у этих больных за счет гидрокинезотерапии.

Таким образом, хирургическое лечение больных в позднем периоде травматической болезни спинного мозга в основном направлено на восстановление правильных анатомических соотношений в зоне поврежденного позвоночного сегмента, дополнительной стабилизации (при необходимости), устранении причин болевого синдрома, ограничивающего возможности адаптации спинального больного к изменившимся условиям жизни. Это создает условия для проведения реабилитационных мероприятий в максимальном объеме, улучшает качество жизни спинального больного.

Фроленко С.Ю., Леонтьев М.А., Коновалова Н.Г., Степанова Е.В.
ФГУ "ННПЦ МСЭ и РИ ФМБА России", НХО ФСЦ, г.Новокузнецк, Россия

ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ПРОЦЕСС РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА

При спинальной травме внезапность утраты здоровья способствует формированию тревожно-депрессивных расстройств (ТДР), которые, наравне с трофическими, урологическими и другими осложнениями, препятствуют реабилитации. Отсутствие неврологического восстановления, вынужденное положение, в свою очередь, повышают уровень тревоги и депрессии, формируется порочный круг. Представляется актуальным изучить распространенность и влияние ТДР на реабилитационный потенциал пациента и реабилитационный процесс, что и явилось целью нашей работы. В соответствии с целью, поставлены задачи изучить распространенность и факторы, способствующие развитию ТДР у пациентов с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ); изучить динамику ТДР в процессе лечения и влияние на результаты реабилитации.

В изучаемую группу включены все пациенты с ТБСМ в возрасте от 18 до 50 лет, поступившие на лечение в 2008 г., с тяжелой спинальной травмой в анамнезе и неврологическим дефицитом типа А, В, С по шкале ASIA, давностью от 4-х месяцев до 5 лет. Все пациенты имели явные признаки I группы инвалидности. В исследование не вошли пациенты с низкой толерантностью к физической нагрузке и тяжелыми сопутствующими

заболеваниями, а также те, кому планировалось интенсивное, в том числе хирургическое лечение.

Критериям включения и исключения соответствовали 47 человек, мужчин - 31 ($66,0 \pm 13,8\%$), женщин - 16 ($34,0 \pm 13,8\%$). Возраст пациентов от 42 до 18 лет, средний возраст $27 \pm 1,8$ лет. Травма на шейном уровне отмечена у 22 пациентов ($46,8 \pm 14,6\%$), 19 человек ($40,4 \pm 14,3\%$) перенесли спинальную травму на грудном уровне, остальные 6 пострадавших ($12,8 \pm 9,7\%$) - на поясничном.

Три разных специалиста с интервалом 4 недели оценивали неврологический статус по ASIA, стабилometriю, ЭМГ, локомоторный балл, и до конца исследования не были знакомы с результатами друг друга. Для дальнейшего анализа выбраны следующие показатели: двигательный балл (ДБ) по ASIA; уровень тревоги и депрессии по Госпитальной шкале; уровень компенсации функции поддержания равновесия сидя (ФС), как наиболее востребованной для пациента при тяжелом неврологическом дефиците, по шкале Л.Д. Потехина.

Двигательный балл по ASIA при поступлении от 4 до 74, в среднем $39,9 \pm 3,0$ балла. Всего ТДР на клиническом и субклиническом уровне в изучаемой группе зафиксированы в $72,3 \pm 13,0\%$ случаев. ТДР регистрировались чаще среди пациентов, не улучшивших двигательные навыки. При поступлении клинический уровень тревоги отмечен у 18 ($38,3 \pm 14,2\%$) пациентов, после лечения только у 7 ($14,9 \pm 10,4\%$), что достоверно меньше. Клинический уровень депрессии до лечения зафиксирован в 5 случаях ($10,6 \pm 9,0\%$), после лечения только в двух ($4,3 \pm 5,9\%$), но в связи с малым количеством наблюдений различия недостоверны.

Пациенты с клинической депрессией при поступлении в процессе лечения улучшения ДБ не демонстрировали, ФС улучшилась у 2-х человек из 5 ($40,0 \pm 43,8\%$). Среди остальных пациентов улучшение ДБ на 1-2 пункта отмечено в 11 случаях из 42 ($26,2 \pm 13,6\%$), ФС улучшилась у 19 человек из 42 ($45,2 \pm 15,4\%$). Пациенты, поступившие с клинически значимым уровнем тревоги, чаще демонстрировали улучшение в процессе лечения: ДБ увеличился у 4-х пациентов из 18 ($22,2 \pm 19,6\%$), ФС улучшилась у 5 ($27,8 \pm 21,1\%$). При субклиническом уровне тревоги ДБ улучшился у 5 пациентов из 16 ($31,3 \pm 23,2\%$), ФС улучшилась у 10 человек ($62,5 \pm 24,2\%$). У пациентов без тревоги ДБ увеличился у 2-х из 25 ($8,0 \pm 10,9\%$), ФС улучшилась у 6-ти ($24,0 \pm 17,1\%$).

Следовательно, ТДР негативно влияют на эффективность двигательной реабилитации, в то же время пациенты с тревожностью значительно чаще демонстрируют неврологическое и функциональное улучшение, чем пациенты с депрессией. Успешная двигательная реабилитация способствует снижению ТДР.

Таким образом, проблема ТДР среди инвалидов с ТБСМ актуальна и нуждается в дальнейшем изучении.

Якушин О.А., Новокшенов А.В., Федоров М.Ю.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров" г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РОКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Проблема лечения больных с осложненной позвоночно-спинномозговой травмой по-прежнему остается актуальной. В течение последнего времени отмечается увеличение числа данных повреждений, что обусловлено возрастанием случаев промышленного и дорожно-транспортного травматизма. По данным литературы, позвоночно-спинномозговая травма

Нейрохирургия

составляет от 10,3 до 14,5% от всех травм, а инвалидизация пострадавших с данным видом повреждения достигает от 80 до 100% случаев.

По данным некоторых авторов, отмечается отчетливая зависимость между изменениями в системе микроциркуляции и реактивными процессами в нервной ткани. Даже незначительное сдавление спинного мозга вызывает значительное снижение спинномозгового кровотока, это и обуславливает неврологическую картину. Наибольшие изменения в спинном мозге происходят в первые часы после его травматизации.

За период 2008 года в центре нейрохирургии проведено оперативное лечение 32 пациентов с осложненной позвоночно-спинномозговой травмой. Мужчины составляли - 71,9% и женщины - 28,1% соответственно. Средний возраст пострадавших составил $40,1 \pm 11,2$ года.

Среди травмированных преобладал бытовой (37,6%) и дорожнотранспортный травматизм (43,7%). Наибольшее количество повреждений приходилось на грудной отдел позвоночника 43,7%, повреждения шейного отдела позвоночника составили 34,4% и поясничного отдела позвоночника 21,9% соответственно.

В первые 6 часов от момента травмы в центр нейрохирургии поступили 21,8% пострадавших, с давность травмы до 1 суток 18,8% больных, 8 больных поступили в центр в сроки от 1 суток до 1 месяца. Большая группа пациентов поступила с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы от 1 месяца и более с момента травмы.

Всего 32 пациентам выполнено 39 операций, это обусловлено тем, что у 18% больных оперативное лечение выполнялось в два этапа в зависимости от повреждения позвоночника. Первым этапом выполнялась передняя декомпрессия спинного мозга и межтеловой спондилодез, затем задняя декомпрессия, реконструктивно-восстановительная операция на спинном мозге и задний спондилодез. При этом выполнено 18 операций с использованием микрохирургической техники, из них 11 оперативных вмешательств с использованием сосудисто-неврального трансплантата.

В результате проведенного комплексного лечения ближайшие результаты прослежены у 29 пациентов.

Неудовлетворительные результаты лечения получены у 5 пациентов, полное отсутствие динамики в неврологическом статусе.

У 38% больных результат оценен как удовлетворительный, критерием оценки послужило: улучшение чувствительности ниже уровня повреждения, появление минимальных активных движений, увеличение силы мышц конечностей, восстановление функции тазовых органов, активизация пациента, улучшение самообслуживания.

У 44,8% больных результат оценен как хороший. Это в основном, пациенты, поступившие в клинику в ранние сроки от момента травмы, имевшие минимальную степень неврологического дефицита на момент поступления.

Таким образом, лечение пациентов с осложненной позвоночно-спинномозговой травмой должно проводиться в условиях специализированного стационара крупного медицинского центра. Операция должна быть выполнена в максимально ранние сроки от момента травмы. При осложненной позвоночно-спинномозговой травме необходимо использовать микрохирургические реконструктивно-восстановительные операции на спинном мозге, оболочках мозга, как в остром, так и в позднем периоде травмы, что ведет к улучшению нарушенных функций спинного мозга.

Яфарова Г.Г., Плещинский И.Н., Балтина Т.В.

Научно-исследовательский центр Татарстана "Восстановительная травматология и ортопедия"
Казанский государственный университет, г.Казань, Россия

ИЗМЕНЕНИЕ ВОЗБУДИМОСТИ АНТАГОНИСТИЧЕСКИХ СПИНАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ ПРИ РАЗВИТИИ СПАСТИЧНОСТИ ПОСЛЕ СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Несмотря на значительные успехи, патофизиологические механизмы спастичности остаются недостаточно выясненными. Определенный вклад может вносить снижение активности тормозных интернейронов, в норме блокирующих возбуждающее реципрокное взаимодействие мышц-антагонистов. Не установлена природа и функциональная роль многих супраспинальных и спинальных систем, контролирующих двигательное поведение, в том числе активность спинальных рефлекторных реакций.

Цель исследования. Исследование моторных и рефлекторных ответов мышц-антагонистов голени после тяжелой спинномозговой травмы. Были обследованы 73 пациента с переломом тел Th12-L1 позвонков, у которых тяжесть повреждения спинного мозга оценивалась как степень А по шкале ASIA\INSOP. Исследовалось состояние пояснично-крестцовых мотонейронов методом стимуляционной ЭМГ: регистрировались моторные (М) и рефлекторные (Н) ответы камбаловидной (КМ) и большеберцовой мышц (ПБМ) на стимуляцию соответствующих нервных стволов справа и слева. В 62% наблюдений посттравматические двигательные нарушения клинически характеризовались как вялый паралич нижних конечностей, в остальных случаях - как спастический. Контрольную группу составили пациенты с легкой степенью повреждения спинного мозга без развития двигательных расстройств (n=20). У пациентов с при развитии вялого паралича нижних конечностей М-ответ ПБМ был зарегистрирован в 43% обследований, Н-ответ этой мышцы - в 11%; М-ответ КМ присутствовал в 61% наблюдений, Н-ответ в 36%. В группе больных со спастическими явлениями М-ответ ПБМ наблюдался в 75%, Н-ответ в 45% обследований. М-ответ КМ регистрировался в 80% случаев, Н-ответ этой мышцы - в 65%. Порог возникновения М-ответа ПБМ у пациентов с тяжелыми двигательными расстройствами по спастическому типу превышал данный показатель группы пациентов без наличия двигательных расстройств на 56%, порог моторного ответа КМ - на 22%, порог рефлекторного ответа достоверно не отличался. У пациентов с тяжелой степенью повреждения спинного мозга, у которых развился спастический паралич нижних конечностей, максимальная амплитуда М-ответа ПБМ составила в среднем 11% ($p < 0,05$); максимальные амплитуды рефлекторного и моторного ответов КМ составили в среднем 14% ($p < 0,05$) от уровня этого показателя пациентов без наличия двигательных нарушений.

Таким образом, при тяжелой степени поражения спинного мозга КМ обнаруживала несколько менее выраженную "спастичность" по сравнению со своим антагонистом - ПБМ, частота появления Н-ответов которого существенно превысила норму. Меньшая выраженность при дефиците супраспинальных влияний снижения средних значений максимальной амплитуды Н-ответов ПБМ по сравнению с КМ, где величины М- и Н-ответов изменялись равнозначно, также свидетельствует в пользу большей спастичности ПБМ. Возникающее при спинальной травме извращение соотношения уровней возбудимости антагонистических спинальных центров связано, очевидно, с особенностями управления мышцами-антигравитантами и их антагонистами. Меньшая выраженность возникающего при спинальной травме повышения рефлекторной возбудимости центра КМ по сравнению с ПБМ, является, возможно, следствием того, что центр мышцы-антигравитанта КМ в норме в меньшей степени подвержен тормозным супраспинальным влияниям.

Исследование проведено в рамках гранта РФФИ (N 07-04-00795).

ХИРУРГИЯ, АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Агаларян А.Х., Стерехов Е.В., Нейвирт А.Ю.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Несмотря на пристальное внимание к проблеме политравмы, летальность при множественных и сочетанных повреждениях во всем мире достигает 40%, а инвалидность составляет 25-45%. Смертность от политравмы в России занимает второе место и составляет 65,5 на 100000 населения. В статистике травматизма повреждения живота составляют 3,6-18,8%. Летальность при сочетании со скелетной травмой 38%, а при сочетании с черепно-мозговой травмой достигает 72,3%.

За 2008 год на лечении в ФГЛПУ "НКЦОЗШ" г.Ленинска-Кузнецкого находились 184 (100%) больных с политравмой, из них 139 (75,5%) больных были доставлены из других стационаров области. У 43 (23,4%) поступивших в стационар была диагностирована абдоминальная травма.

Больные с абдоминальной травмой были разделены на 2 группы.

Первую группу составили 12 (6,5%) больных с абдоминальной травмой, поступивших в стационар непосредственно после травмы. В диагностический алгоритм в обязательном порядке входила диагностическая лапароскопия, проводимая в течение первого часа от момента поступления в стационар. Выявленные во время диагностической лапароскопии гемоперитонеум и повреждения органов брюшной полости являлись показанием для перехода на лапаротомию: повреждение диафрагмы у 2 больных; повреждение печени, селезенки - 5 больных; повреждение тонкого и толстого кишечника у 4 больных; повреждение брыжейки тонкого кишечника, вскрытие забрюшинной гематомы при переломе костей таза у 1 больной. Двум больным в связи с массивным повреждением брыжейки тонкой кишки проводилась поэтапная коррекция абдоминальных повреждений (damage control). У первого больного непрерывность кишечной трубки была восстановлена в течение первых суток после первичной операции после стабилизации состояния. У второго больного в течение 48 часов после первичной операции - резекции слепой кишки, илеоцекального угла - выявлена несостоятельность швов культи восходящей ободочной кишки с формированием гнойника, в связи с чем выполнена повторная операция - правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза.

Вторую группу составил 31 (16,8%) больной, доставленный в стационар на 1-5-ые сутки после травмы и проведенных оперативных вмешательств. При поступлении в клинический центр на первое место выходили неинвазивные диагностические мероприятия - УЗИ, мультиспиральная компьютерная томография с контрастным усилением. По результатам исследований определялась дальнейшая хирургическая тактика ведения больных. У ряда больных дополнительно были выявлены недиагностированные на первой операции повреждения. Двум больным с повреждением диафрагмы была выполнена пластика дефектов диафрагмы полипропиленовой сеткой, одному больному операция выполнена видеоторакоскопически. У пяти больных диагностирована клиника кишечной непроходимости: недиагностированные повреждения петель тонкого и толстого кишечника, брыжейки тонкой кишки. У этих больных коррекция повреждений выполнена на повторных операциях. Операции заканчивались интубацией тонкого кишечника, наложением разгрузочных лапаростом с целью коррекции внутрибрюшной гипертензии (компартмент-синдром).

У четырех больных были выявлены гнойные образования в поддиафрагмальных и подпеченочном пространствах - выполнялась вскрытие, санация, дренирование гнойников. Летальных исходов у пациентов с абдоминальной травмой за период наблюдения в стационаре

не было.

Использование диагностической лапароскопии в ближайшие сроки от момента травмы и внедрение неинвазивных методов диагностики (УЗИ, МСКТ) в алгоритме диагностики повреждений у пациентов с политравмой позволяет своевременно выявлять абдоминальные повреждения и оптимизировать хирургическую тактику лечения больных с травмой органов брюшной полости.

Поэтапное хирургическое лечение абдоминальных повреждений (damage control) и коррекция внутрибрюшной гипертензии (компармент-синдром) в послеоперационном периоде позволяет улучшить результаты хирургического лечения абдоминальных повреждений, уменьшить количество инфекционных осложнений.

Альтшулер Е.М.

Муниципальное учреждение здравоохранения городская клиническая больница N 2
г. Кемерово, Россия

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ГЛУБОКИХ ОТМОРОЖЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Термические повреждения являются одной из частых причин инвалидности и смертности лиц трудоспособного возраста, в структуре которых холодовые травмы составляют около 3%. Особенно актуальна холодовая травма в Кемеровской области, расположенной в зоне резко континентального климата, температура в зимние месяцы может опускаться до - 40°C за считанные часы. Результаты лечения локальной холодовой травмы определяются своевременной диагностикой глубины поражения тканей и патогенетически обоснованной тактикой консервативного и оперативного лечения. От точности диагностики и адекватности лечения зависит не только длительность стационарного лечения, но и функциональные и косметические результаты. Часто, с целью сокращения сроков лечения, проводятся необдуманные калечащие операции, в первую очередь, высокие ампутации конечностей, как следствие - инвалидизация. Однако, часть калечащих операций можно избежать, используя современные способы восстановительной хирургии: в первую очередь это лоскуты с осевым типом кровообращения. В 1981 году (Pontin B.) была сформирована принципиальная важность этого приема, существенно улучшающего кровоснабжение лоскутов и позволяющего формировать их более длинными и узкими, чем обычные кожно-жировые лоскуты.

В период с 2000 по 2008 г. под нашим наблюдением находилось 36 пациентов с глубокими отморожениями верхних и нижних конечностей, которым были выполнены многоэтапные комплексные восстановительные вмешательства с использованием лоскутов с осевым типом кровообращения. Мужчин было 26, женщин - 10. Средний возраст пострадавших составил $39,5 \pm 3,2$ года. По срокам госпитализации больные распределились следующим образом: в первые сутки - 14, до 10 дней - 8, до 1 месяца - 14. По локализации дефекта преобладали поражения дистальных отделов стоп - 17, дистальных отделов кистей - 12, передней поверхности коленных суставов - 7.

Во всех наблюдениях начинали с радикальной хирургической обработки сегмента конечности с удалением всех нежизнеспособных тканей. На кистях желательно сохранить остатки основных фаланг пальцев, что позволит в последующем частично восстановить их длину путем дистракции. Пластика паховым лоскутом выполнена у 18 пациентов, причем у 6 из них на обеих кистях одновременно. Фиксация кисти осуществлялась путем подшивания ее к передней брюшной стенке узловыми швами. Для закрытия дефектов стоп в 12 случаях использован либо икроножный, либо ягодично-бедренный лоскуты. У 4-х пациентов оперированная конечность фиксировалась в кольцах аппарата Илизарова.

У 6 пациентов с поражением передних отделов коленных суставов выполнена пластика лоскутом на широкой фасции бедра.

Полное приживление лоскутов было достигнуто в 32 наблюдениях. В 1 случае развился тотальный некроз лоскута, еще в 3 случаях имел место краевой некроз. Инфекционные осложнения в виде частичного нагноения раны были зафиксированы у 9 оперированных, причем они не повлияли на успех операции и были ликвидированы обычными консервативными мероприятиями. Во всех наблюдениях была зафиксирована стойкая ремиссия остеомиелита и артрита.

Функциональные результаты изучены у 27 пострадавших в сроки от 6 месяцев до 2 лет. Степень восстановления функции конечности зависела от характера травмы и ее осложнений, а также от срока восстановительного вмешательства. Наши наблюдения не подтверждают точку зрения о высокой частоте тяжелых трофических поражений мышечных лоскутов, пересаженных на опорную поверхность стопы. Трофические изъязвления в пересаженных лоскутах возникали в зонах, подвергающихся избыточной нагрузке спустя продолжительное время после операции. Как правило, для заживления таких поражений было достаточно разгрузить конечность. Таким образом, главным преимуществом пластики лоскутами с осевым типом кровообращения является возможность максимального сохранения длины сегмента и, как следствие, уменьшение степени инвалидизации.

Альтшулер Е.М.

Муниципальное учреждение здравоохранения городская клиническая больница N 2
г. Кемерово, Россия

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛОСКУТА ИЗ НАПРЯГАТЕЛЯ ШИРОКОЙ ФАЦИИ БЕДРА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Глубокие ожоги и отморожения передней поверхности коленных суставов составляют, по данным различных авторов, от 1,1 до 2,5% среди пациентов ожоговых стационаров (Вихриев Б.М. и др. 1991 г., Гришкевич В.М. 1996 г.), и, нередко, вызывают значительные трудности в выборе оптимального метода лечения. Длительное консервативное лечение нередко ведет к обнажению надколенников, распространению воспалительного процесса на полость сустава с развитием гнойного гонита, что нередко заканчивается ампутацией конечности. Попытки закрыть дефект с использованием местных тканей, итальянскими лоскутами или обычными трубчатыми стеблями приводят к длительным срокам лечения, требуют дополнительных способов фиксации конечностей, нередко заканчиваются неудачей из-за плохой васкуляризации тканей и постоянным присутствием инфекции.

Изучение особенностей строения кожи, кровоснабжения и иннервации показало, что хорошим пластическим материалом для надежного покрытия передней поверхности коленного сустава являются мягкие ткани передне-внутренней поверхности бедра. Нами для закрытия дефектов с 2006 г. стали использоваться кожно-мышечные лоскуты из напрягателя широкой фасции бедра, впервые предложенные Wagensteen в 1934 г., однако его опыт был незаслуженно забыт. Современный вклад в историю применения кожно-мышечных лоскутов из напрягателя широкой фасции бедра внесли Nahai и сотр. в 1978 г.

В течение 2006-2007 гг. в ожоговом отделении ГБ N 2 г. Кемерово оперировано 6 больных с дефектами передней поверхности коленных суставов, у 4 больных они образовались после отморожений 4 ст., у 2 явились следствием электротравмы. У всех 6 больных выполнили однотипную операцию, 1 этапом которой явилось выкраивание кожно-мышечных лоскутов на передне-внутренней поверхности одноименного бедра с включением в него напрягателя широкой фасции бедра. Артериальное кровоснабжение лоскута осуществляется из поперечной ветви латеральной артерии, огибающей бедренную

кость. Чувствительная иннервация осуществляется из латерального кожного нерва бедра, выходящего на уровне L²-L³. Контуры лоскута выкраиваются следующим образом: его передний край проходит вдоль линии, идущей от верхней передней подвздошной ости до латерального края надколенника, а задний край располагается параллельно переднему на расстоянии 10-15 см. Раневое ложе закрывалось либо свободными толстыми (0,4-0,5 мм) перфорированными трансплантатами кожи, либо местными тканями. Лоскут свертывался в трубку узловыми швами, через 4 недели проксимальная ножка отсекалась и переносилась на дефект, с которого предварительно удаляли остатки нежизнеспособных тканей, еще через 3 недели избыток лоскута иссекался, а оставшаяся его часть моделировалась по дефекту.

Полученные результаты. Во всех 6 случаях получен хороший результат, движения в коленном суставе восстановились в полном объеме, все раны зажили, функциональных нарушений нет.

Антипина Л.Г.

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, г.Иркутск, Россия

ТАКТИКА ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ ЛИПОПЕРЕКИСНОГО ДИСБАЛАНСА У БОЛЬНЫХ С РУБЦОВОЙ СТРИКТУРОЙ ПИЩЕВОДА

Торакоабдоминальные реконструктивные вмешательства при реканализации пищевода наиболее сложный раздел восстановительной хирургии. Операция длительна по времени, вызывает грубое смещение и транслокацию органов грудной и брюшной полостей, значительную кровопотерю. А также существует неблагоприятный исходный фон больных с рубцовой стриктурой: истощение, водно-электролитный и белковый дисбаланс, интоксикации, широкий спектр тяжелой сопутствующей патологии. Все эти факторы предрасполагают к развитию послеоперационных осложнений.

Нами проведено исследование липоперекисного статуса (ЛПСт) у больных с доброкачественной стриктурой пищевода. Мониторировали показатели гомеостаза, включая продукты перекисного окисления липидов (ПОЛ), антиоксидантной активности (АОА). Исследования проводили при поступлении больных перед операцией и на 1, 3, 7 и 14-ые сутки после операции. Результаты показали значительный липоперекисный дисбаланс в группе клинического сравнения (ГКС): имелась исходная активация реакций перекисного каскада - повышено содержание продуктов ПОЛ в сыворотке крови больных по сравнению с нормой - ДК в 2,6 раза, МДА - в 2,8 раза. После операции отмечалось дальнейшее усиление дисбаланса: максимальной активности они достигали на 3-7 сутки послеоперационного периода, когда содержание ДК на 21,8% (p=0,03), а МДА на 35% (p=0,64) превышали исходные значения. В эти сроки имелись клинические и лабораторные признаки нарастания интоксикации (головная боль, лейкоцитоз, повышение температуры тела и т.д.). Лишь к 14-ым суткам послеоперационного периода концентрация ДК достигала исходного уровня, концентрация же МДА превышала контрольные значения на 57,5% (p=0,88). У больных при поступлении достоверных различий в уровне АОА по группам мы не обнаружили. Наиболее выраженные изменения АОА в ГКС наблюдались в день операции и на 7-14-ые сутки после операции, в моменты наибольшей активации реакций перекисного каскада. В дальнейшем АОА приобретала тенденцию к снижению, что свидетельствовало о сохраняющейся активности перекисных реакций и недостаточности антиоксидантного потенциала.

Эти данные указывают на то, что резкая интенсификация ПОЛ обуславливает истощение ферментативного звена АОС. В группе вмешательства (ГВ), на фоне лечения мексидолом

нормализация основных параметров ПОЛ наступала уже в 1 сутки после операции, несмотря на активацию перекисных реакций до операции. К 7-14-ым суткам концентрация ДК на 38,6% ($p=0,00$), а МДА на 7,6% ($p=0,61$) были ниже исходных значений. Эти изменения наблюдались на фоне высокого антиоксидантного потенциала, превышающего начальные значения к 14-ым суткам на 29,2% ($p=0,67$), чего мы не отмечали у больных ГКС. Несмотря на активацию перекисных реакций в пред- и раннем послеоперационном периоде, нормализация показателей ПОЛ наступала в ГВ на 7 сутки после операции, в то время как у больных ГКС, высокий уровень этих показателей на фоне низкой АОА плазмы сохранялся в течение 14 дней после операции. Положительная динамика ПОЛ, АОА у больных ГВ соответствовала по срокам клиническому, биохимическому и рентгенологическому улучшению.

Анализ результатов коррекции показал, что у больных ГВ, получавших комплексную терапию с применением мексидола в периоперационном периоде - явное клиническое улучшение, чем у пациентов (ГКС), получавших традиционную терапию. Продолжительность лечения больных в реанимационном отделении составило $6,7 \pm 5,17$ в ГКС и $4,4 \pm 1,64$ дней в ГВ ($p=0,02$). Сокращались сроки пребывания их в стационаре с $21 \pm 6,91$ в ГКС, до $18 \pm 3,83$ суток в ГВ ($p=0,04$). В ГВ гладкое послеоперационное течение отмечено у девятнадцати из 30 больных, в то время как в ГКС лишь у пяти из 33 больных ($p_f=0,001$).

**Аргтымук Н.В., Марочко Т. Ю., Кубасова Л.А., Батина Н.А., Молокова Н.С.,
Кумашян С.А., Робул А.В., Хайрулина А.М.**

ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава
ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница, г.Кемерово, Россия

ОПЫТ АКТИВНОГО ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА РОДОВ В ОБЛАСТНОМ РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

Ведущей причиной материнской смертности продолжают оставаться кровотечения. С позиций доказательной медицины подтверждена эффективность активного ведения III периода родов для профилактики послеродовых кровотечений. Среди значимых факторов риска кровотечения доказанным является удлинение третьего периода родов. С 2008 года в областном родильном доме г.Кемерово, в связи с внедрением проекта "Мать и дитя", преимущественно используется активная тактика ведения последового периода.

Цель исследования. Оценить влияние активного и выжидательного ведения третьего периода родов на объем послеродовой кровопотери и течение послеродового периода.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 400 историй родов пациенток, родоразрешенных через естественные родовые пути в родильном доме Кемеровской областной клинической больницы в 2007-2009 гг. Отбор историй осуществлялся методом случайной выборки. Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием ППП "Statistica for Windows 6,0".

Характеристика исследуемых групп. Исследуемые пациентки были распределены на 2 группы.

В I группу были включены 200 женщин, у которых 3-й период родов велся активно.

II группу составили 200 рожениц с выжидательным ведением последового периода.

Средний возраст женщин I группы составил $25,60 \pm 5,37$ лет, II группы - $26,18 \pm 5,56$ лет ($p > 0,05$). Типичными осложнениями беременности были: угроза прерывания в 104 (57%) и 100 (50%) случаях соответственно в I и II группах и аномальное количество околоплодных вод - 64 (32%) и 60 (30%) ($p > 0,05$). У большинства пациенток произошли срочные роды - 167 (83,5%) и 162 (81%) в I и II группах ($p > 0,05$). Роды у пациенток

I группы осложнились несвоевременным излитием околоплодных вод в 122 (61%) случаях, слабостью родовой деятельности в 22 (11%) случаях, дискоординацией родовой деятельности в 18 (9%) случаях. Соответствующие показатели во II группе не имели достоверных отличий - 128 (64%), 26 (13%) и 20 (10%) ($p>0,05$).

Результаты исследования. Средняя продолжительность родов у женщин I группы составила 7 час 35 мин \pm 3 час 28 мин, у пациенток II группы - 7 час 21 мин \pm 3 час 10 мин ($p>0,05$). Продолжительность периода раскрытия (7 час 2 мин \pm 3 час 24 мин в I группе и 6 час 53 мин \pm 3 час 17 мин во II группе), и периода изгнания (26,04 \pm 13 мин в I группе и 26,77 \pm 20,4 мин во II группе) также не отличалась ($p>0,05$). Продолжительность третьего периода родов у рожениц I группы была существенно короче - 4,18 \pm 1,8 минуты против 10,9 \pm 5,1 минут во II группе ($p<0,01$). Все новорожденные родились в удовлетворительном состоянии. Антропометрические данные детей I группы (масса 3369,6 \pm 515,25 г., рост 52,38 \pm 2,86 см) достоверно не отличались от показателей II группы (3345,5 \pm 568,9 г. и 52,12 \pm 3,1 см) ($p>0,05$).

Акушерский травматизм был представлен разрывами шейки матки I степени - 68 (34%) в I группе и 74 (37%) во II группе, влагалища - 58 (29%) в I группе и 48 (24%) во II группе, промежности I степени 22 (11%) и 20 (10%) соответственно ($p>0,05$).

Средний объем послеродовой кровопотери у родильниц обеих групп не имел достоверных отличий (в I группе 241,75 \pm 84,23 мл, во II группе - 258,25 \pm 108,2 мл ($p>0,05$)). Однако, послеродовые кровотечения при выжидательном ведении третьего периода встречались достоверно чаще - в 9 (4,5%), чем при активной тактике - 2 (1%) ($p<0,05$).

При активном ведении третьего периода родов частота формирования лохиометры в позднем послеродовом периоде - 42 (21%) встречалась достоверно реже, чем у родильниц II группы - 92 (46%) ($p<0,05$). Схожая тенденция прослеживалась и в отношении позднего послеродового кровотечения, которое у женщин II группы - 16 (8%) встречалось достоверно чаще, чем у пациенток I группы - 6 (3%) ($p<0,05$).

Большинство женщин I группы - 167 (83,5%) были выписаны из стационара на 5-6 сутки, во II группе в указанный срок выписались лишь треть родильниц 78 (39%) ($p<0,05$).

Выводы. Таким образом, при активной тактике ведения послеродового периода достоверно снижается его продолжительность, а также риск послеродовых кровотечений. Кроме того, при активной тактике в III периоде родов, снижается частота осложненного течения позднего послеродового периода и продолжительность госпитализации.

Баранов А.И., Титов В.Г.

ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава, МЛПУ ГКБ N 1, г.Новокузнецк
МУЗ "Абаканская городская больница", г.Абакан, Россия

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Операции по поводу острого холецистита в ургентной хирургии являются одними из наиболее распространенной операции и занимают 2-е место после аппендэктомии.

Цель исследования. Оценить возможности сочетанного использования лапароскопических операций и операций из минидоступа при остром холецистите.

Материалы и методы. С 2006 года в МЛПУ ГКБ N 1 г.Новокузнецка в неотложной хирургии при остром холецистите выполняются как лапароскопические, так и холецистэктомии из минидоступа. В 2006-2008 годах оперировано 488 пациентов с острым холециститом в возрасте от 16 до 94 лет (медиана 59,2), среди них 355 женщин и 133 мужчин. Традиционные операции проведены 67 (13,7%) пациентам,

из них 44 (9,0%) выполнены холецистостомии и 23 (4,7%) холецистэктомии из лапаротомных доступов (из них 3 конверсионные).

Холецистэктомия из минидоступа может быть выполнена при выраженном спаечном процессе в верхнем этаже брюшной полости. Операции из минидоступа могут быть выполнены под эпидуральной анестезией. При сложности дифференцировки элементов треугольника Кало операция из минидоступа может быть выполнена от дна.

Результаты исследования. За 2006-2008 годы выполнено 409 малоинвазивных холецистэктомий.

Лапароскопические холецистэктомии проведены 297 (72,6%) пациентам в возрасте от 16 до 88 лет (медиана 53,6), среди них 57 мужчин (19,9%) и 240 (80,1%) женщин. Установлены следующие формы острого холецистита: катаральный - 104 (35,0%), флегмонозный - 157 (52,9%) и гангренозный 36 (12,1%). Холецистэктомии из минидоступа выполнены 112 (27,4%) больным в возрасте от 19 до 88 лет (медиана 66,0), среди них 42 (37,5%) мужчин и 70 (62,5%) женщин. С катаральным холециститом оперировано 26 (23,2%), флегмонозным 56 (50,0%) и гангренозным - 30 (26,8%) пациентов.

После лапароскопической холецистэктомии умерло 3 больных (1,0%), выявлено 3 (1,0%) интраоперационных осложнений и 15 (5,2%) ранних послеоперационных осложнений. После холецистэктомии из минидоступа умерло 3 (2,6%) больных, тяжелых интраоперационных осложнений не было, в раннем послеоперационном периоде было 9 (8,0%) осложнений, среди них 6 нагноений послеоперационных ран и 3 желчеистечения по контрольному дренажу.

Оценка травматичности малоинвазивных холецистэктомий по изменению функции внешнего дыхания и интенсивности болевого синдрома не показало статистически значимых различий между лапароскопическими холецистэктомиями и холецистэктомиями из минидоступа.

Выводы.

1. При остром холецистите малоинвазивная холецистэктомия может быть выполнена более чем у 80% пациентов как радикальная операция, среди холецистэктомий у более 90% больных.

2. Сочетание лапароскопической холецистэктомии и минидоступа в неотложной хирургии расширяет возможности хирургов в лечении больных с острым холециститом, в т.ч. старшей возрастной группы.

3. Сравнительная оценка травматичности операции не выявила статистически значимой разницы между лапароскопическими холецистэктомиями и холецистэктомиями из минидоступа при остром холецистите.

Беляев М.К.

Кафедра детской хирургии ГОУ ДПО "Новокузнецкий ГИУВ" Росздрава, г.Новокузнецк, Россия

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОГО ВНЕДРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Нами проанализирован 33-летний опыт диагностики и лечения 430 больных с инвагинацией кишечника, наблюдавшихся в период с 1976 по 2008 гг. Возраст детей был от 1 мес. до 13 лет, из них детей до года отмечалось 209 (48,6%) пациентов, старше одного года 221 (51,4%). Мальчиков наблюдалось в два раза больше, чем девочек.

Диагноз инвагинации кишок ставился на основании жалоб, анамнеза заболевания и объективного обследования больного. Из дополнительных методов исследования мы использовали медикаментозный сон или масочный наркоз, в редких случаях для дифференциальной диагностики применяли лапароскопию. Особое место в диагностике принадлежит контрастному рентгенологическому исследованию кишечника с воздухом пневмоколоноскопии (графии),

позволяющие не только выявить инвагинацию, но и верифицировать ее форму. С 1998 года для диагностики инвагинации мы стали использовать ультразвуковое исследование брюшной полости.

Из 430 детей при первичном осмотре диагноз инвагинации нам удалось установить у 413, что составило - 96%. У 17 больных (4%) были допущены диагностические ошибки, из которых у 9 пациентов был выставлен диагноз острый аппендицит, а у 8 кишечная непроходимость. Необходимо особо отметить, что все диагностические ошибки нами были допущены в первые 6 лет нашей работы, т.е. период отработки и становления методик.

Выбор лечебной тактики осуществляли на основании клинической картины инвагинации, лабораторных и дополнительных методов исследования в каждом конкретном случае. В нашей клинике метод консервативного лечения кишечной инвагинации считается основным и применяется при различных сроках от начала заболевания, формах внедрения независимо от возраста больного. И только наличие клинических признаков перитонита являлось показанием к оперативному лечению.

Из 413 детей с инвагинацией кишок консервативное лечение применялось у 406 (98,3%) больных независимо от стадии заболевания, которые не имели осложнений со стороны органов брюшной полости (перитонита).

Расправление осуществляли под рентгеновским экраном с использованием электронного усилителя изображения (ЭОП) и общим обезболиванием, предварительно назначив премедикацию за 30 минут в возрастной дозировке.

Эффективность бескровного метода составила 93,3% (379 пациентов), в 27 (6,7%) случаях расправить инвагинацию нам не удалось. А в течение последних 22 лет (1987-2008), при данном подходе, эффективность консервативного лечения составила - 98%. Осложнений и летальных исходов при консервативном методе лечения мы не наблюдали.

Хирургическое лечение выполнено 53 больным (12,3%), у 10 (18,8%) из них выявлены морфологические причины внедрения - дивертикул Меккеля, что составило 2,3% от общего числа детей с инвагинацией. Только у 9 пациентов имелся некроз кишки, что составило 2% от общего числа детей с инвагинацией (9 из 430).

Таким образом, попытка консервативного лечения инвагинации кишечника у детей может быть предпринята при любой продолжительности заболевания, при отсутствии клинических признаков перитонита. Показанием к оперативному лечению является перитонит, тонко - тонкокишечная форма инвагинации, неэффективность консервативного лечения.

Беляев М.К.

Кафедра детской хирургии ГОУ ДПО "Новокузнецкий ГИУВ" Росздрава, г.Новокузнецк, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ КРИОДЕСТРУКЦИИ

Цель исследования. Показать эффективность метода криодеструкции в лечении гемангиом в зависимости от клинических форм, размеров, течения и возраста.

В клинике хирургии детского возраста Новокузнецкого ГИУВа с 1999 по 2008 гг. пролечено 794 больных с гемангиомами различной локализации в возрасте от 7 дней до 17 лет. Из общего количества больных мальчики составили 285 (36%), девочки - 509 (64%). Капиллярная гемангиома отмечена у 613 больных (77,2%), кавернозная у 67 (8,4%), смешенная у 144 (14,4%). Опухоль локализовалась на волосистой части головы, лице, шеи в 75,8% случаев (602 больных), у 108 (13,6%) пациентов на туловище и у 84 (10,6%) на других участках тела.

Все больные получали криогенное лечение. Криовоздействие осуществляли с помощью аппарата заливного типа с температурой рабочей части - 160°C. Аппликаторы подбирались индивидуально, по форме и размерам приближались к гемангиоме и на 1-2 мм превышали ее диаметр. Экспозиция составляла от 10 до 40 сек. для гемангиом кожных покровов, от 5 до 15 сек. - для гемангиом слизистых оболочек. При крупных и обширных гемангиомах лечение проводилось в несколько сеансов. Повторные криовоздействия, если была в этом необходимость, проводили через 10-14 дней, после полного заживления. Иногда полного исчезновения гемангиомы удается добиться через 2-5 сеансов, но при глубоком эндофитном росте опухоли может потребоваться и большее число вмешательств. С целью ограничения роста гемангиомы криовоздействие начинали с ее периферии.

Результаты лечения оценивались следующим образом.

Хорошими результатами лечения гемангиом считались те, которые после криогенного воздействия не оставляли на коже заметного рубца, и цвет рубца, практически, не отличался от окружающих тканей. Такой эффект был получен у 92,8% пролеченных больных. К удовлетворительным результатам относятся дети, у которых после криогенного воздействия отмечалась атрофия кожи на месте гемангиомы или этот участок кожи был заметно депигментирован - 5%.

Неудовлетворительного результата с отсутствием эффекта от лечения не было ни в одном случае. Однако у 17 (2,2%) пациентов с комбинированными гемангиомами достигнуто удаление только лишь накожной части гемангиомы.

При обширных опухолях, опухолях располагающихся в критических зонах, кавернозных гемангиомах необходимо сочетание различных методов лечения заболевания, включая оперативный, гормональный, рентгенологический и криогенный методы, соблюдая принцип этапности для достижения максимального косметического эффекта.

Использование новых малогабаритных аппликаторов позволило снизить затраты на лечение в 8-10 раз за счет перемещения лечебного процесса из стационара в поликлинику, уменьшить расходы азота в 5-10 раз по сравнению с крупногабаритными аппаратами медицинской промышленности.

Таким образом, криогенный метод лечения сосудистых опухолей у детей является радикальным при небольших и средних гемангиомах, при больших он может сочетаться со склерозирующей, гормональной терапией, оперативной коррекцией.

Богданов В.А., Татьянченко В.К.

Государственный медицинский университет, г.Ростов-на-Дону, Россия

ТАКТИКА РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НАГНОИВШЕГОСЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА НА СТАДИИ АБСЦЕССА

Цель работы. Улучшить результаты лечения больных с нагноившимся эпителиальным копчиковым ходом на стадии абсцесса, путем своевременной диагностики острого тканевого гипертензионного синдрома и определения тактики оперативного вмешательства.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 62 больных с нагноившимся эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ) на стадии абсцесса. Диагностику острого тканевого гипертензионного синдрома (ОТГС) проводили инвазивным методом с помощью аппарата "Stryker" REF.

Результаты исследования. Из 62 больных у 38 (61,3%) по оригинальной методике (Федеральный патент РФ) был диагностирован ОТГС ягодично-крестцово-копчиковой области на фоне нагноившегося ЭКХ на стадии абсцесса. Была выполнена подкожная фасциотомия

области медиального отдела большой ягодичной мышцы. Все больные были оперированы в экстренном порядке.

У 21 больного (33,9%) с разветвленным свищевым копчиковым ходом, мы наблюдали на фистулографии гнойные полости в мягких тканях ягодичных областей. На первом этапе операции тактика лечения была одинаковой. Объем нежизнеспособных тканей, подлежащих удалению определяли на операционном столе, путем введения через первичное отверстие свищевого хода метиленового синего, смешанного с перекисью водорода 1:1.

Под эпидуральной анестезией выполняли вскрытие абсцесса ягодично-крестцово-копчиковой области из линейного разреза строго по средней линии. Прокрашенные ткани удаляли единым кожно-подкожно-фасциальным блоком с ликвидацией первичного отверстия ЭКХ. Устанавливали суточное проточно-промывное дренирование полости абсцесса.

При посевах экссудата было выделено 184 штамма микроорганизмов. В спектре выделенной микрофлоры преобладали энтеробактерии, составляя 46,1% и представители рода *Staphylococcus* - 33,6%. Реже встречались *Enterococcus faecalis*, *Aerococcus viridans*, и др. - 13,5% и *Pseudomonas aeruginosa* - 10,4%.

У трети обследованных больных возбудители хирургической инфекции были выделены в монокультуре, преимущественно стафилококки и стрептококки. Ассоциации микроорганизмов наблюдались у 36,5% больных. Наиболее часто встречались ассоциации стафилококков и энтеробактерий, стафилококков и стрептококков, а также различных представителей семейства *Enterobacteriaceae*. В отличие от вышеуказанных случаев у 18 больных (29%) отмечалась динамика микробного пейзажа очагов хирургической инфекции. Если в начале заболевания преобладали стафилококки и стрептококки, то в ходе инфекционного процесса наблюдалась их элиминация с последующей заменой энтеробактериями и псевдомонадами, частота выделения которых в течение заболевания увеличивалась примерно в 2 раза.

При лечении больных мы использовали мази на полиэтиленгликолевой основе (Левомеколь, Диоксиколь). Применяли деэскалационные принципы антибиотикотерапии, озонотерапию и ультразвук. Критерием завершения первого этапа лечения было снижение у всех больных микробной обсемененности раны до 10^4 микробных тел в 1г ткани и цитологическая картина фазы регенерации раневого процесса. Микробиологические исследования показали высокую эффективность санации озоносодержащими жидкостями.

Восстановительный этап лечения, как уже было отмечено, начинали в строгом соответствии с показателями микробной обсемененности ран.

Вид операции зависел от показателей индивидуальной шкалы балльной оценки течения ЭКХ и топографо-анатомических особенностей крестцово-копчиковой области и таза. Ранние вторичные швы с проточно-промывным дренированием у 13 больных, поздние вторичные швы с подшиванием краев раны к дну - у 27 больных; дозированная дерматензия - у 4 больных; свободная пластика расщепленным кожным лоскутом у 6 больных. Пластика сложным трансплантатом по оригинальной методике - у 12 больных.

Комплексный подход в лечении больных с ЭКХ в стадии абсцедирования позволил достичь хороших и удовлетворительных результатов у 96,8% больных (в контроле 68,9%).

Выводы. Дифференцированное лечение больных с ЭКХ в стадии абсцедирования с учетом оценки стадии развития ОТГС позволяет снизить риск неудовлетворительных результатов до 3,2%.

Бомбизо В.А., Толстокоров И.Г., Бердинских А.Ю., Булдаков П.Н., Синявин А.В.

МУЗ "Городская больница N 1", г.Барнаул, Россия

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОТДЕЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

За последние годы видеоэндоскопические и видеоассистированные оперативные вмешательства заняли прочное место в работе отделения неотложной абдоминальной хирургии, они доказали свою безусловную эффективность и преимущества перед многими традиционными хирургическими вмешательствами на органах брюшной полости.

В 2006-2008 гг. проведено 1575 операций при патологии панкреатобилиарной системы и 907 (57%) из них выполнено с использованием видеоэндохирургических методов. Наибольшее количество видеолaparоскопических операций составили холецистэктомии 806 (88,9%). Из них: с гангренозным холециститом прооперировано 185 (20,4%) пациентов, с деструктивным холециститом, осложненным абсцессом и инфильтратом - 76 (8,4%) человек, флегмонозный холецистит удален у 522 (57,6%), катаральный - у 65 (7,2%) человек. Количество подобных оперативных вмешательств возрастает с каждым годом. В 2006 году их было 233, в 2007 году - 263, а в 2008 году - 310 операций. При сочетании калькулезного холецистита и панкреатита, а также при подозрении на холедохолитиаз, выполнялись холецистэктомии с последующим дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому и интраоперационной холангиографией, всего 122 (13,5%) операции. Проведение интраоперационной холангиографии позволило уточнить патологию билиарной системы: в 38 случаях выявлен холедохолитиаз, в 17 - стриктура терминального отдела холедоха, у 67 больных патологии желчных протоков не обнаружено, вероятной причиной гипербилирубинемии был микролитиаз, либо отек головки поджелудочной железы.

При обнаружении конкрементов в желчных протоках во время интраоперационной холангиографии дальнейшая тактика строилась в зависимости от размеров и количества камней, а также степени воспаления в протоках (холангит). При обнаружении холедохолитиаза в пяти случаях была выполнена видеоэндоскопическая холедохолитотомия с последующим дренированием холедоха. В 7 случаях - видеоассистированная холедохолитотомия.

У 22 пациентов в раннем послеоперационном периоде были выполнены эндоскопические папилосфинктеротомии с удалением конкрементов из общего желчного протока.

Четверо наших пациентов были оперированы через 2,5-3 месяца после первичной операции, что было связано с тяжестью состояния, старческим возрастом и выраженностью воспалительного процесса - инфильтрат гепатодуоденальной связки. В трех случаях выполнены холедохолитотомии из минидоступа. В одном случае - ЭПСТ. Дренаж холедоха до проведения холедохолитотомии или папиллотомии не удалялся.

Количество эндоскопических операций при деструктивных панкреатитах относительно открытых вмешательств невелико, что связано с тяжестью общего состояния этих пациентов и ограничении, на наш взгляд, показаний к проведению эффективных эндоскопических операций. Всего произведено 18 абдоминализаций поджелудочной железы с санацией и дренированием брюшной полости. В двух случаях, при забрюшинной ферментативной флегмоне, выполнена ретроперитонеоскопия слева с дренированием забрюшинного пространства. У 8 (44,4%) пациентов панкреонекроз был излечен после эндоскопического вмешательства, а у 10 (65,6%) понадобились лапаротомии и релапаротомии с проведением некрсеквестрэктомий.

Считаем малоинвазивные хирургические вмешательства на панкреатобилиарной системе более эффективными, чем традиционные операции. Отдаем предпочтение видеоэндохирургическим вмешательствам при условиях технической возможности их проведения.

Брежнев Е.В., Запольнов Г.П., Альтшулер Е.М., Денисов А.А., Шрайнер С.В.

МУЗ "Городская клиническая больница N 2", г.Кемерово, Россия

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ОЖОГОВОЙ РАНЫ ПОСЛЕ НЕКРЭКТОМИИ

Одним из самых эффективных методов подготовки ран к пластическому закрытию, несомненно, является метод хирургической некрэктомии. Последняя позволяет быстро очистить рану от нежизнеспособных тканей, но порой ставит перед хирургом очень сложные вопросы. Что делать с образовавшимся дефектом? Неверно выбранный подход грозит повторными операциями, что затягивает пребывание в ожоговом стационаре и сводит на нет все преимущества активной хирургической тактики, ведет к увеличению стоимости и без того достаточно дорогого лечения, росту риска гнойно-септических осложнений, что ухудшает отдаленные как функциональные, так и косметические результаты.

Анализируя литературные источники, мы обнаружили, что четких алгоритмов по выбору тактики ведения послеоперационной раны нет. На принятие решения в каждом конкретном случае оказывают влияния множество факторов и их сочетания наиболее важными из которых являются: состояние больного, возраст, общая площадь и глубина поражения, а так же опыт оперирующего врача, которому предстоит по ходу операции определить целесообразность проведения одномоментной кожной пластики или выполнение ее в отсроченный период. Показанием к проведению некрэктомии с одномоментной аутодермопластикой являются ожоги, не затрагивающие подкожно-жировую клетчатку, при иссечении которых остались не поврежденными глубокие слои кожи, при этом желательно, чтобы пересаживаемые кожные трансплантаты имели небольшой коэффициент перфорации или остались бы цельными. Такие ограничения в перфорации уменьшают возможную площадь восстановления кожного покрова. Применение покрытия из лиофилизированной свиной кожи поверх пересаженных трансплантатов улучшает прогноз приживления. Справедливости ради стоит отметить, что у детей раннего возрастного периода, при радикальном иссечении глубокого ожога даже до подкожно жировой клетчатки при соблюдении выше перечисленных принципов отмечается практически полное приживление. Во всех оставшихся случаях мы проводим некрэктомию с отсроченной свободной кожной пластикой через двое или трое суток.

Для уменьшения раневых потерь и предотвращения риска образования вторичных некрозов после хирургического удаления нежизнеспособных тканей необходимо использовать временные раневые покрытия, в особенности, если пациент находится на флюидизирующей кровати. Наиболее лучшие результаты нами получены при использовании ксенотрансплантатов. Перерыв в несколько дней позволяет убедиться в радикальности выполненной операции, ведет к разрастанию капиллярной сети на границе иссечения, снижает риск отслойки трансплантатов гематомами после проведенной некрэктомии. При остающихся на ранах девитализированных тканях допустимо выполнить свободную кожную пластику с предварительной тангенциальной резекцией до появления капиллярного кровотечения. Закрытие больших по площади ожоговых ран свободными трансплантатами аутокожи с коэффициентом перфорации 1:4 и более влечет за собой обязательное использование раневых покрытий.

Таким образом, наиболее значимыми моментами в достижении быстреего восстановления кожного покрова являются оснащенность отделения, опыт оперирующего комбустиолога и соблюдение озвученных выше алгоритмов действий.

Валуйских Ю.В., Чурляев Ю.А., Суржикова Г.С., Лучшев Д.В., Данцигер О.В.,
Костюков А.В., Монахов А.А., Клочкова-Абельянс С.А., Осипова Е.А.
ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава, Филиал ГУ НИИ общей реаниматологии РАМН, МЛПУ "ГКБ N 1",
г.Новокузнецк, Россия

ЛОКОРЕГИОНАЛЬНАЯ И МЕСТНАЯ ЦИТОКИНОВАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГАНГРЕНОЗНЫХ АППЕНДИЦИТАХ

Актуальность проблемы. Острый аппендицит является одним из наиболее частым острым хирургическим заболеванием брюшной полости. Летальность, согласно статистике, на первый взгляд не велика и составляет 0,05-0,11%. Осложнения острого аппендицита составляют в среднем 10%, резко возрастают у детей и стариков и не имея тенденции к снижению. При деструктивных формах аппендицита остается достаточно высокий процент осложнений, возникающих в брюшной полости, который может достигать 22%.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с гангренозным аппендицитом, профилируя развитие гнойных осложнений, путем применения локорегиональной и местной цитокиновой терапии.

Материалы и методы исследования. Для приготовления лейкоцитарной цитокиновой взвеси использовали Ронколейкин. Приготовление ронколейкиновой взвеси осуществляется заранее перед оперативным вмешательством у плановых пациентов, либо в раннем послеоперационном периоде у пациентов поступивших в экстренном порядке. Проводится забор крови пациента в "гемакон" в количестве 200-250 мл. Полученная кровь центрифугируется в обычном режиме. Плазма крови удаляется. Сохраняется верхний клеточный слой и эритроцитарная масса. В полученную клеточную массу добавляем физиологический раствор в количестве 200 мл и Ронколейкин 1 мг - 1,0 мл (1 млн. МЕ). Взвесь инкубируем в термостате при температуре 37°C в течении 50-60 минут. После инкубации полученная взвесь центрифугируется в обычном режиме. Из приготовленной клеточной взвеси удаляем остатки плазмы, забираем верхний клеточный слой, который соответствует лейкоцитам. Полученный супернатант разделяем по 70-80 мл в стерильные флаконы, который хранится в замороженном состоянии. Создание в очаге воспаления цитокиновой помпы проводится двукратно, в 1-е и 3-и сутки после оперативного вмешательства. Супернатант вводится в подкожно-жировую клетчатку послеоперационной раны и забрюшинно в правую подвздошную ямку по катетеру. Локорегиональная и местная цитокиновая терапия выполнена 13 больным. (9 мужчин, 4 женщины). По степени распространенности воспалительного процесса в брюшной полости у 2 больных был периаппендикулярный абсцесс; с периаппендикулярным инфильтратом - 3 больных; 7 больных имели местный не отграниченный перитонит, у 1-й больной был распространенный перитонит. В зависимости от характера заболевания послеоперационные раны были разделены на 4 класса (P.J. Cruse, 1980).

Результаты и их обсуждение. Пребывание больных с гангренозным аппендицитом в стационаре составил в среднем $11,4 \pm 1,1$ к/день. Высевались *Escherichia coli*, *Streptococcus pyogenes*, *Klebsiella*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Stafilococcus spp.* У одного больного с периаппендикулярным абсцессом (по степени контаминации рана отнесена к 3 классу) в послеоперационном периоде произошло нагноение послеоперационной раны. Осложнений со стороны брюшной полости не было.

Выводы.

1. Локорегиональная цитокиновая терапия не имеет специфических осложнений.
2. Существенно снижает развитие гнойных осложнений в брюшной полости при гангренозных аппендицитах.

Володин В.В.

ГОУ ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию", г.Кемерово, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БРЮШИННЫХ СПАЕК В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Актуальность. В профилактике брюшинных спаек перспективным считается применение во время операции временных барьерных средств, которые могут быть в виде геля или мембраны. Барьер, разобщая поврежденные поверхности, к моменту восстановления брюшины рассасывается. С этих позиций представляет интерес новый отечественный противоспаечный гель "Линтекс-Мезогель" и амниотическая мембрана (АМ), так как они отвечают предъявляемым к барьеру требованиям.

В патогенезе образования брюшинных спаек важное значение уделяется ишемии кишечника и его послеоперационному парезу. Известно, что гипертонус симпатической нервной системы не только блокирует моторную функцию кишечника, но и приводит к нарушению регионарного кровотока.

Цель исследования. На модели усиленного образования брюшинных спаек изучить:

1) влияние симпатэктомии передней брыжеечной артерии (ПБА) на формирование спаек;

2) адгезиопротекторную эффективность амниотической мембраны, сроки ее рассасывания;

3) эффективность противоспаечного геля "Линтекс-Мезогель".

Материал и методы исследования. Проведено 3 серии эксперимента.

Для решения первой задачи экспериментальное исследование выполнено на 20 кроликах, разделенных на 2 равных группы - контрольную (10) и основную (10). Всем кроликам вызывалось образование брюшинных спаек посредством стандартной травматизации брюшины, в основной группе выполнялась симпатэктомия ПБА. Через 45 дней после операции животных выводили из эксперимента.

Вторая серия эксперимента проводилась на 50 крысах. Создавалась модель спаечной болезни, и поврежденная брюшина укрывалась АМ, АМ насыщенной лангидазой, верапамиллом, хлоргексидином (по 10).

Третья серия эксперимента выполнялась на 30 крысах. В основной группе (15) поврежденная брюшина смазывалась 2 мл "Линтекс-Мезогель", в контрольной (15) в брюшную полость вводили 2 мл физ. раствора. Крысы выводились из эксперимента на 14 сутки. Всем животным проводилась макроскопическая оценка спаечного процесса, который подсчитывался в баллах по методике А.А.Воробьева, А.Г.Бебурашвили (2001).

Результаты исследования. В первой серии эксперимента в контрольной группе умерло 2 кролика от острой кишечной непроходимости. Усредненный спаечный процесс (УСП) в контрольной группе составил $30,9 \pm 5,9$ баллов, в основной существенно меньше - $20,5 \pm 6,3$ балла ($P < 0,05$).

Во второй серии эксперимента в контрольной группе у всех животных (100%) выявлены различные висцеро-париетальные спайки. Барьерная эффективность АМ составила 70%, АМ, насыщенная верапамиллом - 60%, АМ, насыщенная лангидазой - 60%, АМ, насыщенная хлоргексидином - 20%. УСП в контрольной группе составил $10,8 \pm 4,7$ баллов и в основной (АМ) - $3,7 \pm 1,4$ балла ($P < 0,05$). АМ полностью рассасывается к концу месяца после ее имплантации.

В третьей серии эксперимента в контрольной группе также у всех крыс (100%) были выявлены различные висцеро-париетальные спайки. Наиболее часто наблюдались плоскостные сращения (66%) между париетальной брюшиной и слепой кишкой. Барьерная

эффективность противоспаечного геля составила 66%. УСП в основной группе был существенно меньше, чем в контрольной: $4,5 \pm 2,7$ баллов и $9,3 \pm 5,2$ соответственно ($P < 0,05$).

Выводы.

1. Травма брюшины в 100% ведет к формированию сращений в ней, при этом преобладают плоскостные висцеро-париетальные сращения.
2. Денервация ПБА, вызывая сипатолитический эффект, снижает формирование брюшинных спаек.
3. АМ, рассасываясь к концу месяца после ее имплантации, оказывает хороший адгезиопротекторный эффект также, как и противоспаечный гель "Линтекс-Мезогель".

Деговцов Е.Н., Возлюбленный С.И., Шемякин И.Ю., Возлюбленный М.С.,
Сердюкова Т.В., Ефременко Н.Д., Васин Е.И., Завьялов А.А.

МУЗ "Медико-санитарная часть N 4", г.Омск, Россия

ОДНОЭТАПНОЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Актуальность. В настоящее время острый калькулезный холецистит занимает в структуре острых заболеваний органов брюшной полости 2-ое место после острого аппендицита. Холецистохолитиаз, как проявление желчнокаменной болезни (ЖКБ), встречается у 15-30% этих больных и приводит к таким осложнениям, как механическая желтуха в 58,2-85%. Прогрессирующий рост заболеваемости ЖКБ, возрастание количества больных холецистохолитиазом, применение открытого или двухэтапного лапароскопического или минилапаротомного оперативного лечения, заставляют искать новые пути в лечении пациентов с данной патологией.

Технические сложности требуют совершенствования проведения фиброхоледохоскопии и литоэкстракции при одноэтапном минимально инвазивном оперативном лечении больных холецистохолитиазом, что и явилось основанием для проведения данного исследования.

Цель исследования. Совершенствование диагностики и улучшение результатов одноэтапного минимально инвазивного оперативного лечения больных холецистохолитиазом путем применения инструментально-троакарной фиброхоледохоскопии с сохранением целостности большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК).

Материалы и методы. С целью совершенствования минимально инвазивной диагностики и лечения больных холецистохолитиазом, созданы устройство и троакар для проведения инструментально-троакарной фиброхоледохоскопии и литоэкстракции.

Для проведения инструментальной фиброхоледохоскопии и литоэкстракции при минилапаротомном оперативном лечении используется созданное устройство, которое представляет собой полую металлическую трубку с заданной формой изгиба, систему подачи оптической среды в холедох для проведения фиброхоледохоскопии. Для проведения троакарной фиброхоледохоскопии и литоэкстракции при лапароскопическом оперативном лечении применяется разработанный троакар. За основу создания троакара взято устройство, применяемое при минилапаротомной доступе, но дополненное стилетом. Стиллет представляет собой цилиндрический стержень, присоединенной к нему витой пружины и режущего инструмента.

Инструментально-троакарная фиброхоледохоскопия и литоэкстракция применена у 92 больных при одноэтапном минимально инвазивном оперативном лечении больных ЖКБ, осложненной холецистохолитиазом.

Среди оперированных 74 женщины и 18 мужчин. Средний возраст оперированных больных составил $65 \pm 18,4$ года. Все больные поступили в стационар по неотложным показаниям. Средний срок госпитализации составил $37,7 \pm 5,5$ часа.

Показаниями к применению одноэтапного минимально инвазивного оперативного лечения с инструментально-троакарной фиброхоледохоскопией и литоэкстракцией явились: наличие ЖКБ с холецистохоледохолитиазом и расширением холедоха более 8 мм; отсутствие патологических изменений со стороны БСДК и органических изменений желчных внепеченочных протоков.

Противопоказания: ширина общего желчного протока менее 8 мм и предшествующие операции на органах брюшной полости.

Характер оперативных вмешательств заключался в следующем: минилапаротомная холецистэктомия, инструментальная фиброхоледохоскопия и литоэкстракция - у 44 пациентов; операция дополнялась интраоперационной холангиографией - у 11 пациентов; лапароскопическая холецистэктомия, троакарная фиброхоледохоскопия и литоэкстракция - у 30 пациентов; операция дополнялась интраоперационной холангиографией - у 7 пациентов.

В послеоперационном периоде больным проводится комплексная противовоспалительная, антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, профилактика венозных тромбоземболических осложнений.

Удаление дренажа осуществляется на 10-18 сутки послеоперационного периода после выполнения контрольной фистулохолангиографии.

В 2-х случаях по поводу резидуального холедохолитиаза после одноэтапного минимально инвазивного оперативного лечения и фиброхоледохоскопии с наружным дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому проводились сеансы экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии. Через 2 дня после холецистэктомии, холедохотомии и фиброхоледохоскопии с литоэкстракцией под рентгенологическим контролем проводят дробление камней, осколки вымывают в двенадцатиперстную кишку без папиллотомии.

Результаты исследования. Применение одноэтапного минимально инвазивного оперативного лечения больных холецистохоледохолитиазом с сохранением БСДК, при использовании инструментально-троакарной фиброхоледохоскопии и литоэкстракции, характеризовалось простотой выполнения данного этапа оперативного вмешательства, которое осуществлялось в короткие сроки, не удлинняя проведение операции. При этом инструментально-троакарная фиброхоледохоскопия и литоэкстракция не сопровождалась травмой холедоха в зоне проведенной холедохотомии, удаление конкрементов из желчевыводящих путей характеризовалось отсутствием технических трудностей.

Общепризнанным показателем эффективности разработанного способа является количество и характер послеоперационных осложнений, сроки пребывания больных в отделении реанимации и в стационаре, уровень летальности.

В послеоперационном периоде после одноэтапного минимально инвазивного оперативного лечения отмечено 4 осложнения, что составило 4,34%. Из них: желчеистечение и кровотечение из ложа желчного пузыря потребовали проведения лапаротомии, жидкостное образование подпеченочного пространства разрешено пункционно под УЗИ-контролем, острая послеоперационная пневмония купирована консервативно.

После минимально инвазивного оперативного лечения с использованием инструментально-троакарной фиброхоледохоскопии и литоэкстракции среднее пребывание больных в отделении реанимации составило $1,145 \pm 0,135$ суток ($p=0,041$), а в отделении хирургии - $18,70 \pm 0,215$ суток ($p=0,043$).

В послеоперационном периоде после одноэтапного минимально инвазивного оперативного лечения погиб 1 пациент от некомпенсированной сердечной патологии,

послеоперационная летальность составила 1,08%.

Заключение. Применение указанного способа позволяет одноэтапно выполнить минимально инвазивную холецистэктомию и санацию холедоха, сохранить анатомическую целостность и физиологическую функцию холедоха, провести полноценную визуальную ревизию холедоха до и после санации.

Полученные положительные первоначальные результаты использования экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии, ее малая травматичность, хорошая переносимость дают возможность избежать вмешательств на БСДК при резидуальном холедохолитиазе.

Таким образом, полученный положительный опыт применения инструментально-троакарной фиброхоледохоскопии и литоэкстракции с сохранением целостности БСДК при одноэтапном минимально инвазивном оперативном лечении открывает новые возможности для улучшения диагностики и результатов лечения больных холедохолитиазом.

Доронин Д.В., Чернявский А.М., Марченко А.В., Соловьев О.Н.

ФГУ "ННИИ патологии кровообращения им. акад. Е.Н. Мешалкина Росмедтехнологий"
г.Новосибирск, Россия

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТИРУЕМОЙ СИСТЕМЫ МЕХАНИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ СЕРДЦА "INCOR" У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Цель исследования. Проанализировать результаты использования имплантируемой системы механической поддержки сердца "INCOR".

Методы исследования: За период с ноября 2006 г. по настоящее время в ФГУ "ННИИПК им. акад. Е.Н. Мешалкина Росмедтехнологий", системы механической поддержки сердца "INCOR" были применены у 7 больных (5 мужчин и 2 женщины) с тяжелой застойной сердечной недостаточностью ФК IV по NYHA, рефрактерной к медикаментозной терапии. Причиной сердечной недостаточности в 5-ти случаях явилась дилатационная кардиомиопатия, а в 2 случаях тяжелая постинфарктная сердечная недостаточность. Средний возраст пациентов составил 36 ± 12 лет. Все больные имели выраженную дилатацию левых отделов сердца: КДО ЛЖ 263 ± 65 мл; КСО 209 ± 62 мл; ФВ ЛЖ $20 \pm 5\%$, при сохраненной систолической функции правого желудочка: ФВ ПЖ $34 \pm 13\%$.

Имплантация системы "INCOR" (Berlin Heart AG) выполнялась по общепринятой методике с проведением приводящей канюли через верхушку левого желудочка, и вшиванием отводящей канюли в восходящий отдел аорты. Скорость вращения импеллера составила 6500 ± 500 об/мин, при производительности $4 \pm 0,5$ л/мин.

Полученные результаты. Уже в раннем послеоперационном периоде отмечалось уменьшение объема полостей сердца: КДО ЛЖ до 176 ± 88 мл; КСО ЛЖ до 144 ± 83 мл, улучшение систолической функции правого желудочка ФВ ПЖ до $48 \pm 8\%$, отмечался регресс проявлений сердечной недостаточности, нормализация биохимических показателей.

Продолжительность непрерывной работы системы INCOR у наблюдаемых больных составила от 60 до 365 суток. 2 больным (33%) выполнена успешная ортотопическая трансплантация сердца на 330 и 252 сутки после имплантации системы обхода левого желудочка. Остальные больные погибли от различных осложнений: - 4 (57%) от тяжелых ОНМК по тромбоэмболическому типу, а 1 больной вследствие прогрессирующей правожелудочковой недостаточности на фоне хронического сепсиса.

Заключение. Применение в клинической практике механической поддержки сердца является современным методом лечения больных с терминальной сердечной недостаточностью, позволяет достигнуть выраженного регресса проявлений сердечной недостаточности и дождаться

выполнения успешной трансплантации сердца, но сопряжено с риском грозных осложнений. В каждом случае требуется индивидуальный подход для решения вопроса о возможности и необходимости проведения данного метода лечения.

Заикин С.И., Первов Е.А., Фролов П.А.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ВИДЕОКОЛОНОСКОПИЯ И ХРОМОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЛОСКИХ АДЕНОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ЖИТЕЛЕЙ КУЗБАССА (проспективное исследование)

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости плоских аденом толстой кишки у мужчин и женщин в различных возрастных группах, изучить их анатомические и морфологические особенности с использованием видеокколоноскопа и хромоскопии.

Материалы и методы. Скрининговое эндоскопическое исследование всей толстой кишки проведено у 1146 пациентов, проживающих в Кемеровской области. Исследование проводили видеокколоноскопом (CF-V70L, "Olympus", Япония). С целью улучшения визуальной картины и ее трактовки использовали 0,2% раствор индигокармина. Новообразования макроскопически классифицировали в соответствии с критериями Парижской классификации эпителиальных неоплазий (Paris, 2005). Мужчин было 525 (45,8%), женщин - 621 (54,2%) в возрасте от 15 до 79 лет (средний возраст $52,7 \pm 13,8$ года).

Результаты исследования. При скрининговой тотальной видеокколоноскопии с хромоскопией у 480 пациентов (41,9%, $n=1146$) обнаружена 921 аденома. Из них 681 аденома классифицирована как полиповидная (I тип). У 163 (14,2%, $n=1146$; 33,9%, $n=480$) пациентов выявлены 240 плоских аденом. Мужчин с плоскими аденомами было 94 (57,7%, $n=163$), женщин - 69 (42,3%). Частота встречаемости плоских аденом толстой кишки в зависимости от пола и возраста была различна и составила: у мужчин в возрасте до 20 лет - 0%; 20-29 лет - 0,4%; 30-39 лет - 1,5%; 40-49 лет - 5,4% ($p < 0,05$); 50-59 лет - 7,1% ($p < 0,05$); 60-69 лет - 3,7%; 70-79 лет - 2,2%; у женщин до 20 лет - 0,4%; 20-29 лет - 0%; 30-39 лет - 0,5%; 40-49 лет - 3,2%; 50-59 лет - 4,5%; 60-69 лет - 2,5%; 70-79 лет - 1,3%. Установлено статистически достоверное преобладание мужчин с плоскими аденомами толстой кишки в возрастных группах от 40 до 59 лет. У мужчин в слепой кишке плоские аденомы выявлялись в 4,6%, в восходящей - в 6,2%, в поперечной - в 11,3% ($p < 0,05$), в нисходящей - в 12,9% ($p < 0,025$), в сигмовидной - в 15,4%, в прямой кишке в 13,3% случаев; у женщин в слепой кишке в 2,0%, в восходящей - в 4,2%, в поперечной - в 5,4%, в нисходящей - в 3,8%, в сигмовидной - в 13,8%, в прямой кишке - в 7,1% случаев. Аденомы IIa типа встречались в 97,5% ($n=240$), IIa+IIc - в 2,1%, IIb - в 0,4% случаев. Наиболее часто, из 240 плоских аденом, встречались аденомы менее 10 мм в диаметре (231, 96,3%): у мужчин в 61,7% ($p < 0,05$), у женщин в 34,6%. Пять аденом (2,1%) у мужчин и четыре (1,6%) аденомы у женщин были более 10 мм в диаметре. При морфологическом исследовании оказалось, что 227 аденом имели тубулярную, 6 - тубулярно-ворсинчатую, а 7 - ворсинчатую структуру. В плоских аденомах менее 10 мм ($n=231$), высокая степень дисплазии обнаружена в 5,2% случаев. В аденомах более 10 мм ($n=9$) высокая степень дисплазии выявлена в 33,3% случаев. В плоских аденомах из левых отделов толстой кишки высокая степень дисплазии обнаружена в 3,8% ($n=159$), а в аденомах из правых отделов толстой кишки - в 11,1% ($n=81$, $p < 0,005$).

Выводы. Плоские аденомы толстой кишки, при скрининговой тотальной видеокколоноскопии с хромоскопией, выявлялись у 14,2% пациентов, чаще у мужчин

в возрасте от 40 до 59 лет. Плоские аденомы встречались: в поперечной ободочной кишке в 2 раза, в нисходящей ободочной кишке в 3,4 раза чаще у мужчин. В подавляющем большинстве случаев встречались плоские аденомы менее 10 мм в диаметре, у мужчин в 1,8 раза чаще, чем у женщин. Высокая степень дисплазии выявлялась в 6,3% плоских аденом, при локализации плоских аденом в правых отделах толстой кишки ее находили в 3 раза чаще.

Заикин С.И.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ПРИ ПЛОСКИХ ПРИПОДНЯТЫХ АДЕНОМАХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Цель исследования. Оценить эффективность разработанных устройств для резекции слизистой "одним блоком" при плоских приподнятых аденомах толстой кишки.

Материалы и методы исследования. Основная группа: 22 мужчины и 15 женщин (средний возраст $55,0 \pm 11,9$). Группа сравнения: 24 мужчины и 16 женщин (средний возраст $55,8 \pm 10,03$, $n=0,32$). В группе сравнения удалены с помощью электроэксцизии петлей SD-17U (Olympus, Япония) 69 аденом IIa типа (Парижская классификация эпителиальных неоплазий, 2005). В основной группе в качестве способа удаления 66 аденом IIa типа использовалась резекция слизистой "одним блоком" с помощью разработанных устройств (Патент РФ N 2308902, N 2308901 от 27.10.2007 г). Устройства вводились через биопсийный канал эндоскопа CF - V70L (Olympus, Япония).

Результаты исследования. У 77 пациентов удалено 135 аденом IIa типа. Группы сопоставимы по исходным размерам аденом: основная (диаметр - $7,4 \pm 1,44$; высота - $2,5 \pm 1,29$); группа сравнения (диаметр - $6,9 \pm 1,46$; высота - $2,4 \pm 0,93$), $p > 0,06$. У пациентов основной и контрольной группы удалялись одиночные (51,4% и 62,5%) и множественные (27% и 25%) аденомы с одинаковой частотой ($p=0,27$). Не выявлено различий в расположении удаленных аденом IIa типа по отделам толстой кишки. Левые отделы толстой кишки: основная группа - 54 (81,8%, $n=66$); контрольная группа - 54 (78,3%, $n=69$, $p > 0,3$). Правые отделы толстой кишки: основная группа - 12 (18,2%); контрольная группа - 15 (21,7%, $p > 0,3$). Средние размеры иссеченной слизистой оболочки вместе с аденомой в опытной группе превышали аналогичные показатели в группе сравнения. Основная группа: длина - $9,0 \pm 1,81$; ширина - $8,0 \pm 1,57$; площадь - $74,4 \pm 29,12$. Группа сравнения: длина - $4,4 \pm 1,29$; ширина - $3,8 \pm 0,88$; площадь - $17,1 \pm 9,56$ ($p < 0,001$). Использование устройств позволило выполнить резекцию слизистой "одним блоком", включая слизистую мембрану и мышечную пластинку слизистой в 95,4% случаев ($p < 0,025$ в сравнении с контрольной группой). Средняя продолжительность операции (п/инъекция, резекция, извлечение на гистологию) - $5,1 \pm 3,44$ минуты. Высокая степень дисплазии эпителия в аденомах основной группы выявлена в 9,1%, в группе сравнения - 1,5% ($p < 0,05$). При удалении 135 аденом мы получили одно осложнение (0,7%, $n=135$; 1,5%, $n=66$) в виде первичного кровотечения из дна дефекта стенки кишки после эндоскопической резекции слизистой с использованием устройства. Кровотечение остановлено эндоклипированием культи сосудов.

Выводы. Использование устройств позволило выполнить эндоскопическую резекцию слизистой при плоских приподнятых аденомах толстой кишки в 95,4% случаев и сопровождалось клинически незначимым кровотечением в 1 случае (1,5%). В плоских приподнятых аденомах, удаленных при резекции слизистой оболочки толстой кишки с использованием устройств, высокая степень дисплазии выявлена

в 9,1% случаев, что в шесть раз превышало подобный показатель при резекции петель. Плоские приподнятые аденомы <10 мм необходимо удалять "одним блоком" методом эндоскопической резекции слизистой с использованием разработанных устройств.

Зиганшин А.М., Кулавский В.А.

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа, Россия

ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

На сегодня в России каждая третья женщина репродуктивного и перименопаузального возраста находится в состоянии хирургической менопаузы после перенесенных оперативных вмешательств (Можарова Л.Г., 2005). Функция яичника снижается сразу после операции. В начале - из-за расстройств гемодинамики, когда в результате повреждения наступает ослабление/выключение сосудов, питающих половые железы. Затем - вследствие длительной яичниковой недостаточности. В результате развивается симптомокомплекс нарушений: вегетососудистых, психоэмоциональных, обменно-эндокринных, урогенитальных, сексуальных и др., с вовлечением в порочный круг различных органов и систем.

Цель исследования. Оценка влияния хирургического лечения гинекологических заболеваний на состояние здоровья женщин.

Материалы и методы. В данной статье проанализированы результаты обследования при выписке 136 пациенток, перенесших следующие виды гинекологических операций: гистерэктомия с овариоэктомией и без нее, одно/двухсторонняя овариоэктомия и частичная резекция яичника. Возраст пациенток составил от 20 до 46 лет, из них в репродуктивном периоде были 84 (62%), в перименопаузальном 52 (38%) пациентки. Средний возраст пациенток составил $32,8 \pm 0,18$ лет. Средняя продолжительность заболевания до операции составила $3,4 \pm 0,3$ года. Средняя масса тела пациенток составила $65,81 \pm 3,02$ кг (от 57 до 72 кг); ИМТ составил - от 20 до 24,8, в среднем $23,01 \pm 0,97$ кг. Всем пациенткам проведено определение индекса массы тела (ИМТ) и менопаузального индекса Купермана.

Результаты исследования. Показаниями для оперативного лечения явились миомы матки у 56 (41,17%) пациенток: у 22 репродуктивного возраста и у 34 в перименопаузе; доброкачественные кисты яичника у 36 (26,47%) пациенток: у 28 репродуктивного возраста и 8 в перименопаузальном периоде; гнойные tuboовариальные образования яичника у 28 (20,58%) пациенток: у 22 пациенток репродуктивного возраста и 6 в перименопаузе; внематочная беременность у 7 (5,14%) пациенток: у 5 в репродуктивном возрасте и у двух в перименопаузе; поликистоз яичника у 6 (4,41%) пациенток репродуктивного возраста; эндометриоз яичника у 3 (2,20%) пациенток: у двух в репродуктивном возрасте и у одной в перименопаузе.

Проявления менопаузального синдрома установлены у 48 (35,2%) пациенток, средний индекс Купермана достиг $21,89 \pm 0,24$ балла (от 2 до 42 баллов); слабая степень выраженности менопаузального синдрома зарегистрирована у 39 (28,6%) пациенток: у 12 (8,82%) в репродуктивном возрасте и у 27 (19,8%) в перименопаузе; умеренная степень менопаузального синдрома отмечена у 9 (6,6%) пациенток: у 2 (1,47%) в репродуктивном возрасте и у 7 (5,14%) в перименопаузе. У пациенток со слабой степенью менопаузального синдрома в репродуктивном возрасте наиболее значимыми были психоэмоциональные и нейровегетативные нарушения (сонливость, онемение, утомляемость, снижение либидо), у пациенток перименопаузального возраста на первом месте нейровегетативные и метаболические нарушения (приливы, сердцебиение в покое, ожирение, мышечно-суставные боли). У пациенток с умеренной степенью менопаузального синдрома

в репродуктивном возрасте отмечены психоэмоциональные и нейровегетативные нарушения (сонливость, онемение, утомляемость, снижение либидо), у пациенток перименопаузального возраста первое место занимают нейровегетативные и метаболические нарушения (приливы, сердцебиение в покое, ожирение, мышечно-суставные боли, атрофия гениталий и снижение либидо).

Выводы. Решение проблемы профилактики гинекологической заболеваемости, применение методов щадящего хирургического лечения может позволить предотвратить развитие менопаузальных расстройств, ухудшающих состояние здоровья женщины.

Кожевников В.А., Каширин С.Д., Хазиев А.Т., Суворова А.В., Тимошенская Н.В., Головкин В.А., Скударнова А.П.

Кафедра детской хирургии Алтайского государственного медицинского университета
г.Барнаул, Россия

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

По данным большинства авторов у детей чаще всего встречается внепеченочная форма портальной гипертензии - в 80% случаев (В.Г. Аюпов, 1982, Е.Б. Ольхова, 2005), что подтверждается нашими наблюдениями: в клинике детской хирургии на базе Алтайской краевой клинической детской больницы за период с 1991 по 2008 год наблюдалось 84 больных с портальной гипертензией в возрасте от 6 месяцев до 14 лет. Из 84 обследованных пациентов у 79 (94%) выявлена внепеченочная форма ПГ; у 3 (3,6%) внутрипеченочная; и у 2 (2,4%) - смешанная.

Все дети обследовались по следующей схеме:

- общий анализ крови (количество эритроцитов, тромбоцитов, гемоглобин); Биохимический анализ крови (Общий белок, Альбумин, Билирубин, АЛТ, АСТ, Щелочная фосфатаза, Холестерин, Глюкоза, Мочевина, Креатинин); Коагулограмма (ТВ, ПТВ, АПТВ, Фибриноген, VIII и IX факторы свертывания);

- иммунограмма второго уровня (определение количества Т-клеток, их соотношения и В-клеток) - проводилась для исключения иммунопатологических состояний вызванных нарушением функции селезенки или после спленэктомии; УЗИ и дуплексное сканирование сосудов печени и селезенки;

- ФЭГС - позволяла выявить наличие, локализацию варикозных вен и оценить степень их расширения, изменения со стороны слизистой пищевода и желудка.

Детям с III-IV степенью ВРВП, выраженными явлениями гиперспленизма выполнялось оперативное лечение в объеме - лапаротомия, спленэктомия, гастротомия с прошиванием варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, криооментогепатопексия. Эта группа составила 58 больных (69%). У детей с варикозным расширением вен пищевода III-IV степени, но без выраженных тромбоцитарных и гемостатических нарушений спленэктомия не проводилась - 6 пациентов (7,1%).

Рецидив гастро-эзофагальных кровотечений после операции разобщения возник у 19 детей (32,7% от числа прооперированных), по данным других авторов 29,6-36,4% (Г.Н. Андреев, 2004; А.К. Ерамышанцев, 2005). Сроки рецидивов кровотечения в послеоперационном периоде составили от 1 года 6 месяцев до 8 лет. Повторное прошивание вен пищевода и желудка выполнено 16 пациентам (27,6%). В связи с нарастанием степени ВРВП до II-III степени после оперативного лечения 21 детям (32,8%) проводилось эндоскопическое склерозирование вен пищевода. С целью профилактики кровотечения эндоскопическая склеротерапия без оперативного вмешательства проводилась 4 больным (4,8%) со II-III степенью ВРВП без выраженных воспалительных изменений со стороны

слизистой пищевода. В качестве склерозанта использовались 1% р-р Этоксисклерола или Фибро-Вейна вводимые интравазально в дозировке 2 мг на 1 кг веса ребенка. Проводилось по 3-5 курсов с интервалом 3-6 месяцев, по 1-5 сеансов до полной облитерации варикозно-расширенных вен. После проведения эндоскопической склеротерапии, с целью снижения кислотности желудочного содержимого и более быстрого заживления постсклеротических язв, пациентам назначались: Омепразол, Солкосерил, Винилин, Мотилиум, Альмагель.

Детям с анемией, тромбоцитопенией после эпизодов кровотечений или в предоперационном периоде переливались компоненты крови. Пациенты с признаками холестаза и повреждения гепатоцитов (12 человек из 20 обследованных) получали в лечении Хофитол, Эссенциале. У больных с нарушениями системы гемостаза использовался Викасол - при дефиците IX фактора свертывания (4 из 20 обследованных), детям с дефицитом IIIIV фактора (8 из 20) переливалась СЗП. При выявлении вторичного иммунодефицита, Т-клеточной недостаточности (12 пациентов из 20) с заместительной целью применялся Тималин, затем для активации выработки Т-клеток - Иммунал.

Таким образом, дифференцированный комплексный подход к лечению ПГ с использованием хирургических и эндоскопических методов позволяет снизить число рецидивов гастро-эзофагальных кровотечений, улучшить ближайшие результаты лечения ПГ, избежать летальных исходов. Все пациенты нуждаются в исследовании и коррекции системы гемостаза и иммунной системы.

Козлов М.И.

Кемеровская областная клиническая больница, г.Кемерово, Россия

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНОГО ЗОБА

Радикальные по объему операции - гемитиреоидэктомии, субтотальные резекции и тиреоидэктомии - в настоящее время являются методом выбора не только в хирургическом лечении диффузных поражений щитовидной железы (ДТЗ, АИТ, многоузловой зоб), но и при мононодозной патологии. Объем же повторных вмешательств в подавляющем большинстве случаев - тиреоидэктомия.

Наша клиника стоит на позициях органосохраняющих вмешательств, основанных на высокой регенераторной способности тиреоидной ткани, что часто позволяет избежать послеоперационного гипотиреоза. Это касается хирургического лечения не только впервые выявленной патологии, но и операций при рецидивном зобе, тем более, что по нашим данным, в 54,72% случаев рецидивный зоб представляет собой новое заболевание тиреоидного остатка.

Исследовано 40 случаев повторных операций при рецидивном зобе, выполненных в отделении эндокринной хирургии КОКБ за период 1999-2005 годов.

Все оперированные пациенты - женщины от 32 до 78 лет. Временной интервал между операциями составил в среднем $19,76 \pm 1,45$ лет.

Морфологическая структура рецидива более чем в половине случаев представлена новым заболеванием (54,28%). При этом наибольшая частота возникновения его отмечена у пациенток первично оперированных по поводу аденом (83,3%), наименьшая - у оперированных по поводу ДТЗ (33,3%).

Средние сроки выявления новой патологии и рецидивов прежнего заболевания $16,88 \pm 1,20$ и $13 \pm 1,57$ лет соответственно.

Объем органосохраняющих вмешательств определялся характером патологии и объемом предыдущего вмешательства. При этом мы не стремились к радикализму, оставляя, например,

при узловых коллоидных зобах (УКЗ) эндемически трансформированную, но функционально активную ткань в расчете на адекватное консервативное лечение в послеоперационном периоде. Методом выбора была резекция доли (долей), выполненная у 70% больных.

Осложнения в виде одностороннего обратимого пареза п. recurrens наблюдались у трех больных.

Практически во всех случаях структура тиреоидного остатка была неоднородной, без узлов. Наличие узлов выявлено только в одном случае (2,7%).

62,5% пациенток (25 чел.) гормонального дефицита не испытывают и заместительной терапии не получают.

Субъективно все пациентки оценивают свое состояние как удовлетворительное и сохраняют работоспособность.

В заключение хочется подчеркнуть, что по нашим данным, органосохраняющие операции в хирургическом лечении рецидивного зоба имеют сравнительно небольшое количество осложнений и малый процент рецидивов (2,7%). У 62,5% больных нет необходимости ежедневного приема тироксина, что особенно важно для лиц старшего возраста.

Коновалов А.А., Чернов В.А., Баранов А.И., Кормина О.А.

ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава, МЛПУ "Городская клиническая больница N 1", г.Новокузнецк
МУ "Городская больница N 1", г.Киселевск, Россия

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СПОСОБОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

В работе рассматривается опыт выполнения 669 лапароскопических аппендэктомий с различными способами обработки культи червеобразного отростка. Летальных исходов не было. Послеоперационные осложнения со стороны брюшной полости развились у 1,5% больных, со стороны послеоперационных ран у 0,9%.

Цель исследования. Оценка лапароскопических способов обработки культи червеобразного отростка и способов обработки слизистой культи червеобразного отростка.

Материал и методы исследования: В МУ ГБ N 1 г.Киселевска и МЛПУ ГКБ N 1 г.Новокузнецка с августа 2005 г. по декабрь 2008 г. 669 больным выполнена лапароскопическая аппендэктомия: 381 (56,9%) мужчины и 288 (43,1%) женщины в возрасте от 15 до 84 лет (средний возраст - 32,9 года) по поводу острого аппендицита.

Противопоказания к лапароскопической аппендэктомии:

1. Распространенный перитонит.
2. Выраженные воспалительные изменения купола слепой кишки.
3. Перфорация отростка вблизи его основания.
4. Общие противопоказания к наложению пневмоперитонеума.

Результаты и обсуждение.

I группа из 506 (75,6%) пациентов - использование лигатурных способов обработки культи червеобразного отростка,

II группа 163 (24,4%) - клипирования культи червеобразного отростка.

Средняя продолжительность операции в I группе - 54 мин., во II группе - 49 мин.

Распределение ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений, имеющих возможное отношение к способу обработки культи червеобразного отростка:

По способу обработки культи червеобразного отростка:

- 1 лигатура - 252 (49,4%) - 3 осложнения.
- 2 лигатуры - 150 (29,4%) - 4 осложнения.
- 1 петля Редера - 26 (5,1%) - нет осложнений.

- 2 петли Редера - 74 (14,5%) - 1 осложнение.

- Клипирование - 163 (24,4%) - 2 осложнения.

По виду коагуляции используемой для обработки культи отростка:

- Монополярная коагуляция - 524 (78,3%) - 6 осложнений.

- Биполярная коагуляция - 135 (20,2%) - 2 осложнения.

- Комбинированная - 6 (0,9%) - нет осложнений.

Достоверной связи видов обработки культи червеобразного отростка при лигатурных способах и клипировании с числом ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений не выявлено. Группы сопоставимы по полу, возрасту, формам аппендицита и опыту оперирующего хирурга.

Выводы.

1. При лапароскопической аппендэктомии клипирование и лигатурные способы обработки культи червеобразного отростка не имеют преимуществ с позиций развития внутрибрюшных осложнений в раннем послеоперационном периоде.

2. При обработке культи червеобразного отростка вид коагуляции слизистой культи не влияет на число ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений.

3. При лигатурных способах обработки червеобразного отростка число лигатур и вид узла не влияет на число ранних внутрибрюшных послеоперационных осложнений.

Лихачев А.Г., Неймарк А.И., Саламанов В.И., Громов О.В., Селиванов А.А.

Алтайский государственный медицинский университет г.Барнаул,
Муниципальное лечебно-профилактическое учреждение "Городская клиническая больница № 2
им. св. великомученика Георгия Победоносца" г.Новокузнецк, Россия

АНАЛИЗ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТРУЗОРА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Актуальность. Гиперактивность мочевого пузыря (ГАМП) одна из основных причин неудовлетворительных результатов оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы ДГПЖ. Оперативное лечение ДГПЖ направлено на ликвидацию инфравезикальной обструкции (ИВО), но этого, довольно часто, оказывается недостаточно для нормализации мочеиспускания и улучшения качества жизни пациентов.

Цель исследования. Изучить морфологические особенности детрузора у пациентов с ДГПЖ, у которых лечение гиперактивности мочевого пузыря оказалось малоэффективным.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты клинического, урологического и морфологического обследований 71 мужчины. Критериями включения в исследование были: возраст старше 45 лет, наличие впервые выявленной и объективно доказанной ДГПЖ с нарушением акта мочеиспускания.

Лечение проводилось в два этапа. На первом этапе назначалось лечение - адреноблокатором тамсулозином (омником), на втором добавили М-холиноблокатор оксибутинин (дриптан) в комбинации или в монотерапии. По результатам лечения гиперактивности мочевого пузыря была выделена группа пациентов, которым была выполнена трансуретральная резекция (ТУР) аденомы ПЖ или открытая (чрезпузырная) аденомэктомия с биопсией шейки мочевого пузыря (с захватом мышечного слоя). Гистологическое исследование биоптатов провели у 14 пациентов - основная группа (средний возраст - 70 лет). Контрольную группу составили 12 мужчин (средний возраст 67,5 лет), умерших от различных причин и не имевших ДГПЖ. Морфологическое исследование биоптатов проводилось методом световой микроскопии.

Результаты исследования. При сравнении в морфометрическом исследовании мышечного

слоя мочевого пузыря фиброзная ткань в основной группе занимает до 30% объема мышечного слоя - против 5-10% в контрольной группе. Также, у пациентов с ДГПЖ и ГАМП, отмечается выраженная и умеренно выраженная гипертрофия лейомиоцитов: смещение ядерно - цитоплазматического соотношения в сторону цитоплазмы и уменьшение площади мышечной ткани. Отек и полнокровие мышечной оболочки достоверно более выражены в группе пациентов с ДГПЖ и ГАМП, что может быть проявлением действия нейроэндокринных механизмов постоянной активации лейомиоцитов и нервных окончаний за счет гиперактивности мочевого пузыря.

Заключение. Таким образом, отличительными чертами морфологического строения детрузора при ГАМП с ДГПЖ являются: отек и полнокровие мышцы, увеличение площади склеротической ткани, уменьшение количества и гипертрофия лейомиоцитов, уменьшение их ядерно-цитоплазматического отношения за счет увеличения цитоплазматического компонента, а также уменьшения площади их ядер.

Мальченко А.А., Шукевич Л.Е., Шукевич Л.Е., Путинцев А.М.
 ГОУВПО "Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава"
 ГУЗ "Кемеровская областная клиническая больница", г.Кемерово, Россия

ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ СОСУДАХ

Цель исследования. Оценить характер церебральной оксигенации на фоне инфузии перфторана при операциях на экстракраниальных сосудах.

Материалы и методы. Исследовано 60 пациентов, которым было проведено оперативное вмешательство на сонных артериях. Контрольную группу составили 30 человек (средний возраст 57 ± 8 лет), которым применялись стандартные способы профилактики ишемических осложнений при операциях на экстракраниальных артериях (углубление наркоза, анестезия на основе тиопентала натрия). В основную группу вошли 30 человек (средний возраст 57 ± 6 лет), для профилактики ишемических осложнений которым применяли перфторуглеродную эмульсию (Перфторан, 5 мл/кг массы тела до пережатия артерии). Показания к операции: критический атеросклеротический стеноз одной или обеих сонных артерий $>70\%$; синдром позвоночно-подключичного обкрадывания; атеросклеротический стеноз одной или обеих сонных артерий $<70\%$ эмбологенной бляшкой; наличие односторонней гемодинамически значимой патологической извитости ВСА. Больные в группах сопоставимы по основной и сопутствующей патологии, выбору метода анестезии, степени анестезиологического риска. Проводилось ультразвуковая доплерометрия, транскраниальное дуплексное сканирование, селективная ангиография ветвей дуги аорты, исследования функционального состояния головного мозга, компьютерная томография головного мозга, осмотры невролога, кардиолога. На этапах операции исследовали концентрацию лактата и газовый состав крови в смешанной венозной крови, крови из локтевой внутренней яремной вены и артериальной крови (бедренная артерия); содержание белка S100 и нейронспецифической енолазы (NSE) (ELISA, LIA; Sangtec Medical, Швеция).

Результаты и обсуждение. Наиболее значимыми показателями оказались изменения в крови, оттекающей из локтевой внутренней яремной вены. Показатели лактата в обеих группах отличались в момент пуска кровотока и через 10 минут, в группе с перфтораном показатели концентрации лактата меньше контрольной группы на 12-24% соответственно. Показатели pO_2 в контрольной группе в момент пережатия ($36,08 \pm 12,83$ мм.рт.ст.) и после пуска кровотока ($42,62 \pm 13,7$ мм.рт.ст) отличались от соответствующих показателей в основной группе ($34,94 \pm 10,64$ мм.рт.ст и $34,94 \pm 10,64$ мм.рт.ст). Насыщение гемоглобина кислородом отличалось достоверно в момент пуска кровотока ($89,0 \pm 9,1\%$ против $71,2 \pm 9,2\%$ в группах соответственно, различия достоверны).

Выводы. Использование перфторана позволяет улучшить газовый состав крови, отекающей из полости черепа, уменьшить содержание маркеров нейронального повреждения. Нейронспецифические белки способны прогнозировать вероятные осложнения и являются оценочными критериями эффективности защиты головного мозга при проведении оперативных вмешательств на экстракраниальных сосудах.

Мамажанов Т.М., Климова Н.Н., Садчиков Д.Ф., Ташликов В.В.

НУЗ "Узловая больница на ст. Новокузнецк" ОАО "РЖД", г.Междуреченск, Россия

ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Введение. Трофические язвы при ХВН - важная причина снижения качества жизни. Радикальным методом лечения ХВН является операция. Большое значение имеет консервативное лечение, включающее общую лекарственную терапию и местное воздействие на язвенный дефект.

Цель исследования. Доказать эффективность и циторедуктивность гирудотерапии в коррекции трофических язв венозного генеза у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. За период с мая 2007 года по март 2009 года было обследовано и пролечено 39 больных с венозными трофическими язвами нижних конечностей. Среди них 26 женщины и 13 мужчин в возрасте от 51 до 87 лет. Больные были разделены на 3 группы. Основная, первая и вторая группы больных сопоставимы по полу, возрасту, длительности заболевания (как ХВН, так и существования язвы), сопутствующим заболеваниям. У всех больных имелись длительно существующие язвенные дефекты кожи нижних конечностей в стадии вялой грануляции. Причиной развития хронической венозной язвы во всех случаях были варикозная болезнь и посттромбофлибическая болезнь (ПТФБ). Длительность ХВН составляли от 5 до 33 лет (в среднем 18,9 года).

Первую контрольную группу составляли 13 пациентов, получавших первое стандартное лечение, которое включало: компрессионную терапию (эластичное бинтование); постуральный дренаж (ночной и дневной отдых с приподнятым ножным концом кровати); троксевазин в капсулах - 300 мг, 3 раза в день; Аевит по 1 капсуле 3 раза в день; кларитин или супрастин по 1 таблетке 1 раз в день; ежедневный туалет язвы теплым слабым водным раствором перманганата калия или 1:5000,0 раствором фурациллина; наложение повязок с левомеколем (до очищения язвенной поверхности) с последующим использованием метилурациловой мази (через 1-2 дня); физиолечение - магнитотерапия, ультрафиолетовое облучение.

Вторую контрольную группу составили 13 больных, получавших второе стандартное консервативное лечение, которое включало: компрессионную терапию; постуральный дренаж, реополиглюкин по 200-300 мл внутривенно капельно 1 раз в день, через день, в течение 10 дней; аспирин 0,125 г по 1 таблетке в день утром, после еды; детралекс 500 мг по 2 таблетки 2 раза в день, в течение 1,5 месяцев; аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день; ежедневный туалет язвы 3% раствором перекиси водорода, затем 1:5000,0 раствором фурациллина; наложение повязок с левомеколем (до очищения язвенной поверхности) с последующим использованием метилурациловой мази (через 1-2 дня); физиолечение - УВЧ терапия 15-20 сеансов через день.

В третью, основную, группу вошли 13 больных, получавших комплексную терапию, по следующей схеме: компрессионную терапию; постуральный дренаж; аспирин 0,25 г по 1 таблетке в день утром, после еды; реополиглюкин по 200 мл внутривенно капельно 1 раз в день, через день, в течение 10-12 дней; детралекс 500 мг, по 2 таблетки 3 раза в день в течение 1,5 месяца; пентоксифиллин 5,0 мл, растворяли в 200 мл физиологического

раствора, вводили внутривенно капельно с скоростью 30 капель в минуту, 1 раз в день, курс лечения 8-10 введений; метронидазол 25 мг по 1 таблетке 2 раза в день во время еды в течение 8 дней; Аевит по 1 капсуле 3 раза в день; ежедневный туалет язвы 0,05% раствором хлоргексидина, 3% раствором перекиси водорода и 1% раствором диоксида; для очищения язвенной поверхности наложение повязок с раствором химотрипсина; лазеротерапия - ежедневно, 1 раз в день, перед туалетом язвы, в течение 15-20 дней; гирудотерапия по схеме: пиявки прикладывались 1 раз в 3-5 дней в количестве 5-7 штук по периметру раны на расстоянии 1-3 см от края язвенного дефекта. Количество процедур от 5 до 8. Кожу вокруг раны обрабатывали 0,05% водным раствором хлоргексидина, 3% раствором перекиси водорода. Пиявки находились на коже до полного насасывания и самостоятельного отпадения. Кровоточащие ранки обрабатывали спиртом, 0,1% диоксином, химотрипсином, через час накладывали асептическую повязку.

Результаты. У всех пациентов удалось достичь полного заживления трофической язвы. Средняя скорость уменьшения площади язвенного дефекта составили: в основной группе 42,7 мм² (2,19 %) в сутки, в первой контрольной 13,8 мм² (0,74%) в сутки и во второй контрольной 20,9 мм² (1,04 %) в сутки. Средний срок заживления язвы в первой и второй контрольных группах составил 108,9 и 79,5 суток соответственно, а в основной - 39,1 суток.

Выводы. Использование гирудотерапии в коррекции трофических язв венозного генеза у больных пожилого и старческого возраста в условиях МСЧ и поликлиники, когда оперативное вмешательство противопоказано, позволяет почти в 2-3 раза ускорить процесс заживления язвенного дефекта.

Мамажанов Т.М., Гуляев А.В., Садчиков Д.Ф., Мусукаев Х.М.

ГОУ ДПО "СПб МАПО Росздрав", г.Санкт-Петербург
НУЗ "Узловая больница на ст. Новокузнецк" ОАО "РЖД", г.Новокузнецк, Россия

ИММУНОКОРРЕКЦИЯ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Введение. Основным методом лечения больных с колоректальным раком является хирургический, но, несмотря на достигнутые успех в оперативном лечении, частота инфекционных послеоперационных осложнений сохраняется высокой, составляя 30-61,5%, у 74,5% пациентов она является основной причиной смерти. На несостоятельность швов межкишечных анастомозов приходится от 1,7 до 31,3% летальных исходов, а на вялотекущий перитонит - от 9,8 до 15,3%. По данным литературы известно, что выраженный иммунодефицит является патогенетической основой часто возникающих гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде у больных колоректальным раком.

Все вышесказанное явилось основанием для включения иммуномодулирующей терапии в схему комплексного лечения больных раком ободочной и прямой кишки.

Цель исследования. Оценить результаты иммунотерапии на течение послеоперационного периода и показатели иммунного статуса у больных колоректальным раком.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 49 больных колоректальным раком (19 мужчин и 30 женщин) в возрасте от 37 до 78 лет, средний возраст - 63,9±6,6 лет.

У 49 больных произведена: левосторонняя гемиколэктомия - у 7, резекция поперечной ободочной кишки - у 1, правосторонняя гемиколэктомия у - 8, субтотальная колэктомия - у 2, операция Гартмана - у 2, передняя резекция прямой кишки - у 9, брюшно-анальная резекция прямой кишки - у 10, брюшно-промежностная

экстирпация прямой кишки - у 10.

Больные контрольной 1 - группы (28 человек) получали стандартное комплексное лечение, в основной 2 - группе (21 человек) дополнительно назначали Неовир до и после операции по 2 мл 12,5% раствора внутримышечно, курсом 5 инъекций через 48 часов. Оценивали число гнойно-септических осложнений и связанных с ними релапаротомий, течение репаративных процессов в послеоперационном периоде, длительность пребывания больных в стационаре.

Результаты и обсуждение. У больных контрольной 1 группы отсутствовала достоверная динамика иммунологических показателей при 3-х кратном исследовании. Включение неовира в комплексное лечение больных привело к повышению количества лейкоцитов в основной 2 группе - $(7 \pm 0,8) \times 10^9$ л - по сравнению с контрольной (1 - гр.) - $(5,3 \pm 0,6) \times 10^9$ /л ($p < 0,05$) и препятствовало падению числа лимфоцитов после операции ($27,8 \pm 2,3$) и ($17,1 \pm 1,2$)% соответственно ($p < 0,05$). Не выявлено достоверных различий между иммунологическими показателями у больных 1-й группы, входящих в контрольную и основную группы. У больных 2-й группы, с большей распространенностью качественного процесса, после окончания полного курса лечения неовиром достоверно повышалось относительное количество Т-лимфоцитов ($CD3^+$ с $60,9 \pm 3,6$ до $69,2 \pm 2,7\%$) и отмечена тенденция к увеличению относительного количества Т-хелперов/индукторов ($CD4^+$ с $32,8 \pm 4,6$ до $41,9 \pm 5,5\%$), Т-супрессоров/киллеров ($CD8^+$ с $20,9 \pm 2,2$ до $30,2 \pm 5,2\%$), а также В-лимфоцитов ($CD22^+$ с $23,1 \pm 3,7$ до $37,3 \pm 6,1\%$) и естественных киллеров ($CD16^+$ с $13,1 \pm 1,9$ до $20,4 \pm 2,2\%$). Кроме того, отмечено усиление экспрессии рецепторов к ИЛ-2 на иммунокомпетентных клетках (антигенный маркер $CD25^+$ с $15,4 \pm 2,4$ до $26,2 \pm 3,3\%$).

Следовательно, включение данного иммуномодулятора в схему лечения больных влияло на усиление созревания косномозговых предшественников клеток крови и стимулировало их дифференцировку. В сыворотке крови увеличивалась концентрация ИНФ- α (с $15,7 \pm 10,9$ до $234,2 \pm 159,7$) и наблюдалась тенденция к усилению способности клеток продуцировать провоспалительные цитокины ИЛ- 1β и ФНО- α , ответственные за формирование как противои инфекционного, так и противоопухолевого неспецифического и специфического ответа. Косвенно это подтверждается увеличением показателя восстановления НСТ спонтанно с сохранением резерва функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов (разница между результатами спонтанного (с $14,5 \pm 3,7$ до $33,6 \pm 10,2$) и активированного (с $45,2 \pm 19,2$ до $54,3 \pm 8,7$) теста). Не обнаружено достоверных изменений уровней иммуноглобулинов 3-х основных классов у больных как контрольной, так и основной групп.

В основной группе по сравнению с контрольной быстрее протекали репаративные процессы, что давало возможность раньше снять швы с операционной раны $-7,5 \pm 0,3$ и $11,1 \pm 0,4$ дня соответственно ($p < 0,05$). В этой группе уменьшилось число гнойно-септических осложнений ($27,9\%$ в контрольной группе и $6,1\%$ в основной). Предложенная схема иммунопрофилактики позволила сократить продолжительность послеоперационного периода в среднем на $7,9$ суток (с $20,3 \pm 2,1$ до $12,4 \pm 1,7$ дней, $p < 0,05$).

Выводы.

1. Применение неовира в комплексную терапию больных колоректальным раком оказывает положительное влияние на иммунореактивность прежде всего при более распространенном опухолевом процессе, что проявляется улучшением показателей дифференцировки и функциональной активности иммунокомпетентных клеток, усилением выработки ИНФ- α и провоспалительных цитокинов.

2. Усиление иммунореактивности клинически проявлялось улучшением течения послеоперационного периода, снижением риска возникновения гнойно-септических осложнений (с $27,9\%$ до $6,1\%$) и сокращением срока госпитализации указанных больных на $7,9$ суток.

Мещеряков И.С., Волженин В.В.

Муниципальное учреждение здравоохранения "Городская клиническая больница № 2"
г. Кемерово, Россия

К ВЫБОРУ СПОСОБА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

В настоящее время практическая значимость эндоскопического гемостаза при желудочно-кишечных кровотечениях не вызывает сомнений, т.к. позволяет активно воздействовать на источник кровотечения, что в свою очередь, позволяет значительно уменьшить вероятность рецидива кровотечения, провести комплексную интенсивную терапию, стабилизировать общее состояние пациента и выполнить отсроченную операцию в более благоприятных условиях или отказаться от нее. Многие из современных методик оказываются не доступны широкому кругу эндоскопистов из-за высокой стоимости оборудования и инструментов. Эта проблема заставляет искать дешевые и эффективные методики эндоскопического гемостаза, одной из которых, по нашему мнению, является обработка источника кровотечения препаратом капрофер, который вызывает химическую коагуляцию белков плазмы крови и тканей, вследствие чего образуется плотный, хорошо фиксированный кровяной сгусток. В результате этого образуется биологическая пленка, которая окончательно останавливает кровотечение и предупреждает его возобновление.

Цель исследования. Оценка эффективности гемостаза капрофером в сравнении с наиболее распространенным инфильтрационным методом.

Проведен анализ результатов эндоскопического гемостаза у 143 больных за период 2005-2008 гг.

Сравнительный анализ эффективности эндоскопического гемостаза выглядит следующим образом: в случае кровотечения при язвенной болезни желудка инфильтрационный гемостаз выполнялся у 32 пациентов (35% от общего числа применения метода), повторный гемостаз при рецидиве кровотечения и с целью профилактики проводился у 21 пациента (68% относительно первичного воздействия на источник кровотечения), у 10 пациентов эндоскопический гемостаз оказался неэффективен, что явилось показанием к оперативному лечению (32%); при этой же патологии применение капрофера отмечено в 14 случаях (27%), повторный гемостаз выполнен у 3 пациентов (21%), оперативное лечение проводилось у 1 пациента (3%) при неустановленном источнике кровотечения. При кровотечении из дуоденальных язв инфильтрационный метод применялся у 23 пациентов (25%), у 9 выполнялся повторный гемостаз (40%), у 6 выполнено оперативное лечение (27%); капрофер использовался у 17 пациентов (33%), повторный гемостаз проведен у 2 пациентов (29%), операция выполнена у 2 (29%) - одна операция по поводу перфорации кровоточащей язвы. При синдроме Маллори-Вейсса инфильтрация выполнена у 20 поступивших (22%), у 8 проводился повторный гемостаз (19%), у 5 возникла необходимость оперативного лечения (25%); капрофер применялся у 10 пациентов (19%), у 1 выполнен повторный гемостаз (14%), и оперативное лечение проведено у 1 пациента (11%). В тех случаях, когда кровотечение возникло по другим причинам, инфильтрационный метод применялся у 16 пациентов (18%), у 5 проведен повторный гемостаз (11,5%), в 1 случае проведена операция (6,2%); применение капрофера - у 11 пациентов (21%), у 1 проведено повторное воздействие (14%), оперативное лечение не проводилось.

Обобщая полученные данные, можно сделать вывод: инфильтрационный метод эффективен у 75% пациентов, поступивших с кровотечением из верхних отделов пищеварительного тракта. Использование капрофера оказалось эффективным у 93% поступивших больных.

Таким образом, внедрение в клиническую практику доступного и относительно дешевого гемостатического препарата капрофер позволило значительно повысить эффективность эндоскопического гемостаза, снизить количество рецидивов кровотечения, что влечет за собой уменьшение случаев оперативного лечения.

Михайлов А.Е., Кузнецова Н.А., Блохина С.И.

ГОУ ВПО "Уральская государственная медицинская академия"
ГУЗ ДКБВЛ НПЦ "Бонум", г.Екатеринбург, Россия

КРИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Использование симпатэктомий в комплексном лечении различных проявлений нейродистрофического тканевого синдрома приводит к нормализации периферического кровотока. Такой подход к лечению пародонтального симптомокомплекса, на наш взгляд, может быть полезен для достижения положительного результата.

Работа основана на результатах обследования и лечения больных с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) на базе стоматологической и травматологической клиник ГОУ ВПО "УГМА", в МУ "ЦГКБ N 23" г.Екатеринбурга за период с 2002 по 2007 г. Клиническое исследование проведено у 110 человек в возрасте от 20 до 60 лет. Оценка клинической картины заболевания проведена у 90 пациентов. Основную группу больных (30 человек) составили 12 (40%) мужчин и 18 (60%) женщин. Из них с легкой степенью ХГП - 2, средней тяжести - 19, тяжелым - 9 пациентов. В группу сравнения вошли 60 человек. Среди них женщин 41 (68,3%), мужчин 19 (31,7%). Легкая степень ХГП была у 5, средняя тяжесть у 42 и тяжелый - у 13 пациентов. Группы были идентичны по возрасту и полу, преобладал ХГП средней тяжести.

Нами не найдено достоверных межгрупповых различий значений индексной оценки (ГИ, РМА, ПИ, ИК) до лечения ($p > 0,05$), тогда как различия значений индексов РМА, ПИ, ИК у больных легкой степенью и тяжелым ХГП обеих групп были достоверными ($p < 0,05$). Нарушение микроциркуляции до стадии субкомпенсации выявлено у 41 пациента с ХГП, до стадии декомпенсации - у 19 больных. В группе контроля нарушений микроциркуляции не выявлено. Исследование периферического кровотока, включая микроциркуляцию, подтвердило различную степень его декомпенсации при ХГП в форме ишемии и венозного застоя крови, выраженность которых соответствовала степени тяжести заболевания. Эти признаки могут быть охарактеризованы как дисфункция периваскулярной иннервации. Нами разработан патогенетический подход, направленный на предупреждение прогрессирования ХГП, созданы условия для длительной компенсации кровотока и вегетативного профиля с помощью периартериальной криосимпатодеструкции (ПКСД) в основной группе пациентов. У пациентов с легкой степенью ХГП основной группы установлены лучшие показатели ИК через месяц после ПКСД по сравнению с пациентами группы сравнения ($p < 0,05$). Отмечена тенденция улучшения РМА в основной группе, в то время как показатель ПИ в обеих группах оставался неизменным. Через 6 месяцев была достигнута нормализация показателей значений индексов - ИК, РМА и ПИ в основной группе. В группе сравнения показатели ИК также улучшились, но достоверно отличались от показателей основной группы ($p < 0,05$). Через год показатели индексов в основной группе оставались стабильными, тогда как в группе сравнения ИК возвращался к исходному, а индексы РМА и ПИ свидетельствовали об ухудшении состояния тканей пародонта. На фоне комплексного лечения при средней тяжести ХГП отмечалось статистически достоверное различие между значениями

индексной оценки до и после лечения в обеих группах ($p < 0,05$). У пациентов группы сравнения состояние тканей пародонта также улучшилось, однако через 6 месяцев и год анализируемые параметры достоверно различались с показателями основной группы ($p < 0,05$). У пациентов с ХГП тяжелой степени через месяц, шесть месяцев и год после лечения, установлены достоверные межгрупповые различия ($p < 0,05$). В группе сравнения через год показатели вернулись к исходному уровню ($p > 0,05$).

Таким образом, показана высокая медико-социальная значимость криохирургической технологии, позволяющей проводить профилактику заболевания и улучшать качество жизни пациентов.

Павлов В.В., Вахрамеев И.Н.

ГОУ ДПО "Новокузнецкий институт усовершенствования врачей" Росздрава, г.Новокузнецк, Россия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНОЙ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЙ НОСА

В последнее время врачи многих специальностей проявляют интерес к ринопластическим операциям. Однако, стараясь устранить посттравматическую деформацию наружного носа, часто не уделяют внимание восстановлению функций носа. Между тем, при травмах носа, в большинстве случаев возникают комбинированные деформации, связанные как со смещением костей носа, так и носовой перегородки, которая перемещается, искривляется и, изменяя форму хрящевой и костной пирамиды носа, нарушает функции носа. Кроме того, многие восстановительные операции по формированию наружного носа, направлены на сужение его свода и сами приводят к уменьшению просвета носа.

Цель исследования. Проанализировать функциональные и эстетические результаты хирургического лечения больных с посттравматической деформацией наружного носа и носовой перегородки в зависимости от приемов современной риносептопластики.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделения отоларингологии МЛПУ ГKB N 1 г.Новокузнецка с 2006 по 2008 годы. За эти годы было прооперировано 306 пациентов с посттравматической деформацией наружного носа и носовой перегородки. Характер деформации наружного носа и носовой перегородки зависел, прежде всего, от вида травмы. Тяжелые травмы приводили к сочетанной деформации в костном и хрящевом отделе: сколиозу, седловидной деформации. При поступлении больным было проведено стандартное оториноларингологическое обследование, фотографирование, эндоскопическое обследование полости носа ригидным эндоскопом 0° фирмы "Karl Storz" по методу Мессерклингера (1970), с целью получения более полной информации о форме носовой перегородки и других внутриносовых структур. Больные были распределены на 2 группы, статистически достоверно ($p = 0,166$; $p = 1,000$) не отличавшиеся по возрасту и срокам обращения после травмы. В 1 группу включены 142 (46,4±2,8%) больных, которым проведено хирургическое лечение, включающее один из вариантов ринопластики закрытым доступом и септопластика. Во 2 группу включены 164 (53,6±2,8%) больных, у которых применена только септопластика. Распределение по группам было условно рандомизированным, так как сами больные определяли, нужна ли им операция по исправлению формы носа или они ограничатся только операцией на внутриносовых структурах для восстановления носового дыхания.

Полученные результаты. Оценка результатов лечения проводилась на основе повторных обследований больных в сроки от года до трех лет после хирургического лечения и осуществлялась на основании клинических, эндоскопических данных

и фотодокументирования. Следует подчеркнуть, что улучшение носового дыхания было достигнуто в обеих группах. Однако, в 1 группе только у 1 больного ($0,7 \pm 0,7\%$) сохранились жалобы на заложенность носового дыхания через одну из половин носа, что подтверждали и данные ринопневмометрии. 11 пациентам ($7,8 \pm 2,2\%$) этой группы не совсем понравились внесенные в его внешность изменения, причем у 6 ($4,2 \pm 1,7\%$) результат нами расценен как хороший и с эстетической точки зрения форма носа соответствовала форме до травмы. У 5 больных ($3,5 \pm 1,5\%$) возникла необходимость в повторной операции. Во 2 группе жалоб на заложенность носового дыхания, дискомфорт в носу, сухость с образованием корок было значительно больше - 23 больных ($14 \pm 2,7\%$). Однако, при эндоскопическом исследовании, носовая перегородка представлялась ровной, почти "идеальной" формы. Данные жалобы больных мы связывали с зауженностью носовых ходов за счет сохранившейся посттравматической деформации пирамиды наружного носа и изменениями в области наружного и внутреннего клапанов носа.

Выводы. При посттравматической деформации наружного носа и носовой перегородки риносептопластику следует проводить одновременно, так как только в этом случае удастся получить лучшие функциональные и эстетические результаты лечения. Неудовлетворительные результаты чаще всего объясняются не только тяжестью предшествующего повреждения, но и зауженным подходом к возникшей патологии носа и планируемым объемом хирургического вмешательства. В случае неадекватных требований к своей внешности со стороны пациента лучше отказать ему в оперативном вмешательстве и направить к психотерапевту.

Плотникова Е.Ю., Ласточкина Л.А., Зуева К.В.

ГОУ ВПО КемГМА, г.Кемерово, Россия

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Заболевания билиарного тракта относятся к наиболее распространенным заболеваниям внутренних органов. В настоящее время различают первичные дисфункции билиарного тракта, при которых отсутствует органическая патология, и вторичные, сочетающиеся с его структурными изменениями. В соответствии с Римским консенсусом III в рубрику E "Функциональные расстройства желчного пузыря (ЖП) и сфинктера Одди (СО)" включены: E1 "Функциональное расстройство желчного пузыря (ФРЖП)"; E2 "Функциональное билиарное расстройство СО" и E3 "Функциональное панкреатическое расстройство СО".

Материалы и методы. Нами были обследованы 103 пациента с функциональными расстройствами желчного пузыря (ФРЖП) в возрасте $19 \pm 1,8$ лет, из них - 67 человек имели гипомоторную форму функционального расстройства желчного пузыря (гипоФРЖП), 56 человек гипермоторную форму (гиперФРЖП), и 33 здоровых обследуемых, которые составили контрольную группу. Диагноз был подтвержден данными опроса, анамнеза, объективного осмотра, методом этапного хроматического дуоденального зондирования с микроскопическим и биохимическим исследованием желчи и при помощи динамического ультразвукового сканирования с пробным завтраком. У всех больных оценивалось вегетативное обеспечение при помощи оригинальной компьютерной программы "КОРВЕГ", которая включает в себя математический анализ сердечного ритма по Баевскому и оценку вегетативного статуса по таблице Вейна-Соловьевой. От каждого пациента было получено информативное согласие на участие в исследовании. Оценивалась достоверность различий абсолютных и относительных показателей

с использованием коэффициента t-Стьюдента для трех уровней значимости - 5%, 1%, 0,1%.

Результаты исследования. Исходный вегетативный тонус распределился по группам следующим образом:

- 1) выраженная симпатикотония наблюдалась только у троих человек, отличия были не достоверны;
- 2) умеренная симпатикотония не выявлена;
- 3) эйтония или вегетативное равновесие встречалось достоверно чаще в группе гиперФРЖП ($p < 0,01$);
- 4) умеренная ваготония достоверно чаще встречалась у пациентов с гипоФРЖП ($p < 0,01$);
- 5) выраженная ваготония достоверно чаще наблюдалась в контрольной группе ($p < 0,05$), что характерно для молодых людей. При патологии желчевыводящих путей происходит некоторое угнетение парасимпатической регуляции и усиление симпатической.

Данные исследования пациентов при нагрузке были распределены по трем вариантам вегетативной реактивности:

- 1) нормальная вегетативная реактивность была достоверно ($p < 0,05$) ниже в группе гиперФРЖП, контрольная группа и гипоФРЖП по результатам не различались;
- 2) гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность была достоверно выше в группе гипоФРЖП ($p < 0,05$);
- 3) асимпатикотоническая реактивность была достоверно ниже в группе гипоФРЖП ($p < 0,05$) и достоверно выше в группе гиперФРЖП.

35-ти пациентам с гиперФРЖП назначался вегетотропный препарат бензодиазепинового ряда дневного действия, анксиолитик - грандаксин (тофизопам, пр-во фирмы Эгис, Венгрия) 0,05 по 1 таб. 2 раза в день в первые 10 дней, затем по 1 таб. утром в течении 20 дней. Лечение больные перенесли без побочных эффектов. На фоне приема Грандаксина при исследовании функции вегетативной нервной системы в динамике отмечалось улучшение парасимпатической регуляции в покое и симпатической регуляции при нагрузке при частотном и спектрального анализа ритма сердца. Результаты проведенного исследования показывают, что применение Грандаксина при гипермоторной форме ДЖВП значительно улучшает самочувствие пациентов за счет хорошего анксиолитического эффекта и нормализации функции вегетативной нервной системы по типу симпатизации ее при нагрузке. Мы рекомендуем использование этого препарата как в комплексном лечении ДЖВП, так и в виде монотерапии по 50-100мг/сут сроком не менее 30 дней.

Выводы. В группе пациентов с гипоФРЖП наблюдается увеличение симпатических проявлений, как в покое, так и при нагрузке, у них наблюдается снижение гуморальной реактивности, ослабление активности подкорковых нервных центров. Также в этой группе происходит усиление симпатических влияний при нагрузочных пробах. Такая вегетативная реактивность приводит к угнетению барорефлекторных и вазомоторных механизмов, расслабляя желчный пузырь и задерживая эвакуацию желчи. Этот механизм определяет соответствующую клинику данной патологии.

У пациентов с гиперФРЖП также имеется некоторое усиление симпатических проявлений в покое относительно контрольной группы. Но при нагрузочных пробах происходит резкое увеличение парасимпатических влияний. Такая реактивность обуславливает повышенное сокращение желчного пузыря и желчевыводящих путей, вызывая острые кратковременные болевые приступы при данной патологии.

Таким образом, исследование вегетативного обеспечения является одним из необходимых условий в прогнозировании, лечении и профилактике заболеваний желчевыводящих путей.

Погодина А.Н., Снигирев М.В., Болдин Д.А.

НИИСП им. Н.В.Склифосовского, г.Москва, Россия

РАНЕНИЯ ТРАХЕИ И ПИЩЕВОДА

Проникающие ранения трахеи и пищевода являются опасными для жизни повреждениями полых органов шеи и груди. Одновременное повреждение воздухоносных путей и сосудов шеи и средостения сопровождается поступлением крови в трахеобронхиальное дерево с возникновением аспирации и острого нарушения дыхания, приводит к внезапной смерти пострадавших. Развитие абсцедирующей пневмонии, медиастинита, эмпиемы плевры являются основными причинами смерти при этой патологии в отсроченном периоде.

В НИИСП им. Н.В.Склифосовского за последние 15 лет на лечении находились 343 пострадавших с ранениями трахеи, пищевода, гортани и глотки. Из них у 38 были огнестрельные ранения, у 305 - ранения холодным оружием. Ранение трахеи было у 112 больных (32,6%), ранение пищевода - у 56 (16,3%), гортани - у 103 (30%), глотки - у 161 пострадавшего (47%) в различных сочетаниях.

Ранения трахеи и пищевода имели место у 149 из 343 больных и сочетались с повреждениями сосудов шеи и средостения в 23% наблюдений.

Повреждения шейного отдела трахеи выявлены у 102 пациентов, грудного отдела - 10 больных. Ранение трахеи сочеталось с ранением пищевода у 19 больных, с глоткой - 9, с повреждением сосудов шеи и средостения - 20.

Ранения пищевода были у 56 больных, из них у 19 сочетались с ранениями трахеи. Ранение грудного отдела пищевода имело место у 7 пациентов, у 49 раны локализовались в шейном отделе. У 19 больных имелись одновременные ранения сосудов шеи и средостения.

Диагностика ранений трахеи и пищевода основывалась на данных клинко-рентгенологического исследования, КТ и эндоскопического исследования.

При поступлении у 27 больных с ранениями трахеи наряду с наружным кровотечением отмечали наличие крови в просвете трахеи, а у 10 больных кровотечение в просвет трахеобронхиального дерева было столь интенсивным, что привело к аспирации и развитию острой дыхательной недостаточности. Только экстренная эндоскопия и санация трахеи и бронхов обеспечили возможность адекватной вентиляции легких и выполнения оперативного вмешательства. После осуществления гемостаза путем перевязки сосудов или ушивания их дефектов производили ревизию раневых каналов для выявления всех повреждений, восстанавливали целостность глотки и пищевода, осуществляли санацию раны, ушивали раны трахеи.

Для исключения сквозных ранений пищевода производили интраоперационное эндоскопическое исследование. Герметизацию линии швов пищевода на шее производили порцией грудино-ключично-сосцевидной мышцы (22), в грудном отделе - париетальной плеврой (2).

Пропущенные раны глотки, пищевода и трахеи были основными источниками развития гнойных осложнений (флегмона шеи, медиастинит, эмпиема плевры) у 16 из 149 больных, которые были переведены из других стационаров в поздние сроки с момента ранения. Хирургическое лечение в этих случаях заключалось не только в адекватном дренировании гнойных полостей, но и в обеспечении изоляции их от просвета трахеи и пищевода, для чего использовали мышечные трансплантаты на сосудистой ножке и сальник.

Из 149 больных с ранениями трахеи и пищевода выздоровели 129. Умерли 20 пострадавших, из них 10 - на операционном столе в ходе первичного хирургического вмешательства от шока и кровопотери, 2 пациента погибли от острой дыхательной недостаточности вследствие аспирации крови, смерть 8 больных наступила от гнойных осложнений: гнойного медиастинита, абсцедирующей пневмонии и эмпиемы плевры.

Погодина А.Н., Паршин В.В.

НИИ СП им. Н.В.Склифосовского, г.Москва, Россия

СПОНТАННАЯ ЭМФИЗЕМА СРЕДОСТЕНИЯ

Спонтанная эмфизема средостения (спонтанный пневмомедиастинум) - состояние, характеризующееся наличием свободного газа или воздуха в пределах средостения. Впервые спонтанная эмфизема средостения была описана Хамманом в 1939 году.

В НИИ СП им. Н.В.Склифосовского с 1989 по 2008 гг. находилось на лечении 134 пациента со спонтанной эмфиземой средостения в возрасте от 15 лет до 91 года (женщин 48, мужчин 86). Отягощенный легочный анамнез имели 35% больных.

Основными жалобами больных были: боль различной локализации (81,6%), осиплость голоса (26%), кашель (20%), затруднение дыхания (10%).

Клинически у всех больных имелась эмфизема мягких тканей шеи, 38 - лица, 75 - грудной стенки, 6 - брюшной стенки, 4 больных - мошонки и у одного пациента она распространялась на мягкие ткани нижних конечностей.

Возникновение спонтанной эмфиземы средостения было связано с повышением внутригрудного давления: при кашле - 48 больных, рвоте - 13, после эндоскопического исследования пищевода или трахеи - 14, при физической нагрузке - 3, в ходе родовой деятельности - 2 пациенток, при самостоятельных попытках устранения обтурации пищевода - 2, при закрытой травме груди без признаков повреждения легкого - 30 больных.

Напряженный пневмомедиастинум отмечен у 6 пациентов.

Основным методом диагностики спонтанной эмфиземы средостения является рентгенологический. Наряду с рентгенологическими признаками пневмомедиастинума (наличие газа параллельно тени сердца, уплощение диафрагмы) выявлены признаки эмфиземы мягких тканей туловища, головы и шеи, брюшной стенки, забрюшинного пространства.

Компьютерная томография позволила выявить не только эмфизему средостения и оценить ее распространенность, наличие и локализацию пневмоторакса, но и уточнить характер изменений легких. Буллезные изменения легких выявлены у 28 больных (21%).

Важнейшим вопросом при диагностике спонтанной эмфиземы средостения является исключение повреждения полых органов.

Для исключения разрыва глотки и пищевода выполняли рентгеноконтрастное исследование, для оценки состояния трахеи - фибротрехеобронхоскопию, для исключения перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки - фиброгастродуоденоскопию.

Спонтанная эмфизема средостения имеет благоприятное течение при условии соблюдения щадящего режима, медикаментозного подавления кашлевого рефлекса, назначения противовоспалительной терапии. Показанием к дренированию клетчаточных пространств шеи и средостения у 12 пациентов явилось нарастание эмфиземы средостения и у 5 больных - наличие пневмоторакса. Все больные выписаны из стационара, летальных исходов не было. Длительность лечения оставила 7-10 суток.

Исследования показали, что спонтанная эмфизема средостения является редкой патологией, возникает, преимущественно, у лиц молодого возраста. Ведущими предрасполагающими факторами, лежащими в основе развития спонтанной эмфиземы средостения, являются: буллезная и обструктивная болезнь легких, внезапное повышение внутриальвеолярного давления, связанное с кашлем, рвотой, физическим напряжением.

Патогномоничных симптомов заболевания нет. Для верификации диагноза спонтанной

эмфиземы средостения необходимо исключение из диагностического поиска повреждения дыхательных путей, глотки и пищевода.

Погодина А.Н., Радченко Ю.А., Николаева Е.Б.

НИИСП им. Н.В.Склифосовского, г.Москва, Россия

ЯТРОГЕННЫЕ ПРОНИКАЮЩИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ТРАХЕИ И ПИЩЕВОДА, СВЯЗАННЫЕ С ИНТУБАЦИЕЙ И ДЛИТЕЛЬНОЙ ИВЛ

Проникающие повреждения трахеи и пищевода являются опасной для жизни травмой, сопровождаются развитием тяжелых гнойных осложнений и высокой летальностью.

Основной задачей исследования было изучение различных видов ятрогенных повреждений пищевода и трахеи при интубации и длительной ИВЛ, совершенствование диагностики и лечения этих осложнений.

Материал исследования. 298 больных в возрасте от 15 до 87 лет. Ятрогенные повреждения трахеи имелись у 226 больных, пищевода - у 54 пациентов. Среди ятрогенных повреждений были: разрывы трахеи интубационной трубкой - 28, ранения при трахеостомии - 7, трахеопищеводные свищи - 117, трахеомедиастинальные свищи, осложненные аррозионным кровотечением из брахиоцефального ствола - 16 больных (из них у 7 пациентов с трахеопищеводными свищами), стенозы трахеи - 65.

Диагностика разрывов трахеи основывалась на клинико-рентгенологических признаках, данных эндоскопического исследования, КТ шеи и груди. Разрывы пищевода диагностировали на основании комплексного обследования, включающего обзорное рентгенологическое исследование шеи, груди, живота, рентгеноконтрастное исследование пищевода, УЗИ и интраоперационную эзофагоскопию.

Большинство пациентов с разрывами трахеи были переведены в институт после плановых оперативных вмешательств с нарастающей эмфиземой средостения, шеи, грудной стенки. Характерной особенностью для этого вида травмы было повреждение задней стенки трахеи. Величина дефектов варьировала от 2 до 8 см. Показаниями к экстренному оперативному лечению у 5 больных были: прогрессирование эмфиземы средостения и невозможность обеспечения адекватной вентиляции легких при наличии дефектов трахеи длиной 7-8 см, достигающих бифуркации. Этим больным произведена торакотомия, ушивание дефекта стенки трахеи с пластикой мышечно-надкостничным лоскутом на сосудистой ножке. Послеоперационный период у них протекал гладко.

Все больные с разрывами пищевода при интубации трахеи оперированы в экстренном порядке. Чресшейная медиастинотомия, ушивание разрыва пищевода с пластикой порцией грудино-ключично-сосцевидной мышцы обеспечили выздоровление 24 из 28 больных. При ушивании дефекта пищевода без миопластики из 12 больных выжили 7. При дренирующих операциях из 14 больных умерли 8 пациентов.

Возникновение трахеопищеводных свищей у тяжелых больных, нуждающихся в длительной ИВЛ, как правило, наблюдали на 2-4 неделе интенсивного лечения. В остром периоде существования трахеопищеводных свищей оперированы 86 больных. Лапаротомия, фундопликация по Ниссену, гастростомия обеспечили предотвращение заброса содержимого желудка в пищевод и возможность полноценного энтерального питания.

Операции по ликвидации трахеопищеводных свищей производили в отсроченном периоде не ранее чем через 2-3 месяца.

Аррозионное кровотечение из брахиоцефального ствола возникло вследствие пролежня передней стенки трахеи у 15 больных. Смерть 5 больных наступила в течение нескольких минут. Попытки хирургического лечения (стернотомия и перевязка брахиоцефального

ствола), предпринятые у 9 больных, были неэффективны. Выжил только один больной.

Дифференцированная тактика лечения больных с повреждениями трахеи и пищевода с применением усовершенствованных хирургических методик, использованием комплексной терапии и адекватной искусственной вентиляции легких обеспечили снижение летальности у этой тяжелой категории больных.

Полухин Д.Г., Кожевников В.А., Смирнов А.К.

Алтайский государственный медицинский университет кафедра детской хирургии
г.Барнаул, Россия

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА РАЗЛИЧНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СОСТАВАМИ

Химические ожоги пищевода занимают первое место по частоте среди всех заболеваний пищевода. Наибольшее число пострадавших в результате химических ожогов пищевода различной этиологии составляют дети в возрасте от 1 года до 5 лет. У данной возрастной категории детского возраста ожоги пищевода встречаются в 2,5-3 раза чаще, чем у детей от 5 до 10 лет.

В нашей клинике более 35 лет для лечения химических ожогов пищевода у детей используется жирогормональная смесь в виде суспензии на липофильной основе в двух составах, применяемых последовательно в курсе лечения. Состав N 1 жирогормональной смеси, содержащий: преднизолон, анестезин, тетрациклин, метилурацил, натрия гидрокарбонат, масло растительное; применяют в течение 6 дней 5-6 раз в сутки по 1 чайной ложке. После приема в течение 30-40 минут следует воздержаться от приема любой жидкости для лучшего и более длительного воздействия компонентов на ожоговую поверхность. Состав N 2 жирогормональной смеси (анестезин в составе заменен лидазой) применяют в течение последующих 2 недель лечения по 1 чайной ложке 3-4 раза в день. Способ обеспечивает сокращение сроков лечения и снижение возможности развития стенозов пищевода. Недостатком известного способа лечения является особая органотропность к ЖКТ и токсичность по отношению к эпителию слизистой оболочки кишечника антибиотиков группы тетрациклина; аллергенность анестезина; отсутствие в составе суспензии на липофильной основе поверхностно-активных веществ, что приводит к расслоению составов и затрудняет дозирование лекарственных веществ; а также неприятные органолептические свойства жирогормональной смеси, что существенно затрудняет прием препарата.

В связи с этим, нами были разработаны новые составы смеси. Состав N 1 содержит следующие ингредиенты: метронидазол; преднизолон; лидокаина гидрохлорид; натрия сахаринат; ароматизатор пищевой, идентичный натуральному "клубника", регенкур. В состав N 2 входят: метронидазол; метилурацил; лидаза; натрия сахаринат; ароматизатор пищевой, идентичный натуральному "клубника"; регенкур.

Положительным результатом предполагаемого изобретения является повышение эффективности лечения химических ожогов пищевода у детей, сокращение сроков эпителизации слизистой и уменьшение вероятности рубцовых стенозов в результате применения композиции лекарственных веществ в виде двух составов, действующих на разные составляющие патологического процесса, необходимая вязкость лекарственной формы, что обеспечивает более длительный контакт лекарственных веществ с ожоговой поверхностью, а также улучшение органолептических свойств лекарственного препарата.

В группе детей с химическими ожогами пищевода II-III степени, где применяли для местного лечения жирогормональную смесь (группа сравнения), стеноз сформировался у 13 из 62 больных (21%). В основной группе, где использовалась лечебная смесь в двух

составах, на основе полимера - регенкур из 32 детей стеноз возник только у 1 (3,1%) ребенка, после тяжелого тотального химического ожога III степени щелочью.

При сравнительной оценке результатов лечения химических ожогов пищевода у детей, отмечается достоверное ускорение процессов регенерации при использовании новой лекарственной смеси на основе полимера-регенкур по отношению к жирогормональной смеси. При использовании лекарственных смесей в лечении химических ожогов пищевода II-III степени избежать формирования рубцовых стенозов удалось у 85% детей, причем у 32 детей, лечившихся новым составом смеси на основе регенкура, стеноз возник только в одном случае, а остальные 31 (96,9%) ребенок выздоровели.

Полуэктов В.А., Возлюбленный А.С., Возлюбленный М.С., Макарович М.Н.

Омская государственная медицинская академия
кафедра факультетской хирургии с курсом урологии, г.Омск, Россия

НОВЫЕ МЕТОДЫ В ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ

Лечение хирургических заболеваний органов гепатобилиарной системы является сложной и, во многом, нерешенной задачей. Резекция печени при большинстве из них остается операцией выбора. Современные хирургические технологии в проведении резекции печени представляют широкий диапазон от применения механического разделения ткани печени или водоструйной диссекции до использования ультразвуковых, лазерных, плазменных и других воздействий на раневую поверхность. Плохая сократительная способность паренхимы печени и развитый "скелет" из крупных сосудов предъявляют к методикам диссекции и к оборудованию, применяемому для этой цели, особые требования.

Поиск совершенствования хирургических технологий резекции печени обусловлен продолжительностью пересечения паренхимы, значительным объемом кровопотери на этапе резекции, продолжительностью остановки кровотечения, необходимостью пережатия печеночно-двенадцатиперстной связки, высоким уровнем послеоперационных осложнений со стороны билиарного тракта.

Перспективным направлением в повышении эффективности резекции печени является применение газоструйной диссекции паренхимы печени с помощью аппарата УДРПО-45, разработанного в г.Омске ООО НТК "Криогенная техника". Принцип его действия основан на том, что тонкая струя газа под определенным давлением "выдувает" паренхиму печени, сохраняя неповрежденными сосуды и желчные протоки, которые в последующем лигируют и пересекают.

Проведенные экспериментальные исследования показали:

- Газоструйная резекция характеризуется простотой, высокой эффективностью предотвращения кровотечения и желчеистечения, низкой стоимостью.

- Морфологические исследования показали, что способ газоструйной резекции характеризуется малой травматичностью, о чем свидетельствует формирование соединительно-тканного рубца в зоне резекции без этапа гранулематозного воспаления и без деформации органа в последующем.

- Результаты проведенного исследования свидетельствуют о целесообразности применения разработанного способа в клинической практике и открывают новые возможности в хирургии печени.

Радкевич А.А., Каспарова И.Э., Винник Ю.С., Каспаров Э.В., Кузьменко И.И.

ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, г.Красноярск, Россия

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СВЕРХЭЛАСТИЧНЫХ ТОНКОПРОФИЛЬНЫХ ТКАНЕВЫХ СИСТЕМ НА ОСНОВЕ НИКЕЛИДА ТИТАНА В ХИРУРГИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Лечение больных с трофическими язвами нижних конечностей, возникшими на фоне хронической венозной недостаточности, представляет собой трудную, до конца нерешенную проблему. Причинами тяжелых трофических нарушений следует считать расстройство венозного кровообращения в области голени и стопы, обусловленными обширными прямыми и непрямыми коммуникантными связями, клапанной венозной недостаточностью, а также наличием врожденных артерио-венозных анастомозов (синдромы Пратта-Пиулак-Видаля-Барраки, Паркс-Вебера-Рубашова). Существующие методики консервативного и оперативного лечения далеко не всегда удовлетворяют требования больных и клиницистов, в виду частого рецидивирования заболевания. Данное обстоятельство обусловлено тем, что известные хирургические технологии не обеспечивают полноценного разобщения между системой глубоких и поверхностных вен в зоне ишемии. Перевязка прямых коммуникантных вен может приводить к временному устранению язвенного процесса, однако развитие в последующем коллатеральной венозной сети, функционирующей как коммуникантной, в силу повышенного давления в системе глубоких вен и снижения эластических свойств венозных стенок ведет к снижению линейной и объемной скорости кровотока.

В целях повышения эффективности хирургического лечения больных с трофическими язвами нижних конечностей, развившихся в результате хронической венозной недостаточности, разработана технология, позволяющая устранять коммуникантное кровообращение в зоне ишемии путем использования сверхэластичной тонкопрофильной тканевой системы на основе никелида титана.

Техника операции. Удаляют систему поверхностных вен нижней конечности по Троянову-Тренделенбургу-Беккоку-Нарату. Рассекают мягкие ткани параллельно зоне ишемии, отступя от последней 1,5-2 см до уровня фасциального ложа. Ткани препарируют в сторону поражения, при этом надфасциально перевязывая и пересекая прямые коммуникантные вены под очагом поражения. На фасциальный листок помещают имплантационный материал, по форме и размерам соответствующий дну раны в виде тканевой системы, изготовленный из никелид-титановой нити, толщиной 50-60 мкм и шириной ячейки до 500 мкм. Мягкие ткани укладывают на место, рану ушивают.

Предлагаемую технологию применили в лечении 16 больных с венозными трофическими язвами нижней трети голени и стопы в возрасте от 50 до 77 лет. В послеоперационном периоде проводили противовоспалительную и, после ликвидации гнойной инфекции, кератопластическую терапию. Результаты лечебных мероприятий показали высокую эффективность данной технологии. Во всех случаях устранялась ишемия, происходило заживление язв. Признаки нормализации кровообращения наблюдались, начиная со 2 суток. Далее, в течение 1,5-4 недель площадь язвенной поверхности уменьшалась, цвет кожных покровов постепенно приближался к нормальному. По истечении 3-х лет рецидивов заболеваний не выявлено.

Применение сверхэластичной тонкопрофильной тканевой системы на основе никелида титана в хирургии язвенных венозных поражений голени и стопы обеспечивает надежное разобщение глубокой и поверхностной венозной систем в проекции трофических расстройств, исключая образование в зоне вмешательства как прямых, так и не прямых коммуникантных

вен. Данное обстоятельство, в комплексе с противовоспалительной и кератопластической терапией, способствует улучшению трофики пораженных тканей с последующим устранением пигментации и заживлением язв. Благодаря биохимической и биомеханической совместимости никелида титана с биологическими тканями, имплантаты из данного материала длительно функционируют в организме, не отторгаясь, а соединительная ткань прорастает сквозь ячеистую структуру имплантата, образуя, таким образом, единый с имплантационным материалом соединительнотканый регенерат.

Радкевич А.А., Каспарова И.Э., Винник Ю.С., Каспаров Э.В., Кузьменко И.И.

ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, г.Красноярск, Россия

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СВЕРХЭЛАСТИЧНЫХ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА В ХИРУРГИИ ГРЫЖЕВЫХ ДЕФЕКТОВ ЖИВОТА

Замещение дефектов тканей человеческого тела до настоящего времени остается одной из актуальных проблем медицины. Данное обстоятельство обусловлено функциональными и анатомическими особенностями тканевых и органных структур организма, а также высокой частотой заболеваний, травматических повреждений, сопровождающихся тканевыми изъянами. В целях устранения последних практическая медицина располагает опытом применения различных трансплантационных и имплантационных материалов. Однако до настоящего времени количество осложнений, связанных с негативным влиянием на репаративные процессы в зоне пересадки или установки данных материалов, остается высоким.

Для полноценного восстановления отсутствующих или утраченных мягкотканых структур использовали сетчатые имплантаты на основе никелид-титановой нити толщиной 90 мкм, полученные путем ручного безузлового плетения, разработанные в НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы (г.Томск).

У больных с грыжевыми дефектами передней брюшной стенки, в целях предотвращения рецидивов, обусловленных расхождением швов, упрощения техники и сокращения временных затрат в ходе грыжесечения, сетчатые имплантаты помещали между брюшиной и кожно-жировыми лоскутами, без перемещения тканей фасциально-мышечного слоя (Пат. РФ. N 2223050). В паховой области с помощью данных имплантатов выполняли реконструкцию задней стенки пахового канала (Пат. РФ. N 2223049, N 2228719). В случаях атрофических изменениях околодефектных тканей, для усиления их прочностных свойств, применяли мелкогранулированный пористый никелид титана (Пат. РФ. N 2220667). У лиц с боковыми грыжами живота данные имплантаты фиксировали сверху к нижней части реберной дуги, внизу - к остаточным тканям бокового отдела передней брюшной стенки, прикрепляющихся к крылу подвздошной кости, а в случаях их неполноценности и к гребню подвздошной кости. Передней зоной фиксации имплантата служат фасциально-мышечные образования передней брюшной стенки, задней - передний отдел широчайшей мышцы спины. Снаружи околодефектных тканей и имплантата помещали гранулы из пористого никелида титана размером от 100-2000 мкм в количестве 20-40% площади раневой поверхности.

С применением разработанных технологий проведено лечение 243 больных с грыжами передней брюшной стенки различной величины и локализации. Результаты выполненных операций показали высокую их эффективность. Во всех случаях исчезали признаки ригидности боковых стенок живота, и восстанавливалась функция передней брюшной стенки. Анализ отдаленных результатов (12, 24, 36 месяцев) не выявил признаков рецидивов заболеваний. Во всех случаях отмечено восстановление анатомических и функциональных особенностей передней брюшной стенки. Функциональных нарушений со стороны органов брюшной полости не определялось.

Использование сетчатых никелид-титановых имплантатов в качестве пластического материала для реконструкции грыжевых изъянов тканей передней брюшной стенки у лиц с грыжами живота, без пластики местными тканями, обеспечивает прочное и надежное устранение дефекта с сохранением нормального объема брюшной полости. Благодаря биохимической и биомеханической совместимости никелида титана с тканями организма, соединительная ткань со стороны реципиентных областей прорастала вокруг и сквозь ячеистую структуру имплантата, с образованием в зоне бывшего изъяна единого с имплантационным материалом тканевого регенерата, обеспечивая стойкий удовлетворительный результат.

Ротова М.Б., Раудина С.Н., Роот Н.В.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВИДЕОТЕХНИКИ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

Вопросы адекватной коррекции деформаций перегородки носа (ПН) до настоящего времени остаются чрезвычайно актуальными. Распространенность данной аномалии полости носа достигает 95%. По результатам проведенного исследования R. Mladina (1997) патологическая деформация ПН встречается у 68% взрослого населения. Чаще данная патология наблюдается у мужчин, преимущественно у лиц молодого возраста. Причинами искривления ПН являются диспропорциональный рост перегородки и костей лицевого черепа, травма носа в анамнезе, наследственная предрасположенность, общие заболевания. Тенденция к росту данного вида патологии определяется увеличением частоты общего травматизма и, в частности, ЛОР-органов. Лечение септального искривления - хирургическое.

За период 2008 г. в отделении было прооперированно 98 пациентов.

Средний возраст пациентов составил от 42±1,5 года, давность заболевания от 1 года до 20 лет.

Перед операцией всем проводилась диагностическая риноскопия с визуальной оценкой состояния слизистой оболочки, исследование транспортной функции слизистой, традиционные лабораторные и инструментальные методы исследования.

Учитывалось состояние слизистой оболочки на момент операции, степень деформации перегородки носа, состояние нижних носовых раковин. С применением эндоскопической техники осматривались все структуры полости носа. Для каждого пациента выбирался индивидуальный хирургический подход.

Септопластика проводилась с применением эндоскопической техники фирмы "KARL STORZ".

Удаление искривленных отделов носовой перегородки проводилось различными подходами, щадящими методами, возникающие кровотечения останавливались коагулятором, с сохранением и без повреждения близлежащих носовых структур.

Послеоперационных осложнений не наблюдалось, послеоперационный период составил 4-5 дней. Функции слизистой оболочки полости носа восстанавливались через 7-10 дней после выписки.

Таким образом, применение эндоскопической риноскопии в хирургическом лечении искривления перегородки носа позволяет уменьшить операционную травму, улучшить визуальный контроль за ходом операции, профилактировать интра- и послеоперационные осложнения. Уменьшились сроки пребывания пациентов в стационаре до 4 суток, сроки временной нетрудоспособности до 10 суток.

Роткин Е.А., Крылов Ю.М., Другов А.С., Кузнецов А.Д.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

В индустриально развитых странах 20-50% населения имеют избыточную массу тела. У больных с ожирением при наличии большого кожно-жирового "фартука" имеются растяжение и даже гипотрофия прямых мышц живота, что исходно способствует образованию грыж передней брюшной стенки. Тяжелый кожно-жировой фартук является доминирующим фактором в развитии послеоперационных грыж, что приводит к дополнительной нагрузке на линию швов ушитого грыжевого дефекта. Частота возникновения послеоперационных ventральных грыж после лапаротомий достигает 4,2-18,1%, а чистота рецидивов после традиционных методов пластики варьирует от 48 до 54,8%.

В отделении хирургии N1 ФГЛПУ "НКЦОЗШ" в период с 2005-2009 год находилось на лечении 26 больных с ventральными грыжами страдающих ожирением в возрасте от 38 до 76 лет (средний возраст 55,3 года). Масса тела больных варьировалась от 87 до 146 кг, составив в среднем 113,4. Мужчин - 5 (19,2%), женщин - 21 (80,8%). Индекс массы тела (ИМТ) был в среднем 35,6 кг/м², а колебания его составили от 21 до 55 кг/м². Все больные поступали в плановом порядке. Давность заболевания (грыженосительство) составляло от 6 мес. до 19 лет. Грыжа белой линии живота - 5 (19,2%); пупочные грыжи - 6 (23,1%); послеоперационные 15 (57,7%); из них 9 (60%) больных с рецидивом аутопластики 7 (46,7%) и аллопластики 2 (13,3%). Сопутствующая патология имелась у 93%.

Широкое иссечение кожных лоскутов давало возможность произвести ревизию передней брюшной стенки для выявления нераспознанных до операции грыжевых дефектов и участков "слабости" передней брюшной стенки. Определение площади кожного лоскута, подлежащего резекции, сугубо индивидуально и зависит от величины кожно-жирового фартука. Во всех случаях применялись методы закрытия дефектов с использованием сетчатых имплантатов. Для фиксации протеза использовали некапиллярные нити. Дренирование послеоперационной раны осуществлялось дренажами с активной аспирацией. Для профилактики гнойно-воспалительных осложнений все больные получали короткий курс антибиотикотерапии. Проводились профилактические мероприятия по предупреждению тромбоэмболических осложнений.

Длительность операции в среднем составляла 148 мин (диапазон 130-210 мин). Общая масса удаленных кожных лоскутов составляла от 5 до 13 кг. Длительность дренирования зависела от количества отделяемого и составляла от 24 часов до 5 суток. В послеоперационном периоде 17 (65,4%) больным проводили интенсивную терапию в отделении реанимации для профилактики с-ма Бецнера.

Рецидивов грыжеобразований у пролеченных больных не отмечено. Получено 7 (26,9%) осложнений: серомы - 5 (19,2%); краевой некроз кожи - 2 (7,7%). Данные осложнения не потребовали повторных оперативных вмешательств и не повлияли на качество лечения. Летальность составила 0%. Средняя продолжительность стационарного лечения, несмотря на расширенный объем операции, у больных составила 8±2,2 к/д. 25 (96,2%). Больные отметили улучшение качества жизни. В одном случае (3,8%) больной затруднился ответить на поставленный вопрос. 100% пролеченных больных отметили улучшение эстетических критериев.

Таким образом, сугубо индивидуальный подход к лечению каждого больного и разработанная нами методика грыжесечения, дополненная абдоминопластикой, обладает

большим преимуществом перед традиционной герниопластикой. Это позволило снизить количество осложнений и явилось одним из методов профилактики рецидива. Количество рецидивов и уровень летальности у этих больных составил 0%. Грыжесечение с абдоминопластикой удовлетворяет эстетические потребности пациентов и улучшает качество жизни.

Сидоренкова Н.Б., Титова З.А., Толстихина Т.А., Палажченко Н.Д.

ГОУ ВПО АГМУ Росздрава
МУЗ "Городская больница N 1", г.Барнаул, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСОБРАЗНОСТЬ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ

В настоящее время доказана необходимость введения перед операцией антибактериальных (АБ) средств с целью более надежной профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений. Аппендэктомия относится чаще всего к "загрязненным" операциям, когда проведение периоперационной АБ профилактики обязательно.

Цель исследования. Оценить эффективность и провести фармакоэкономический анализ использования антимикробных средств для профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений при аппендэктомии.

Результаты исследования. Проведено ретроспективное исследование 67 историй болезни пациентов, прооперированных по поводу аппендицита. Пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе (39 пациентов) АБ профилактика перед аппендэктомией не проводилась, после операции назначалась АБ терапия. Во второй группе (28 человек) пациентам проведена АБ профилактика, с возможной последующей АБ терапией. Стоимость различных схем антибиотикотерапии у пациентов 1 группы после аппендэктомии с учетом вспомогательных материалов:

ампициллин 4 г/сут в/м - 5 дней, у 17 пациентов общая стоимость составила - 2262,7 руб.; ампициллин 4 г/сут в/м - 5 дней, затем цефтриабол 2г/сут в/в 3 дня, у 3 пациентов, стоимость - 4430,7 руб.; ампициллин 4 г/сут в/м - 5 дней, затем цифран 1 г/сут per os 3 дня, у 2 пациентов стоимость составила -350,7 руб.; ампициллин 4 г/сут в/м + амикацин 1 г/сут в/в - 5 дней, у 4 пациентов, стоимость - 1453,4 руб.; цефабол 4 г/сут в/в - 4 дня, у 1 пациента общая стоимость - 1004,48 руб.; цефабол 4 г/сут в/в - 4 дня, затем амоксициллин 2 г/сут per os, у 2-х пациентов, общая стоимость - 2112,92 руб.; амикацин 1 г/сут в/в - 7 дней, у 1 пациента, общая стоимость - 340,0 руб.; цефазолин 4 г/сут в/в 1 день, затем цефтриабол 2 г/сут - 4 дня, у 1 пациента, общая стоимость - 1799,64 руб.; аугментин 3,6 г/сут - 5 дней, у одного пациента, общая стоимость - 2442,05 руб.; цефабол 4 г/сут в/в + амикацин 1г/сут в/в + метрогил 1 г/сут в/в капельно - 5 дней, с переходом на трихопол 0,75 г/сут per os - 5 дней, у одного пациента, стоимость - 1760,6 руб.; цефазолин 4 г/сут в/в + амикацин 1 г/сут в/в - 5 дней, у 3-х пациентов, стоимость - 2767 руб.; цефтриабол 2 г/сут в/в + амикацин 1 г/сут в/в + метрогил 1 г/сут в/в капельно - 7 дней, у 1 пациента, общая стоимость - 4047,4 руб.; Цефабол 4 г/сут в/в+метрогил 1 г/сут в/в капельно - 5 дней, у 1 пациента, общая стоимость - 1667,2 руб.

Стоимость различных схем лечения больных 2 группы представлена: ампициллин 4 г/сут в/м - 4 дня, у 8-ми пациентов, общая стоимость - 862 руб.; цефотаксим 4 г/сут в/м - 4 дня, у 1 пациента, общая стоимость - 1007,76 руб.; цефотаксим 4 г/сут в/м + амикацин 1 г/сут в/в - 6 дней, у 1 пациента, стоимость - 1759 руб.; ампициллин 4 г/сут в/м + амикацин 1 г/сут в/в - 6 дней, у 2-х пациентов, стоимость - 861,48 руб.;

тороцеф 2 г/сут в/в + амикацин 1 г/сут в/в - 6 дней, у 2-х пациентов, стоимость - 5950 руб.

Средняя стоимость лечения антибиотиками больного в 1 группе составила 695 руб. с учетом вспомогательных материалов. Стоимость антибиотикопрофилактики составила на одного пациента - 170,76 руб. с учетом вспомогательных материалов, 14 пациентам - 2383,78 руб., а 28 - 4767,56 руб. Стоимость периоперационной антибиотикопрофилактики и лечения пациентов во 2 группе составила 543 руб. с учетом вспомогательных материалов. В нашем исследовании мы оценивали расчетный показатель затраты - эффективность, при этом в качестве прямых затрат рассматривали стоимость периоперационной антибиотикопрофилактики и антибактериального лечения больных с аппендицитом. В качестве критериев эффективности рассматривались следующие показатели: койко-день, наличие послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, продолжение антибиотикотерапии после операции в случае ее назначения, необходимость смены антибактериальных препаратов после операции в случае ее назначения. Расчет показателей "затраты-эффективность" у пациентов с аппендицитом:

- средний к/день, дни - 1 группа - $695/7,29=95$; 2 группа - $543/8=67$;
- осложнения (нет=1) 1 группа - $695/1=695$; 2 группа - $543/1=543$.

Продолжительность антибактериальной терапии после операции, дни - 1 группа - $695/6,2=112$; 2 группа - $543/5,2=104$. Необходимость смены АБ, % - 1 группа - $695/23=30$; 2 группа - $543/0=0$. Таким образом видно, что во 2 группе больных, получавших антибиотикопрофилактику коэффициенты затраты - эффективность оказались ниже, чем в 1 группе больных, которые не получали профилактику. Расчет минимизации затрат производится по формуле: $CMR=DC1-DC2$, где CMR - показатель разницы затрат, $DC1$ - прямые затраты в 1 случае, $DC2$ - прямые затраты во 2 случае. В нашем исследовании $CMR=695-543=152$ руб.

Выводы. Проведение периоперационной антибиотикопрофилактики при аппендэктомии не сопровождается увеличением количества инфекционных осложнений, приводит к уменьшению числа пациентов, нуждающихся в антибактериальной терапии после аппендэктомии. В случае назначения антибактериальных средств после аппендэктомии (при условии проведения антибиотикопрофилактики) длительность ее короче, реже возникает необходимость смены антибактериальных средств. Проведение антибиотикопрофилактики способствует уменьшению расходов на антибактериальное лечение больных с аппендицитом.

Смирнов А.К., Кожевников В.А., Полухин Д.Г.

Алтайский Государственный Медицинский Университет кафедра детской хирургии
г.Барнаул, Россия

ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ

Самыми распространенными заболеваниями пищевода в детском возрасте являются химические ожоги, приводящие в 2% - 6 случаев к развитию его рубцового стеноза. Лечение рубцовых стенозов пищевода остается одной из сложных проблем детской хирургии.

Большинство детей лечатся методами внутриспросветной дилатации, наиболее часто путем бужирования пищевода, которое проводят или "вслепую", или полыми бужами по предварительно проведенному в пищевод проводнику, или за нить, после формирования у пациента гастростомы. Все способы бужирования предусматривают многократное повторение манипуляций, плохо переносимые детьми, сроки лечения растягиваются на годы (от 1 до 3 лет и более). Стентинг пищевода у детей применяется редко, при этом используются трубчатые стенты, исключаящие из участия в продвижении пищевого

комка перистальтику пищевода, нарушающие замыкательную функцию кардии, оказывающие давление на хрящи гортани.

В связи с нагрузкой на трубчатый стент возникают проблемы с его фиксацией, отмечаются такие осложнения, как - рассечение угла рта (при фиксации через рот), рассечение мягкого неба (при фиксации через носовой ход), потеря зуба (при фиксации за зуб), также отмечались - миграция эндопротеза в желудок, образование вокруг фиксирующей "муфты" грануляционной ткани.

В клинике детской хирургии АГМУ был разработан и внедрен стент - полутрубка, который изготавливается индивидуально для каждого пациента из силиконовой трубки, диаметр которой соответствует возрастному диаметру пищевода, путем ее продольного рассечения и моделирования ленты - фиксатора шириной 0,3 см, являющейся монолитным продолжением стента. Известно, что вне акта прохождения пищевого комка, пищевод имеет щелевидный просвет, который и выполняет данный стент, при этом он не оказывает давления на черпаловидные хрящи гортани, не нарушает замыкательной функции кардиального отдела пищевода, не препятствует его перистальтике. Установка стента-полутрубки в пищеводе производится после его антеградного бужирования за нить до бужа, превышающего возрастной диаметр на 1-2 номера. Положение стента контролировали прямой фарингоскопией. Лента-фиксатор выводится через носовой ход, фиксируется к щеке с помощью лейкопластыря. При этом нахождение стента в пищеводе предотвращает его сужение из-за вновь возникающих после бужирования рубцов. Патент на изобретение N 2241382 от 10.12.04г.

В течение последующих 1-3 суток дети питаются жидкой и протертой пищей, 1-2 раза в сутки ротоглотка орошается 10% раствором лидокаина (аэрозоль), в течение 3 недель получают жирогормональную смесь. С применением стента - полутрубки были пролечены 22 ребенка с протяженными и трубчатыми стенозами пищевода. Стандартный срок нахождения стента в пищеводе около 3 месяцев. При сравнении результатов лечения данной группы детей и детей, лечившихся исключительно антеградным бужированием за нить, получены примерно одинаковые результаты, при бужировании: хорошие - у 50 детей (60,3%), удовлетворительные - у 27 детей (32,7%); при эндопротезировании: хорошие - у 13 больных (59,1%), удовлетворительные - у 9 детей (40,9%). Однако при лечении бужированием для достижения результата потребовалось в среднем 39 месяцев лечения и 28 бужирований; при постановке стента - 12 месяцев и 4 бужирования.

Таким образом, метод стентирования пищевода позволяет сократить количество бужирований (в среднем у одного больного) с 28 до 4, сразу же ликвидировать дисфагию, сократить сроки лечения, обеспечить полноценное раннее энтеральное питание больных, способствует их быстрой социальной реабилитации.

Смирнов М.В., Барашов А.Ю., Дроботов В.Н., Галеев И.К.

МУЗ городская клиническая больница N 11, Государственная медицинская академия Кемеровский областной центр медицины катастроф, г.Кемерово, Россия

МЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРФТОРАНА ПРИ КОЖНОЙ ПЛАСТИКЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Идеальным способом устранения кожного дефекта является использование кожи, окружающей дефект, в виде лоскутов на питающей ножке, передвигаемых на место этого дефекта. Этот способ закрытия дефекта дает наилучший результат как с функциональной, так и с косметической точки зрения. Используемая кожа имеет одинаковые качества с утраченной, характер роста ее такой же, каким он был на донорском месте. Применение этого метода возможно при определенной эластичности кожи, однако злоупотреблять этим свойством кожи не рекомендуется, поскольку натяжение подвергает опасности не только кровоснабжение пересаженного лоскута, но и заживление донорской раны. "Кожному трансплантату или пластике местными тканями, которые проще по выполнению, занимают меньше времени и сопровождаются меньшим риском для больного, им следует отдавать всегда предпочтение" (О`Брайен Б., 1981 г.).

Проблемы при кожной пластике заключаются в определении подходящего лоскута для восстановления имеющегося дефекта, затем необходимо оценить соотношение размера кожного лоскута и требуемого уровня его кровоснабжения. Важными моментами является восстановление функциональной способности кожи лоскута, заживление донорской раны и рубцовые процессы донорского места, сохранение кровоснабжения кожного лоскута, профилактика гнойного воспаления кожного лоскута, донорской раны.

Цель исследования. Уменьшить количество гнойно-некротических осложнений при кожной пластике.

Материалы и методы исследования. Проведено экспериментальное исследование на 18 лабораторных крысах линии "Вистар" с соблюдением всех норм экспериментов на животных. Все животные были разделены на три группы. На проксимальной части обеих задних конечностей животных, по передне-наружной поверхности выделялся кожный лоскут 1,0x0,5 см.

Первая группа включала 6 животных. В проксимальную и дистальную части выделенного кожного лоскута внутрикочно вводили оксигенированный перфторан в дозе 30 мл/кг массы пораженной конечности (0,2-0,3 мл). Перфторан вводили 3 дня подряд по одному разу в день в той же дозировке.

Вторая группа включала 6 животных. Оксигенированный перфторан вводили паравульнарно у основания кожного лоскута в количестве 0,3 мл. Перфторан вводили 3 дня подряд один раз в день по 0,3 мл.

Третья группа состояла из 6 животных. Контрольная группа. Забор материала для морфологического исследования проводился на 5-е, 9-е и 12-е сутки эксперимента.

Результаты и их обсуждение. За период наблюдения животные первой и второй группы отличались большей активностью и лучшим аппетитом, чем животные третьей группы. Отек кожного лоскута задних конечностях у животных первой и второй групп был визуально менее выражен, чем отек кожного лоскута на задних конечностях у животных третьей группы. Кожный лоскут на лапах первой и второй групп приобретал исходную окраску на 3-5-е сутки. В контрольной группе исходный цвет кожи восстанавливался на 1-10-е сутки, у трех животных отмечался некроз лоскута. На микропрепаратах в первой и второй группах отмечалась более выраженная регенерация тканей.

Таким образом, местное применение оксигенированного перфторана при кожной пластике оптимизирует репаративную регенерацию и предупреждает гнойно-некротические осложнения.

Соловенко С.С.

ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава,
МЛПУ "Городская клиническая больница N 1", г.Новокузнецк
МУЗ "Городская больница N 1", г.Прокопьевск, Россия

ОБОСНОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИДОСТУПА ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Малоинвазивные технологии - одно из главных направлений современной хирургии перфоративных гастродуоденальных язв, ведущие к уменьшению травматичности оперативных вмешательств. Выполнение малоинвазивных вмешательств при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки возможно в большинстве случаев. Использование минидоступа позволяет ушивать перфоративные язвы размером более 1 см, что является противопоказанием к лапароскопическому ушиванию.

Цель исследования. Оценить возможности ушивания перфоративной дуоденальной язвы из минидоступа с использованием аппарата "Мини-ассистент".

Материалы и методы исследования: Анатомический эксперимент проведен на 26 трупах неоперированных больных. После создания мини-доступа 4 см измерены основные характеристики доступа: длина, глубина раны, зона доступности, классический угол операционного действия, эндохирургический угол операционного действия. Рассчитана оптимальная проекция мини-доступа для ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

С 08.2005 по 01.2009г в МЛПУ "ГКБ" N 1 г.Новокузнецка и МУЗ "Городская больница N 1" г.Прокопьевска оперировано 24 пациента. Проведено ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки из минидоступа. При этом операция проходила в три этапа:

- 1) лапароскопическая ревизия и осушение брюшной полости,
- 2) минилапаротомия 3-5 см в проекции перфорации, ушивание перфорации, ушивание минидоступа,
- 3) заключительная лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости.

Противопоказаниями к малоинвазивным операциям считали: распространенный гнойный перитонит, выраженность сочетанной патологии, множественные перенесенные операции на брюшной полости.

Результаты и их обсуждение. При анатомическом эксперименте установлено: при создании минидоступа длина раны в наибольшем ее измерении составила в среднем 49 мм, глубина раны 68 мм, классический угол операционного действия в среднем составил 37° , эндохирургический угол операционного действия в среднем составил 29° , зона доступности в среднем составила $49,5 \text{ см}^2$. Согласно классическим критериям, адекватные условия для применения общехирургической техники появляются при величине угла операционного действия 25° и более и при глубине раны до 15 см. Средние расстояния от пилорического жома до ориентиров на передней брюшной стенке составили: до реберной дуги 25 мм, до срединной линии 38 мм, до линии проходящей через пупочное кольцо 122 мм.

Средняя продолжительность операции ушивания перфоративной язвы из минидоступа составила 86 мин. Средний диаметр перфоративного из минидоступа 5,1 мм. У 1 (4,2%) больного, оперированного из минидоступа, потребовался переход на лапаротомию. Послеоперационные осложнения возникли у 2 (8,3%) пациентов. Летальных исходов не было.

Выводы.

1. Характеристики минидоступа при перфоративных дуоденальных язвах соответствуют

классическим критериям хирургического доступа.

2. Использование малоинвазивных методик при перфоративных язвах позволяет снизить количество осложнений. Использование минидоступа позволяет увеличить количество малоинвазивных операций при перфоративных дуоденальных язвах.

Торгунаков А.П., Торгунаков С.А.

Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава РФ, г. Кемерово, Россия

ПЕРЕВЯЗКА СЕЛЕЗЕНОЧНЫХ СОСУДОВ КАК СПОСОБ СИМУЛЬТАННОЙ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Участие глюкокортикоидов, катехоламинов и альдостерона в патогенезе артериальной гипертензии (АГ) и сахарного диабета (СД) является общеизвестным фактом, как и патогенетические связи этих заболеваний. Сочетанное проявление их у одного больного ведет к взаимному отягощению и более быстрому прогрессированию заболевания. На целесообразность одновременной хирургической коррекции этих состояний путем перевязки селезеночных сосудов (ПСС) и односторонней адреналэктомии нами обращено внимание ранее (Способ хирургического лечения сахарного диабета, АС N 173790, приоритет 21 июня 1988 г.). Применение способа снижает АД и улучшает показатели углеводного обмена.

В данном сообщении мы решили поделиться уникальным наблюдением одновременной коррекции АГ и НУО путем только ПСС без вмешательства на надпочечниках.

Большая Ш., 52 лет, история болезни N 981, поступила в клинику общей хирургии КемГМА 22.01.01 г. с жалобами на боль в эпигастрии, иррадирующую в спину, тошноту. В течение нескольких последних месяцев отмечает периодические боли в эпигастриальной области, связанные с приемом пищи. За двое суток до поступления боль стала резко выраженной, и пациентка была вынуждена обратиться за медицинской помощью. С 1975 года регистрируется повышение АД до 220/110 мм рт. ст. ("рабочее" - 140/90 мм рт. ст.), постоянно принимает адельфан. Многократно лечилась по поводу фурункулов. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, обусловленное болевым синдромом. Кожные покровы, легкие, сердце - без особенностей; АД - 200/120 мм рт. ст., ЧСС - 110 уд/мин. Живот резко болезнен при пальпации в эпигастрии и правом подреберье. Положительны "желчнопузырные" симптомы. Общие анализы крови и мочи без особенностей. Билирубин общий - 10,10 ммоль/л, глюкоза - 6,3 ммоль/л, амилаза - 21,3 мг/мл х ч, креатинин - 0,11 ммоль/л. По данным УЗИ печень увеличена, с признаками хронического гепатита, желчный пузырь с признаками острого воспаления, содержит мелкие камни, поджелудочная железа с признаками хронического панкреатита. При фиброгастроскопии выявлена картина поверхностного гастрита.

Диагноз: Желчнокаменная болезнь, острый холецистопанкреатит, хронический гепатит, артериальная гипертензия, скрытый СД типа 2.

После купирования приступа боли проведен ГТТ, он носил патологический характер (5,0-7,4-9,2 ммоль/л) - нарушенная толерантность к глюкозе. 07.02.01 выполнена операция холецистэктомия, биопсия печени, ПСС. Гистологическое заключение - обострение хронического холецистита, хронический гепатит слабой активности. Послеоперационный период протекал без осложнений; 21.02.01 г. выписана домой с улучшением ГТТ (3,1-6,7-6,3), который улучшался и в дальнейшем через три месяца (3,8-6,8-4,3) и год (4,1-6,3-5,3). Сумма показателей гликемии по отрезкам времени после операции снизилась в каждый срок исследования на 25-31% по сравнению с аналогичным дооперационным показателем. Чувствительность к инсулину через три и 12 месяцев

сохранялась нормальной (5,1-3,7-2,7-4,1-5,6-5,7 ммоль/л). Нормализовалось АД, иногда повышается до 140/90 мм рт. ст., гипотензивные препараты не принимает. Боли не беспокоят. Через 21 месяц после операции гликемия на уровне 4,1 ммоль/л, гликированный гемоглобин в пределах нормы (6,8%), чувствительность к инсулину повышена (4,1-2,3-1,7-4,4-3,7-3,9 ммоль/л). АД 130/80 мм рт. ст. без гипотензивных препаратов.

Выводы. Изолированная ПСС обладает гипогликемизирующим и гипотензивным действием. Гипотензивное действие связано с "шунтированием глюкагона", минуя печень.

Чельшев Е.В., Агаларян А.Х., Андреев О.В.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г. Ленинск-Кузнецкий, Россия

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) в настоящее время распространена настолько широко, что многие исследователи говорят о неизбежности этого состояния у мужчин. По данным разных авторов аденома простаты обнаруживается у 40% мужского населения в возрасте 50 лет и более чем у 90% старше 80 лет. Те или иные расстройства мочеиспускания, обусловленные ДГПЖ, на сегодняшний день отмечают большинство мужчин старше 50 лет.

В настоящее время основным методом лечения доброкачественной гиперплазии простаты остается оперативный, среди многочисленных способов которого наиболее эффективным и популярным является трансуретральная резекция (ТУР). Несомненно, что ТУР простаты на современном этапе общепризнанно является "золотым стандартом" в лечении доброкачественной гиперплазии простаты. Это объясняется высокой эффективностью данной методики в избавлении от инфравезикальной обструкции и связанной с ней симптоматики, меньшей по сравнению с открытой операцией травматичностью вмешательства, возможностью повторения без значительного повышения риска для больного, более коротким периодом реабилитации, снижением инвалидизации больных.

С 2001 года под нашим наблюдением находились 138 (100%) пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты, которым была проведена операция - трансуретральная резекция предстательной железы на аппаратуре фирмы "Эскулап" (Германия).

Средний возраст составил $68,4 \pm 8,7$ года, давность заболевания от 2 до 11 лет. У 13 (9,4%) пациентов имелся надлобковый мочевого свищ, который в послеоперационном периоде был закрыт и мочеиспускание у этих пациентов было восстановлено.

Предоперационное обследование пациентов включало в себя проведение общеклинического и специального урологического исследования: УЗИ почек, мочевого пузыря, предстательной железы с определением объема остаточной мочи и объема предстательной железы, урофлоуметрию, пальцевое ректальное исследование предстательной железы, исследование секрета простаты, уровень простатоспецифического антигена, а также использование международной системы суммарной оценки заболеваний простаты в баллах (I-PSS) и оценка качества жизни (I).

Отдаленные результаты прослежены у 108 (78,3%) пациентов через 12 месяцев после проведения ТУР. После проведенного оперативного лечения большинство пациентов субъективно отмечали усиление потока мочи, снижение частоты, как ночного, так и дневного мочеиспускания. После проведенного оперативного вмешательства изменялись показатели суммарной оценки заболеваний простаты I - PSS (с $18,6 \pm 5,3$ до $11,4 \pm 4,4$) и

индекс качества жизни L (с $4,7 \pm 1,3$ до $3,5 \pm 2,3$), а также количество остаточной мочи (с $141,7 \pm 38,2$ до $64,4 \pm 28,3$). У 4 пациентов выявлен продолженный рост аденомы предстательной железы, что потребовало в дальнейшем проведения повторной трансуретральной резекции простаты.

Таким образом, отдаленные результаты лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы с использованием ТУР позволяют сделать вывод о высокой эффективности данного метода лечения на современном этапе.

Черненко В.Ф., Акимов Е.И., Черненко В.В., Сумин В.Ф.

ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет
Краевое бюро медико-социальной экспертизы, Городская больница N 3, г.Барнаул, Россия

ФАКТОРЫ РИСКА ИНВАЛИДИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЛИМФЕДЕМОЙ КОНЕЧНОСТЕЙ, ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

В предлагаемой работе поставлена цель - дать характеристику состава больных с лимфедемой конечностей (ЛЕК), прошедших медико-социальную экспертизу (МСЭ), установить причины инвалидизации, определить пути профилактики неблагоприятных исходов. Материалом исследований послужил анализ актов экспертных заключений, касающихся 35 больных (первая группа) с ЛЕК, прошедших МСЭ в последние 3 года. Возраст их колебался от 29 до 80 лет, средний возраст 46 лет, до 60-83%, старше 60-17%, преобладали женщины (80%), жители городов составили 40%, сел - 60%, с поражением одной конечности - 43%, обеих - 51%, верхних - 6%. Первичная ЛЕК отмечена у 17%, вторичная в 83%, лимфо-венозная недостаточность в 43%. Сопутствующая патология: рецидивирующее рожистое воспаление (РРВ) в 83%, заболевание вен в 43%, гипертоническая болезнь в 54%, ожирение в 23%, остеохондроз в 17% наблюдений. Установлены группы инвалидности: третья в 57%, вторая в 40%, не установлена в 3% обследованных.

Поступившим 36 больным (вторая группа) в отделение гнойной хирургии с ЛЕК (у всех имелось РРВ), применено этапное комплексное лечение: в стационаре - антибактериальная терапия, в т.ч. непрямая эндолимфатическая терапия, управляемая абактериальная среда, лазеро-магнитная терапия; на втором амбулаторно-санаторном этапе - бициллино-профилактика, компрессионная терапия, мануальные и аппаратные массажи, лекарственные флебо-лимфотоники и специальный режим, что позволило уменьшить число рецидивов РВ на 75%.

Выводы. Наиболее существенными причинами декомпенсации ЛЕК и инвалидизации больных являются РРВ и болезни вен; ранняя диагностика факторов риска прогрессирования ЛЕК и комплексное этапное лечение способствуют эффективной реабилитации больных с данной патологией.

Чернявский А.М., Альсов С.А., Аляпкина Е.М., Прохорова Д.С., Карпенко А.А.

ФГУ "ННИИ патологии кровообращения им. акад. Е.Н.Мешалкина Росмедтехнологий"
г.Новосибирск, Россия

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАЦИИ ЛЕГОЧНОЙ ТРОМБЭНДАРТЕКТОМИИ

Цель исследования. Дать инструментальную оценку эффективности операции легочной тромбэндартектомии (ТЭЭ).

Материалы и методы. В основу настоящей работы положен анализ клинико-инструментального обследования 60 больных ХПЭЛГ, находившихся на лечении в НИИПК в период с 2004 по 2009 годы. Все пациенты перед началом исследования были разделены на 3 группы, согласно классификации ЛГ по уровню давления в легочной артерии (ЛА), где к I группе относились пациенты с систолическим давлением в ЛА (РсЛА) до 50 мм.рт.ст. - 11 пациентов, ко II группе пациенты с РсЛА до 80 мм.рт.ст. - 21 пациентов и к III - больше 80 мм.рт.ст. - 28 пациента.

В I группе средняя длительность заболевания (СДЗ) составляла $18,3 \pm 16,5$ месяцев.

Во II группе СДЗ - $33,1 \pm 7,2$ месяцев.

В III группе СДЗ $51,8 \pm 7$ месяцев.

При анализе данных ЭхоКГ в I группе среднее РсЛА составило $43,5 \pm 2$ мм.рт.ст., средняя фракция выброса правого желудочка (ФВ ПЖ) составляла $51,7 \pm 1\%$. Во II группе среднее РсЛА составило $66,3 \pm 7$ мм.рт.ст., а ФВ ПЖ - $43 \pm 12\%$. В III группе $108,5 \pm 11,7$ мм.рт.ст. и $32 \pm 3,5\%$ соответственно. При оценке степени перфузионного дефицита (ПД) исходили из того, что легкая степень ПД (I) составляет - до 29%, средняя степень (II) - 30-44%, тяжелая степень (III) - 45-59%, крайне тяжелая степень (IV) - 60% и более. При предоперационном обследовании I степень выявлена у 15 пациентов (27,5%), средний ПД составил $17,2 \pm 3,2\%$, II степень - у 30 человек (54,5%), средний ПД составил $41,4 \pm 2,1\%$, III степень - 5 пациентов (9%), средний ПД - $45,5 \pm 5,6\%$, IV ст. - 5 человек (9%), средний ПД $69,7 \pm 4,1\%$. Всем пациентам была выполнена операция ТЭЭ из легочной артерии.

Результаты исследования. Общая летальность составила 16%. По данным ЭхоКГ в I группе РсЛА снизилось с $43,5 \pm 2$ мм.рт.ст. до $36 \pm 3,3$ мм.рт.ст. ($p > 0,05$), а ФВ ПЖ возросла с $51,7 \pm 1\%$ до $58 \pm 4\%$ ($p < 0,05$). Во II группе отмечено снижение РсЛА с $66,3 \pm 7$ мм.рт.ст. до $46,2 \pm 11,3$ мм.рт.ст. ($p < 0,05$) и увеличение ФВ ПЖ с 43 ± 12 до $53 \pm 2\%$ ($p > 0,05$). В III группе РсЛА снизилось с $108,5 \pm 11,7$ мм.рт.ст. до $43,2 \pm 8$ мм.рт.ст. ($p < 0,05$) и ФВ ПЖ возросла с $32 \pm 3,5\%$ до $52 \pm 4,5\%$ ($p < 0,05$). При выполнении контрольной ПСЛ в послеоперационный период выявлено значительное улучшение перфузии. Среди пациентов с I степенью ПД снизился до $10 \pm 1,8\%$ ($p < 0,05$), при II степени снижение ПД до $12,7 \pm 2,3\%$ ($p < 0,05$), у пациентов с III степенью ПД составил $22,3 \pm 3,2\%$ ($p < 0,05$), при IV степени снижение ПД достигло $17,3 \pm 2,8\%$ ($p < 0,05$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что степень ЛГ зависит от длительности существования эмболической окклюзии. Эффективность операции ТЭЭ из легочной артерии не зависит от уровня ЛГ и ФВ ПЖ. Высокая ЛГ и правожелудочковая недостаточность не является противопоказанием для хирургического лечения. Выполнение операции ТЭЭ из легочной артерии позволяет значительно улучшить перфузию легких у пациентов с ХПЭЛГ.

Чернявский А.М., Покушалов Е.А., Пак И.А., Романов А.Б., Карева Ю.Е.

ФГУ "Новосибирский НИИ патологии кровообращения им. академика Е.Н. Мешалкина Росмедтехнологий", г.Новосибирск, Россия

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОДНОМОМЕНТНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Цель исследования. Изучить результаты радиочастотной абляции фибрилляции предсердий (ФП) у больных ИБС во время операции аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы исследования. В клинике выполнено 65 операции АКШ в сочетании с радиочастотной абляцией ФП с использованием системы Cardioblate (Medtronic, Minneapolis). Средний возраст пациентов $62,7 \pm 0,8$ лет. Всем выполнялась стандартная операция АКШ в условиях искусственного кровообращения (ИК). Пациенты были разделены на две группы в зависимости от схемы абляции ФП.

В I группу включено 35 пациентов, которым выполнялась радиочастотная изоляция устьев легочных вен. В I группе 28 пациентов страдали пароксизмальной формой ФП и 7-персистирующей, средний стаж существования аритмии составил $38,1 \pm 6,6$ месяцев, фракция выброса (ФВ) ЛЖ = $55,7 \pm 2,1\%$.

Во II группу включено 30 пациентов, 15 - с постоянной формой ФП, 15 - с персистирующей. Пациентам выполнялась радиочастотная фрагментация левого предсердия (ЛП). Стаж существования аритмии в среднем составил $67,5 \pm 10,9$ месяцев. ФВ ЛЖ - $56,1 \pm 2,2\%$. Размеры ЛП в среднем в обеих группах не превышали 52 мм. 41 пациенту была имплантирована система длительного мониторинга ЭКГ "Reveal". 16 пациентам после операции было выполнено инвазивное электрофизиологическое исследование с использованием CARTO XR.

Результаты исследования. Случаев госпитальной летальности не было. В I группе среднее количество дистальных анастомозов составило $2,7 \pm 0,13$. Среднее время ИК - $112 \pm 5,7$ минут, время окклюзии аорты - $74,6 \pm 4,03$ минуты. Среднее время абляции 3 мин. Во II группе среднее количество дистальных анастомозов $2,3 \pm 0,14$. Среднее время ИК - $125,7 \pm 6,2$ минуты. Среднее время окклюзии аорты $81,5 \pm 4,9$ минуты. Среднее время абляции 5 минут. При выписке 86,2% пациентов имели синусовый ритм. В I группе все пациенты выписаны с синусовым ритмом. Во II группе 70% пациентов выписаны с синусовым ритмом. При постоянной форме частота восстановления синусового ритма во II группе составила 60%, при персистирующей - 86,7%.

В сроки от 2 до 7 месяцев после операции мы наблюдали 10 пациентов (по 5 из каждой группы), при опросе аппарата "Reveal", только у одного пациента из II группы с исходной персистирующей формой ФП через 3 месяца после операции зарегистрирован единичный непродолжительный эпизод ФП, у 9-пациентов эпизодов ФП не зарегистрировано.

Выводы. Радиочастотная абляция ФП в сочетании с операцией прямой реваскуляризации миокарда является эффективной и безопасной процедурой, обеспечивающей восстановление синусового ритма у 100% пациентов с пароксизмальной формой ФП, у 60%-при постоянной форме ФП и у 86,7% пациентов с персистирующей формой ФП.

Шапкин А.А., Лишов Е.В., Вертков А.Г., Урбан А.С., Мирошкин Р.В.

ГОУ ВПО КемГМА, ГУЗ КОКБ
ГУЗ ОКПТД Кузбасский филиал ГУ НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН
г. Кемерово, Россия

ТОРАКАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ФЛЕГМОН ШЕИ - ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Флегмоны глубоких клетчаточных пространств шеи (ГКПШ) являются тяжелым осложнением заболеваний и травм шеи. Опасность гнойного поражения ГКПШ в развитии вторичного нисходящего некротизирующего медиастинита (ВННМ), эмпиемы плевры и сепсиса. Основная проблема - ранняя диагностика и своевременное лечение данной патологии. При гнойном медиастините, осложненном сепсисом, летальность достигает в зависимости от сроков его существования 30-80% (М.М.Абакумов 2003, 2008г. Lavini C et all 2003). В своей работе за основу принимаем классификации М.М.Абакумова (1992) и S.Endo (1999).

Основа диагностики данного осложнения - рентгенологическое исследование органов шеи и грудной клетки. Эффективность рентгенологического исследования при первичном медиастините достигает 85% (в том числе и при применении рентгенконтрастных методик), тогда как при вторичном медиастините рентгеноположительных результатов не более 48,8%. Более информативным методом диагностики медиастинита является КТ - 94%, но использование его по требованию, дороговизна не позволяют широко на него полагаться. При таких условиях одним из основных методов диагностики поражения средостения является эндоскопия, т.е. торакаскопия, эффективность и разрешающая способность равна примерно 99-100%.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГУЗ КОКБ г. Кемерово. Было проанализировано 55 случаев с гнойно-септических заболеваний глубоких клетчаточных пространств шеи (ГКПШ) и средостения различной этиологии, в период с 1998 по 2008 гг. Мужчин - 35 (63,6%), женщин - 20 (36,4%), в возрасте от 21 до 78 лет. Основными причинами развития гнойно-септического поражения клетчаточных пространств шеи и средостения являлись: одонтогенные и тонзиллогенные флегмоны ГКПШ шеи - 40 (72,7%); повреждения глотки и шейного отдела пищевода - 9 (16,4%); травма шеи и верхнего средостения - 5 (9,1%); посткатетеризационная флегмона глубоких клетчаточных пространств шеи - 1 (1,8%).

Результаты и их обсуждение. В основе хирургической тактики - своевременное установление диагноза "Флегмона глубоких клетчаточных пространств шеи" на основании клинических проявлений; рентгенологического исследования - рентгенография шеи в боковой проекции, обзорная рентгенография органов грудной клетки (100% - пациентов); КТ шеи и грудной клетки (48%). При установлении диагноза ревизия и дренирование глубоких клетчаточных пространств шеи, с возможной ревизией верхнего средостения. При наличии признаков поражения средостения проводилась трансторакальная ревизия плевральной полости и средостения. Из 55 пациентов только у 22 (40%) процесс был ограничен глубокими пространствами шеи. У 33 пациентов имелись признаки поражения средостения, но при ревизии средостения и плевральных полостей у 3 (9%) не выявлено гнойного поражения, при имевшихся признаках при рентгенологических исследованиях. В 30 (91%) случаях имелось поражение средостения (ВННМ) и эмпиема плевры (81%), причем в 24 случаях двухстороннее. В 18 случаях вмешательство на средостении и плевральной полости проводилось видеоэндоскопически.

Выводы. В лечении флегмоны глубоких клетчаточных пространств шеи, необходима активная хирургическая тактика, направленная на как можно более раннее выявление уровня поражения и распространения процесса, вскрытие и дренирование процесса, что является залогом профилактики медиастинита. При наличии рентгенологических,

КТ признаков поражения средостеня и плевральных полостей (с достоверностью от 48,8 до 85-94%), необходима срочная ревизия средостеня и плевральных полостей трансторакальным доступом, что более предпочтительнее выполнять эндоскопически, т.е. торакоскопически.

Яковлева Н.В.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Несмотря на успехи профилактики и терапии гинекологических заболеваний, остаются весьма актуальными вопросы, связанные с диагностикой и лечением острых гинекологических заболеваний.

Оперативные вмешательства, проводимые по неотложным показаниям, нередко представляют значительные трудности, так как отсутствует необходимая предоперационная подготовка и полноценное обследование.

Внедрение в клиническую практику современных эндоскопических и ультразвуковых методов обследования и лечения позволяют повысить качество лечения больных с гинекологическими заболеваниями. Однако при оказании экстренной помощи не во всех стационарах используются малоинвазивные оперативные вмешательства.

Цель исследования. Повышение качества лечения больных с острыми гинекологическими заболеваниями на основе использования малоинвазивных операций для сохранения репродуктивной функции у женщин.

Мы проанализировали результаты хирургического лечения 290 женщин, в возрасте от 18 до 40 лет, с острой гинекологической патологией. Всем больным с подозрением на острую гинекологическую патологию было проведено комплексное обследование, которое позволило в первые сутки поставить правильный диагноз и провести оперативное вмешательство. Структура острых гинекологических заболеваний по данным лапароскопии была представлена следующим образом: эктопическая беременность - 45,5% (132), гнойные воспалительные заболевания половых органов - 24,9% (72), апоплексия яичника - 18,9% (55), миома матки с нарушением питания узла - 5,8% (17), перекрут придатков - 4,1% (12), перфорация матки как следствие различных внутриматочных вмешательств - 0,7% (2).

При внематочной беременности радикальные операции выполнялись при значительном повреждении маточной трубы плодным яйцом и при незаинтересованности женщины в сохранении маточной трубы. Органосохраняющие операции выполнены у 79 (60%) пациенток с внематочной беременностью. Характер органосохраняющей операции зависел от размеров и локализации плодного яйца. При его имплантации в ампулярном отделе трубы проводилось осторожное выдавливание плодного яйца без рассечения стенки маточной трубы. Наиболее часто проводилось рассечение маточной трубы игольчатым монополярном над точкой максимального растяжения в зоне с наименьшим количеством сосудов. После рассечения маточной трубы проводили удаление плодного яйца щипцами, промывание маточной трубы и гемостаз микробиполярными щипцами. Другим типом органосохраняющего хирургического лечения трубной беременности являлась сегментарная резекция маточной трубы, где локализовалось плодное яйцо. Такие операции проводились при невозможности осуществить гемостаз после удаления плодного яйца из плодместилища. В дальнейшем через 3-6 мес. после таких операций осуществляли микрохирургический трубный анастомоз лапароскопическим либо традиционным доступом.

Лапароскопический доступ применен у 72 женщин при лечении гнойно-воспалительных заболеваний органов малого таза. При лапароскопии проводили

ревизию органов брюшной полости, удаление гнойника, санацию брюшной полости антисептическими растворами. При отсутствии детей у пациенток с пиосальпинксами проводилось оперативное вмешательство с сохранением хотя бы одной маточной трубы. У таких пациенток в послеоперационном периоде использовали динамическую лапароскопию для оценки течения воспалительного процесса и санации гнойника. В послеоперационном периоде широко использовались методы экстракорпоральной иммунофармакотерапии, что способствовало полноценной санации очага микробного воспаления и восстановлению функциональной полноценности иммунной системы.

Приоритетным методом лечения любой формы апоплексии яичника явился лапароскопический метод, который был применен у 56 женщин. Объем оперативного лечения зависел от степени повреждения яичника: проводилась коагуляция кровоточащих сосудов яичника у 15, цистэктомия - 35, резекция яичника - у 6. Органосохраняющее эндоскопическое оперативное вмешательство при данном заболевании способствовало профилактике спаечного процесса в полости малого таза, нарушений менструального цикла, сохранению детородной функции.

Перекрыт придатков матки выявлен при лапароскопическом обследовании у 12 пациенток. При выраженных некротических изменениях в придатках матки проведена аднексэктомия. 8 пациенткам удалось сохранить придатки путем проведения деторсии придатков.

При нарушении питания в миоматозном узле, вследствие дистрофических изменений в нем, у 17 женщин с нереализованной детородной функцией проводилась консервативная миомэктомия с ушиванием ложа миоматозного узла лапароскопическим доступом.

При перфорации матки после различных внутриматочных вмешательств проводилась коагуляция кровоточащих сосудов в области перфорационного отверстия биполярно (у 1 пациентки), либо ушивание перфорационного отверстия викрилом лапароскопическим доступом (у 1).

Лапароскопические операции проходили практически бескровно, благодаря использованию электроэнергии для рассечения тканей и гемостаза. Завершали операцию промыванием брюшной полости большим количеством физиологического раствора. Дренажи не использовали из-за возможного возникновения спаек. Осложнений в процессе оперативного вмешательства не наблюдалось. Послеоперационный период протекал благоприятно: применения наркотических анальгетиков и стимуляции кишечника не требовалось. Средний койко-день составил $5,0 \pm 0,7$.

Таким образом, наш опыт применения современных малоинвазивных технологий, являющихся альтернативой лапаротомным операциям при острой гинекологической патологии, свидетельствует об их высокой эффективности. Включение в комплекс лечения экстракорпоральной иммунофармакотерапии позволяет улучшить результаты оперативного лечения за счет уменьшения степени выраженности инфекционного и спаечного процессов. Внедрение современных малоинвазивных доступов дает возможность пересмотреть некоторые аспекты хирургического лечения острой гинекологической патологии, позволяет избежать радикальных операций и сохранить репродуктивную функцию женщин.

Янец А.И., Гордеев С.М.

МУЗ "Детская городская клиническая больница N 5"
Кафедра детской хирургии ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия
Росздрава, г.Кемерово, Россия

СТЕПЕНЬ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ОБЩИМ АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Несмотря на достижения современной медицины, аппендикулярный перитонит остается одной из ведущих причин развития сепсиса и полиорганной недостаточности у детей. При данной патологии раскрывается вся сущность несостоятельности механизмов противoinфекционной защиты, приводящей к развитию системной воспалительной реакции в ответ на нарастающее поступление микроорганизмов и их токсинов в кровеносное русло. Это, в свою очередь, вызывает развитие полиорганной дисфункции, а в финале заболевания - полиорганной недостаточности.

В последние годы в нашей клинике оценка общего состояния ребенка с аппендикулярным перитонитом производится на базе современных представлений развития синдрома эндогенной интоксикации и синдрома кишечной недостаточности (СКН). Определение степени интоксикации и уровня СКН позволило адекватно оценить состояние ребенка при поступлении, а также определить дальнейшую оперативную тактику.

Цель исследования. Провести анализ синдрома эндогенной интоксикации и СКН у детей с общим аппендикулярным перитонитом в зависимости от метода оперативного лечения.

Материал и методы исследования. Анализу подвергнуты результаты лечения 55 больных в возрасте от 1 до 14 лет за период с 1997 по 2006 г., получавших оперативное лечение в МУЗ "ДГКБ N 5" и выписанных из стационара с выздоровлением, с диагнозом деструктивный аппендицит, общий перитонит. Анализ эффективности лечения проводился в трех группах; критериями разделения случаев заболевания был используемый метод оперативного лечения.

В первой группе (n=31) метод включал лапаротомию, наложение лапаростомы у 16 больных. Во вторую группу (n=12) включены случаи перехода с метода лапароскопии на лапаротомию. У восьми больных конверсия осуществлялась сразу и была вынужденной в связи с невозможностью лапароскопической аппендектомии и адекватной санации брюшной полости. В четырех случаях конверсия была проведена на 2-4 сутки. Третью группу (n=12) составили больные, оперированные с использованием только метода эндовидеохирургии. В нашей клинике этот метод применяется с 2000 г. В 3-х случаях однократной лапароскопии и санации брюшной полости оказалось достаточно. У 9-и пациентов выполнялись запрограммированные релапароскопии. По степени тяжести на момент поступления группы были однородными (табл. N 3).

Оценку синдрома кишечной недостаточности производили исходя из клинических данных и визуального осмотра кишечника в момент оперативного лечения (табл. N 1).

Синдром кишечной недостаточности

Стадия СКН	Клиника	Визуальная картина
1 степень	Живот умеренно вздут. Перистальтика выслушивается ослаблена. Рвота без признаков застойного содержимого	Петли тонкой кишки вздуты переднезадний размер до 20 мм. стенка умеренно отечная полнокровная. Видны перистальтические волны.
2 степень	Живот вздут. Перистальтика резко ослаблена в виде единичных всплесков. Рвота с застойным содержимым	Петли тонкой кишки вздуты переднезадний размер до 35мм. стенка отечная, полнокровная, с фибринозными наложениями. Перистальтические волны единичные.
3 степень	Живо выражено вздут. Перистальтика отсутствует. Многократная рвота кишечным содержимым	Петли тонкой кишки раздуты переднезадний размер более 35мм. (в виде баллонов). Стенка кишки с выраженными микроциркулярными нарушениями, отечная, полнокровная, с не снимающимися фибринозными наложениями. Перистальтика отсутствует.

В диагностике степени интоксикации оценивалась температура тела, количество лейкоцитов в периферической крови, а так же использовались индексы интоксикации. При этом легкая степень выставлялась тогда, когда показатель лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по формуле Кальф-Калифа (1941) определялся в пределах 1,3-2,0 у.е., а ядерный индекс (ЯИ), предложенный Г. Д. Даштаянц (1978), был соответственно 0,1-0,3 у.е. Средняя степень интоксикации устанавливалась, когда ЛИИ находился в пределах 2,1-3,0 у.е., а ЯИ - 0,3-1,0 у.е. Тяжелая степень интоксикации диагностировалась, когда ЛИИ превышал 3,0 у.е. и ЯИ был выше 1,0 у.е.

Результаты исследования. Синдром кишечной недостаточности (СКН) мы наблюдали у всех пациентов во всех группах. Если степень СКН условно выразить в баллах, (1ст.-1 балл, 2ст.-2балла и 3ст.-3балла), то уровень СКН в послеоперационном периоде выглядел следующим образом (табл. N 2).

Таблица 2

Уровень синдрома кишечной недостаточности в группах

Сутки заболевания / группа	1	2	3	4	5	6
1 группа	2,28±0,06	2,04±0,1	1,63±0,09	1,25±0,08	0,92±0,09	0,44±0,08
2 группа	2,27±0,2	2,05±0,2	1,67±0,24	1,27±0,32	0,98±0,26	0,51±0,3
3 группа	2,21±0,16	2,05±0,18	1,67±0,2	1,27±0,13	0,98±0,1	0,50±0,12

В первой группе в 15-и случаях брюшная полость после аппендектомии и санации была сразу ушита наглухо. У 16-и пациентов с оставленной лапаростомой, при ревизии последней, степень СКН была подтверждена визуально. В динамике СКН у всех больных был купирован на 4-5 сутки и соответствовал 1 степени.

Во вторую группу (n=12) включены случаи перехода с метода лапароскопии на лапаротомию. У восьми больных конверсия осуществлялась сразу и была вынужденной в связи с невозможностью проведения аппендектомии и адекватной санации брюшной полости. В четырех случаях заболевания из-за продолжающегося перитонита, сохраняющейся интоксикации и СКН 3 степени не представлялось возможным продолжить санацию брюшной полости методом лапароскопии. Этим пациентам на 2-4 сутки заболевания была выполнена конверсия - наложена лапаростома.

Третью группу (n=12) составили больные, оперированные с использованием только метода эндовидеохирургии. В 3-х случаях однократной лапароскопии и санации брюшной полости оказалось достаточно. У 9-ти пациентов с более выраженным гнойно-деструктивным процессом в брюшной полости, продолжающимся симптомом интоксикации, выполнялись запрограммированные релапароскопии (от 2 до 5 с интервалом в сутки). При осмотре кишечника у всех СКН сохранялся до уровня 2ст.

Все 55 пациентов в момент поступления находились в тяжелом состоянии. Об этом говорила высокая степень интоксикации, при этом в третьей группе были отмечены более высокие показатели (табл. N 3).

Таблица 3

Степень интоксикации в группах на момент поступления

Группа/	температура	лейкоциты	ЛИИ	ЯИ
1 группа	37,52±0,12	11,27±0,92	5,03± 0,49	1,05±0,54
2 группа	38,02±0,2	9,99±1,41	5,7±1,03	0,82±0,05
3 группа	37,77±0,15	13,34±0,94	8,24±0,62	0,93±1,64

Во всех группах, независимо от метода оперативного лечения, наблюдалась относительно одинаковая динамика степени эндогенной интоксикации. Можно лишь отметить более высокий уровень интоксикации на третьи сутки в группе, где оперативным методом лечения была видеолапароскопия. Этот факт связан с преимуществами лапаротомии, при котором достигается более тщательная санация брюшной полости при первичном оперативном вмешательстве (табл. N 4).

Таблица 4

Степень интоксикации в группах на третьи сутки

Группа/ показатель	температура	лейкоциты	ЛИИ	ЯИ
1 группа	37,30±0,28	8,82±0,83	3,73± 0,46	0,2±0,02
2 группа	37,28±0,14	8,24±0,93	3,44±0,85	0,21±0,04
3 группа	37,14±0,12	9,78±1,2	3,91±0,62	0,17±0,02

Тем не менее, метод лапароскопии позволил без выполнения травматичного доступа осуществить эффективную запрограммированную санацию брюшной полости. При этом уровень интоксикации к 5-6 суткам после начала лечения снизился до 1 степени. Таким образом, в третьей группе на шестые сутки отмечалась более низкая степень интоксикации по сравнению с первой и второй группами (табл. N 5).

Таблица 5

Степень интоксикации в группах на шестые сутки

Выводы. Динамика СКН у больных детей с общим аппендикулярным перитонитом в послеоперационном периоде существенно не зависит от выбора метода оперативного лечения.

У больных, оперированных методом лапароскопии, в сравнении с детьми, где выполнялась лапаротомия, степень интоксикации в раннем послеоперационном периоде была более выраженной, однако к 5-6 суткам она купировалась более отчетливо.

Оценка степени интоксикации в динамике дает возможность осуществлять контроль эффективности санации брюшной полости и определять тактику оперативного лечения.

Метод лапароскопии может применяться в случаях отсутствия прогрессирования эндотоксикоза. В случаях нарастания эндогенной интоксикации и развития сепсиса методом выбора является лапаротомия с наложением лапаростомы.

Фролов П.А., Первов Е.А., Заикин С.И.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

СТРУКТУРА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

Цель исследования. Изучить структуру патологии и распространенность воспалительно-дегенеративных заболеваний пищевода у взрослых пациентов в разных возрастных группах.

Материалы и методы. Настоящая работа основана на анализе протоколов эндоскопических заключений 8881 пациента в возрасте от 15 до 92 лет, проходивших обследование и лечение в отделении эндоскопии ФГЛПУ НКЦОЗШ г. Ленинска-Кузнецкого Кемеровской области за последние 3 года. Мужчин было - 4799 (54%, n=8881), женщин - 4082 (46%). Средний возраст $53 \pm 12,8$ лет. Все пациенты были разделены на 4 возрастные группы:

1-я - до 20 лет (11,9%, n=8881),

2-я - 20-39 лет (25,6%),

3-я - 40-59 лет (46,6%),

4-я - старше 60 лет (15,9%).

Фиброэзофагогастродуоденоскопия проводилась по общепринятой методике гибкими эндоскопами фирмы "Olympus", Япония. Для гистологического подтверждения выявленной патологии использовалась щипцовая биопсия. В качестве дополнительного метода диагностики у пациентов с пищеводом Барретта применялась хромоскопия с 1% раствором уксусной кислоты, 1% раствором Люголя и 1% раствора метиленовой сини. Мы использовали в своей работе наиболее популярную эндоскопическую классификацию рефлюкс-эзофагитов (РЭ) по Savary-Miller (1993 г). Материал обработан статистическими методами с использованием программы BioStat. Для сравнения качественных признаков использован критерий χ^2 ($df=1$), рассчитанный с использованием таблиц сопряженности. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. По данным эндоскопического исследования воспалительно-дегенеративные заболевания пищевода чаще встречались у мужчин в возрасте 20-39 лет - 22,3% и 40-59 лет - 32,8% и женщин в возрастной группе старше 60 лет 9,3% ($p < 0,05$). Патологические изменения в пищеводе обнаружены у 5270 пациентов. Из них 60,9% (3207 пациентов) составили мужчины, а 39,1% (2063) - женщины. Пациентов с РЭ I степени было 76,9% (n=5270), у мужчин эта патология выявлялась чаще ($p < 0,05$). Более 22% составили пациенты обоего пола с эрозивными формами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Эрозивные изменения пищевода (РЭ II-IV степени) чаще выявлялись у мужчин ($p < 0,05$). Пищевод Барретта встречался в 0,3% случаев, различий по полу

не отмечалось. По нашим данным было 13 злокачественных, гистологически верифицированных опухолей пищевода, что составило около 0,3% (не было достоверных различий по полу, $p > 0,05$). Во всех возрастных группах отмечалось сочетание воспалительно-дегенеративных заболеваний пищевода с недостаточностью кардиального жома (НК) и/или грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), в общем количестве 876 наблюдений (16,6%, $n=5270$). У мужчин НК и/или ГПОД встречались в 558 случаях (64%, $n=876$), у женщин в 318 случаях (36%). В возрастных группах 20-39 лет у мужчин и старше 60 лет у женщин, данная патология выявлялась достоверно чаще ($p < 0,05$).

Выводы. Эндоскопически позитивные формы ГЭРБ встречались почти у 60% пациентов, подвергнутых ЭФГДС. Частота ГЭРБ с эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки пищевода составляет 22,5%, а с катаральными изменениями - 76,9%. Важнейшую роль в патогенезе ГЭРБ имеет нарушение запирающей функции кардиального жома в виде ГПОД или НК, которые встречаются с частотой 16,6% при данной патологии. Частота выявляемости таких серьезных осложнений ГЭРБ, как пищевод Барретта и аденокарцинома пищевода, повышается при использовании дополнительных методов исследования, и остается на высоких уровнях, достигая 0,3%.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ПОМОЩЬ

Гаврищук Я.В. Бояринцев В.В., Гаврилин С.В.
Военно-медицинская академия, г.Санкт-Петербург, Россия

ОСТРЫЕ ЭРОЗИИ И ЯЗВЫ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ОСЛОЖНЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПРИ ТРАВМАХ

Выраженность поражения внутренних органов при травматической болезни, в том числе и органов пищеварения, зависит от степени нарушения метаболических, эндокринных, иммунных процессов. В свою очередь, эти нарушения гомеостаза определяются тяжестью травмы, длительностью и выраженностью травматического шока, количеством поврежденных областей тела. Таким образом, чем больше тяжесть повреждения и тяжесть состояния в остром периоде травматической болезни, тем с большей вероятностью необходимо ожидать осложнений со стороны органов желудочно-кишечного тракта.

Проведен анализ 106 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, находившихся на лечении с 2006 года по 2008 год в отделении интенсивной терапии клиники военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова. Группа пострадавших состояла из 56 человек ретроспективного анализа и 50 человек проспективного анализа. Течение травматической болезни у некоторых пострадавших осложнилось развитием кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

У большинства обследованных с желудочно-кишечным кровотечением сочетались повреждения двух или трех анатомических областей - 64,4%. Ведущим по тяжести повреждениями были у 27,9% пострадавших - повреждения головы, 27,8% пострадавших - повреждения конечностей, 21,6% пострадавших - повреждение живота, 15,2% пострадавших - повреждение груди, 5% пострадавших - повреждение таза, 2,5% пострадавших - повреждение позвоночника.

Все обследованные имели тяжесть повреждения не менее 1 балла (повреждения тяжелые), в среднем $14,4 \pm 1,2$ баллов по шкале ВПХ-П (МТ). Средний возраст составил $42,8 \pm 2,5$ лет. Средний срок лечения описываемых пациентов в клинике составил $36,4 \pm 3,2$ суток, в отделении интенсивной терапии $17,2 \pm 1,8$ суток.

Максимальная частота развития кровотечения у пострадавших приходится на первые семь суток (76%), течения травматической болезни от всех кровотечений. Вторым периодом повышенного риска развития желудочно-кишечных кровотечений (24% от всех кровотечений) являются 15-30 сутки травматической болезни.

В основе патогенеза ранних эрозий и язв лежит усиление кислотно-пептической агрессии, они мелкие, расположены на фоне воспалительной слизистой, поздние изъязвления появляются при развитии инфекционных осложнений, они более крупные, слизистая при этом атрофична вследствие снижения ее защитных факторов. При анализе характера источников кровотечения были получены следующие данные. В 61,8% случаев ими явились острые эрозии, в 28,4% - острые язвы, в 3,7% - хронические язвы, еще в 6,1% наблюдались сочетания различных по характеру источников. Наиболее часто источник желудочно-кишечного кровотечения локализуется в желудке (64,2%) и гораздо реже в двенадцатиперстной кишке (13,5%), сочетание источников кровотечения в желудке и двенадцатиперстной кишке было в 15% случаев.

Таким образом, острые эрозии и язвы верхних отделов желудочно-кишечного тракта, в том числе и являющиеся источником желудочно-кишечного кровотечения, у пострадавших с тяжелыми сочетанными травмами характеризуются следующими особенностями:

- во-первых, наиболее часто отмечаются острые эрозии желудка;
- во-вторых, примерно в три раза реже имеют место острые язвы;
- в-третьих, максимальная частота кровотечения приходится на первые семь суток.

Ивлев Е.В., Григорьев Е.В., Вавин Г.В., Бойко Е.А., Игнатьева Т.Ф.

ГУЗ "Кемеровская областная клиническая больница"

ГОУ ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава", г. Кемерово, Россия

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ АРМИРОВАННОЙ ГИБКОЙ ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ МАСКОЙ LMA Flexible™ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, В ПОЛОСТИ РТА И НОСА У ДЕТЕЙ

Одним из принципиальных аспектов в практике анестезиологии и реаниматологии является требование оценки состояния проходимости верхних дыхательных путей, прогнозирование возможных нарушений и их устранение. Проведенный в Великобритании опрос анестезиологов показал, что в общехирургической практике около трети анестезиологической летальности, а в акушерстве до 40% материнских смертей обусловлены неудачными попытками интубации трахеи. Появление ларингеальной маски стало значительным достижением в детской анестезиологии. Использование ЛМ имеет ряд важных преимуществ перед эндотрахеальной интубацией. Не травмируются гортань и голосовые связки. Исключена опасность окклюзии одного из главных бронхов. Реакция сердечно-сосудистой системы в ответ на введение ЛМ минимальна, а внутриглазное давление существенно не изменяется. ЛМ может оставаться на месте до восстановления защитных рефлексов и адекватного спонтанного дыхания, не вызывая при пробуждении таких неприятных ощущений, как интубационная трубка. При анестезиологическом обеспечении операций в полости рта и носа перед анестезиологом стоят две главные задачи - обеспечить хирургу доступ к дыхательным путям и защитить дыхательные пути от попадания крови и фрагментов тканей. ЛМ надежно обеспечивает проходимость дыхательных путей, оставляя руки анестезиолога свободными, защищает гортань от попадания глоточного секрета или крови.

Цель исследования. Оптимизировать обеспечение проходимости верхних дыхательных путей при операциях на челюстно-лицевой области, в полости рта и носа с позиции обеспечения адекватного газообмена и минимальных гемодинамических нарушений, с использованием ларингеальной маски LMA Flexible™.

Материалы и методы. В группу исследования были включены дети в возрасте от 3 до 14 лет, со степенью анестезиологического риска по ASA 1-2 степени, перенесших операции умеренной травматичности, продолжительностью не менее 30 минут, в ЧЛХ и ЛОР хирургии. Проходимость ВДП обеспечивалась ларингеальной маской. Операции в полости и в придаточных пазухах носа (подслизистая резекция носовой перегородки - 8, гайморотомия - 3), операции на внутреннем ухе - 4, удаление новообразований - 6, хейлопластика - 5. Длительность операций $53,85 \pm 26,05$ мин. Возраст $9,85 \pm 3,55$ лет. Проходимость дыхательных путей обеспечивалась при помощи ларингеальной маски LMA Flexible™. Степень анестезиологического риска оценивалась по шкале ASA (14 пациентов имели 1 степень анестезиологического риска, 12 пациентов имели 2 степень). Проведение операции обеспечивалось комбинированным эндотрахеальным наркозом. Премедикация: атропин $9,16 \pm 1,06$ мкг/кг, димедрол $0,17 \pm 0,04$ мг/кг, реланиум $0,22 \pm 0,06$ мг/кг, фентанил $1,57 \pm 0,58$ мкг/кг. Вводный наркоз пропофол $2,41 \pm 0,96$ мг/кг, доза насыщения фентанила $4,47 \pm 1,04$ мг. Базис наркоз N_2O/O_2 -2/1 + пропофол $2,75 \pm 1,19$ мг/кг/час внутривенно микроструйно + фентанил $3,03 \pm 0,99$ мкг/кг/час внутривенно дробно болюсно. ИВЛ аппаратом Datex Ohmeda Aespire N_2O/O_2 - 1/0,5 л/мин, Pin - $13,58 \pm 3,52$ mBar, Pm - $6,86 \pm 0,69$ mBar. Миоплегия первая доза: тракриум $0,48 \pm 0,07$ мг/кг, затем тракриум $0,36 \pm 0,23$ мг/кг/час. Материал статистически обработан программой Microsoft Excel.

Результаты исследования представлены в таблицах 1, 2, 3, 4. В операционном

периоде наблюдается стабильная гемодинамика с умеренной гипотонией. АД систолическое во время операции снижается на 12-15%, АД диастолическое снижается на 13-20%, АД среднее снижается на 14-15%, колебания ЧСС незначительны. Насыщение артериальной крови кислородом, концентрация CO_2 на выдохе во всем периоперационном периоде оставались в пределах нормы.

Симптом белого пятна оставался в пределах нормы, но статистически достоверное уменьшение продолжительности кровенаполнения капилляров отмечалось, начиная с вводного наркоза, и продолжалось до удаления ЛМА, что свидетельствует об улучшении периферического кровотока во время наркоза.

Уровень гликемии в периоперационном периоде оставался без существенных изменений, в пределах нормы. Можно предположить, что процедура обеспечения проходимости верхних дыхательных путей и само оперативное вмешательство оказывали минимальное стимулирующее влияние на симпатoadреналовую систему.

Уровень кортизола незначительно повышался на установку ЛМА и снижался в течение операции. Вероятно, это связано с адекватной аналгезией, блокадой болевой импульсации, отсутствием стимуляции симпатoadреналовой системы, а также с перераспределением кортизола в связи с улучшением периферического кровотока.

Таблица 1

Гемодинамика и газообмен в периоперационном периоде

Этапы	После премедикации	Вводный наркоз	Установка ЛМА	Разрез	30 мин. операции	Удаление ЛМА	Перевод в отделение
АД сист.	116,96±13,08	102,91±10,5*	104,31±10,7*	103,12±16,82*	106,23±17,28*	118,15±13,95	114,60±12,63
АД диаст	71,27±11,2	51,32±10,59*	51,96±9,97*	57,15±14,58*	62,19±11,41*	75,92±15,92	74,04±13,08
АД сред	86,92±10,32	67,09±9,54*	67,73±10,01*	74,58±16,07*	77,6±10,94*	89,46±14,31	87,33±14,25
ЧСС	97,27±16,81	94,91±14,55	94,35±14,18	94,77±11,61	93,23±14,15	101,31±15,41	94,32±11,74
SaO ₂	99,04±0,96	99,36±1,05	99,5±0,71	99±0,89	99,19±0,85	98,54±2,04	98,16±1,34
EtCO ₂		34,14±3,39	35±3,63	34,75±4,59	34,63±3,89	34,13±5,38	

С-м «белого пятна» (сек)	Примечание: * - после премедикации	p<0,005 в сравнении с предоперационными показателями					
		Вводный наркоз	Установка ЛМА	Разрез	30 мин. операции	Удаление ЛМА	Перевод в отделение
1,89±0,51	Оценка микроциркуляции в периоперационном периоде при помощи симптома белого пятна	1,67±0,76*	1,63±0,58*	1,79±0,78*	1,54±0,51*	1,83±0,64*	1,61±0,5

Таблица 2

Примечание: * - p<0,005 в сравнении с предоперационными показателями

Таблица 3

Уровень гликемии в периоперационном периоде

Показатель	После премедикации	Установка ЛМА	30 мин. операции	Удаление ЛМА
Глюкоза (ммоль/л)	4,56±0,48	4,56±0,52	4,59±0,66	4,81±0,76

Уровень кортизола в периоперационном периоде

Показатель	После премедикации	Установка ЛМА	30 мин. операции	Удаление ЛМА
Кортизол (моль/л)	504,06±138,57	524,756±187,18	382,41±201,77*	340,25±163,91*

Примечание: * - $p < 0,005$ в сравнении с предоперационными показателями

Выводы.

1. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей ларингеальной маской LMA Flexible™ при операциях на челюстно-лицевой области, в полости рта и носа у детей обеспечивает адекватный газообмен в легких.

2. Вследствие минимального воздействия на рефлексогенные зоны гортани, трахеи при установке и удалении ларингеальной маски LMA Flexible™, адекватной аналгезии и анестезии в периоперационном периоде наблюдается стабильная гемодинамика с умеренной гипотензией.

3. В периоперационном периоде обеспечивается адекватная блокада болевой стимуляции, что приводит к отсутствию активации симпатoadренальной системы и улучшению периферического кровотока.

Исакова С.С., Завьялов А.Е., Мешков М.В., Чуйков С.Н., Дорофеев М.Ю.

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии АГМУ, г.Барнаул, Россия

ДОПОЛНЕНИЕ В ПРОГРАММЕ ВОЛЕМИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПИЩЕВОДА

Цель исследования. Улучшение результатов лечения детей с атрезией пищевода.

Материалы и методы. Основой работы является рандомизированное исследование, 78 пациентов, с целью определения влияния способа коррекции ОЦК на показатели гемодинамики, госпитализированных в клинику детской хирургии Алтайского государственного медицинского университета на базе Алтайской краевой клинической детской больницы в период с 1998 по 2008 гг. для проведения второго этапа хирургического лечения атрезии пищевода - загрудинной пластики пищевода.

Продолжительность предоперационной подготовки варьировала от 3 до 7 дней. Оперативное лечение проводилось в плановом порядке. Большое значение придавалось физическому развитию пациентов, особенно массе тела, которая должна быть, по нашему мнению, не менее 8-10 кг.

В зависимости от состава инфузионно - трансфузионной терапии все больные разделены на 3 группы. К 1-ой группе (n=24) отнесены больные с коррекцией ОЦК кристаллоидами в программе инфузионной терапии. Вторую группу (n=26) составляют больные с использованием реополиглюкина в качестве коллоидного компонента инфузионно - трансфузионной терапии. В 3-ю группу (n=28) входят больные, у которых в качестве компонента инфузионно - трансфузионной терапии использовался ГЭК (Волювен).

Результаты исследования. Нами проведена сравнительная оценка адекватности гемодинамического статуса в интраоперационном периоде у пациентов 1-й и 2-й группы. При проведении исследования мониторингирование функций (ЧСС, ЦВД, сист. АД, диаст. АД, сред АД, ЦВД, SaO₂, Sv, МОС) осуществлялось на всех этапах оперативного лечения.

Изучение изменений системы гемодинамики в 1-й и 2-й группах на этапах оперативного вмешательства в зависимости от объема интра- и послеоперационной кровопотери с симптомами декомпенсации сердечного выброса и переходом гемодинамики в ярко выраженную тахикардию показали, что гемодинамика изменялась по гипердинамическому типу.

Структура инфузионно-трансфузионной терапии на этапах хирургического лечения больных 3-й группы с использованием компонента в составе инфузионно-трансфузионной терапии Волювена (ГЭК) в дозе 3-5 мл/кг/час стабилизировала параметры центральной и периферической гемодинамики (ЧСС, ЦВД, АД, почасовой диурез до 0,7 мл/кг/час и т.д.), что позволило нам намного раньше перейти к программной инфузионной терапии в послеоперационном периоде (1-е сутки послеопер. периода) и начать проведение энтеральной поддержки с 3-х суток послеоперационного периода.

Исакова С.С., Завьялов А.Е., Мешков М.В., Азаров Е.Н.

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии АГМУ, г.Барнаул, Россия

КРИОПЛАЗМЕННО-АНТИПРОТЕАЗНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА

Аспирационная пневмония диагностируется более чем у 60% новорожденных с атрезией пищевода и нижним трахео-пищеводным свищом. Она является серьезным осложнением. ДВС-синдром регистрируется у 20-30% новорожденных с аспирационными пневмониями.

В нашем исследовании оценка системы гемостаза на фоне криоплазменно-антипротеазной терапии и своевременная коррекция найденных нарушений позволяют повысить эффективность как лечения, так и антибактериальной терапии, уменьшить длительность проведения ИВЛ и снизить летальность.

В нашей клинике проанализированы результаты лечения 109 новорожденных, которые находились на лечении в отделении реанимации Алтайской краевой клинической детской больницы с 1991 по 2008 год. У всех детей была диагностирована атрезия пищевода с нижним ТПС и полисегментарной пневмонией. Группу сравнения составили 56 новорожденных (51,4%), которые лечились в период с 1990 по 1998 год по принятой на тот период времени методике. Основная группа включала 53 новорожденных (48,6%), находившихся на лечении с 1998 по 2007 год. По результатам оценки тяжести состояния новорожденных по шкале PELOD, так же как и по таблице оценки тяжести ССВО, ведущими системами поражения являлись дыхательная, сердечно-сосудистая и система гемостаза.

В программе обследования новорожденных основной группы дополнительно применялись ортофенантролиновый тест (количественное определение растворимых фибрин-мономерных комплексов) и XII-а зависимый фибринолиз (определение активности плазминовой системы).

Проведенные исследования системы гемостаза показали, что у новорожденных на фоне умеренной гипокоагуляции по АПТВ и протромбиновому тестам значительно увеличено содержание растворимых фибрин-мономерных комплексов - положительный этаноловый тест, показания ортофенантролинового теста повышены примерно в 2 раза. Помимо этого у всех новорожденных имелась тромбоцитопения. Увеличение времени Хагеман-зависимого фибринолиза свидетельствовало об активации как коагуляционного звена, так и фибринолитической системы с потреблением факторов системы гемостаза.

Новорожденным группы сравнения, у которых в послеоперационном периоде развивался геморрагический синдром, назначали СЗП в дозе 10 мл/кг, а контрикал назначали на вторые сутки геморрагического синдрома, если последний не удавалось купировать

только трансфузией СЗП. В послеоперационном периоде новорожденным основной группы продолжали проведение антиферментной терапии контрикалом в дозе 1500 ед/кг/сут., в том же режиме - внутривенно болюсно в три приема. Новорожденным основной группы, у которых в послеоперационном периоде развивался геморрагический синдром, проводили трансфузию свежезамороженной плазмы в дозе 15 мл/кг массы ежедневно, до прекращения геморрагического синдрома, затем - по показаниям под ежедневным контролем гемостазиограммы. Дозу контрикала, в случае развития геморрагического синдрома, мы повышали до 2000 ед/кг/сут. в первые двое суток, затем снижали до 1500 ед/кг/сут. на третьи и до 1000 ед/кг/сут - на 5-е сутки послеоперационного периода.

На фоне применения криоплазменно-антипротеазной терапии в комплексном лечении новорожденных с атрезией пищевода наблюдалось достоверное улучшение результатов лечения данной категории больных - сократились сроки проведения ИВЛ и нахождения детей в отделении реанимации, уменьшилась частота реализации ДВС-синдрома в геморрагический синдром в послеоперационном периоде, летальность снизилась с 28,6% до 9,4%.

Каменева Е.А., Коваль С.С., Пугачев С.В., Григорьев Е.В.

МУЗ "Городская клиническая больница N 3 им. М.А.Подгорбунского"
ГОУВПО "Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава", г.Кемерово
филиал ГУ НИИ общей реаниматологии РАМН, г.Новокузнецк, Россия

ВАРИАНТЫ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Цель исследования. Повысить эффективность диагностики острого повреждения легких и синдрома жировой эмболии.

Материалы и методы исследования. Обследовано 47 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой (ТСТ). Тяжесть шока определяли по шкалам НИИ СП им. Джанелидзе (первые часы поступления), тяжесть травмы - по шкале TRISS. Первая группа больных (n=11) соответствует I степени шока (баллы по шкале НИИ СП им. Джанелидзе 12 ± 4 ; ISS/RTS - 30,33/7,841, TRISS - 3,57, вероятность летального исхода 12%); вторая (n=21) соответствует II степени шока (баллы по шкале НИИ СП им. Джанелидзе 19 ± 6 ; ISS/RTS - 33,9/6,866, TRISS - 16,51, вероятность летального исхода 24%); третья (n=15) - III степень шока (баллы по шкале НИИ СП им. Джанелидзе 29 ± 5 ; ISS/RTS - 49,88/5,8, TRISS - 49,25, вероятность летального исхода 34%). Показатели липидного обмена (липопротеиды очень низкой плотности - ЛПОНП и триглицериды - ТГ) определялись с помощью автоматического биохимического анализатора Cobas Miras Plus (Швейцария). Параллельно с определением классических показателей проводилась интегральная оценка функционального состояния гемостаза с помощью автоматизированной регистрации резонансных колебаний, возникающих при образовании ретракции и лизисе сгустка (метод экспресс-гемовискозиметрии, анализатор АРП-01 "Меднорд"). Регистрация параметров центральной гемодинамики проводилась с помощью неинвазивного монитора "Диамант-М" (НПО Диамант, г.СПб) с последующим расчетом показателей доставки, потребления и экстракции кислорода по принятым формулам.

Результаты исследования и их обсуждение. Спонтанная агрегация тромбоцитов в первой группе пациентов с сочетанной травмой достоверно увеличивается только к 3 суткам, а к 5 уже достоверно не отличается от контроля (группы доноров). Во второй группе происходит ее достоверное снижение на 2 сутки, а, начиная с 3-х суток, спонтанная агрегация увеличивается на протяжении всего периода исследования. Изменения происходят параллельно активации в впервые трое суток системы фибринолиза. В третьей группе пациентов с тяжелой сочетанной травмой на протяжении всего периода исследования

происходит достоверное увеличение спонтанной агрегации тромбоцитов. Это совпадает по времени с уменьшением количества тромбоцитов в этой группе (меньше $150 \times 10^9/\text{л}$ на 5 сутки). Во второй и первой группах максимальное снижение тромбоцитов происходит на 3 сутки, до $168 \pm 12,05$ тысяч и $174,27 \pm 13,42$, начиная с 7 суток достоверно не отличаются от контроля. Для всех групп больных характерно повышение активности коагуляционного звена гемостаза: достоверно в сравнении с контрольными значениями происходит уменьшение времени реакции г (отражает протромбиновую активность и скорость начала образования сгустка), константы тромбина k (временной показатель тромбиновой активности, характеризует скорость образование сгустка) и увеличение максимальной плотности сгустка AM (характеризует реологические свойства образовавшегося сгустка - вязкость, плотность, пластичность), показателя тромбиновой активности Kk (характеризует интенсивность тромбинообразования). Аналогичные изменения происходят и с эквивалентными биохимическими показателями коагуляционного звена гемостаза.

У больных с индексом шокогенности по классификации СПб НИИ СП им. Джанелидзе менее 14 баллов развиваются нарушения в системе гемостаза - выраженная активация коагуляционного звена гемостаза и угнетение системы фибринолиза, показатели которых нормализуются только к 7 суткам. У больных с индексом шокогенности от 15 до 22 баллов развиваются нарушения в системе гемостаза в виде активации коагуляционного звена гемостаза на протяжении всего периода исследования и выраженной активации системы фибринолиза. У больных с индексом шокогенности более 23 баллов развиваются нарушения в системе гемостаза - выраженная активация системы свертывания крови и угнетение фибринолитической системы. Выраженность острого повреждения легких возрастает при: увеличении концентрации ЛПОНП и триглицеридов, гиперкоагуляции по показателям гемовискозиметрии и снижении количества тромбоцитов.

Проведенный корреляционный анализ показал следующую зависимость:

1. Активация сосудисто-тромбоцитарного гемостаза и индекс оксигенации ($r = -0,61$ при $p < 0,05$) - сильная обратная связь.
2. Индекс оксигенации и уровень ЛПОНП ($r = -0,45$ при $p < 0,05$) - умеренная обратная связь.
3. Индекс оксигенации и DO_2 и VO_2 ($r = 0,63$ при $p < 0,05$ и $r = -0,47$ при $p < 0,05$ соответственно).

Выводы. Выделены три варианта течения острого повреждения легких при развитии синдрома жировой эмболии у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. Выделение вариантов предполагает вероятность проведения дифференцированной интенсивной коррекции.

Лобова А. Г., Завьялов А.Е.

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии АГМУ, г.Барнаул, Россия

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ В ПРЕОПЕРАЦИОННОМ И РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПЕРИОДАХ

Обеспечение адекватного питания новорожденных с язвенно-некротическим энтероколитом имеет ряд особенностей. Как правило, это группа недоношенных детей с ППЦНС, малой и экстремально низкой массой тела (мед. статистика 2001-2008 гг.). Питательные потребности обусловлены высоким темпом роста, минимальным запасом белка. Кроме того, в периоперационном периоде усиливаются катаболические процессы. Такие пациенты нуждаются в энергоемком парентеральном питании (ПП).

На базе Алтайской краевой клинической детской больницы (АККДБ) для ПП применяются смеси кристаллических адаптированных аминокислот, такие как аминосол, аминоклазмаль

Е, являющиеся источником донаторов пластического обмена, в частности лейцина, изолейцина, валина, необходимыми для созревания ЦНС; и жировые эмульсии II поколения с триглицеридами с длинной и средней длиной цепи (Липофундин МСТ/ЛСТ).

За счет данной структуры молекулы последних повышается скорость энергообразования и синтеза белка. Жировые эмульсии являются самым выгодным источником энергии - энергетическая плотность 1 грамма 9,3 ккал, обеспечивают организм незаменимыми жирными кислотами.

Основным донатором энергии и источником является глюкоза. Доля глюкозы в энергоснабжении составляет 45-50%. Помимо этого, обеспечение организма глюкозой заметно снижает азотистые потери. В отделение анестезиологии и реаниматологии АККДБ у новорожденных с язвенно-некротическим энтероколитом предпочтение отдается 10% раствору глюкозы в целях удержания ОЦК в сосудистом русле, препятствию задержке жидкости в интерстиции, улучшению микроциркуляции.

Расчет и введение препаратов для ПП осуществляется по следующим положениям:

1. Раннее применение (в предоперационном периоде, за 24 часа до оперативного вмешательства должно быть исключено энтеральное введение) препаратов аминокислот и растворов глюкозы в программе проведения полного ПП.

2. Подбор дозы аминокислот проводится с учетом возраста ребенка, его массы, объема инфузионной терапии, таким образом, чтобы выдержать соотношение 1 белковая калория на 10 небелкового происхождения (для оптимального усвоения белка). Стартовая доза для недоношенных 1,0-1,5г/кг/сут с темпом прироста 0,5г/кг/сут, для доношенных старше 7 и до 28 дней жизни 2,0-2,5г/кг/сут. При расщеплении 1г белка выделяется 4,5 ккал.

3. Потребность в глюкозе у недоношенных 10-12г/кг/сут, у доношенных 12-15г/кг/сут. Энергетическая плотность глюкозы 4,1 ккал на 1 грамм.

4. Учитывая то, что данная группа пациентов находится в состоянии гиперметаболизма-гиперкатаболизма, соотношение углеводов и липидов сведено к 45:55%.

5. Суточная потребность в калориях у новорожденных с массой тела менее 1500 г равна 90 ккал/кг, более 1500 г - 80-95 ккал/кг.

На 3-и сутки после операции 10% калорийной потребности приходится на энтеральное питание по схеме: введение постоянного зонда, проба на толерантность с дистиллированной водой, первые порции в разведении 1:1, затем 2:1, потом цельная специализированная смесь, шаг прибавки 5-10% от суточного калоража в зависимости от усвоения, постепенно переводя пациента на энтеральное питание.

В оценки клинического статуса наших пациентов (вес тела) дефицита массы тела у наших пациентов в ближайшем послеоперационном периоде не наблюдалось.

Малхасян И.Э.

ЕГМУ им. М.Гераци, НЦТО МЗ РА, г.Ереван, Республика Армения

ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМОМ

Острая дыхательная недостаточность (ОДН), обусловленная интраабдоминальной гипертензией (абдоминальным компартмент-синдромом), является достаточно распространенной патологией в практике интенсивной терапии. Дисфункция диафрагмы при формировании интраабдоминальной гипертензии играет значительную роль в ремоделировании дыхательного паттерна по типу регионального ограничения расправления альвеол

Нами была поставлена задача исследовать возможности применения вспомогательных методов ИВЛ при коррекции дыхательных и гемодинамических расстройств у пациентов

с абдоминальным компартмент-синдромом, а также разработать тактические подходы для нетравматичного отключения пациентов от респиратора. Объектом исследования стали 138 пациентов, госпитализированных в отделения ИТАР Медицинского центра "Эребуни" и НЦТО МЗ РА с выявленным абдоминальным компартмент-синдромом, причинами которого являлись: состояние после устранения массивных вентральных грыж, хирургические вмешательства по поводу перитонитов различного генеза; политравмы с повреждениями диафрагмы и органов брюшной полости.

Степень тяжести ОДН оценивалась по шкале J.F.Murray. Сроки вентиляции варьировали от 2 до 73 суток. Искусственная вентиляция легких осуществлялась на респираторах моделей "BEAR-5", "SERVO-900C" и "PURITAN-BENNET-7200". Центральная и периферическая гемодинамика определялась инвазивно (путем проведения плавающего баллончикового катетра Swan-Ganz) и неинвазивно, методом тетраполярной реографии. Сердечный выброс определялся методом холодовой термодилуции. В процессе исследования производилось измерение газового состава крови, комбинированное измерение дыхательных объемов и давлений в дыхательных путях, рассчитывался легочный комплайнс.

Согласно полученным данным, наличие абдоминального компартмент-синдрома препятствовало нормальной экскурсии диафрагмы, тем самым способствуя значительному повышению внутригрудного давления. Увеличенное внутригрудное давление сопровождалось уменьшением функциональной остаточной емкости (ФОЕ) и других легочных объемов с формированием ателектазов за счет коллабирования подлежащих к диафрагме альвеол с сопутствующей быстро прогрессирующей артериальной гипоксемией и явлениями правожелудочковой недостаточности (V_t - $387 \pm 4,8$ мл; PaO_2 - $50,3 \pm 1,6$ torr; $Sat_a O_2$ - $79,6 \pm 2,3\%$; C_p - $57 \pm 0,6$ мл/torr; PaO_2/FiO_2 - $249,6 \pm 24,6$; BR - $44,5 \pm 1,8$ в мин.; $PaCO_2$ - $69,5 \pm 2,1$ torr; $Pa_{awp}ic$ - $44,1 \pm 3,6$ см H_2O ; $D(a-v)PO_2$ - $64,8 \pm 2,9$; V_e - $13,3 \pm 0,7$ л/мин; ЧСС - $132,4 \pm 6,2$ уд. в мин; АД ср - $126,2 \pm 1,7$ torr; ЦВД - $19,8 \pm 0,7$ torr; СИ - $5,0 \pm 0,5$ л/ мин. m^2 ; ДЛА- $24,3 \pm 1,7$ torr; ОПСС- $2132,8 \pm 202,5$ дин/с \times cm^2 ; ОПС - $469,5 \pm 38,4$ дин/с \times cm^2 ; УО - $34,3 \pm 7,3$ мл; ИРПЖ - $3,8 \pm 0,5$ кгм / m^2).

На первых этапах оказания респираторной помощи нами применялся режим контролируемой вспомогательной вентиляции (CMV/AMV), однако, принимая во внимание, что данный прием вентиляции обладает рядом существенных недостатков, мы затем прибегали к модификации более комфортных режимов вентиляции. Наиболее приемлимым в подобной ситуации, с нашей точки зрения, является режим синхронизированной перемежающейся вспомогательной вентиляции в сочетании с моделированием приема PEEP (SIMV+PEEP), реализация которого позволяла в дальнейшем переходы на режимы спонтанного дыхания с поддержкой давлением (VS+PSV, либо CPAP+PSV).

Подобная тактика способствовала разрешению главных задач: обеспечению адекватной оксигенации со сведением к минимуму потребности во вдыхаемом кислороде и должной частоты механических дыхательных циклов для устранения капнических расстройств; снижению работы дыхательной мускулатуры; устранению зон ателектазов; сохранению легочного комплайенса и спонтанного дыхания пациента; устранению гемодинамических расстройств.

Малхасян И.Э.

Научный центр травматологии и ортопедии МЗ РА, г.Ереван, Республика Армения

ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОДИНАМИКИ И ГАЗОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

В ортопедической практике реконструктивные вмешательства на тазобедренном суставе (ТБС) характеризуются высокой травматичностью вследствие важных в анестезиологическом

аспекте особенностей (массивная кровопотеря, ноцицептивные эффекты, имплантация костного цемента и пр.). Гемодинамические осложнения, связанные с использованием костного цемента (метилметакрилата) хорошо известны и в основном проявляются плохо контролируемой гипотензией, которая нередко сохраняется в течение длительного периода времени, в значительной степени усугубляя течение послеоперационного периода (особенно, у геронтологического контингента больных, либо при наличии сопутствующих заболеваний).

Целью наших исследований являлась оценка параметров центральной гемодинамики и газометрии при операциях эндопротезирования ТБС и крупных суставов нижних конечностей с использованием костного цемента, содержащего метилметакрилат. Исследования были проведены у 50 пациентов, которые были оперированы в НЦТО МЗ РА. В качестве контрольной группы были 20 больных, которым было проведено бесцементное эндопротезирование. Все операции осуществлялись в условиях комбинированной регионарной и общей анестезии при сохранном спонтанном дыхании с ингаляцией воздушно-кислородной смесью. В процессе проведения анестезиологического пособия у больных осуществлялся постоянный неинвазивный мониторинг кардио-респираторных функций, параметров гемостаза, а также объемов интраоперационной кровопотери, диуреза и заместительной терапии. На этапах хирургического вмешательства (до начала анестезиологического пособия, после эпидурального введения анестетика, после имплантации костного цемента, содержащего метилметакрилат /либо протеза/ и после завершения операции) производилось газометрическое тестирование (КОС) артериальной и венозной крови, а также определялись параметры центральной и периферической гемодинамики методом тетраполярной реографии и с использованием эхокардиографии. На основании полученных данных, с использованием формулы Фика и ее производных, определялись параметры легочного газообмена, сердечного выброса, общего периферического сопротивления сосудов, коэффициенты доставки кислорода к тканям и внутрилегочного шунта.

Согласно полученным результатам было установлено, что, в отличие от данных в контрольной группе, у больных после имплантации цемента регистрировались наиболее серьезные гемодинамические изменения в виде артериальной гипотонии, сопровождающиеся значительным снижением от исходных данных ОПСС (до $916,8 \pm 28,7$ дин/сек \times см⁵); АД (до $85,8 \pm 7,3$ торр); сердечного индекса (до $2,92 \pm 0,18$ л/мин/м²) при достаточно сохраненных показателях сердечного ритма и сердечного выброса. Вышеуказанные гемодинамические сдвиги, в свою очередь, сопровождались значительной депрессией кислородотранспортной функции крови (S_{cO_2} - $12,55 \pm 0,74$ мл/100 мл; S_{aO_2} - $11,14 \pm 2,56$ мл/100 мл; S_{vO_2} - $8,92 \pm 1,07$ мл/100 мл; $S_{(a-v)O_2}$ - $2,22 \pm 0,08$ мл/100 мл; pAO_2 - $212,2 \pm 37,53$ торр; paO_2 - $66,0 \pm 5,13$ торр; pVO_2 - $42 \pm 3,05$ торр; KVO_2 - $19,88 \pm 1,26\%$; $/VO_2$ - $64,57 \pm 6,28$ мл/мин/м²; V/Q - $0,4$; Q_s/Q_t - $38,9 \pm 7,32\%$).

Выводы. Снижение ОПСС и кислородотранспортной функции крови, сопровождающиеся артериальной гипотонией у больных при эндопротезировании ТБС, могут быть трактованы как развитие анафилактической реакции на имплантацию метилметакрилатного цемента.

Неймарк М.И. Бережной Д.А.

НУЗ ОКБ ст. Барнаул ОАО "РЖД", г.Барнаул, Россия

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У ДЕТЕЙ

В 83% случаев причиной ишемического повреждения головного мозга у детей являются аномалии сосудистой стенки брахицефальных сосудов. Несмотря на современные достижения фармакотерапии, единственным способом предотвращения развития неврологических осложнений патологической извитости внутренней сонной артерии (ПИ ВСА) является радикальный метод устранения.

Выполнение реконструктивных операций на внутренней сонной артерии может сопровождаться ишемическим повреждением головного мозга. В этой связи одним из перспективных путей снижения числа интраоперационных осложнений.

Цель работы. Сравнительная оценка влияния тотальной внутривенной анестезии (ТВА) с использованием пропофола и ингаляционной севофлюраном на число и характер послеоперационных осложнений при коррекции ПИ ВСА.

Материал и методы. Обследовано 26 детей (17 мальчика и 9 девочек) в возрасте от 5 до 16 лет (средний возраст $11,1 \pm 0,32$) с ПИ ВСА.

В зависимости от метода анестезии больные были разделены на II группы. 12 пациентам I группы в качестве метода анестезии применялась тотальная внутривенная анестезия (инфузия пропофола 5-6 мг/кг/ч с болюсным введением фентанила 3-4 мкг/кг/ч). У 14 больных II группы проводилась ингаляционная анестезия севофлюраном 1,5-2 об.% до достижения 1 МАК. С целью потенцирования анальгетического эффекта применялось болюсное введение фентанила 1-1,5 мкг/кг/ч.

На различных этапах операции монитором фирмы "Hewlett Packard" неинвазивно определялись САД, ЧСС, ЭКГ, уровень SaO_2 . На аналогичных этапах мониторировался кровоток в среднемозговой артерии путем транскраниальной доплерометрии аппаратом фирмы "Philips". По общепризнанным формулам рассчитывали ВЧД и ЦПД.

Результаты и их обсуждение. На основных этапах операции у больных I группы отмечалось существенное снижение систолической, диастолической и средней линейной скорости в средней мозговой артерии, что было обусловлено системной гипотонией на фоне вазоплегических эффектов пропофола. Это приводило к незначительному росту ВЧД и снижению ЦПД. Ухудшение перфузии головного мозга во время операции проявлялось неврологическими расстройствами в раннем послеоперационном периоде в виде головных болей, шумом в голове, парезом лицевого и возвратного нервов, двигательными и чувствительными нарушениями и имело место у 3 детей (25%).

Изучение параметров центральной и мозговой гемодинамики у больных II группы показало, что на фоне базисной анестезии севофлюраном обеспечивался оптимальный для поддержания ауторегуляции мозгового кровотока уровень среднего артериального давления, что предотвращало рост ВЧД и ухудшение перфузии головного мозга. Неврологический дефицит наблюдался у одного ребенка (7,1%) и характеризовался шумом в голове и анизокорией.

Таким образом, сравнительная оценка ближайшего послеоперационного периода выявила значительное (на 17,9% ($p < 0,05$)) снижение числа осложнений во II группе больных.

Выводы. Анестезия севофлюраном концентрацией 1 МАК в реконструктивной хирургии сонных артерий у детей по сравнению с тотальной внутривенной анестезией на основе пропофола более управляема на гемодинамически значимых этапах оперативного вмешательства, позволяет поддерживать оптимальный уровень мозгового кровотока, профилактировать рост ВЧД, снижение ЦПД и ишемического и реперфузионного повреждение головного мозга.

Неймарк М.И., Булганин А.А., Меркулов И.В.

Алтайский государственный медицинский университет, г.Барнаул, Россия

АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АДРЕНАЛЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ

Цель исследования. Профилактика респираторных и кардиогемодинамических расстройств за счет оптимизации анестезиологического обеспечения видеоэндоскопической

адреналэктомии по поводу феохромоцитомы.

Материалы и методы. Нами обследовано 7 пациентов, которым на основании анамнеза, жалоб, исследования гормонального статуса и результатов компьютерной томографии была верифицирована феохромоцитома. Возраст пациентов колебался от 28 до 59 лет. Всем пациентам выполнена односторонняя адреналэктомия ретроперитонеоскопическим методом из бокового доступа. Продолжительность операции составляла в среднем 52 ± 9 мин. Центральную гемодинамику и показатели внешнего дыхания оценивали с помощью монитора "NICO 7300", а состояние мозгового кровотока оценивали методом транскраниальной доплерометрии с помощью аппарата фирмы "Nicolette Company".

Результаты и их осуждение. У данной категории больных мы в своей работе отдаем предпочтение атаралгезии.

Исследования центральной гемодинамики показали, что после премедикации нормальный показатель сердечного индекса (СИ) обеспечивался умеренной тахикардией на фоне сниженного ударного индекса (УИ) в среднем на 38% ($p < 0,01$) по сравнению с контрольной величиной. Среднее артериальное давление (САД), общее периферическое сопротивление (ОПС) были повышены соответственно на 15% ($p < 0,01$) и 24% ($p < 0,05$).

После индукции анестезии, интубации трахеи и на этапе, предшествующем выделению надпочечника, основные показатели центральной гемодинамики не претерпевали существенных изменений.

В период манипуляций на надпочечнике у пациентов отмечалось значительное возрастание САД и ОПС. Это сопровождалось снижением УИ в среднем на 10 мл/м^2 ($p < 0,01$) по сравнению с данными предыдущего этапа исследования, а возросшая тахикардия не обеспечивала поддержание нормальной величины сердечного выброса, который приобретал тенденцию к снижению. Указанные обстоятельства обусловили необходимость применения нитропруссид натрия. Учитывая, что гипотензивные препараты могут нарушать ауторегуляцию мозгового кровотока и ухудшать кровоснабжение головного мозга, уровень артериального давления нами регулировался в зависимости от характера изменения мозгового кровотока, который контролировался посредством транскраниальной доплерометрии. Установлено, что одномоментное снижение артериального давления более чем на 30% сопровождалось ухудшением мозгового кровообращения. Поэтому на данном этапе операции мы не стремились к достижению исходного уровня артериального давления, ограничивались его снижением не более чем на 30%.

После клипирования центральной вены надпочечника у всех больных отмечалось снижение артериального давления. Причем у одного из них оно достигло дооперационного уровня. Этот показатель мы расценивали как приемлемый для данной категории больных и не применяли вазоактивных препаратов. У 6 больных наблюдалась глубокая гипотония, сопровождавшаяся ухудшением мозгового кровообращения. Она проявлялась снижением САД в среднем на 24% ($p < 0,01$) по сравнению с исходной величиной. Эти изменения сопровождалось значительным снижением ОПС. УИ снижался еще больше, и даже на фоне тахикардии не обеспечивал нормального поддержания СИ. Это обстоятельство побудило нас прибегнуть к инотропной поддержке допамином в дозе $7,5 \text{ мг/(кг}\cdot\text{мин)}$, которая продолжалась 3-5 ч. В дальнейшем необходимость в ее проведении не возникала.

Профилактика респираторных расстройств, обусловленных вынужденным положением больных на операционном столе и инсуффляцией углекислого газа в забрюшинное пространство, достигалось рациональным подбором параметров ИВЛ:

- умеренным увеличением МОД, на 20-25% к расчетной должной величине с одновременным уменьшением ДО до 5-6 мл/кг с целью снижения PIP;
- созданием РЕЕР 6-7 см.вод.ст., что улучшало оксигенацию, препятствовало ателектазированию легочной ткани, сглаживало неравномерность вентиляционно-перфузионных отношений

- использованием наркозно-дыхательной аппаратуры, имеющей режим плато (инспираторной паузы), позволяющей решать проблему снижения динамического комплайнса (C_{dyn}), возникающего из-за роста PIP путем сравнения уровней PIP и давления плато (P_{plat}), а также поддерживать P_{plat} на уровне не менее 60-65% от времени дыхательного цикла при длительности вдоха не менее 30%.

Послеоперационный период у больных протекал гладко, и все они с улучшением состояния выписаны домой.

Выводы. Проведенные нами исследования показали, что успешное решение проблем анестезиологического обеспечения эндовидеоскопической адrenaлэктомии по поводу феохромоцитомы достижимо лишь при условии проведения современного мониторинга витальных функций, позволяющих осуществлять управление гемодинамикой. Профилактика респираторных расстройств при эндовидеоскопических операциях на надпочечниках достигается рациональным подбором параметров ИВЛ.

Неймарк М.И., Киселев Р.В.

Алтайский государственный медицинский университет, г.Барнаул, Россия

ПРОФИЛАКТИКА ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИХ РАСТРОЙСТВ ПРИ АРТРОПЛАСТИКЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Цель исследования. Снижение выраженности гемостазиологических расстройств за счет оптимизации анестезиологического и инфузионно-трансфузионного обеспечения операции тотального протезирования тазобедренного сустава.

Материалы и методы исследования. Обследовано 143 больных, которым было проведено цементное протезирование тазобедренного сустава. В зависимости от варианта анестезиологического пособия и программы волемиического возмещения все пациенты были разделены на 4 группы.

В 1-й группе ($n=37$) больные были оперированы в условиях общей анестезии (ТВВА), в программе инфузионно-трансфузионного обеспечения оперативного вмешательства использовались препараты на основе среднемолекулярного декстрана и донорская кровь.

Во 2-й группе ($n=39$) больные оперированы в условиях продленной эпидуральной анестезии, в программе инфузионно-трансфузионного обеспечения использовали декстраны и донорская кровь.

В 3-й группе ($n=33$) больные оперированы в условиях продленной эпидуральной анестезии, в программе инфузионно-трансфузионной терапии, помимо декстранов, применялась предоперационно заготовленная аутокровь.

В 4-й группе ($n=34$) больных оперированных в условиях продленной эпидуральной анестезии, в схеме волемиического возмещения, использовались препараты на основе модифицированного жидкого желатина, а также заготовленная аутокровь. На этапах лечения оценивали параметры системы гемостаза и величину кровопотери. Профилактика венозных тромботических и тромбоэмболических осложнений проводилась введением низкомолекулярных гепаринов.

Результаты исследования и их обсуждение. Объем интраоперационной кровопотери в группах составил в 1-ой группе - $24,2 \pm 2,6$ мл/кг, во 2-ой группе - $16,4 \pm 1,8$ мл/кг, в 3-ей группе - $15,8 \pm 2,1$ мл/кг, 4-ой группе - $15,2 \pm 1,7$ мл/кг. Разница в объеме интраоперационной кровопотери между 1-й группой и 2-й, 3-й, 4-й группами оказалось достоверной ($P < 0,05$). Только в 1-й группе в качестве анестезиологического пособия использовалась общая анестезия, что подтверждает многие литературные данные, свидетельствующие о меньшем объеме интраоперационной кровопотери при применении нейроаксиальной блокады. Сравнение параметров гемостаза на 1-2-е сутки после операции

у больных 2-й и 3-й групп, показало, что использование препаратов донорской крови, в отличие от аутокрови, способствовало угнетению фибринолиза, активации агрегации тромбоцитов, истощению антикоагулянтного потенциала плазмы и формированию тромбинемии. Это способствовало большему числу тромботических осложнений в группах с применением трансфузии донорских эритроцитов. С целью уточнения влияния используемого коллоидного плазмозаменителя на систему гемостаза мы сравнили исследуемые показатели у пациентов 3-й и 4-й группы. Полученные результаты свидетельствуют о меньшем угнетении коагуляционного потенциала плазмы и сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза в 1-2-е сутки после операции при использовании препаратов желатина в качестве коллоидного плазмозаменителя.

Выводы. Наиболее оптимальным вариантом анестезиологического и волемического обеспечения операции тотального эндопротезирования тазобедренного сустава является продленная эпидуральная анестезия с аутогемотрансфузией предоперационно заготовленной аутокрови и использованием в качестве коллоидного плазмозаменителя препаратов на основе желатина.

Неймарк М.И., Ковалев А.И.

ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, г.Барнаул, Россия

АНАЛЬГЕЗИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Распространенность сахарного диабета среди беременных составляет 0,5%. Оптимальным способом родоразрешения матерей, больных сахарным диабетом, и их плодов считают роды через естественные родовые пути. Важен выбор метода обезболивания родов, обеспечивающий наиболее гладкое течение не только родового процесса, но и сахарного диабета.

Материалы и методы. Нами обследовано 80 рожениц, страдающих сахарным диабетом. Роженицы условно были разделены на 2 группы:

- 1-я группа - 40 пациенток, у которых обезболивание родов проводилось внутривенным введением 1 мл 2% раствора промедола;
- 2-я группа - 40 пациенток, у которых обезболивание родов осуществлялось эпидуральным фракционным введением 0,125% раствора ропивакаина гидрохлорида (наропина).

Исследование проводилось на 5 этапах: до начала обезболивания вне схватки, до начала обезболивания на высоте схватки, после развития анальгезии вне схватки, после развития анальгезии на высоте схватки, во втором периоде родов. Оценивали показатели центральной гемодинамики, эффективность анальгезии в родах по шкале Н.Н.Расстригина и Б.В.Шнайдера, уровень глюкозы крови, состояние плода методом кардиотокографии, состояние новорожденного по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни.

Результаты и их обсуждение. При анализе эффективности анальгезии в исследуемых группах по таблице Н.Н. Расстригина было обнаружено, что в первой группе рожениц, на высоте схватки, 10-8 баллов (полный эффект) не достигнуто ни у одной пациентки, тогда как во второй он обнаружен у 75,0±6,2% рожениц. При сравнительном анализе параметров углеводного обмена было установлено, что уровень глюкозы в крови на первом и втором этапах исследования значительно превышал контрольные показатели и статистически не различался у рожениц обеих групп. На четвертом этапе исследования (после обезболивания на высоте схватки) наиболее высокая концентрация глюкозы была обнаружена у рожениц первой группы, которая достоверно превышала параметры второй группы. На пятом этапе исследования уровень сахара крови оставался в пределах физиологической нормы только у рожениц второй группы.

На первом и втором этапах исследования у рожениц всех групп обнаружены сходные изменения: достоверное повышение ИОПС (индекс общего периферического сопротивления), СИ (сердечный индекс), АДср и ЧСС по сравнению с контрольными величинами при нормальных показателях УИ (ударный индекс). На третьем этапе исследования ИОПС снижался во всех исследуемых группах. Наименьший показатель зафиксирован во второй группе, разница которого по сравнению с 1-ой группой составила в среднем $203,0 \text{ дин} \times \text{см}^2 / \text{см}^5$ ($P < 0,0001$). На четвертом этапе исследования наименьшее значение ИОПС обнаружено во 2-ой группе.

При сравнительной оценке течения родов в зависимости от вида обезболивания оказалось, что дискоординация родовой деятельности была устранена при использовании эпидуральной анальгезии. При индивидуальном анализе состояния плодов до и после обезболивания было отмечено, что анальгезия промедолом ухудшила оценку по шкале Fisher у $26,0 \pm 6,2\%$ плодов, что достоверно больше по сравнению со 2-ой группой рожениц, где ухудшения их состояния не обнаружено. При оценке новорожденных по шкале Апгар на первой минуте жизни установлено, что при эпидуральной анальгезии наропином, она составила $7,44 \pm 0,09$. Это больше, чем в первой группе в среднем на 0,5 балла ($P < 0,05$). На пятой минуте жизни у всех новорожденных оценка по шкале Апгар повышалась и оказалась выше во 2-ой группе по сравнению с первой в среднем на 0,3 балла ($P < 0,05$).

Выводы. Основные преимущества эпидуральной анальгезии наропином по сравнению с обезболиванием промедолом обнаруживаются в конце первого и втором периоде родов, когда промедол не используется из-за опасности возникновения слабости потуг и депрессии новорожденного. На этом этапе родов остаточное действие промедола не позволяет достичь адекватной анальгезии, что проявляется нарушениями углеводного обмена, расстройствами центральной гемодинамики, а также неблагоприятно сказывается на состоянии новорожденного. С этих позиций эпидуральная анальгезия наропином может с полным основанием считаться методом выбора при физиологических родах у женщин, больных сахарным диабетом.

Плотников Г.П., Григорьев Е.В., Гейзе А.В., Хаес Б.А., Барбараш Л.С.

УРАМН НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН
ГОУВПО "Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава", г.Кемерово, Россия

РАННЯЯ ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Цель исследования. Определить критерии и оценить эффективность раннего применения некоторых интервенционных методик коррекции полиорганной недостаточности после кардиохирургических вмешательств.

Материалы и методы. Проспективное исследование, проведенное у 220 пациентов, последовательно поступавших в клинику реаниматологии учреждения в 2005-2009 гг., у которых после операций в условиях искусственного кровообращения (ИК) развилась полиорганная недостаточность (ПОН). При продолжающемся исследовании ранних лабораторных маркеров, за критерии вероятностного развития ПОН приняты сочетания 2-х и более событий или факторов.

К событиям относили: сильное или многократное воздействие (длительность ИК); расширение предполагаемого объема операции; наличие мультибассейнового сосудистого поражения; исходную дисфункцию органа/системы; тяжесть состояния при поступлении в реанимацию (оценка по APACHE-II).

К факторам отнесены: серьезность тканевого повреждения (кровопотеря); шок

(ишемия/реперфузия); выраженность системного воспалительного ответа (СВО); трансфузии; повторные тканевые повреждения; тяжесть исходного состояния (оценка по EuroSCORE).

Из исследования исключены пациенты с анурией, требовавшие диализной терапии, с инфекционными процессами и сепсисом.

В исследуемой группе (ИГ, n=133) оценивались эффективность ранних интервенционных мероприятий (до $14 \pm 8,75$ ч послеоперационного периода): коррекции сердечной недостаточности (СН) с применением левосимендана; дыхательной недостаточности (ДН) при ранней трахеостомии и респираторно-кинезиологической реабилитации (РКР); полиорганной поддержки с помощью малопоточной вено-венозной гемофильтрации (СVVН) на фоне стандартизированной консервативной интенсивной терапии.

В контрольной группе (КГ, n=87) проводилась только консервативная терапии с подключением интервенционных методик по мере развития органных дисфункций ($42 \pm 16,5$ ч послеоперационного периода).

По клинико-антропометрическим характеристикам исследованных больных (пол, возраст, вес, площадь тела, функциональный класс заболевания, сопутствующая патология, объем и длительность вмешательства, интраоперационная кровопотеря) группы сопоставимы, $p > 0,05$ для каждого параметра. Оценивались время (часы) восстановления органных дисфункций: для ЦНС - восстановление продуктивного контакта; при СН - возвращение к терапевтическим дозировкам инотропной поддержки и/или время внутриаортальной баллонной контрпульсации (ВАБК); при ДН - длительность ИВЛ до перехода на вспомогательные режимы; для желудочно-кишечного тракта - восстановление полноценной функции кишечника и нормализация показателей амилазы; при ОПН - восстановление адекватного (1 мл/кг/ч) диуреза при снижении дозировок стимуляции лазиксом ниже 5 мкг/кг/сутки ; для выживших пациентов продолжительность пребывания на реанимационной койке (сутки). Косвенно оценивалась летальность в группах (абс./%) и результаты фармакоэкономического анализа по критериям "затраты-эффективность" (СЕА) и "приращение эффективности затрат" (СЕА').

Статистический анализ проводился с помощью прикладной программы для Windows "Statistica" Ver. 5.5 '99-Edition, StatSoft, Inc. Все данные в исследовании представлены как средняя арифметическая \pm стандартное отклонение ($M \pm \sigma$). Статистически значимыми различиями при сравнении качественных данных считали при уровне $p < 0,05$.

Результаты. В КГ частота лабораторно подтвержденной ПОН по оценке "событие+факт" достигала 76% (66 пациентов), в ИГ - 82% (109). При межгрупповом сравнении время восстановления сознания в ИГ значимо ниже $-37,5 \pm 12,5$ (min-max = 27-65), чем в КГ - $59,5 \pm 16,5$ (min-max 38-89). Длительность проведения ВАБК значимо не отличается и колеблется в пределах $50 \pm 12,7 = 66 \pm 10$ ч. Длительность инотропной поддержки вне терапевтического диапазона в ИГ значимо короче ($70,5 \pm 16,5$; min-max - 42-118) по сравнению с КГ ($108 \pm 22,5$, min-max 62,5-124). При анализе длительности ИВЛ в ИГ оно статистически значимо ниже ($152,5 \pm 18,5$; min-max - 138-216), чем в КГ. Показатели амилазы быстрее нормализуются в ИГ - через $30,5 \pm 6,5$ ч после начала СVVН, тогда как в КГ это происходит не ранее 5-6 послеоперационных суток. Не получено статистически значимой разницы во времени восстановления перистальтики - в КГ $80 \pm 28,5$, в ИГ - 72 ± 42 ч. Такие же межгрупповые соотношения констатированы в темпах снижения показателей азотемии. Восстановление адекватного диуреза логично значимо дольше в КГ (116 ± 37 ; min-max - 102-254), чем ИГ (50 ± 36 , min-max - 22-120). Длительность пребывания выживших пациентов в реанимации в ИГ статистически значимо меньше - $8 \pm 4,5$ (min-max - 6-32), чем в КГ - 14 ± 7 (min-max - 10-42). Летальность в ИГ ниже - 17,3% (n=23), но статистически значимо не отличается от КГ - 18,4% (n=16). В контрольной группе СЕА составил 112,3 у.е., что значимо выше ИГ - 69,9. При сравнении же СЕА в соотношении ИГ/КГ получен положительный коэффициент 32,3.

Выводы.

1. Критерии вероятностного развития ПОН по системе "событие+факт" клинически обоснованно и, вероятно, будет коррелировать с лабораторными маркерами.
2. Ранее применение интервенционных методик коррекции ПОН abortирует органные дисфункции, а при состоявшейся органной недостаточности сокращает время восстановления функций и реанимационный койко-день.
3. Целесообразность ранней терапии ПОН косвенно подтверждается и положительными результатами фармакоэкономического анализа.

Сафронов Н.Ф., Кравцов С.А., Власов С.В.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение "Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г. Ленинск-Кузнецкий, Россия

ВЛИЯНИЕ БЛОКАДЫ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПОЛИТРАВМЫ

В последние годы отмечается значительный рост числа и тяжести политравм. При политравме в результате механических воздействий чаще всего встречаются повреждения опорно-двигательной системы. Скелетная травма, зачастую не являясь доминирующим повреждением в остром и раннем периоде травматической болезни, приводит к инвалидности в 8,6-43,4%. Этим объясняется стремление к наиболее ранней, насколько позволяет состояние пациента, хирургической стабилизации скелетных повреждений.

В настоящее время в остром и раннем периоде политравмы большинство операций проводится под общей анестезией с искусственной вентиляцией легких. Учитывая, что тяжесть состояния пострадавших с политравмой обусловлена стресс-шоковыми реакциями, то комбинированная анестезия с любым вариантом афферентного блока будет иметь преимущество перед общей анестезией в отношении защиты от дополнительной хирургической травмы. Кроме снижения нейро-гуморального ответа на операционную травму, периферические блокады имеют другие преимущества перед общей анестезией, такие как уменьшение интраоперационной кровопотери, снижение тромбоэмболических осложнений, улучшение микроциркуляции в оперируемой конечности.

Цель исследования. Оценить влияние межлестничной блокады плечевого сплетения (МБПС) на показатели центральной гемодинамики при операциях на верхней конечности в остром периоде политравмы.

Материалы и методы. Исследования центральной гемодинамики выполнены у 20 пациентов от 15 до 60 лет при неотложных и отсроченных операциях на ключице, плече и предплечье в остром периоде политравмы. Критерием включения в исследование служила тяжесть состояния пациента не более 70 баллов по шкале АРАСНЕ III. Пациенты поступали в операционную из ОРИТ после предоперационной подготовки, направленной на восполнение ОЦК, коррекции грубых нарушений функции дыхания, КОС, водно-электролитного обмена. Все получали медикаментозную седацию и различные варианты механической респираторной поддержки, которая не менялась в ходе операции. Проводилась комбинированная анестезия: ЭТН закисью азота и кислорода (1:1, 2:1) и МБПС предложенным нами способом (патент на изобретение N 2329070). Анестезия осуществлялась 40 мл 0,5% раствора наропина с адреналином 1:200000. Исследование параметров центральной гемодинамики (ЦГД) проводилось с помощью тетраполярной грудной реографии по Кубичеку на аппаратно-программном реографическом комплексе "МИЦАР-РЕО". Оценивались следующие показатели: частота сердечных сокращений (ЧСС), ударный объем

крови (УОК), минутный объем крови (МОК), ударный индекс (УИ), сердечный индекс (СИ), работа левого желудочка (РЛЖ), расход энергии на перемещение 1 л крови (РЭПЛК), общее периферическое сопротивление (ОПС) и др. Исследование ЦГД осуществлялось на следующих этапах: при поступлении больного в операционную, через 5 мин, 20 и 40 мин после проведения блока, на основном этапе операции, после окончания операции.

Результаты и обсуждение. Исходные показатели ЦГД у пациентов с политравмой, не смотря на предоперационную подготовку, отличались от должных. АД поддерживается на нормальных или повышенных цифрах за счет увеличения ОПС (+48,3%), а МОК (+18,5%) за счет тахикардии ($108 \pm 8,4$). Через 5 мин после выполнения МБПС не отмечалось каких-либо однонаправленных изменений параметров ЦГД. Через 20 мин намечалась тенденция к снижению ОПС, которое через 40 мин уменьшилось на 34,2% от исходного значения ($p < 0,01$), что может быть связано с развитием афферентного блока и симпатической блокады поврежденной конечности. Не исключено вазодилиатирующее резорбтивное действие местного анестетика. На фоне пониженного ОПС абсолютные значения УОК и МОК увеличивались соответственно до 18,3% и 14,8% ($p < 0,05$), несмотря на уменьшение ЧСС на 10,2%. РЛЖ повышалась 12,5% пропорционально УОК. Эффект повышения производительности сердца вероятно связан с использованием адреналинсодержащего раствора анестетика. Но в тоже время симпатомиметик в данной концентрации совершенно не оказывал вазоконстрикторного действия. Другие гемодинамические показатели менялись менее значительно. Через 40 мин после выполнения блокады отмечалось недостоверное снижение АД_{ср} на 5,7% показатели сохранялись до конца операции. РЭПЛК практически не менялся. Данный эффект требует дальнейшего изучения.

Выводы. МБПС раствором наропина, как компонент комбинированной анестезии при операциях на верхней конечности в остром периоде политравмы, сопровождалась положительными изменениями параметров ЦГД: снижением повышенных ОПС и ЧСС, увеличением УО и МОК.

Пациенты в остром периоде политравмы перед проведением МБПС нуждаются в обязательной предоперационной подготовке в условиях ОРИТ.

Адреналин в растворе местного анестетика в концентрации 1:200000 способствует повышению УО и уменьшает отрицательные эффекты МБПС: значительное снижение ОПС и ЧСС за счет симпатической блокады и резорбции наропина.

Скопинцев Д.А., Шаталин А.В., Кравцов С.А.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К МЕЖГОСПИТАЛЬНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Среди всех причин смертности политравма занимает третье место, а в группе лиц моложе 40 лет - первое. В последнее время существенно изменилась структура травматических повреждений. Доминирующее значение приобрели тяжелые множественные и сочетанные травмы в связи с увеличением случаев производственного, бытового и дорожного травматизма. Вследствие крайней степени тяжести состояния пациенты с политравмой с места происшествия госпитализируются в ближайшие лечебно-профилактические учреждения. В подавляющем большинстве случаев - в неспециализированные. Известные сложности, такие как отсутствие современных лечебно-диагностических возможностей и квалифицированных кадров, обуславливают высокий уровень летальных исходов - до 60%, что почти в три раза выше, чем в многопрофильных специализированных учреждениях - 21-22%.

В настоящее время доказано, что для больных с политравмой наиболее оптимальным является их максимально быстрая доставка в специализированные многопрофильные центры с началом проведения интенсивной противошоковой терапии уже во время транспортировки.

Транспортировка больных в критических состояниях - сложная процедура, которая все чаще используется в клинической практике и в настоящее время трансформируется из простой "перевозки" в высокотехнологичный процесс, позволяющий приблизить специализированную реанимационную помощь к пациенту. Транспортировка таких больных должна быть научно продуманной и обоснованной, с учетом передовых теоретических и практических знаний, включая новые инновационные технологии. Решение о транспортировке пациента в критическом состоянии следует принимать на основе изучения положительных факторов и потенциально опасного риска этого мероприятия.

Цель исследования. Оптимизация комплекса интенсивной терапии при проведении межгоспитальной транспортировки пациентов с политравмой в остром периоде для повышения эффективности коррекции травматического шока и снижения риска развития органных осложнений.

Материалы и методы. В исследование было включено 50 пациентов в возрасте от 20 до 61 года, средний возраст $41,5 \pm 1,7$ лет.

Все пациенты были разделены на две сопоставимые группы. Исследуемая группа - 24 пациента, контрольная группа - 26 пациентов. С целью оценки тяжести повреждений использовалась шкала ISS (Injury Severity Score), с целью определения тяжести травматического шока использовался шоковый индекс Альговера. Все пострадавшие были транспортированы из других неспециализированных лечебных учреждений Кузбасса в первые сутки с момента травмы. Среднее время транспортировки составляло 135 ± 10 мин.

Нами был разработан способ межгоспитальной транспортировки пациентов с политравмой (патент РФ N 2337659) с использованием в качестве основного компонента инфузионной терапии гидроксипропилкрахмала 130/04. Пациентам исследуемой группы инфузионная терапия проводилась по разработанной методике. Доза гидроксипропилкрахмала 130/04 составляла от 10 мл/кг до 35 мл/кг массы тела и зависела от степени выраженности травматического шока. В контрольной группе инфузионная терапия проводилась по традиционной методике (кристаллоиды, декстраны). С целью иммобилизации поврежденных сегментов нижних конечностей и таза мы использовали противошоковый костюм "Каштан". Всем пациентам перед укладкой в "Каштан" проводилось обезболивание наркотическими анальгетиками (промедол 2% - 1 мл в/м или морфин 1% - 1 мл в/м). При необходимости во время транспортировки мы проводили дополнительное обезболивание наркотическими анальгетиками. Интенсивная терапия начиналась с этапа подготовки пациента к транспортировке и продолжалась весь период межгоспитальной транспортировки. Во время транспортировки всем пациентам проводился мониторинг АД, ЧСС, ЧД, SpO₂, ЭКГ, контроль диуреза. Оценка показателей центральной гемодинамики проводилась с помощью интегральной реографии по Кубичеку.

Результаты исследования. Перед проведением транспортировки достоверных различий по исследуемым показателям центральной гемодинамики не было. В контрольной группе во время 2-го часа транспортировки и после транспортировки показатели АД_{ср.}, УО были достоверно ниже по сравнению с исследуемой группой. Показатели СИ и МОК на фоне проводимой терапии увеличились в обеих группах, и хотя достоверных различий по данным показателям получено не было, в исследуемой группе весь период транспортировки они были выше, чем в контрольной. Показатели SpO₂ в исследуемой группе были достоверно выше уже с первого часа транспортировки, данная динамика сохранялась до конца транспортировки. Достоверное различие между группами по показателю ЧСС наблюдалось весь период транспортировки, причем в исследуемой группе этот показатель был ниже. Анализ гемодинамических показателей пациентов обеих групп выявил более быструю их нормализацию в исследуемой группе по сравнению с контрольной группой. Летальных

исходов во время транспортировки не было.

Выводы. Таким образом, применение данного комплекса интенсивной терапии при межгоспитальной транспортировке, включающего в себя инфузионную терапию, адекватное обезболивание и иммобилизацию, делает ее более безопасной и снижает риск развития полиорганной недостаточности при дальнейшем лечении на этапе стационара.

Шаталин А.В., Кравцов С.А., Литвиненко Р.Н.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г. Ленинск-Кузнецкий, Россия

РОЛЬ БАКТЕРИАЛЬНОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ

Возможности интенсивной терапии в лечении пациентов в критическом состоянии постоянно совершенствуются и расширяются. Создание новых поколений аппаратов и совершенствование методов респираторной поддержки расширили круг показаний к проведению продленной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и заметно улучшили результаты интенсивной терапии при многих критических состояниях. Вместе с тем, внедрение в практику новых технологий, повышающих выживаемость в период шока, изменили общую структуру осложнений и уровень летальности. Уже более 20 лет идет интенсивное изучение самого распространенного и потенциально опасного инфекционного осложнения длительной ИВЛ, получившего название вентилятор-ассоциированная пневмония (ВАП). ВАП, является частным случаем нозокомиальной пневмонии, встречается у 20-25% больных, находящихся на ИВЛ более 72 ч (эта частота зависит от используемых диагностических критериев). Среди пациентов с политравмой, включающей тяжелую черепно-мозговую травму с исходной оценкой по шкале АРАСНЕ II больше 14 баллов, необходимость проведения длительной ИВЛ (более 72 часов) является правилом. При этом ВАП диагностируется более чем в 30% случаев. В 33-70% случаев летальные исходы непосредственно связаны с нозокомиальной пневмонией.

В настоящее время раскрыты и описаны основные этиологические факторы развития этого заболевания, отчасти изучены его патогенетические механизмы, обозначены подходы к лечению и профилактике данной патологии. Но, не смотря на все это, еще остается много неясного в патогенезе указанного варианта пневмонии. В частности, до сих пор ведутся споры о том, что же является наиболее важным фактором в развитии пневмонии во время проведения ИВЛ?

Цель исследования. Оценить микробный спектр у пациентов с политравмой и его влияние на развитие вентилятор-ассоциированной пневмонии (ВАП).

Материалы и методы. В исследование было включено 134 пациента с политравмой. Из них - 68 пациентов были транспортированы из других ЛПУ области в течение первых суток от момента травмы. У 102 пациентов с политравмой доминирующим повреждением была черепно-мозговая травма. У 32 пациентов - доминирующая множественная скелетная травма. У всех пациентов в течение первых 3-х суток от начала проведения ИВЛ была диагностирована пневмония. Длительность проведения ИВЛ пациентам составляла $17 \pm 2,3$ дней. Всем пациентам в 1-е сутки от момента поступления был проведен забор бронхо-альвеолярной жидкости после лаважа (БАЛЖ). ИВЛ проводилась с первых суток от момента поступления. Возраст пациентов составил от 8 до 72 лет, в среднем $41 \pm 2,3$ лет. Длительность лечения в ОРИТ составляла $26 \pm 3,2$ дней.

Результаты исследования. При поступлении в ОРИТ уже в 41,8% случаев в БАЛЖ была выявлена непатогенная грамотрицательная флора и в 10,4% грамположительная флора. По-нашему мнению, это завезенная микрофлора из других ЛПУ, где часть

пострадавших лечилась в течение 1-х суток. Причем в 6,7% это была *E. Coli*, что, на наш взгляд, свидетельствует о серьезных недостатках проводимой интенсивной терапии и ухода за пострадавшими. На 4-5 сутки проведения ИВЛ в ОРИТ подавляющее большинство выделенных микроорганизмов из БАЛЖ составляли грамотрицательные бактерии (46,3%), среди которых также доминировала *P.aeruginosa* (табл. 1).

Таблица 1

Возбудители, выделенные при посевах БАЛЖ у пациентов с политравмой в ОРИТ ФГЛПУ "НКЦОЗШ"

Возбудитель	Частота выявления штаммов		
	1-2 –е сутки	4-5 –е сутки	9-12 сутки
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	29	33	34
<i>Acinetobacter spp.</i>	17	14	19
<i>Klebsiella pneumonia</i>	10	15	14
<i>E. coli</i>	9	4	3
<i>Staphylococcus aureus</i>	5	8	7
Грибы	-	2	3
Другие (< 1% каждый)	12	8	7
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	10	8	8
Роста нет	42	42	43
Всего	134	134	134

Наиболее распространенным грамположительным микроорганизмом был *S. aureus* (6%). Обращает внимание наличие грибов (на 4-5 сутки -1,5% и на 9-12 сутки - 2,2%), обнаруженных при исследовании БАЛЖ. По литературным данным это редкое явление. До сих пор недостаточно ясной остается их роль в качестве причины ВАП. Но все-таки подавляющее большинство выявленных микроорганизмов являются внутрибольничными непатогенными штаммами. Более чем в трети случаев возбудитель выделить не удалось. Полимикробная флора наблюдалась более чем в 50% случаев.

Оценивая чувствительность основных этиологически значимых микробных штаммов к используемым антибиотикам, мы получили следующие результаты (табл. 2). Предварительные результаты получали на 4-5 сутки, что приводило к более дифференцированной антибактериальной терапии в последующем.

Таблица 2

Чувствительность основных штаммов выделяемых у больных с политравмой к антибактериальным препаратам

Возбудители	Ампициллин	Цефотаксим	Нетромицин	Ципрофлоксацин	Тиенам
	Процент чувствительных штаммов				
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	10,2%	20,4%	89,8%	89,8%	98,3%
<i>Acinetibacter</i>	39,4%	60,6%	93,9%	94,3%	100%
<i>Pseudomonas Aeruginosae</i>	5%	22,5%	100%	100%	100%
<i>Staph. Aureus</i>	56,2%	72%	0%	99%	99%
Другие гр (-) возбудители	21,4%	35,7%	82,4%	85,7%	97,2%
Другие гр (+) возбудители	93,8%	80,7%	0%	100%	99%
ВСЕГО	42,7%	53,7%	89%	96%	99%

Стартовая терапия, как правило, начиналась с использования цефалоспоринов III поколения, у детей использовались карбопены. Смену антибактериальной терапии проводили через 5-7 суток препаратами выбора считаем группу фторхинолонов (ципрофлоксацин) в сочетании с аминогликозидами и метронидазолом. Метронидазол использовался у всех больных при прогрессировании гнойно-воспалительных процессов, особенно, при прогрессирующей патологии системы дыхания.

Развитие резистентной микрофлоры привело к поиску профилактических мероприятий. В последние 2 года с целью профилактики возникновения ВАП мы стали широко применять закрытые санационные системы (типа "Caly"), бактериальные фильтры, а также эндотрахеальные трубки с дополнительным каналом для санации подсвязочного пространства. В совокупности, данные мероприятия позволили нам снизить частоту развития ВАП на 28%. Летальность снизилась на 7,6%.

Выводы. Несмотря на то, что примерно в 31% случаев при исследовании из БАЛЖ, возбудитель выделить не удалось, бактериальный фактор играет ведущую роль в развитии вентилятор-ассоциированной пневмонии у пациентов с политравмой.

Использование для лечения ВАП полусинтетических пенициллинов, цефалоспоринов I и II поколения мало эффективно, грамотрицательная назокомиальная флора быстро вырабатывает устойчивость, тоже самое относится и к группе стафилококков. Наиболее высокоэффективными препаратами были карбопены (имипинем/целастин) *in vitro* отмечалась его практически 100 процентная активность к выделяемой мультиустойчивой микрофлоре. Использование их в качестве стартовой терапии позволяет предупредить развитие тяжелых деструктивных процессов в легких. Последующая антибактериальная терапия основывается на данных бактериологического исследования с определением чувствительности микрофлоры.

Раннее (с первых часов поступления) применение закрытых санационных систем, бактериальные фильтры и эндотрахеальные трубки с дополнительным каналом для санации подсвязочного пространства позволяет почти на треть снизить частоту возникновения ВАП.

Шаталин А.В.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров, г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

СТРАТЕГИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИВЛ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ ПРИ МЕЖГОСПИТАЛЬНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКЕ

Актуальность. Острая дыхательная недостаточность является частым спутником тяжелой травмы. При политравме, когда у пациента имеется два и более повреждения и их сочетание является угрожающим для жизни, острая дыхательная недостаточность присутствует всегда. Частота легочных осложнений напрямую коррелирует со степенью тяжести травматических повреждений. Это обусловлено тем, что легкие являются "мишенью" при шоке и развитии реперфузионных осложнений. Коррекция угрожающей жизни гипоксии, возникающей при дыхательной недостаточности, является на наш взгляд одной из основных задач интенсивной терапии при транспортировке пациентов с в критическом состоянии. Поэтому важным моментом в лечении дыхательной недостаточности является своевременный перевод пострадавших на ИВЛ.

В настоящее время нет единого мнения о тактике проведения ИВЛ во время транспортировки. До конца не решены вопросы о наиболее оптимальных режимах ИВЛ, допустимо ли использование режима положительного давления в конце выдоха (ПДКВ) и каково его влияние на параметры центральной гемодинамики и оксигенации? Все эти нерешенные вопросы и послужили поводом для начала нашего исследования.

Цель исследования. Изучение влияния ИВЛ в сочетании с режимом ПДКВ в условиях

пневмокомпрессии ПШК "Каштан" на центральную гемодинамику и оксигенацию крови у пострадавших с политравмой во время проведения межгоспитальной транспортировки.

Материалы и методы. С 2001 года и по настоящее время с территории Кузбасса и ближайших регионов в ФГЛПУ "Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г. Ленинск-Кузнецкий, с помощью автомобильного и воздушного транспорта было транспортировано более 650 пациентов с политравмой, из них ИВЛ использовалась у 166 пострадавших. У 50 пациентов при проведении ИВЛ во время транспортировки мы использовали ПДКВ (5-7 mbar). В исследование было включено 100 пациентов в возрасте от 18 до 69 лет, средний возраст $43,6 \pm 1,7$ лет. Все пациенты были разделены на две равные сопоставимые группы. В исследуемой группе ИВЛ проводилась с использованием режима ПДКВ (5-7 mbar). В контрольной группе ИВЛ пострадавшим проводилась без ПДКВ. Транспорт больных осуществлялся на реанимобиле "Мерседес", оснащенным транспортным респиратором "Medumat Standard WM 22500". Режим ПДКВ создавался клапаном фирмы "Ambu". Всем пострадавшим проводилась иммобилизация протившоковым костюмом "Каштан" с пневмокомпрессией над поврежденными частями тела до 40 мм.рт.ст., над остальными частями тела 15-20 мм.рт.ст.

Транспортировка проводилась консультативно-транспортной бригадой, созданной на базе нашего центра. Перевод пострадавших на ИВЛ осуществлялся перед началом транспортировки, а не во время ее проведения, когда риск возникновения возможных осложнений при проведении интубации существенно выше.

Основная угроза при проведении ИВЛ - вентиляция с высоким давлением в дыхательных путях, что, в свою очередь, может привести к повреждению легочной ткани, баротравме. Мы применяли ИВЛ с малыми дыхательными объемами (V_t - 5-7 мл/кг, P_{max} -30-35 см H_2O) и в исследуемой группе сочетали их с ПДКВ (5-7 mbar), что по нашему мнению, значительно снижало степень риска баротравмы легкого и позволяло профилактировать развитие ателектазов, преимущественно в дорсальных отделах легких. Во время транспортировки всем пациентам проводился мониторинг АД, ЧСС, ЧД, ЦВД, SpO_2 , оценивали диурез. Оценка показателей центральной гемодинамики проводилась с помощью интегральной реографии по Кубичеку. Исследования проводились перед началом транспортировки, каждый час во время ее проведения и сразу после завершения транспортировки.

Результаты исследования. Нами отмечено достоверное повышение SpO_2 при использовании ИВЛ с ПДКВ, при FiO_2 - 0,5, на 4,6% и составила в среднем $96 \pm 1,2\%$, что в свою очередь, привело к достоверно значимым различиям между группами. При исследовании показателей центральной гемодинамики в исследуемой группе нами было отмечено достоверное снижение ЧСС, при исходной тахикардии, в среднем на 17%, что составило 98 ± 5 ударов в минуту, а также достоверное увеличение АДср. в среднем до $84 \pm 2,1$ мм.рт.ст. Данные изменения также привели к достоверно значимым различиям между сравниваемыми группами. По показателям сердечного выброса и сердечного индекса достоверных различий между группами получено не было, хотя в исследуемой группе они весь период транспортировки были выше. Объем диуреза в обеих группах весь период транспортировки был в пределах нормы.

Заключение. Таким образом, во время межгоспитальной транспортировки при проведении респираторной поддержки с малыми дыхательными объемами и с использованием ПДКВ 5-7 mbar мы получили достоверное улучшение по основным показателям центральной гемодинамики и оксигенации у пострадавших с политравмой. Но, несмотря на это, мы считаем, что вопросы оптимизации режимов ИВЛ при длительной межгоспитальной транспортировке, ее режимах, синхронизации с респиратором и т.д., еще нуждаются в дальнейшем изучении.

Бочаров С.Н., Плахотина Е.Н.

НЦ РВХ СО РАМН, г.Иркутск, Россия

ПАТОГЕНЕЗ, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ

По результатам экспериментально-клинических исследований в формировании жировой эмболии мы усматриваем два пути его развития: внешний и внутренний.

Внешний путь - распространение жира с током крови после попадания в сосудистое русло приводит к эмболизации сосудов легких и органов большого круга кровообращения различной степени тяжести.

Мы считаем, что эмболы проникают в сосуды малого и большого круга одновременно, а в сосудах легких задерживаются лишь наиболее крупные жировые глобулы. Подтверждением этого является их обнаружение в крови, взятой из подключичной и периферической вен во время обработки костномозгового канала при эндопротезировании тазобедренного сустава. В пользу одновременного поступления жира в сосуды малого и большого круга кровообращения свидетельствуют такие ранние достаточно постоянные симптомы синдрома жировой эмболии как гипертермия, петехии, печеночная и почечная дисфункции, желтуха, изменения сетчатки, которые трудно объяснить только жировой эмболией легких. Эмболизация сосудов легких и других органов приводит к нарушению микроциркуляции и развитию СПОН. В первую очередь поражаются печень и легкие с развитием функциональной недостаточности. Защитным механизмом является активация липоидеретической функции организма, что заключается в активации различных групп липаз, фагоцитарной активности, которая при отсутствии блокады провоцирующих факторов, может принимать патологический характер и приводить к возникновению порочного круга. О снижении липазной активности в результате потребления свидетельствуют многочисленные исследования, показавшие различную активность липолитических ферментов в разные сроки развития патологического синдрома. Все эти процессы приводят к нарушению системного метаболизма жира, нарушению эмульсионной стабильности липидов плазмы и накоплению токсичных продуктов нарушенного метаболизма липидов. Результатом этих процессов является внутрисосудистое формирование жировых глобул, их циркуляция в крови и дальнейшая эмболизация сосудов малого и большого круга кровообращения.

Таким образом, исходом внешнего пути формирования синдрома жировой эмболии является развитие функциональной недостаточности печени и легких с истощением их липоидеретической функции. Данные обстоятельства явились основанием для обоснования и использования субстрата, корригирующего, прежде всего, печеночную недостаточность. Таковым нам представляется Гепасол А, который способствует нормализации метаболических процессов в печени: синтез альбумина, апопротеинов, транспортных форм липопротеидов, повышает антиоксидантный потенциал, купирует активацию процессов перекисного окисления (патент N 2326676 от 12.12.06).

До настоящего времени наиболее распространенным способом профилактики и лечения жировой эмболии является внутривенное использование препарата липостабил (эссенциале).

К недостаткам данного способа следует отнести то, что эффективное действие липостабила (эссенциале) проявляется лишь при длительном его применении в больших дозах (до 2 гр/сутки), а введение препарата в дозе 20-40 мл в течение даже нескольких суток не влияет на удаление жировых глобул из крови, что подтверждено нашими экспериментальными исследованиями. Другим способом является внутривенное введение 5% раствора этилового спирта в 5% растворе. Однако спирт имеет узкую терапевтическую широту действия препарата, низкий темп его утилизации организмом и даже профилактическая его доза может вызывать интоксикацию, побочные эффекты в виде тошноты, рвоты,

двигательного возбуждения. 4-х летний опыт применения Гепасола доказал 100% его эффективность при лечении и профилактике данного синдрома.

Махмудов Х.О., Аббосхонов Г.Х., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Шарипов М.К.

Ферганский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи
г. Фергана, Узбекистан

АНЕСТЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ОТКРЫТЫМИ ТРАВМАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Современный этап развития анестезиологии характеризуется интенсивным поиском новых методов и средств анестезии, которые создавали бы не только оптимальный обезболивающий и седативный эффекты, полноценную защиту от чрезвычайных воздействий, но и оказывали при этом минимальное токсическое влияние на больных. При выборе метода анестезии пострадавшим с тяжелыми открытыми травмами нижних конечностей учитывается тяжесть состояния, степень шока и кровопотери.

За прошедшие 9 лет нами было проведено 90 анестезиологических пособий при тяжелых открытых травмах нижних конечностей у взрослых, из них 80 - эндотрахеальные наркозы, что составило 88,9%, 10 - проводниковые анестезии (11,1%). Возраст больных составил от 15-70 лет. Из них мужчин 64 (71,1%), женщин - 26 (28,9%).

Отбор больных проводился с учетом показаний и противопоказаний по общепринятой методике. У больных с низким А/Д и показателями красной крови, с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями анестезию начинали с катетеризации магистральных вен, мониторингового наблюдения, измерения сатурации, установления мочевого катетера.

Проводили многокомпонентный эндотрахеальный наркоз. Премедикация осуществлялась наркотическими анальгетиками (промедол, морфин, омнопон, фентанил), холиноблокаторами по показаниям (атропина сульфат), антигистаминными препаратами (димедрол и др). Для индукции использовали пропофол, кетамин, и с осторожностью барбитураты + недеполяризующие релаксанты, а также наркотические анальгетики O_2 до 10 л/мин.

Для основного наркоза использовали наркотические анальгетики, релаксанты, в поддерживающих дозах пропофол, кетамин, закись азота 6:3 O_2 л/мин. Инфузионную терапию проводили в основном с рефортаном, стабизолом, коллоидными, изотоническими и кристаллоидными растворами. В единичных случаях выполняли гемотрансфузию.

Больным с относительно стабильной гемодинамикой осуществляли проводниковую анестезию. В качестве местного анестетика нами были использованы два вида анестетика: 2% лидокаин и маркаин. В 7 случаях анестетик вводили в спинномозговой канал и в 3-х случаях - в эпидуральное пространство.

При оценке результатов установлено, что в 5 случаях наблюдался легкая гипотония, в 4-х случаях - выраженная гипотония. Все виды гипотонии устранялись инфузионной терапией без применения вазопрессоров.

Таким образом, мы пришли к выводу, что применение многокомпонентной эндотрахеальной анестезии более приемлемо больным с тяжелыми открытыми травмами конечностей сопровождающихся шоком, а проводниковая анестезия - больным с относительно стабильной гемодинамикой.

**ДОСТИЖЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ, ТЕРАПИИ,
ПЕДИАТРИИ**

Антипина Л.Г.

Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, г.Иркутск, Россия

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОЖОГОВОЙ СТРИКТУРОЙ ПИЩЕВОДА

Полостные операции, являются мощным стрессорным фактором, вызывающим перестройку функционирования всех систем организма. Это вызывает сложный комплекс гемодинамических, метаболических и иммунологических нарушений. В результате этого, в организме происходит неконтролируемое образование высокоактивных органических, перекисных и кислородных метаболитов, которые, взаимодействуя с биологическими макромолекулами приводят к возникновению структурных и биохимических нарушений, проявляющихся на клеточном, тканевом и органном уровнях. В этой связи, нами проведено исследование перекисного и иммунного статуса у больных с ожоговой стриктурой пищевода в периоперационном периоде после одномоментной заднемедиастинальной эзофагопластики из абдомино-цервикального доступа, и проведен анализ зависимости показателей липопероксидазного статуса с уровнем показателей клеточного иммунитета и их влияния на развитие эндобронхита.

Для прогнозирования вероятности развития эндобронхита у больных с ожоговой стриктурой пищевода после проведения радикального хирургического вмешательства, в зависимости от тактики проводимого лечения, нами был проведен дискриминантный анализ с учетом статистически значимых показателей иммунной системы и продуктов липопероксидации (CD4+лимфоцитов, ДК, МДА). Также были выявлены факторы риска и установлены градации и их числовые значения, после чего определены прогностические коэффициенты F_1 и F_2 по формулам:

$$F_1 = -1,75 + 1,13 \times a_1 + 1,45 \times a_2 + 0,52 \times a_3 - 1,25 \times a_4;$$

$$F_2 = -1,36 - 0,98 \times a_1 - 1,26 \times a_2 - 0,45 \times a_3 + 1,08 \times a_4; \text{ где}$$

$a_{1...4}$ - градации и числовые значения риска, где: a_1 - показатель ДК обследуемого больного, ммоль/л; a_2 - показатель МДА обследуемого больного, ммоль/л; a_3 - показатель CD4+клеток обследуемого больного, %; a_4 - проводимая интенсивная терапия: присваивают 1 при лечении стандартной терапией, при усилении терапии антиоксидантом и иммуномодулятором - 2.

Для использования предлагаемого способа установлено, что при F_1 больше F_2 прогнозируется низкая вероятность развития эндобронхита после радикального оперативного вмешательства по поводу ожоговой стриктуры пищевода, а при F_1 меньше F_2 - высокая вероятность развития эндобронхита у данной категории больных. Оценка предлагаемого способа индивидуального прогнозирования проводилась ретроспективно, методом создания таблиц прогноза и определения чувствительности и специфичности.

"Золотым стандартом" для проверки работоспособности рассчитанных прогностических формул явилось наличие эндобронхита, диагностированного при эндоскопическом исследовании. Доля пациентов с осложнениями, которые точно идентифицированы тестом (чувствительность предлагаемого метода) составила 0,75 (75%), а доля пациентов без осложнения, которые точно идентифицированы тестом (специфичность) была равна 0,71 (71%). Прогностическая ценность положительного результата 74,5%, а прогностическая ценность отрицательного результата 71,6%.

Таким образом, применение созданной модели в клинической практике позволяет индивидуально прогнозировать осложнения (эндобронхит) в раннем послеоперационном периоде у больных с ожоговой стриктурой пищевода, и дает возможность своевременно уточнять и изменять тактику ведения, проводить качественную коррекцию и профилактику вероятных осложнений, включающую коррекцию управляемого фактора риска (CD4+ клетки, ДК, МДА).

Батанина И.А., Воробьева Е.Н., Фуголь Д.С., Зальцман А.Г., Шарапов В.А., Кондакова Н.В., Валишева Е.Н., Бондарева Ю.Б.

НУЗ Отделенческая клиническая больница ст.Барнаул ОАО "РЖД"
ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, г.Барнаул, Россия

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ

Известно, что глютен-чувствительная энтеропатия (целиакия) приводит и в детском и зрелом возрасте к тяжелым клиническим проявлениям. В связи с этим, целью настоящего исследования явилась апробация комплексной диагностики целиакии.

Объектом исследований явились 28 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 6 лет и 8 взрослых лиц возрасте от 30 до 40 лет.

Обследование включало определение IgG и IgA к глиадину сыворотки крови, а также IgG- и IgA-антител к тканевой трансглутаминазе (АТ ТГлю) иммуноферментным методом наборами реагентов "Хема-Медика" на иммуноферментном анализаторе "Униплан-ПИКОН". Окончательное подтверждение диагноза осуществлялось морфометрическим исследованием биоптата тонкой кишки, полученного из постбульбарных отделов двенадцатиперстной кишки при эндоскопическом обследовании. При этом определяли показатели, соответствующие гиперрегенераторной атрофии - уплощение ворсин, увеличение глубины крипт, интенсивная лимфоцитарная инфильтрация слизистой оболочки. По результатам исследований пациенты были разделены на 3 группы.

В первую группу вошли пациенты с установленным клинически и морфологически диагнозом. Все обследованные соблюдали безглютеновую диету (исключались продукты, содержащие явный и скрытый глютен, приготовленные из пшеничной, ржаной, овсяной или ячменной муки, содержащие солод, отруби, пшеничный крахмал). У этой группы пациентов все иммунологические показатели оказались в норме.

Вторую группу составили впервые обследованные больные с типичной клинической картиной целиакии (полифекалия с наличием зловонного, опарообразного, плохо отмывающегося стула, стеатореей, сопровождаемого увеличением окружности живота и индекса Андронеску более 42%, болей в животе, связанных с приемом пищи, проявления мальабсорбции витаминов и микроэлементов). Помимо типичных признаков у некоторых обследованных были обнаружены и атипичные симптомы (рецидивирующие инфекционные процессы, афтозный стоматит, ацетонемические состояния и др.). Выявлено, что у 90% пациентов с клиническими проявлениями энтеропатии отмечалось изолированное повышение уровня IgG к глиадину в сыворотке крови при низких уровнях IgA - АТ ТГлю. Данное явление, обусловлено, по-видимому, селективным дефицитом секреторного IgA, что коррелирует с высокой частотой острых респираторных заболеваний и кишечных инфекций.

Пациенты, обследованные по поводу длительной диареи без признаков стеатореи, составили третью группу и характеризовались нормальными серологическими показателями.

Таким образом, исследование IgG и IgA к глиадину сыворотки крови, а также IgG- и IgA-антител к тканевой трансглутаминазе можно рекомендовать как скрининговый метод для формирования групп пациентов, подлежащих морфометрическому исследованию биоптата слизистой оболочки тонкой кишки, а также для контроля эффективности безглютеновой диеты. Кроме того, тесты показательны как маркеры обострения процесса при проведении провокационной глютенсодержащей диеты.

Батанина И.А., Кузнецова Л.В., Валишева Е.Н., Зальцман А.Г.,
Кондакова Н.В., Воробьева Е.Н., Бондарева Ю.Б.

НУЗ Отделенческая клиническая больница ст.Барнаул ОАО "РЖД"
ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, г.Барнаул, Россия

ДИАГНОСТИКА ОПИСТОРХОЗА

Актуальность проблемы описторхоза в Западно-Сибирском ареале определяется эндемичностью Обь-Иртышского бассейна в отношении этой инвазии. В пределах региона значительная доля местного населения, определенный процент домашних животных, многие представители дикой фауны (псовые, куницеобразные, водяная крыса, ондатра и др.) инфицированы печеночной нематодой - описторхидами (*Opisthorhis felineus* - Of). Данные о зараженности моллюсков *Bithynia* личинками Of позволяют заключить, что рыба среди семейства карповых (особенно язь) среднего и нижнего Приобья интенсивно заражена. По данным Центра Санэпиднадзора, удельный вес описторхоза равен в среднем 92% от числа всех зарегистрированных у человека биогельминтозов.

Известно, что описторхоз оказывает генерализованное действие, вызывает сенсibilизацию и алергизацию макроорганизма хозяина, а также повышает риск возникновения холангиокарцином. Наряду с современными иммуноферментными методами, позволяющими с высокой эффективностью выявлять специфические антигены *Opisthorchis felineus* или антитела к ним, сохраняют диагностическую ценность прямые паразитологические методы, основанные на обнаружении взрослых паразитов или их яиц в экскретах больных.

Цель исследования. Апробация эфирно-формалинового метода накопления из фекалий пациентов с целью определения Of в поликлинических и стационарных условиях ОКБ ст. Барнаул.

Было обследовано 2604 пациента. Некоторые из них (в среднем 15%) указывали в анамнезе на случаи употребления с пищей термически недостаточно обработанной или слабосоленой рыбы. Данные объективного обследования свидетельствовали лишь у 30% больных о наличии болевого синдрома характерной локализации и гепатомегалии, эозинофилия выявлена лишь у 20% пациентов.

Результаты исследований показали высокую эффективность апробированного метода по сравнению с параллельно осуществляемым общеизвестным методом по Като. При этом выявляемость яиц Of эфирно-формалиновым методом составила 11,3% и 28,2%, а при использовании метода сравнения (Като) - 0,002% и 0,01% в стационаре и в поликлинических условиях соответственно.

Кроме того, примененный в клинико-диагностической лаборатории поликлиники метод флотации позволил дополнительно обнаружить микстинвазированность: *Ascaris lumbricoides* - 0,02%, *Enterobius vermicularis* - 0,01%, *Lambliа intestinalis* (цисты) - 0,03%, при выявлении лишь 0,01% *Ascaris lumbricoides* методом Като.

Таким образом, продемонстрированная высокая диагностическая эффективность использованного эфирно-формалинового метода накопления яиц гельминтов, позволяет рекомендовать его для скринирующего обследования контингента "групп риска" с целью выявления паразитарных инфекций, вызываемых трематодами *Opisthorchis felineus*, а также для дифференциальной диагностики других гельминтозов. Помимо этого, эфирно-формалиновый метод накопления можно использовать для оценки эффективности специфической терапии.

Благовещенская О.П., Квиткова Л.В., Барбараш О.А., Еленская Т.С.,
Голинская О.И.

ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница
ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия, г.Кемерово, Россия

ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Больные сахарным диабетом (СД) остаются единственной группой населения, в которой смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) и инфаркта миокарда (ИМ) растет, особенно среди женщин. В условиях СД атеросклеротические процессы получают ускорение, развиваясь через дисфункцию эндотелия сосудов и взрывообразное усиление оксидативного стресса. Развитие атеросклероза вследствие гипергликемии связано с формированием липидной триады: гипертриглицеридемии натошак, снижением ЛПВП, увеличением ЛПНП. Самостоятельными факторами риска развития ИМ и смертности от ИБС становятся инсулинорезистентность и гиперинсулинемия.

Цель исследования. Оценить степень поражения коронарного русла у больных с СД 2 типа и ИМ.

Материалы и методы. Обследован 51 пациент с СД 2 типа в конце острого периода ИМ: мужчин 49% (n=25) в возрасте 59 (53-70) лет, женщин 51% (n=26), средний возраст 64,5 (59-68) лет, достоверных отличий по возрасту между мужчинами и женщинами не было (p=0,2). Всем пациентам проведено: коронарография, ЭКГ, ЭХО-КГ, липидограмма, исследование кардиоспецифических ферментов (МВ-КФК), оценена инсулинорезистентность по уровню гликемии, иммунореактивного инсулина с расчетом индекса НОМА. Данные проанализированы в пакете прикладных статистических программ Statistica 6.0, с вычислением медианы и квартильного отклонения, определения критерия Вилкоксона, ранговой корреляции по Спирмену.

Результаты исследования. Установлено, что большинство больных имели факторы риска ИМ: артериальную гипертензию - 98% (n=50), курение - 49% (n=25), наследственность по ИМ - 45,1% (n=23). У более 3/4 обследованных (88,2%) выявлены нарушения липидного обмена с преимущественным повышением общего холестерина 5,7 (4,8-6,4) ммоль/л и триглицеридов 2,6 (1,7-3,9) ммоль/л, в меньшей степени ЛПНП 3,5 (3,0-4,78) ммоль/л. При изучении показателей инсулинорезистентности по индексу НОМА высокие значения зарегистрированы у 94,1% обследованных: средний уровень составил 6,8 (3,3-17,8) при норме до 2,77. Между индексом НОМА и гипертриглицеридемией выявлена положительная корреляция (r=0,31, p=0,04). Большинство больных (76,5%) до развития ИМ имели стенокардию, при этом у 39,2% (n=20) она носила III ФК. ИМ носил Q-образующий характер у 66,7% (n=34) пациентов, Q-необразующий - у 33,3% (n=17), преобладала задне-распространенная локализация и вовлечение нескольких стенок миокарда в 54,9% (n=28) случаев. Обращает внимание высокая частота повторных ИМ 35,3% (n=18) в количестве от 1 до 5. Повышение кардиоспецифических ферментов оказалось умеренным, среднее МВ-КФК 18,1 (7,2-108) Ед/л и было зарегистрировано у 82,4% (n=42) больных, при этом глубина ИМ коррелировала с ростом МВ-КФК (r=0,31, p=0,026). В данной группе пациентов течение ИМ осложнялось развитием ранней постинфарктной стенокардии - 35,3% (n=18), высокой частотой развития нарушений ритма сердца (47,1%) и проводимости (39,2%) в форме сочетания нескольких видов. При проведении коронарографии особенностью поражения коронарного кровотока явился мультифокальный характер у 86,3% (n=44) больных СД 2 типа с вовлечением от 3 до 6 ветвей, что потребовало проведения экстренного стентирования у 98,1% больных с установкой 1-2 стентов в окклюзированные

участки инфаркт-зависимых коронарных артерий.

Выводы. Для больных с СД 2 типа и ИМ характерна высокая частота:

1. гиперлипидемии (88,2%), дислипидемии с преобладанием фракции триглицеридов (90,2%);
2. инсулинорезистентность является одной из причин гипертриглицеридемии ($r=0,31$, $p=0,04$);
3. мультифокального поражения коронарных артерий (96,3%) с необходимостью проведения ангиопластики, стентирования и АКШ.

**Бубликов Д.С., Батанина И.А., Воробьева Е.Н., Турецкова В.Ф.,
Шарапов В.В., Шашев Н.С., Полежаева С.А.**

НУЗ Отделенческая больница станции Барнаул ОАО "РЖД"
ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Росздрава, г.Барнаул, Россия

ФИТОТЕРАПИЯ ДИСЛИПИДЕМИЙ

Ведущая роль в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний принадлежит нарушениям липидного обмена. Наряду с назначением диеты и медикаментозной гиполипидемической терапией возможно использование сборов лекарственных растений, а также медицинских препаратов, на основе данных растений, которые влияют на различные звенья липидного обмена. Среди многообразия растительной флоры Алтайского края существуют лекарственные растения, фармакотерапевтические свойства которых обусловлены наличием биологически активных веществ, в частности, флавоноидов. Флавоноиды типа кверцетина, рутина подавляют перекисное окисление липидов в митохондриях, окисление токоферола и перекисную модификацию липопротеинов низкой плотности.

Цель исследования. Изучение действия биологически активных веществ Пятилистника кустарникового (Курильский чай) - *Pentaphylloides fruticosa* (L.) O. Schwarz. Семейство Rosaceae - Розоцветные при экспериментальной гиперлипидемии. Для моделирования гиперлипидемии было сформировано две группы кроликов, массой 2,5-3 кг, которые в течение эксперимента получали кристаллический холестерин 200 мг/кг массы тела животного. Оценивали параметры липидного обмена - общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) ферментативными методами наборами реагентов фирмы "Human" (Germany). Измерение показателей проводили на полуавтоматическом анализаторе ЭПОЛЛ-20. Холестерин липопротеинов низкой (ХС ЛПНП) и очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) рассчитывали по общепринятым формулам. Первую группу (контроль) составили экспериментальные животные с алиментарной гиперхолестеринемией, вторую (опыт) - животные, которые во время второго месяца введения холестерина получали экстракт побегов курильского чая кустарникового сухого. Кровь забирали до эксперимента, через месяц после алиментарного введения холестерина, через месяц введения экстракта изучаемого растения на фоне приема холестерина. Методом жидкостной хроматографии было выявлено, что экстракт побегов курильского чая кустарникового сухой содержит пять флавоноидов, в том числе кверцетин.

В результате месячного алиментарного введения кристаллического холестерина было отмечено увеличение уровня ОХС и ХС ЛПНП в 7 раз, ТГ и ХС ЛПОНП в среднем в 5 раз по сравнению с фоновыми значениями. Введение экстракта побегов курильского чая кустарникового сухого кроликам на фоне экспериментальной гиперхолестеринемии в сравнении с контрольной группой приводит к: значительному снижению концентрации ОХС (на 40,9%), повышению уровня ХС ЛПВП (на 19%), снижению индекса атерогенности на 29,2%, снижению концентрации ТГ (на 69,5%). В связи с вышеизложенным, нам представляется перспективным разработка комплексных лекарственных препаратов

на основе экстрактов Пятилистника кустарникового (Курильский чай), фармакотерапевтическая эффективность которого в нормализации липидного обмена, по-видимому, может быть обусловлена наличием комплекса биологически активных веществ (фенольных соединений и флавоноидов). Для практической медицины важно изучение гиполипидемического действия лекарственных растений при заболеваниях, связанных с гиперлипидемиями (атеросклероз, сахарный диабет, гипотиреоз, обструктивные болезни печени и др.), что и станет предметом наших дальнейших исследований.

Визио Т.А., Харькова Е.Н.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Цереброваскулярная патология в настоящее время является одной из основных причин инвалидизации и смертности. Заболеваемость инсультом в России составляет 400-450 на 100000 населения. Когнитивные нарушения, встречающиеся у пациентов, ухудшают процесс восстановления после сосудистой катастрофы, приводят к социально-бытовой дезадаптации.

Мы наблюдали 13 пациентов в остром периоде ишемического инсульта, в возрасте от 48 до 70 лет, средний возраст $55,08 \pm 5$ лет. В неврологической симптоматике преобладала очаговая неврологическая симптоматика, общемозговая симптоматика на момент обследования отсутствовала. Для оценки когнитивных нарушений использовали: клинико-неврологическое обследование, шкалу MMSE, пробу Шульце, тест "десяти слов". Для исследования уровня тревоги и депрессии использовались шкалы Спилбергера и Бека.

У всех обследованных пациентов были выявлены когнитивные дисфункции. Средний балл по шкале MMSE $23,6 \pm 2,2$, легкие когнитивные расстройства выявлены у 7 человек (74%) в возрасте $50,7 \pm 4,1$ лет, умеренные когнитивные расстройства у 6 человек (46%) в возрасте $60,2 \pm 6$ лет. Мнестические нарушения проявлялись нарушением кратковременной (у 98% обследованных) и отсроченной памяти (у 56% обследованных). Выявлено снижение непосредственного запоминания (70%), нарушение отсроченного воспроизведения информации, что было выявлено в 96% случаев, уменьшение объема кратковременной памяти (68%).

Кривые запоминания имели зигзагообразную форму, что свидетельствовало о неустойчивости, истощаемости мнестических процессов. Выявлено нарушение способности к переключению внимания.

У всех пациентов были выявлены депрессия и тревожность. Уровень депрессии по шкале Бека составил $11 \pm 3,2$ баллов, при этом у 23% выявлены легкие изменения, у 61% средний уровень депрессии, у 16% высокий уровень депрессии. Тревожность по шкале Спилбергера составила $37 \pm 5,8$ баллов, легкая тревожность выявлена у 31%, средняя у 54%, высокая у 15% обследованных.

Все пациенты наряду с вазоактивными препаратами, ноотропами, дезагрегантами получали в лечении акатинола мемантин с целью модулирующего воздействия на глутаматергическую систему организма. Терапия начата на этапе стационарного лечения, далее пациенты продолжали прием препарата в дозе 30 мг в сутки в течение трех месяцев. Четверо пациентов с умеренными когнитивными нарушениями и грубыми двигательными нарушениями в виде гемипарезов продолжили прием препаратов до 6 месяцев.

После проведенного лечения у пациентов уменьшилось общее количество предъявляемых жалоб, улучшился фон настроения. При повторном нейропсихологическом тестировании отмечалось улучшение понимания обращенной речи, улучшилось запоминание текстовых материалов, значительно улучшились показатели кратковременного запоминания на 18% и

долгосрочной памяти на 10%, улучшилась концентрация внимания, уменьшилась неустойчивость внимания на 17%, в ходе обследования утомление уменьшилось на 25%. Депрессивные проявления уменьшились на 60%. По наблюдениям родственников и лечащих врачей, пациенты стали активно участвовать в беседах, интересоваться окружающими событиями, стали более заинтересованы в вопросах собственного лечения и реабилитации, улучшилась ориентировка в месте и в окружающей обстановке.

Выводы.

1. У пациентов в остром периоде ишемического инсульта в клинической картине имели место легкие когнитивные расстройства у 54% пациентов в возрасте $50,7 \pm 4,1$ лет и умеренные когнитивные расстройства у 46% в возрасте $60,2 \pm 6$ лет.

2. Применение в комплексной терапии ишемического инсульта препаратов модулирующего воздействия на глутаматергическую систему организма привело к значительному улучшению когнитивных функций, улучшению социально-бытовой адаптации, значительному улучшению дальнейшего восстановления двигательного дефицита.

Власова И.В., Глеубаева Н.В., Власов С.В.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение "Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г. Ленинск-Кузнецкий, Россия

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей является одной из самых серьезных проблем современной ангиологии. Актуальными остаются вопросы раннего выявления этой патологии. Сложность диагностики объясняется частым малосимптомным течением острого ТГВ, а также сходством клинических симптомов с хронической венозной недостаточностью. В связи с этим, решить вопрос о наличии ТГВ на амбулаторном приеме не всегда возможно. Знание особенностей течения ТГВ заставляет клиницистов широко использовать инструментальные методы исследования. Одним из основных факторов риска тромбообразования является перенесенное оперативное вмешательство, причем на первом месте находятся операции эндопротезирования (ЭП) крупных суставов. Особенность тромботических осложнений ЭП заключается в возможности позднего возникновения ТГВ, после выписки из клиники.

Цель исследования. Определение частоты выявленных на амбулаторном приеме ТГВ и анализ динамики этого показателя.

Всем пациентам, направленным для подтверждения диагноза ТГВ выполнялось дуплексное сканирование (ДС) вен. В данной работе приведен анализ частоты ТГВ за 2008 год в сравнении с данными подобного анализа за период с 2000 по 2005гг. по результатам работы кабинета ДС.

Проведенный ранее анализ работы за пять лет (с 2000 по 2005 гг.) позволил определить среднюю частоту выявляемости ТГВ у пациентов поликлиники. Из 485 обследованных у 25% был выявлен тромботический процесс. Количество амбулаторных пациентов с подозрением на ТГВ ежегодно увеличивалось, от 42 больных в 2000 г. до 140 в 2005 г. при сохранении средней частоты выявляемости ТГВ. Около половины больных являлись пациентами с амбулаторного приема ортопеда и травматолога. Данные анализа обсуждались с клиницистами, были разработаны мероприятия по профилактике ТГВ на этапе стационарного лечения для снижения частоты осложнений.

В 2008 году было обследовано 192 пациента, направленных на ДС с амбулаторного приема. Доля пациентов с приема ортопедов и травматологов оставалась прежней. Поскольку в клинике значительно увеличилось количество операций по ЭП крупных суставов, большую

Достижения в диагностике, терапии, педиатрии

часть больных с амбулаторного ортопедического приема составили пациенты, перенесшие операцию месяц или более назад. Из всех обследованных в 2008 г. только в 15,9% случаев диагноз ТГВ был подтвержден. В сравнении с результатами работы за 2000-2005 гг. отмечается уменьшение случаев ТГВ, несмотря на более высокий риск развития тромбоза среди пациентов ортопедического профиля. Таким образом, при постоянном увеличении количества пациентов, направленных с амбулаторного приема с подозрением на ТГВ и возросшим риском тромботических осложнений у амбулаторных пациентов ортопедического профиля, имеется снижение частоты выявленных у амбулаторных пациентов ТГВ. Уменьшение частоты тромботических осложнений связано с высокой настороженностью врачей, ведущих амбулаторный прием и широким использованием метода дуплексного сканирования с профилактической целью, а также, видимо, с выполнением разработанного алгоритма по профилактике ТГВ на этапе стационарного лечения перед эндопротезированием и низким процентом тромботических осложнений у этих пациентов адекватной профилактикой тромботических осложнений на этапе стационара.

Волосникова Л.П., Суворова Л.А.

Муниципальное учреждение здравоохранения "Городская больница N 4" г.Прокопьевск, Россия

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СРЕДИ ШАХТЕРОВ ЗА ТРИ ГОДА ГОРОДА ПРОКОПЬЕВСКА

Профессиональная заболеваемость является одним из интегральных показателей состояния здоровья трудоспособного населения. Кемеровская область, в т.ч. и город Прокопьевск занимает одно из ведущих мест по уровню профессиональной заболеваемости и превышает показатели по Российской Федерации.

Таблица 1

Показатели и динамика профессиональной заболеваемости

	2006г.		2007г.		2008г.	
	Число случаев	Показатель на 10000 населения	Число случаев	Показатель на 10000 населения	Число случаев	Показатель на 10000 населения
Прокопьевск	174	22,79	181	20,6	225	23,6
Кемеровская область	1151	11,5	1064	10,6	1244	
РФ		1,61		1,61		

В результате воздействия вредных и неблагоприятных производственных факторов в городе высокая профессиональная заболеваемость.

Таблица 2

Структура профессиональных больных города Прокопьевска по видам экономической деятельности

№		2006г.	2007г.	2008г.
1	Добыча и переработка каменного угля	95,3%	96,0%	97,2%
2	Металлургическое производство			
3	Производство машин и оборудования, электрических машин и электрооборудования	1,7		1,1
4	Автомобильный транспорт		0,6	
5	Сельское хозяйство			
6	Строительство		0,6	
7	Здравоохранение	2,3	1,7	0,5
8	Прочие	0,7	1,1	1,2

Наибольший процент заболеваний приходится на угольную промышленность.

Таблица 3

Профессиональные заболевания по угольным предприятиям

№№	Наименование предприятий	2006г.		2007г.		2008г.	
		Всего	Впервые выявлено	Всего	Впервые выявлено	Всего	Впервые выявлено
1	Шахта Коксовая	376	22	384	19	414	39
2	Шахта Дзержинского	349	20	355	21	372	22
3	Шахта Зенковская	257	35	263	34	298	38
4	Шахта Центральная	241		241		230	
5	Шахта Тырганская	320	15	238	23	259	22
6	ОФ Прокопьевскуголь	206	6	206	5	207	11
7	Шахта Зиминка	171	20	176	25	186	12
8	Шахта Ворошилова	162	8	173	12	184	15
9	Шахта Калинина	110		110		108	
10	Шахта Красногорская	75	9	83	7	92	9
11	Шахта Красный Углекоп	66		66		65	
12	Шахта Ноградская	62	3	62	-	61	-
13	ШПУ	42	4	45	-	48	5
14	Шахта Северный Маганак	30		30		30	
15	Разрезы	29	13	29	25	45	19
16	Шахта Кыргайская	28	2	28	2	32	4
17	Шахта Прокопьевская	24		24		22	
18	Прочие	911	8	915	3	937	14
	Итого	3369	167	3438	176	3590	214

Стабильно лидирующее место занимает шахта "Зенковская". Анализируя профессиональную патологию, выявлено, что на данной шахте наибольший процент стажированных рабочих, не проводятся систематические, профилактические и реабилитационные мероприятия, не созданы здоровые и безопасные условия труда и производственные технологии.

Таблица 4

Профессиональная заболеваемость по профессиям

№	Наименование профессий	2006г.	2007г.	2008г.
1	Проходчики	889	927	977
2	ГРОЗ	591	603	653
3	Горнорабочие	167	167	197
4	Мастер-взрывник	166	168	188
5	Бурмашинарист	92	97	107
6	Горный мастер	79	79	89
7	Машинист электровоза	68	71	109
8	Породовыборщик	51	52	58
9	Машинист экскаватора	31	33	38
10	Водитель угольных разрезов	43	45	50
11	Начальники участков	22	23	25
12	Машинист подземных установок	11	12	19
13	Машинист подъема	9	9	10
14	Механики	6	7	11
15	Прочие	1144	1145	1152
	Итого	3369	3438	3590

Как видно из таблиц, первое место по заболеваемости занимают проходчики, 2 место - ГРОЗ, на третьем месте - мастера-взрывники. Высокая заболеваемость данных профессий связана с тяжелым физическим трудом, переохлаждением, воздействием вибрации и шума, превышающие ПДУ.

Таблица 5

Профессиональная заболеваемость

	2006г.		2007г.		2008г.	
	Всего	В т.ч. угольная промышленность	Всего	В т.ч. угольная промышленность	Всего	В т.ч. угольная промышленность
Всего на учете	3499	3369	3572	3438	3733	3590
		96,2%		96,2%		96,2%

Таблица 6

Структура профессиональных заболеваний среди шахтеров

Профессиональная заболеваемость	2006г.	2007г.	2008г.
I место – заболевания органов дыхания	36,3%	34,9%	33,8%
II место – вибрационная болезнь	26,9%	27,5%	27,5%
III место – нейросенсорная тугоухость	24%	23,8%	24,8%
IV место – деформирующие артрозы	6,5%	14,9%	7,3%
V место – радикулопатии	4,1%	11,4%	5,2%
Профессиональная заболеваемость, впервые выявленная			
Вибрационная болезнь	33,5%	34,1%	28,2%
Болезни органов дыхания	19,7%	15,9%	22,4%
Нейросенсорная тугоухость	16,7%	16,5%	17,8%
Деформирующие артрозы	11,9%	11,9%	13,5%
Радикулопатии	11,4%	15,9%	12,9%

Таким образом, заболеваемость при профессиональных заболеваниях города Прокопьевска, характеризуется:

- высокими показателями заболеваемости среди шахтеров,
- ранговые места в последнее время приходятся на вибрационную болезнь, органов дыхания, нейросенсорную тугоухость,
- увеличивается количество пациентов с радикулопатиями и деформирующими артрозами.

Воробьев Р.И.

ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Росздрава, г.Барнаул, Россия

ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Согласно современным представлениям, дисфункция эндотелия сосудов является ключевым моментом, инициирующим атерогенез и способствующим прогрессированию атеросклероза, являющегося морфологической основой большинства болезней кровообращения.

Цель исследования. Изучение дисфункции эндотелия по уровню десквамированных эндотелиоцитов у пациентов с дислипотеинемиями и верифицированным диагнозом артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца.

Объектом исследования явились 86 пациентов (преимущественно мужчин) в возрасте от 42-65 лет. Все пациенты имели установленный диагноз болезней системы кровообращения - гипертоническую болезнь (ГБ) I-III стадии, ишемическую болезнь сердца (ИБС) без инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе и ИБС с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС). В качестве контрольной группы были обследованы пациенты без клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний.

Проводилось анкетирование для выявления факторов риска, оценка семейного анамнеза, клиническое и функциональное исследование. В сыворотке крови исследовали параметры липидного обмена: хиломикроны, хилокрит, концентрацию общего холестерина и триглицеридов ферментативным методом с использованием наборов фирмы "Human" (Germany). Также определяли холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) с осаждением стандартными наборами реактивов фирмы "Human" (Germany). Измерение показателей проводили на полуавтоматическом анализаторе Prime Bio SED (Italy). В дальнейшем рассчитывали холестерин липопротеидов очень низкой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, индекс атерогенности, с последующим фенотипированием дислипидемий. Критериями оценки показателей липидного обмена служили рекомендации Adult Treatment Panel III (2001). Количество десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) оценивалось по методике Hladovec J. (1978).

У большинства пациентов были выявлены IIa и IIb типы гиперлипидемий с соответствующим изменением спектра липидов и липопротеидов, а также снижение ХС ЛПВП. Наиболее высокий индекс атерогенности зафиксирован у пациентов с ИБС/ПИКС.

У пациентов с ГБ были зарегистрированы ДЭ в среднем - $4,2 \pm 0,7$ клеток/100 мкл, что выше по сравнению с контролем ($2,9 \pm 0,4$ клеток на 100 мкл). Причем, отмечено прогрессивное увеличение ДЭ при повышении стадии ГБ. Оценка показателей функционального состояния эндотелия у больных ИБС показала, что количество циркулирующих в крови десквамированных эндотелиоцитов до $8,4 \pm 0,8$ клеток/100 мкл превышает показатели контрольной группы и данные обследуемых с ГБ. Установлено отсутствие статистически значимой разницы между уровнем ДЭ у пациентов с ИБС без ИМ в анамнезе и у лиц с ИБС/ПИКС. Результаты наших исследований демонстрируют перспективность определения уровня ДЭ для оценки состояния эндотелия и стратификации коронарного риска.

**Воробьева Е.Н., Симонова О.Г., Барыбин А.М., Сорокина Е.А.,
Батанина И.А., Епанчинцева Л.В., Бубликов Д.С., Сапронова О.П.,
Гребенщиков А.Н., Памфилова Е.Н., Пиянзин А.И., Попов А.А.**

Алтайский государственный медицинский университет
НУЗ Отделенческая больница станции Барнаул ОАО "РЖД"
КГУЗ Диагностический центр Алтайского края
КГУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, г.Барнаул, Россия

НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются главной причиной смертности взрослого населения в России, ведущим фактором риска развития которых представляется нарушения обмена липидов и липопротеидов крови.

Задачей настоящего исследования явилось исследование нарушений липидного обмена у больных ССЗ. Обследовано 804 человека (503 мужчины и 301 женщина), средний возраст которых составил 54 года (у мужчин - 52 ± 2 года, у женщин - 56 ± 2 года). Все пациенты имели установленный диагноз ССЗ, из них гипертоническую болезнь (ГБ) I - III степени (по критериям ВОЗ/МОАГ, 1999) имели 142 пациента, ишемическую

болезнь сердца (ИБС) без инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе - 147 лиц и ИБС с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) - 115 обследованных.

В сыворотке крови исследовали параметры липидного обмена: хиломикроны, хилокрит, концентрацию общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ) ферментативным методом с использованием наборов фирмы "Human" (Germany). Также определяли холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) с осаждением стандартными наборами реактивов фирмы "Human" (Germany). Измерение показателей проводили на полуавтоматическом анализаторе Prime Bio SED (Italy). В дальнейшем рассчитывали холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), индекс атерогенности, индекс ОХС/ТГ. Критериями оценки показателей липидного обмена служили рекомендации Adult Treatment Panel III (2001).

В результате исследований у всех пациентов были обнаружены нарушения липидного обмена, в частности, ОХС у лиц с ИБС без ИМ составил в среднем $5,7 \pm 0,2$ ммоль/л, ХС ЛПНП - $4,3 \pm 0,1$ ммоль/л, ТГ - $1,66 \pm 0,25$ ммоль/л, а у обследованных с ИБС/ПИКС - $6,2 \pm 0,3$ ммоль/л, $4,72 \pm 0,2$ ммоль/л и $1,84 \pm 0,2$ ммоль/л, соответственно. При этом в группе лиц, имеющих установленный диагноз ГБ, у 37% изменение липидограммы соответствовали IIa типу дислипидотемий, у 33% - IIб и у 10% - IV типу, индекс атерогенности в среднем был равен 6,55 и индекс ОХС/ТГ - 3,2. У обследованных больных с ИБС без ИМ в анамнезе 39% имели IIa тип, 25% - IIб и 12% - IV тип дислипидотемий, индекс атерогенности - 6,76 и индекс ОХС/ТГ - 3,4. У пациентов с ИБС/ПИКС - 36% - IIa, 33% - IIб и 5% - IV типы, индекс атерогенности - 7,5 и индекс ОХС/ТГ - 3,37. Следовательно, у больных ССЗ чаще встречается второй тип дислипидотемий с преобладанием IIa типа. Наиболее высокий индекс атерогенности зафиксирован у пациентов с ИБС/ПИКС.

Таким образом, у всех обследованных, имеющих ССЗ, были обнаружены дислипидотемии, что свидетельствует о возможности использования показателей липидов и липопротеидов, как объективных показателей нарушений метаболизма при данной патологии, а также в качестве критериев оценки эффективности последующей профилактической коррекции.

Доронин Д.В., Чернявский А.М., Зырянова А.В.

ФГУ "ННИИ патологии кровообращения им. акад. Е.Н.Мешалкина Росмедтехнологий"
г.Новосибирск, Россия

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКСПРЕСС-ТЕСТА "КАРДИОБСЖК" У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОРОНАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Цель исследования. Оценка диагностических возможностей иммунохроматографического экспресс-теста "КардиоБСЖК" (ООО НПО "БиоТест") у кардиохирургических больных в течение первых суток послеоперационного периода. Известно, что тест определяет повышенные значения раннего кардиомаркера - сердечного белка, связывающего жирные кислоты (сБСЖК) в цельной венозной крови в промежутке 1-18 часов от начала некроза миокарда при остром коронарном синдроме с высокой чувствительностью и специфичностью, но нет данных о его "диагностическом окне" в первые сутки после операций на открытом сердце.

Методы исследования: Серии тестов "КардиоБСЖК" были выполнены 28 пациентам с удовлетворительной функцией почек, прооперированным по поводу ИБС (19 человек - 68%), ППС (9 человек - 32%) с неосложненным течением послеоперационного периода.

Средние показатели пациентов составили: возраст $58,0 \pm 10,4$ лет, ФК сердечной недостаточности $2,2 \pm 0,18$ (NYHA), креатинин до операции $102,1 \pm 15,8$ мкм/л, время основного этапа операции $83,1 \pm 36,7$ минут. Тест выполнялся сначала в палате реанимации, а затем в условиях отделения, т.к. его постановка не требует подготовки и приборного обеспечения. Результаты оценивались качественно визуально в пределах 15-25 минут как "положительные" и "отрицательные". Первая постановка теста осуществлялась в период 6-9 часов от начала основного этапа операции и далее повторялась с интервалом 3 часа необходимое количество раз до получения отрицательного результата теста.

Полученные результаты. При первой постановке теста, проводившейся на пике выброса сБСЖК, результаты "КардиоБСЖК" были положительными у всех 28 пациентов (100%), что напрямую соотносится с наличием повреждения при всех прямых вмешательствах на миокарде. По данным теста среднее время нормализации сБСЖК от начала основного этапа операции составило $15 \pm 4,8$ часов (min 10,5 часов, max 25 часов), медиана 15,2 часа (25-ый перцентиль - 12,1 часа, 75-ый перцентиль - 19,3 часа).

Отмечена зависимость увеличения времени вывода сБСЖК от объема хирургического лечения, длительности основного этапа операции и исходной функции почек. В то же время не было отмечено четкой зависимости времени вывода сБСЖК от исходного состояния пациентов по сердечно-сосудистой патологии.

Выводы. Полученные данные показывают, что диагностическое окно "КардиоБСЖК" составляет не более одних суток от начала основного этапа хирургического лечения. Это позволяет использовать его для дифференциальной диагностики коронарных осложнений у кардиохирургических больных, начиная со вторых суток послеоперационного периода. Тест может использоваться в качестве прикроватного, вследствие простоты постановки и оперативности результата.

Жук Р.П., Додонова Г.К., Коняева Н.Д., Хиль.Е.Г.

ГУЗКОКБ, областной центр профпатологии, ГОУ ВПО КГМА Росздрава, г.Кемерово, Россия

К ВОПРОСУ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ТКАЧЕЙ

Среди профессиональных заболеваний значительный вес занимает патология периферической нервной системы, ОДА, обусловленные перенапряжением и микротравматизацией. Есть профессии, где велика доля ручного труда, это прежде всего работа на станках, требующая быстроты движений, вынужденной рабочей позы. Работ, посвященных профессиональной заболеваемости ткачей в Кемеровской области, мы не встретили.

Цель исследования. Изучение профессиональной заболеваемости данной группы рабочих. Труд ткачей характеризуется воздействием ряда неблагоприятных факторов производственной среды: они вынуждены работать в фиксированной позе, с вытянутыми вперед руками, с запрокинутой головой, частыми наклонами и приседаниями, переносом тяжести, длительной ходьбой, статическим напряжением мышц спины и шеи для удержания позы. Кроме того, в ткацком цехе высок уровень шума.

В областной центр профпатологии было направлено с периодического медицинского осмотра 96 пациентов ПО "Ортон" с подозрением на патологию лор-органов, нервной системы и опорно-двигательного аппарата.

Использованы следующие методы обследования: УЗДГ сосудов верхних конечностей, РВГ, Капилляроскопия, ЭМГ, УЗИ мышц и суставов, МРТ позвоночника, РО суставов, аудиограммы. Консультации специалистов: сурдолога, терапевта, невролога, нейрохирурга, ортопеда. Все обследованные - женщины, в возрасте от 40 до 55 лет со стажем работы более 10 лет. Среди осмотренных практически не было соматически здоровых лиц:

Достижения в диагностике, терапии, педиатрии

- 48% с заболеванием сердечно-сосудистой системы (Гипертоническая болезнь, вегето-сосудистая дистония);
- 10% с патологией желудочно-кишечного тракта (гастрит, холецистит, колит);
- 12% с патологией женских половых органов (эндометрит, аднексит);
- 30% часто болеющих простудными заболеваниями.

После обследования в профцентре диагноз профессионального заболевания подтвержден у 87 человек.

Структура профессиональных заболеваний у ткачей оказалась следующей:

1 место - поражение шейного и поясничного отделов позвоночника в виде рефлекторных синдромов: ПЛП, эпикондилеза плечевых костей, цервикобрахиалгии, люмбаишиалгии; радикулопатии шейно-плечевой и пояснично-крестцовой;

2 место - НСТ;

3 место - поражение периферической нервной системы, мышц (вегето-сенсорная полиневропатия, миофиброз).

Длительность болезни до выявления профзаболевания 9 лет. Для решения вопроса о связи с профессией использованы традиционные методы, оценивались:

- санитарно-гигиенические условия труда, стаж работы;
- характер и начало заболевания;
- исключались аномалии развития позвоночника;
- частота обострений;
- уровень поражения;
- традиционные методы обследования (МРТ, КТГ, и др.).

Все выявленные больные с профессиональными заболеваниями признаны нетрудоспособными в своей профессии. За выявленной категорией больных в последующие годы (в течение 7 лет) проводилось наблюдение. Проводимые реабилитационные мероприятия (СКЛ, лечение в условиях стационара и поликлинике по месту жительства) оказались малоэффективными.

В результате был сделан вывод:

- низкая эффективность реабилитационных мероприятий, скорее всего, связана с поздней диагностикой профессиональных заболеваний, в результате низкого качества медицинских осмотров;
- незнание врачами первичного звена клиники профессиональных заболеваний периферической нервной системы, ОДА;
- недостаточная профилактика профессиональных заболеваний в группе риска.

Все сказанное свидетельствует о необходимости уделять большое внимание поражениям ОДА, периферической нервной системы у лиц, занятых в профессии ткача.

Необходимо проводить профилактические медицинские мероприятия длительно-работающим с использованием физиопроцедур, медикаментозной терапии при поддержке работодателя.

Зайцев Н.М., Авдонченко Т.С.

ОАО санаторий "Прокопьевский", г.Прокопьевск, Россия

ОРГАНИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЫЛЕВЫМ БРОНХИТОМ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ

Введение. Больные с профессиональными заболеваниями органов дыхания составляют 24% всех больных профессиональными болезнями, нуждающихся в санаторно-курортном лечении. Лечебно-профилактические мероприятия должны быть направлены как на ускорение элиминации депонированной пыли, самоочищение легких, улучшение состояния слизистой

верхних дыхательных путей, так и на сохранение нормального функционального состояния дыхательной и сердечно - сосудистой систем.

В связи с необходимостью оптимизации восстановительного лечения больных пылевым бронхитом важным является разработка программы восстановительного лечения на санаторном этапе.

Цель исследования. Разработка программы восстановительного лечения больных с пылевым бронхитом в санатории с оценкой их терапевтической эффективности.

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ восстановительного лечения 52 мужчин, средний возраст которых составил $44,5 \pm 4,1$ лет, с хронической обструктивной болезнью легких пылевого происхождения, направленных на восстановительное лечение в санаторий "Прокопьевский". Средний стаж работы составил $17,4 \pm 5,9$ лет, а средняя длительность заболевания - $10,4 \pm 3,1$ лет.

Оценка эффективности функции внешнего дыхания включала определение жизненной емкости легких (ЖЕЛ), признаки хронической дыхательной недостаточности (кашель, одышка) оценивались по балльной системе.

Все пациенты получали комплексное санаторно-курортное лечение. Лечебный комплекс назначался индивидуально для каждого пациента с учетом его состояния и стадии заболевания. Основу лечения составляла лечебная физкультура. Важную роль играла дыхательная гимнастика, которой уделялось большое внимание как важному фактору оздоровления организма.

Программа 20 - дневного восстановительного лечения включала в себя систему специально подобранных физических упражнений, способствующих улучшению работы дыхательной и сердечно-сосудистой систем:

1. Обучение правильному дыханию.
2. Выполнение статических упражнений для тренировки полного дыхания (игра с воздухом).
3. Выполнение динамических дыхательных упражнений.
4. Выполнение звуковой гимнастики.
5. Респираторная гимнастика (три комплекса упражнений).

Результаты исследования. В результате проведенного восстановительного лечения у пациентов наблюдалось уменьшение выраженности клинической симптоматики. По данным балльной оценки одышка уменьшилась на 22,8%.

Результаты исследования ЖЕЛ, до и после лечения, также свидетельствуют о положительном эффекте. Отмечено ее увеличение на 14,62%.

Выводы.

1. Использование программы восстановительного лечения способствует улучшению показателей функции внешнего дыхания у больных с пылевым бронхитом, улучшению клинической симптоматики.

2. Комплексная оценка эффективности такого лечения показала, что значительное улучшение было достигнуто в 75% случаев.

3. Полученные результаты подтверждают эффективность проведенной программы и дают основание рекомендовать их к регулярному самостоятельному выполнению.

Затолокина Е.Н.

Муниципальное учреждение здравоохранения
"Центральная районная больница Тисульского района", п.Тисуль, Россия

ЙОДДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Введение. В последние годы проблема йодного дефицита стала предметом пристального внимания мировой общественности в связи с широкой распространенностью и тяжестью его проявлений. Дефицит йода в окружающей среде и недостаточное его поступление в организм с продуктами питания приводит к разворачиванию последовательных приспособительных процессов, которые могут поддерживать синтез тиреоидных гормонов. Вместе с этим, если дефицит йода сохраняется достаточно долго, происходит срыв механизмов адаптации с последующим снижением синтеза тиреоидных гормонов и развитием йоддефицитных состояний.

Цель исследования. Анализ распространенности йоддефицитных состояний у детей и подростков сельской местности.

Материалы и методы. Обследовано 515 мальчиков и 538 девочек в возрасте 7-17 лет, проживающих на территории Тисульского района Кемеровской области. Программа обследования включала изучение фактического питания, осмотр эндокринологом. Всем детям исследовали щитовидную железу (ЩЖ) пальпаторно-визуальным методом, каждому третьему по списку - ультразвуковым методом. Определение уровня ТТГ, FT₄, антител к тиреоглобулину методом ИФА проводилось каждому пятому, йодурии - каждому седьмому ребенку по списку. Определена концентрация йода в воде водопроводов и водозаборных скважин района - 57 проб.

Результаты и их обсуждение. У 170 (16,1%) обследованных школьников диагностирована патология ЩЖ, причем у девочек частота зоба достоверно выше - 118 (21,9%), чем среди мальчиков - 10,1%, ($p=0,000$). Индекс Ленца - Бауэра составил 1:2,3. Ранжирование по возрасту установило статистически значимые различия: чем старше возраст детей, тем выше удельный вес заболеваемости. Так, среди школьников начальных классов частота зобов составила 18,0%, что в 1,5 раза ниже, чем у подростков - 26,3%, ($p=0,039$). В структуре зобов превалировал диффузный эутиреоидный зоб - диагностирован у 158 (92,9%) обследованных. Диффузно - узловой зоб выявлен только у девочек (1,7%). Функция ЩЖ у всех обследованных была не нарушена. По нашим данным, 58,0% школьников имели показатели экскреции йода с мочой ниже нормативного уровня, медиана йодурии составила 87 мкг/л, что характеризует неудовлетворительную обеспеченность йодом у учащихся.

Считается, что основное количество йода человек получает с продуктами питания и водой. По результатам исследования, концентрация йода в природных источниках водоснабжения района колебалась от 0,001 до 0,094 мг/л. Из этого обстоятельства следует, что территория Тисульского района не может считаться йодобеспеченной.

При исследовании фактического питания установлено, что 21,3% обследованных школьников недополучают мясопродукты, 47,1% - рыбу, что оказывает влияние на увеличение объема ЩЖ. Согласно полученным данным, при редком (1 раз в неделю и реже) потреблении у учащихся мясо- и морепродуктов, зобы встречаются достоверно чаще - 147 (20,4%), чем при ежедневном их потреблении - 41 (11,4%), ($p=0,000$).

Выводы.

1. Показатели содержания йода в водосети района коррелируют с распространенностью тиреоидной патологии у детей.

2. Наряду с природным йододефицитом, причиной образования зоба у школьников является нарушение гигиенических норм питания.

Захарова Ю.В., Леванова Л.А., Сурикова Е.В.

Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ ВПО КемГМА, г.Кемерово, Россия

**МИКРОБИОЦЕНОЗЫ КИШЕЧНИКА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
С УЧЕТОМ ПРОФИЛЯ ОТДЕЛЕНИЯ**

Разные функциональные подразделения многопрофильного стационара отличаются степенью агрессии и инвазии лечебно-диагностического процесса, характером основной патологии у пациентов, длительностью их пребывания в условиях госпитальной среды, степенью селективного давления антибактериальных средств и т.д. Кроме того, в функциональных подразделениях многопрофильного стационара формируется уникальный микробный пейзаж, который зависит от основного заболевания и его локализации у пациентов. Соответственно риски колонизации теми или иными бактериями и степень выраженности микробиологических нарушений у медицинских сотрудников будут неодинаковы. В связи с этим, целью нашего исследования было изучение состояния микробиоценозов у медицинского персонала, в зависимости от профиля отделения, для выявления групп риска по развитию микробиологических нарушений.

Изучен микробный пейзаж фекалий 90 медицинских работников многопрофильных стационаров г.Кемерово. Среди них 30 человек являлись сотрудниками послеродового отделения, 40 - сотрудниками хирургического отделения, 20 человек работниками операционного блока. Исследования показали, что в большей степени индигенная микрофлора была угнетена у сотрудников послеродового и хирургического отделений. У персонала хирургического отделения отмечали низкую частоту колонизации кишечника бифидобактериями, лактобациллами и типичными кишечными палочками, которые обнаруживали в фекалиях только в 90,4%, 85% и 88% случаев соответственно ($p < 0,01$). При этом количественные уровни бифидобактерий и лактобацилл не превышали $8,1 \pm 0,2$ lg КОЕ/г и $6,7 \pm 0,2$ lg КОЕ/г соответственно. При работе в послеродовом отделении частота обнаружения бифидо и лактофлоры была еще ниже, чем при работе в отделении хирургического профиля и составляла 86,2% и 82% соответственно ($p < 0,01$). Несмотря на низкую частоту колонизации кишечника, данными бактериями, их количественные уровни были высокими и составляли $10,3 \pm 0,2$ lg КОЕ/г и $7,2 \pm 0,2$ lg КОЕ/г соответственно. У сотрудников операционного блока частота и плотность колонизации кишечника индигенной анаэробной и факультативно анаэробной микрофлорой соответствовали региональным значениям нормы.

Установлено, что в составе кишечного микробиоценоза сотрудников послеродового отделения с высокой частотой вегетировали лактозонегативные кишечные палочки (36,7% и $6,5 \pm 0,6$ lg КОЕ/г) и клебсиеллы (20% и $6,3 \pm 0,8$ lg КОЕ/г) ($p < 0,05$). Высокая распространенность кандидоза среди пациенток послеродового отделения и, соответственно, частая контаминация предметов ухода, постельных принадлежностей, медицинских инструментов, используемых при вагинальном осмотре и гигиенических процедурах, дрожжеподобными грибами *Candida albicans* обуславливают колонизацию кишечника данными эукариотами кишечника 60% медицинских работников в титре 3,5 lg ($p < 0,05$). У сотрудников отделения абдоминальной хирургии установлены высокие концентрации в фекалиях кишечных палочек с измененными биологическими свойствами ($7,4 \pm 0,4$ lg КОЕ/г) и клебсиелл ($6,7 \pm 0,6$ lg КОЕ/г). Также, только у сотрудников хирургического отделения, с достоверной частотой в кишечнике вегетировали гемолитические энтерококки (17,5%) в титре 5,3 lg ($p < 0,05$). Микробиологические изменения у персонала хирургического и послеродового отделений в большинстве случаев (51-63,3%) попадали под 2 степень дисбактериоза, тогда как у работников операционного блока доминировала 1 степень (55%).

Таким образом, наиболее выраженные изменения микробиоценоза толстой кишки

регистрируются у медицинских сотрудников хирургического и послеродового отделений, что требует дифференцирования мер профилактики микробиологических нарушений с учетом профиля отделения.

Зуева Г.П., Вострикова Н.В., Руденко Т.Э., Штанкина Е.С.

ГОУ ВПО Кем ГМА ФАЭ и СР, кафедра акушерства и гинекологии N 2, г. Кемерово, Россия

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

На современном этапе развития акушерства существует целый ряд ошибочных, научно необоснованных представлений и подходов, последствия которых, в большинстве случаев, можно охарактеризовать как проявления "акушерской агрессии", которая, в некоторой степени, стала нормой ведения беременности и родов (В.Е. Радзинский, 2007 г.). Элементы акушерской агрессии прочно вошли в будничную работу практического врача и сопровождают женщину, решившую стать матерью, в течение всего гестационного периода.

Цель исследования. Изучение особенностей медикаментозной терапии, используемой на разных этапах гестационного периода на современном этапе.

Материал и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 70 диспансерных карт беременных, наблюдавшихся в женских консультациях городов и сельских местностей Кемеровской области и города Кемерово, и историй родов родильниц, родоразрешенных в областном родильном доме ГУЗ КОКБ. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием ППП "Statistica for Windows 6.0".

Результаты исследования. Средний возраст обследованных пациенток составил $26,7 \pm 5,4$ лет. Паритет беременности и родов у обследованных пациенток составил соответственно: $2,3 \pm 1,4$ и $1,5 \pm 0,7$. В структуре экстрагенитальной патологии преобладали заболевания мочевыводящей системы - 14 (20%), сердечно-сосудистой системы - 10 (14,3%), миопия обоих глаз различной степени - 14 (20%), алиментарно - конституциональное ожирение - 10 (14,3%). Каждая десятая обследованная женщина - курящая.

Среди осложнений беременности доминировали: аномальное количество околоплодных вод - 24 (34,3%), гестоз (легкой и средней степени) - 12 (30%), гестационная анемия - 18 (25,7%), фетоплацентарная недостаточность и гипоксия плода - 67 (95,7%).

Среднее количество наименований медицинских препаратов, назначаемых беременным, за весь период гестации составило $23,8 \pm 10,4$.

В I триместре беременные в среднем использовали по $6,1 \pm 3,4$ препаратов, одновременно принимая от 2 до 3 таблеток. Наиболее часто в I триместре назначалась спазмолитическая - 15 (37,5%) и гормонотерапия - 10 (25%). Во II триместре среднее количество препаратов статистически значимо увеличилось и составило $8,4 \pm 4,3$ ($p=0,03$). Количество таблеток, принимаемых одновременно, увеличилось до 5. Во II триместре продолжалась активная спазмолитическая - 22 (55%), дезагрегантная терапия - 21 (52,5%). В III триместре до момента родоразрешения пациентки получили по $12,5 \pm 5,7$ препаратов, что достоверно выше, чем во втором триместре ($p=0,0006$), одновременно принимая от 2 до 4 таблеток. В III триместре беременности более половины пациенток продолжали получать спазмолитическую и дезагрегантную, каждая шестая - токолитическую терапию. В течение всей беременности пациенткам назначались поливитаминные комплексы. Операцией кесарева сечения были родоразрешены 17 (24,3%) пациенток, у 51 (72,9%) роды проведены через естественные родовые пути. 2 пациентки на момент обследования были не родоразрешены. В родблоке каждая роженица в среднем получила по $5,6 \pm 3,3$ препарата. Для лечения родильниц использовали по $3,95 \pm 3,1$ препарата.

Таким образом, изучение особенностей медикаментозной терапии, проводимой

в различные сроки гестационного периода на современном этапе, выявило "увлечение" препаратами прогестерона на ранних сроках гестации, спазмолитическими препаратами и комплексами поливитаминов на протяжении всей беременности, а также лечение с элементами полипрогмазии.

Кашталап В.В., Барбараш О.А., Зыков М.В., Васильева О.А., Якубик Г.Г.,
Усольцева Е.Н., Беленькова Ю.А., Шафранская К.С., Барбараш Л.С.

УРАМН НИИ КПССЗ СО РАМН
ГОУ ВПО КемГМА Росздрава, г.Кемерово, Россия

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА НЕКОРОНАРНЫХ БАССЕЙНОВ ДЛЯ РАННЕЙ ОЦЕНКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Больные с сочетанными поражениями нескольких артериальных бассейнов, т.е. с "мультифокальным атеросклерозом" являются сложной категорией пациентов. Частота сочетанных поражений различных артериальных бассейнов может достигать от 25 до 90% среди больных с ИБС. Особенно важен этот факт для пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМсПСТ). Имеются клинические данные о возможности развития сопутствующих инфаркту миокарда острых тромбозов магистральных артерий нижних конечностей. Однако до сих пор отсутствуют данные о частоте выявления, клинической значимости сопутствующего мультифокального атеросклеротического поражения у пациентов с ИМсПСТ.

Цель исследования. Оценка распространенности, клинической и прогностической значимости мультифокального атеросклеротического поражения у пациентов с ИМсПСТ.

Материал и методы исследования. С января по июнь 2008 г. обследовано 290 больных поступивших в Кардиологический диспансер с диагнозом ИМсПСТ. Наблюдение за пациентами включало госпитальный и постгоспитальный период (1 год). Для оценки клинического течения и раннего прогноза ИМ использовалась стандартная шкала TIMI Risk Score. 194 (66,0%) больным при поступлении была проведена экстренная коронароангиография (КАГ). У 141 (72,7%) пациента экстренная КАГ закончилась чрезкожным коронарным вмешательством (ЧКВ) со стентированием инфаркт-зависимой коронарной артерии, у 53 (27,3%) ЧКВ не проводилось по ангиографическим критериям. В течение госпитального периода выполнялись ультразвуковые исследования для оценки степени атеросклеротического поражения других артериальных бассейнов.

Результаты и обсуждение. У 61 (36,09%) пациента не было выявлено атеросклеротических поражений других сосудистых бассейнов, у 70 (41,4%) выявлены стенозы экстракраниальных артерий или артерий нижних конечностей менее 50%, и у 38 (22,48%) выявлены стенозы магистральных артерий более 50%. Далее был оценен балл по TIMI у пациентов с различной степенью стенозов некоронарных магистральных артерий. Выявлены достоверные различия среднего балла по TIMI у пациентов без стенозов магистральных артерий (3,42) и с гемодинамически значимыми стенозами (4,15) ($p=0,05$).

Выводы. По результатам настоящего исследования выявлено, что более чем у 20% пациентов с ИМ выявляются "значимые" поражения магистральных артерий, что может определять уже при поступлении пациента в стационар вероятность неблагоприятного течения заболевания. Необходимо скрининговое ультразвуковое выявление сопутствующего экстракраниального атеросклероза для ранней предикции возможных неблагоприятных событий.

Ким Л.Б., Пулятина А.Н., Никонова И.К.

Научный центр клинической и экспериментальной медицины СО РАМН, г.Новосибирск, Россия

КОМПЛЕКС МЕТОДОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕАКТИВНОСТИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ВОЗМОЖНОСТИ РЕШЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ

Определение различных компонентов соединительной ткани (СТ) дает представление о вкладе ее в развитие многих патологических процессов (синдромов, заболеваний), влиянии лечебных мероприятий, в том числе лекарственных препаратов, на метаболизм СТ и эффективность проводимой терапии. Для оценки состояния обмена веществ в СТ предложены ряд методов, перечень которых определяется поставленными задачами. Биохимические методы, используемые в настоящее время, позволяют оценить метаболизм СТ, но они также не лишены недостатков (сложность технического выполнения, использование дорогих и агрессивных реагентов), но безопасны для больных, отражают системные изменения и позволяют проводить динамические наблюдения. Предлагаемые зарубежные коммерческие наборы, во-первых, малодоступны из-за дороговизны, во-вторых, они предназначены для изучения метаболизма преимущественно коллагена, но не гликозаминогликанов. В последние годы наблюдается существенный прогресс в разработке новых биохимических методов оценки СТ, появились ИФА тесты для выявления различных типов коллагена, отдельных гликопротеинов. Многообразие предлагаемых методов оценки компонентов СТ недостаточно четкое, их функциональное назначение свидетельствуют о необходимости проведения поиска, анализа, отбора доступных информативных методических подходов с оценкой их диагностической значимости.

Цель исследования. Цель работы заключалась в апробации методов, отражающих метаболизм биополимеров соединительной ткани, при различных патологических состояниях (ИМ, нефросклероз).

Методы исследования. Определение содержания гликозаминогликанов (ГАГ) и фибронектина (ФН) в сыворотке крови, содержания свободного, пептидно-связанного и общего оксипролина (ОП) в сыворотке крови и моче, оценка коллагеназной и гиалуронидазной активности сыворотки крови, выявление типов коллагена I, II, III, IV и V по аутоантителам.

Результаты исследования. Показано, что постинфарктный репаративный фиброз имеет фазовый характер, при развитии осложнений содержание общего ОП увеличено в I фазу, а ГАГ - в 3 фазу. Продемонстрирована возможная роль нитратов в механизме развития толерантности к ним и снижении скорости синтеза ФН при ИМ. При диабетической нефропатии на доклинической стадии выявлено увеличение ГАГ, отмечена более заметная экскреция с мочой пептидносвязанного оксипролина относительно свободной формы, значительная аккумуляция коллагена III, IV и V типов.

Представляется целесообразным применение апробированных методов оценки метаболизма СТ в решении ряда актуальных задач в медицине. В частности, прогнозирование патологического ремоделирования сосудов и сердца при ИМ, АГ, миокардиопатиях, рестенозирование сосудов после оперативного вмешательства, предупреждение обострений дегенеративно-дистрофических заболеваний (остеоартроз и остеохондроз, остеопороз). Существует проблема старения человека как проблема нарушенного метаболизма СТ, проблема замедленной консолидации переломов костей, развитие ложных суставов как вариант патологического ремоделирования костей.

Выводы. Накопление научных данных о всевозрастающей роли СТ в развитии и прогрессировании патологических процессов, а также современные представления о регуляции метаболизма СТ с участием гормонов, металлопротеиназ и тканевых ингибиторов металлопротеиназ, сериновых протеаз и сериновых ингибиторов протеаз, цитокинов

свидетельствуют о необходимости расширения и отбора методов, имеющих высокую диагностическую значимость для проведения своевременной коррекции выявленных нарушений.

Ким Л.Б., Путяткина А.Н.

Научный центр клинической и экспериментальной медицины СО РАМН, г.Новосибирск, Россия

МАРКЕРЫ РЕПАРАТИВНОГО ФИБРОЗА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ И НЕОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Цель исследования. Сравнительная оценка маркеров репаративного фиброза (основных компонентов внеклеточного матрикса) у больных инфарктом миокарда (ИМ) при развитии осложнений и без таковых.

Материалы и методы. Обследовали 104 больных инфарктом миокарда в возрасте от 32 до 72 лет. Среди них у 10 больных ИМ протекал без осложнений (группа сравнения, средний возраст - $54,5 \pm 2,5$ года). У 5 больных диагностировали инфаркт передней стенки, 4 - нижней стенки, 1 - боковой стенки левого желудочка. Соотношение Q-инфаркт и не Q-инфаркт составило 6:4.

У остальных больных ИМ протекал с осложнениями. У 66 человек развилась острая сердечная недостаточность (ОСН, средний возраст - $59,1 \pm 1,5$ лет), 44 - нарушения ритма (НР, средний возраст - $58,0 \pm 1,9$ лет), 29 - перикардит (ПКТ, средний возраст - $60,5 \pm 2,4$ года). Аневризму сердца (АНС) диагностировали у 7 больных (средний возраст - $59,0 \pm 5,6$ года), кардиогенный шок (КШ) у 6 больных (средний возраст - $60,8 \pm 5,1$ года). При этом, как правило, наблюдалось сочетание осложнений.

В этой группе у 48% диагностировали инфаркт нижней стенки, 43% - передней стенки, 6% - боковой стенки левого желудочка и 3% - циркулярный ИМ. Соотношение Q-позитивного ИМ и Q-негативного ИМ было 75:19.

Изучали концентрацию гликозаминогликанов (ГАГ) орциноловым методом в сыворотке крови, содержание гидроксипролина (ГОП), маркера коллагена, по П.Н.Шараеву с соавт. (2005) в моче, фибронектина (ФН) в сыворотке крови согласно инструкции к тест-системе для определения фибронектина человека методом ИФА (ИМТЕК, Москва).

Результаты исследования. Содержание ГАГ в сыворотке крови у больных с осложненным течением в 1-ю и 2-ю фазы репаративного фиброза, критерии которого были описаны нами ранее, не отличалось от аналогичного показателя пациентов группы сравнения. Однако в 3-ю фазу оно оказалось статистически значимо выше в группе больных с осложненным течением ($p < 0,01$), в частности, при развитии ОСН, КШ и НР, причем для группы больных с НР эта разница оказалась статистически значимой ($p < 0,02$).

В содержании общего ГОП статистически значимых различий между группами больных с осложненным и неосложненным течением не выявлено. Наметилась тенденция ($p < 0,1$) к увеличению общего ГОП в 1-ю фазу репаративного фиброза и к снижению во 2-ю фазу относительно группы сравнения. Но при анализе отдельных видов осложнений было отмечено, что содержание общего ГОП в разные фазы репаративного фиброза отличалось от аналогичного показателя больных ИМ с неосложненным течением. Так, при АНС содержание общего ГОП в 1-ю фазу было повышено ($p < 0,05$), при КШ - в 3-ю фазу отмечено снижение ($p < 0,05$) по сравнению с аналогичным показателем группы сравнения. Концентрация свободного и пептидносвязанного ГОП в моче не зависела от развития осложнений.

Выводы. Динамика биохимических маркеров репаративного фиброза у больных ИМ с осложнением отличалась от таковой группы больных без осложнений. При развитии осложнений содержание гликозаминогликанов в сыворотке крови в 3-ю фазу репаративного фиброза было повышено по сравнению с группой пациентов без осложнений. Это повышение

статистически значимым оказалось в группе больных с нарушениями ритма. Увеличение общего гидроксипролина в моче статистически значимым было у больных с аневризмой сердца в 1-ю фазу и больных с кардиогенным шоком в 3-ю фазу репаративного фиброза. Эти данные позволяют говорить об участии репаративного фиброза в развитии осложнений.

Комиссаров К.В., Трубников Г.В., Викторова Е.В.

Алтайский государственный медицинский университет, г.Барнаул
ОАО "Санаторий Алтай-West", г.Белокуриха, Россия

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ВЫПОЛНЯЕМОЙ В РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМАХ МЫШЕЧНОЙ РАБОТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА КУРОРТЕ БЕЛОКУРИХА

Цель исследования. Изучения влияния различных режимов мышечной работы у больных ХОБЛ в комплексной реабилитации на курорте Белокуриха на клинику, показатели физической работоспособности, количество соматического здоровья, качество жизни, функцию внешнего дыхания.

Под наблюдением было 93 пациента с ХОБЛ I и II стадии в фазе ремиссии воспалительного процесса. Средний возраст составил 48,3 лет, мужчин было 57, женщин - 36, давность заболевания составила - 6,6 лет.

В основную группу вошли 31 человек, где в комплекс реабилитации входили упражнения для межреберных мышц и диафрагмы, выполняемые в режиме встречного сопротивления. Данный режим включал выполнение пациентом изометрического напряжения с одновременным удержанием встречного движения, проводимого инструктором. Таким образом мышцей выполнялась как бы двойная нагрузка - активная динамическая работа и работа в состоянии изометрического напряжения. Такой режим, во-первых, позволял работать даже на очень слабых мышцах, а во-вторых, на коротко-рычаговых и "безрычаговых" мышцах, таких как межреберные и диафрагма. Кроме того, этот режим давал возможность выполнять максимальную работу на основных дыхательных мышцах, которая малодоступна при выполнении обычных дыхательных упражнений или динамических упражнений для плечевого пояса. Непосредственно после процедуры пациенты получали клеппинг-массаж грудной клетки. Клеппинг-массаж - это активное физическое воздействие в виде отрывистого шлепка с силой, оптимально воспринимаемой больным, наносимого боксерской лапой. Пациенту проводилось нанесение 10-15 шлепков по задней и боковой поверхности грудной клетки в положении лежа на животе, а затем в положении сидя. В процессе процедуры больному предлагалось кашлять с отделением мокроты.

В группе контроля I (n=31) пациенты получали тренировки в зале ЛФК, куда включались занятия на аэробных тренажерах по общепринятым методикам и упражнения для плечевого пояса, выполняемые на тяговых тренажерах в режиме обычной динамической работы. Цикл составил в среднем 8-12 занятий.

В группе контроля II (n=31) пациенты получали только базовый комплекс, который включал соблюдение режима дня, классический массаж грудной клетки, спелеокамеру, минеральные азотно-кремниевые ванны, гидропатию.

Полученные результаты. После проведенного курса реабилитации положительная динамика была отмечена во всех группах. В основной группе наблюдался максимальный процент уменьшения кашля с повышением его продуктивности, максимальное уменьшение болей и дискомфорта в грудной клетке в покое и при дыхании. Выявлен наибольший прирост баланса дыхательных экскурсий (1,19 см) и ФВД (ОФВ1- на 4,5%, ЖЕЛ -

на 5,9%). В контрольной группе I отмечался максимальный процент уменьшения одышки, высокий прирост физической работоспособности (56,2 кгм/м), однако интенсивность кашля уменьшилась незначительно. В контрольной группе II отмечался незначительный прирост по всем исследуемым параметрам.

Выводы. Применение в комплексной реабилитации больных ХОБЛ упражнений, выполняемых в режиме встречного сопротивления, позитивно влияет на клинику, показатели ФВД, повышает баланс дыхательных экскурсий у больных ХОБЛ, но мало способствует уменьшению одышки и повышению физической работоспособности. Применение аэробной нагрузки на тренажерах и динамических упражнений для плечевого пояса оказывает влияние на кардио-респираторную систему в целом, со снижением одышки и повышением физической работоспособности, но в меньшей степени способствует уменьшению кашля и увеличению баланса дыхательных экскурсий.

Кондратьев А.В.

ФГУЗ Клиническая больница N 51 ФМБА России, г.Железнодорожск, Россия

ЗНАЧЕНИЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

За период 2002-2009 гг. нами осмотрено 813 пациентов, обратившийся с жалобами на головную боль (ГБ). Условиями отбора пациентов для исследования были: продолжительность головных болей не менее 1 года, частота - не менее 10-15 дней в месяц, отсутствие внутричерепного патоморфологического субстрата.

В общественном мнении, да и в медицинской литературе, до недавних пор ГБ традиционно связывали с церебро-васкулярной патологией. Исследования последних лет, как мировые, российские, так и наши собственные, показали более существенную роль остеохондроза шейного отдела позвоночника в патогенезе ГБ.

Из общего числа обратившихся, пациенты с ГБ напряжения составили 475 случаев (58,4%), пациенты с цервикогенной ГБ - всего 7 случаев (0,9%). По международной классификации, данные виды ГБ относятся к разным группам: ГБ напряжения - к первичным, цервикогенные ГБ - к вторичным (симптоматическим) ГБ. Но их объединяет наличие в патогенезе такого фактора как шейного остеохондроза. Столь малое количество цервикогенных ГБ в сравнении с ГБ напряжения связано, вероятно, с тем, что хронизация головной боли является фактором, вызывающим депрессию, а значит и превращающим изначально цервикогенную ГБ в ГБ напряжения.

Лечение всех пациентов начиналось с амбулаторного этапа, обязательно включающего в себя препараты и мероприятия для снятия хронического миофасциального синдрома на уровне головы, шеи и плечевого пояса: миолитики (мидокалм, сирдалуд, иногда - баклофен), лечебную гимнастику, тепловые и физиопроцедуры. НСПВП не применялись ввиду краткости курса их применения. При ГБ напряжения в комплекс лечения включались седатики, антидепрессанты, анксиолитики. Курс лечения назначался на 1-1,5 месяца. С пациентом оговаривалось условие: непереносимая повторная явка при неэффективности или малоэффективности назначенной терапии.

О эффективности назначаемых мероприятий можно судить по следующим показателям. Из пациентов с цервикогенными ГБ повторно не обратился не один. Из 475 пациентов с ГБ напряжения в ближайшие 1-3 месяца повторно обратились 28 (5,9%), им предложено стационарное лечение. В стационаре так же применялись миолитики, седатики - в больших дозах, чем на амбулаторном лечении. Расширялся комплекс физиопроцедур. Применялись НСПВП. Основой же стационарного лечения ГБ являлись новокаин-дексазоновые блокады триггерных точек в области затылка, шеи, плечевого пояса. Длительность курса

стационарного лечения - около 16-20 дней. Значительное улучшение, регресс болей до эпизодических отмечали все пациенты.

В настоящее время постоянно наблюдаются 8 пациентов с ГБ напряжения, требующие периодического (1-3 раза в год) курса амбулаторного лечения и 1 раз в год - стационарного лечения.

Приведенные цифры свидетельствуют о высоком терапевтическом потенциале средств, направленных на снятие миофасциального синдрома - в комплексе лечения ГБ. По сути, лечение хронических ГБ напряжения и цервикогенных ГБ близко к лечению обострения остеохондроза шейного отдела позвоночника.

Кондратьев А.В.

ФГУЗ Клиническая больница N 51 ФМБА России, г.Железногорск, Россия

ДИАГНОСТИКА ЦЕРЕБРО-ВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГОЛОВНЫХ БОЛЯХ

В лечении головных болей (ГБ) немаловажную, а иногда ведущую роль имеет определение наличия и степени сосудистой патологии. Многократное неинвазивное исследование мозгового кровотока возможно методом транскраниальной ультразвуковой доплерографии (ТКДГ).

За период 2002-2007 гг. нами осмотрено 637 пациентов, обратившийся с жалобами на ГБ. Мужчин было 209 (32,8%), женщин - 428 (67,2%). Средний возраст - $45,6 \pm 11,9$ лет. Условиями отбора пациентов для исследования были: продолжительность головных болей не менее 1 года, частота - не менее 10-15 дней в месяц, отсутствие внутричерепного патоморфологического субстрата. Полученные данные сравнивались с нормами, приведенными в литературе.

Наиболее частая причина ГБ во всех возрастных группах - ГБ напряжения (n=331). Важным фактором в этиологии ГБ напряжения является остеохондроз шейного отдела позвоночника. Вероятно, поэтому при данной нозологии преобладали нарушения в вертебро-базиллярном бассейне (ВББ). Так, патология в каротидных бассейнах выявлена лишь у 8 пациентов (2,4% в группе ГБ напряжения), тогда как изменения в ВББ - у 234 больных (70,7%). Преимущественно, это были признаки сужения просвета сосудов и асимметрии в них.

При дисциркуляторной энцефалопатии (n=92) нормальная доплерографическая картина была у 1 пациента (1%), патология в ВББ - у 6 пациентов (6,5%), у всех остальных 85 (92,5%) пациентов определялась патология в каротидных бассейнах. Преимущественно, это было асимметричное снижение скоростей кровотока - в 51 случаях (55,4%), из них диффузное (во всех сосудах каротидных бассейнов) - в 26 случаях (28,2%). Из них, у 9 пациентов старше 70 лет ПМА не лоцировались (9,8%).

При вегето-сосудистой дистонии (ВСД) (n=74) преобладали случаи диффузного, без асимметрий снижения скоростей кровотока ниже возрастной нормы - 36 (48,6%). В 11 случаях отмечена "мозаичность" кровотока (14,8%). Норма отмечена у 23 пациента (31%) - в процентном соотношении это больше, чем в какой-либо другой группе. Что, вероятно, объясняется относительно молодым возрастом пациентов в группе ВСД - $30,9 \pm 9$ лет, при среднем возрасте во всей совокупности обследованных с ГБ - $45,6 \pm 11,9$ лет.

Пациентов с мигренями было 69, все обследованы в межприступный период. Преимущественно выявлялась асимметрия кровотока в пределах нормы в сосудах каротидных бассейнов - 33 случая (48%). На втором месте был асимметричный спазм (сужение) в сосудах каротидных бассейнов - 27 случаев (39%). Патология в ВББ выявлена

в 6 случаях (9%). Норма церебральной гемодинамики определялась у 11 пациентов (16%). У 4 больных имелись признаки базилярной мигрени, у всех них выявлен спазм БА.

У 56 пациентов с гипертонической болезнью ТКДГ дала следующие результаты: ангиоспазм и/или сужение сосудов в каротидных бассейнах выявлен у 41 пациентов (73,2%), диффузные ангиоспазм/сужение, в т.ч. в ВББ - у 14 пациентов (25%), норма - лишь в 1 случае (1,8%).

Кондратьев А.В.

ФГУЗ Клиническая больница N 51 ФМБА России, г.Железногорск, Россия

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОПЛЕРОГРАФИЯ ПРИ ГОЛОВНЫХ БОЛЯХ НАПРЯЖЕНИЯ

Головные боли (ГБ) являются важной медико-социальной проблемой. Одной из наиболее частых разновидностей головных болей является ГБ напряжения. По литературным данным, количество таких больных достигает 60% среди всех с ГБ.

В лечении ГБ немаловажную, а иногда ведущую роль имеет сосудистая терапия.

Целью исследования. Установить, какие именно нарушения церебральной гемодинамики имеют место при хронических ГБ напряжения.

Многочисленное неинвазивное исследование мозгового кровотока возможно методом транскраниальной ультразвуковой доплерографии (ТКДГ).

Материалы и методы. За период 2002-2007 гг. нами осмотрено 637 пациентов, обратившийся с жалобами на ГБ. Условиями отбора пациентов для исследования были: продолжительность головных болей не менее 1 года, частота - не менее 10-15 дней в месяц, отсутствие внутрочерепного патоморфологического субстрата. Всем больным производилась ТКДГ, аппаратом Medilink D 3000, датчиком 2 mHz. Исследовались кровотоки в средних мозговых (СМА), передних мозговых (ПМА), задних мозговых (ЗМА), позвоночных (ПА), и базилярной (БА) артериях. Полученные данные сравнивались с нормами, приведенными в литературе.

Результаты и их обсуждение. ГБ напряжения (тензионные ГБ) выявлена в 331 случае (51,9%). Важным фактором в этиологии ГБ напряжения является остеохондроз шейного отдела позвоночника. Вероятно, поэтому при данной нозологии преобладали нарушения в вертебро-базилярном бассейне (ВББ). Так, патология в каротидных бассейнах выявлена лишь у 8 пациентов (2,4% в группе ГБ напряжения), тогда как изменения в ВББ - у 234 больных (70,7%).

Асимметрия кровотока в ПА в пределах нормы определялась в 27 случаях (8,1%), спазм (сужение) одной ПА - в 82 случаях (24,8%), спазм (сужение) обеих ПА - в 72 случаях (21,7%), спазм (сужение) БА - в 132 случаях (39,8%), снижение скоростей кровотока в ВББ - в 37 случаях (11,2%). Отсутствие патологии кровотока в ВББ установлено у 90 пациентов (27,2%). Обращает на себя внимание следующая особенность: средний возраст обследованных во всей группе ГБ напряжения составил $46,2 \pm 10,7$ лет, а средний возраст в подгруппе ГБ напряжения с нормальными показателями кровотока в ВББ - $33,7 \pm 4,9$ лет. То есть, наличие патологии в ВББ достоверно зависит от возраста больных.

Из 234 пациентов с выявленной доплерографически патологией мозгового кровотока в ВББ у 48 (20,6%) данные изменения протекали бессимптомно, у 157 (79,4%) определялись вестибуло-атактический синдром различной степени выраженности и сосудистый шум.

Коротенко О.Ю., Панев Н.И., Цай Л.В.

НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН
г.Новокузнецк, Россия

ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВЫХ И ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ПРИ СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ)

Цель исследования. Определить типы ремоделирования сердца у больных хроническим пылевым бронхитом (ХПБ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы исследования. Нами обследовано 348 больных с ранее диагностированным ХПБ с дыхательной недостаточностью 1 степени в возрасте от 40 до 55 лет. В контрольную группу вошли 77 шахтеров, длительно работающих в условиях повышенной запыленности, но не имеющих патологии легких и сердечно-сосудистой системы. Эхокардиография проводилась на системе "АЛОКА SSD 5500" (Япония) по стандартной методике с расчетом индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ, г/м²), индекса сферичности (ИС), среднего давления в легочной артерии (СрДЛА, мм рт.ст.) и толщины передней стенки правого желудочка (ПСПЖ).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Excel. С ее помощью определяли среднюю арифметическую и ошибку средней ($M \pm m$). Для определения достоверности различий использовали критерий Стьюдента. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. Были выделены 4 группы больных:

- 1-я - 177 больных ХПБ без сердечно-сосудистой патологии;
- 2-я - 81 больной ХПБ с АГ;
- 3-я группа - 29 больных ХПБ с ИБС;
- 4-я группа - 61 больной ХПБ в сочетании с ИБС и АГ.

Установлено, что у больных ХПБ в сочетании с АГ и ХПБ в сочетании с АГ и ИБС отмечается увеличение объемных показателей левого желудочка (ЛЖ), значимое увеличение толщины стенок ЛЖ, а также ИММЛЖ по сравнению, как с контрольной группой, так и с больными ХПБ, то есть отмечается концентрическое ремоделирование ЛЖ, а также снижение фракции выброса (ФВ) ЛЖ по сравнению с больными ХПБ и с контрольной группой. У больных ХПБ в сочетании с ИБС без АГ отмечается значительное увеличение ИС (по сравнению со всеми другими группами) и ФВ ЛЖ - также по сравнению с больными ХПБ и с контрольной группой. В то же время имеется лишь тенденция к утолщению стенок ЛЖ и ИММЛЖ, то есть имеется эксцентрическое ремоделирование и снижение функции ЛЖ у больных ХПБ в сочетании с ИБС. Во всех группах больных ХПБ, независимо от сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы, отмечалось увеличение толщины ПСПЖ в сочетании со значимым, но невыраженным нарастанием СрДЛА. При этом показатель сократительной функции правого желудочка (ПЖ) - ФВ, а также его объемы не отличались от показателей в контрольной группе. Ремоделирование ЛЖ и ПЖ у больных ХПБ в сочетании с ИБС и АГ сопровождалось развитием диастолической дисфункции ЛЖ и ПЖ.

Таким образом, при сочетании ХПБ с АГ, ХПБ с ИБС и АГ отмечается концентрическое ремоделирование обоих желудочков, при сочетании ХПБ с ИБС без АГ - эксцентрическое ремоделирование ЛЖ и концентрическое ремоделирование ПЖ. При сочетании ХПБ с сердечно-сосудистой патологией увеличивается нагрузка на правые отделы сердца, что ускоряет развитие хронического легочного сердца.

Котовщикова Е.Ф., Бувевич Е.И., Куликов В.П., Чудимов В.Ф.,
Пенькова Е.В., Белых В.И., Перегудова И.Г.

Алтайский государственный медицинский университет
Федеральный академический центр по нарушению гемостаза
г.Барнаул, Россия

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ПРИ МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости генетических дефектов (мутаций и полиморфизма в генах) системы свертывания крови у пациентов с мезенхимальной дисплазией (МД) и преимущественным поражением органа мишени - головного мозга.

Пациенты и методы исследования. Проведено комплексное обследование 3000 больных с неврологической симптоматикой при МД. У 20% выявлена венозная дисфункция. Нарушения флэбогемодинамики в системе позвоночных вен подтверждено дуплексным исследованием мозговых и позвоночных сосудов. Данный метод был использован как "экспресс-диагностика" исходного состояния ангио- и флэбогемодинамики. В группу обследованных вошли лица молодого возраста от 4 до 25 лет. Средний возраст пациентов составлял $14,5 \pm 5,6$.

Обследование пациентов проводилось по единой схеме, которая включала: классическое исследование системы гемостаза, наличие гипергомоцистеинемии и состояние сосудистой стенки (по эндотелину₁, интерлейкину₆, СРБ) количественным методом и молекулярно-генетическое тестирование ДНК методом ПЦР.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате исследования в группе больных МД в сочетании с клинической венозной церебральной ангиодистонией выявлено наличие генетической мутации метилтетрагидрофалатредуктазы с гипергомоцистеинемией у 90,8% пациентов, что выше данных выборки наличия этой мутации в популяции (от 62 до 72%) и мутацией ингибитора активатора плазминогена у 44% пациентов, что так же выше допустимых цифр наличия мутации в популяции (от 5 до 8%). Наряду с этим у 3% пациентов нарушения в гемостазе представлены в виде дефицита или аномалии структуры фактора Виллибранда, у 26,7% - дисфункции тромбоцитов.

Наши данные указывают на превалирование риска тромботических осложнений у пациентов с венозной дисфункцией. Риск возможных геморрагических осложнений составляет 29,7%, в то время как тромботических - 90,8%.

Кроме того выявлены мутации, нарушающие функционирование факторов свертывания, антикоагулянтных факторов и системы фибринолиза: FV Leiden (Arg506Gln) составляет 3,8% (23 больных), FII протромбина (20210G/A) составляет 3,3% (20 больных), MTHFR метилтетрагидрофалатредуктазы (Ala222Val) генотип 677CT составляет 87,6% (526 больных), генотип 677TT составляет 3,2% (19 больных), FVII прокорвентин составляет 5,7% (34 больных), PAI-I ингибитора активатора плазминогена (675 4G/5G) генотип 675 4G/5G составляет 62% (372 больных), PAI-I (675 4G/5G) генотип 675 4G/4G составляет 44% (264 больных).

Сочетание двух и более мутаций обнаружено в группе обследованных с мезенхимальной дисплазией и венозной церебральной ангиодистонией в 92,8% случаев, самостоятельные группы мутаций составляют 7,2%.

Выводы. Впервые эти данные обосновывают необходимость учета генетической предрасположенности, коррекции гемостаза в комплексном лечении пациентов с клиникой венозной церебральной ангиодистонии, и требуют дальнейшего уточнения.

Котовщикова Е.Ф., Сюльжина Е.Н., Буевич Е.И.

ГОУ ВПО АГМУ Росздрава, г.Барнаул, Россия

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ ДЖЕНЕРИКОМ АТОРВАСТАТИНА-ТУЛИПОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДОВ КРОВИ И ПРОВосПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Острый инфаркт миокарда (ОИМ) является одной из самых распространенных причин смертности и инвалидизации населения во всем мире, в связи с этим требуется дальнейшее углубленное изучение плейотропных эффектов статинов на маркеры сердечно-сосудистого риска.

Цель работы. Изучить влияние терапии тулипом в дозе 10-20 мг в сутки на липиды крови и уровень интерлейкина-8 (IL-8) у больных с ОИМ.

Материалы и методы. Обследовано 30 больных, средний возраст составил $46,73 \pm 9,91$ лет. Диагноз ОИМ был подтвержден лабораторно-инструментальными методами: креатинфосфокиназа-МВ, тропонин Т, ЭКГ, сцинтиграфия миокарда, коронарография. Кровь получали на 5-7 день от начала болевого приступа. Пациенты были распределены в 2 группы наблюдения: 20 пациентов в группе лечения и 10 пациентов в контрольной группе.

Пациентам группы 1 на фоне адекватно подобранной терапии ОИМ назначалась терапия дженериком аторвастатина-тулипом в начальной дозе 10 мг в сутки с увеличением дозы до обеспечивающей достижение целевого уровня липопротеидов крови (общий холестерин $<4,5$ ммоль/л, холестерин ЛПНП $<2,5$ ммоль/л).

Больные группы 2 находились на стандартной терапии ОИМ. Исходно и через 1 месяц проводилось исследование показателей липидного обмена: общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) и липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) с помощью реагентов "Human, Germany" на полуавтоматическом анализаторе EPOLL-20. IL-8 определяли иммуноферментным методом с помощью реагентов фирмы Bender Medsystems, GmbH (Austria, Europe) на иммуноферментном анализаторе Multiscan EX.

Результаты. Исходно в сыворотке больных с ОИМ выявлено гиперхолестеринемия: ОХС в среднем составил $5,8 \pm 0,7$ ммоль/л, отмечено повышение уровня ХС ЛПНП и снижение ХС ЛПВП в среднем до $1,4 \pm 0,2$ ммоль/л. Кроме того, повышенный уровень IL-8 у больных с ОИМ в среднем до 16 пг/мл, по сравнению с донорами (у доноров уровень IL-8 был <2 пг/мл). Через 1 месяц в группе 1 отмечалось достоверное снижение показателей липидного спектра: ОХС $4,4 \pm 0,4$ ммоль/л, ХС ЛПНП $3,4 \pm 0,3$ ммоль/л и повышение ХС ЛПВП $1,6 \pm 0,2$ ммоль/л. Кроме того, наблюдалось снижение уровня IL-8 в среднем до 10 пг/мл. В группе 2 по истечении 1 месяца наблюдения показатели липидного обмена и IL-8 существенно не изменились.

Выводы. Терапия тулипом в дозе 10-20 мг в сутки у больных с ОИМ способствует снижению показателей липидного обмена, а также снижению IL-8 - провоспалительного цитокина, который является значимым прогнозирующим фактором сердечно-сосудистой смертности. Данный химический эффект этого препарата возможно обусловлен нелипидным, а плейотропным свойством, тем самым снижаются условия для тромбообразования, так как подавляется воспаление сосудистой стенки, что требует дальнейшего изучения.

Кравченко Е.Л., Вострикова Т.А., Власова И.В.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНАЯ ЛЕЙКОМАЛЯЦИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Детский церебральный паралич (ДЦП) является чрезвычайно важной неврологической проблемой в педиатрии, так как считается основной причиной детской инвалидности. Одной из значимых причин формирования ДЦП считаются гипоксически-ишемические поражения головного мозга, в частности, перивентрикулярная лейкомаляция (ПВЛ). По литературным данным частота возникновения ДЦП у детей, перенесших ПВЛ, колеблется от 38 до 95%.

Цель исследования. Изучение частоты выявления ПВЛ у недоношенных детей за трехлетний период (2006-2008 гг.) и изучение этого явления как причины развития ДЦП. За 3 года было обследовано 248 недоношенных детей. Всем новорожденным проводилась нейросонография (НСГ) по стандартной методике на сканере фирмы Pie Medical секторным датчиком 7,5 МГц. Все дети были обследованы не менее 3-4 раз (в возрасте 1-5 суток, 2 недели, 1 месяц, 3 месяца). Только у 12,1% обследованных не было выявлено патологических изменений головного мозга. У 64,5% новорожденных были выявлены признаки незрелости головного мозга. У 17% были выявлены такие изменения, как вентрикулодилатация, перивентрикулярные кисты, субэпендимальные кровоизлияния, гидроцефалия. Признаки острой стадии ПВЛ были диагностированы у 16 младенцев (6,5%). Динамическое наблюдение за детьми с ПВЛ позволило зафиксировать изменения НСГ на различных стадиях. В 12,4% случаев выявлялись признаки первой, легкой степени (повышенная эхогенность перивентрикулярной области). У 25% детей была вторая степень (кисты до 5 мм), у 31,3% - 3 степень ПВЛ (кисты более 5 мм) и у 31,3% - четвертая, тяжелая степень ПВЛ (кисты более 5 мм распространялись на более глубокие отделы мозга). Клинический диагноз ДЦП в возрасте одного года был выставлен 13 детям из всех обследуемых. У детей с выявленной ПВЛ ДЦП был диагностирован у 11 детей (68,7%). У детей без ПВЛ, имеющих другие изменения головного мозга по данным НСГ (202 ребенка) диагноз ДЦП был выставлен только двум детям (0,9%). То есть, встречаемость ДЦП в группе с ПВЛ была достоверно выше ($\chi^2=109,6$, $p=0,000$).

У наблюдаемых нами детей с 1 степенью ПВЛ развития ДЦП не отмечалось. Частота развития ДЦП у детей с 2-4 степенью ПВЛ составила 78%, что выше средних литературных данных (65%). Видимо, это связано с тем, что дети из ОГ, кроме выраженных морфологических изменений головного мозга, имели другие факторы риска, такие как: срок гестации 29-31 недель (68,8% новорожденных), срок гестации менее 29 недель (18,8%), оценка по шкале Апгар менее 5 баллов (75%), низкая масса тела при рождении менее 1500 кг (43,8%), симптомы кардиореспираторной недостаточности, внутриутробное инфицирование (75%).

Таким образом, ПВЛ является основным фактором, приводящим к развитию ДЦП у недоношенных детей, частота развития ДЦП зависит от степени тяжести ПВЛ, у всех недоношенных новорожденных необходим ультразвуковой мониторинг структурных изменений головного мозга в возможно более ранние сроки для выявления начальной стадии ПВЛ и своевременного лечения.

Кувшинов Д.Ю.

Кемеровская государственная медицинская академия, г.Кемерово, Россия

ПАРАМЕТРЫ СТРЕССРЕАКТИВНОСТИ И БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА, ОТНЕСЕННЫХ К РАЗНЫМ ТИПАМ КОРОНАРНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Истоки длительной и многочисленной цепи хронических разрушающих болезней лежат часто далеко от их проявлений. Это приводит к повышению внимания исследователей к изучению факторов риска развития заболеваний. Например, коронарного поведения типа А - особого типа личности, особого типа поведения, способствующего возникновению хронического стресса и, таким образом, являющегося фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Однако данных об уровне стрессреактивности и биологическом возрасте у лиц юношеского возраста разных типов коронарного поведения в научной литературе недостаточно.

На кафедре нормальной физиологии КемГМА у 425 практически здоровых студентов первого и второго курсов медицинской академии 17-21-летнего возраста модифицированной анкетой Дженкинса на основе самооценки был выявлен тип коронарного поведения. Лиц, набравших 30 и менее баллов, относили к поведенческому типу А, лиц с 31-40 баллами - к типу АБ, набравших более 40 баллов - к типу Б (Положенцев С.Д., Руднев Д.А., 1990).

Для оценки стрессреактивности (СР) использовали шесть различных методов:

- 1) цветовой тест Люшера (Собчик Л.Н., 1990);
- 2) опрос по Дж.Тейлору для выявления уровня тревожности (Леонова А.Б., Медведев В.И., 1981);
- 3) оценку "индивидуальной минуты" (Аляничкова Ю.О., Смирнов А.Г., 1997);
- 4) иридокопическое определение числа нервных колец радужки (Вельховер Е.С. и др., 1988);
- 5) функциональную пробу "Математический счет" (Киселев В.И. и др., 1989);
- 6) автоматический анализ ритма сердца для определения индекса напряжения регуляторных систем (ИН) (Баевский Р.М., 1979) с использованием аппаратно-программного комплекса "Хронокард 2.2".

Все параметры СР оценивали с ранжированием на высокие, средние и низкие (3, 2 и 1 балл соответственно). Вычисляли суммарный уровень СР.

Определение биологического возраста старения (БВс) и сравнение его с должной величиной проводились по методу В.П.Войтенко (1984). Для экспресс-оценки физического здоровья использовался метод, разработанный под руководством проф. Г.Л.Апанасенко (1988).

Анализ стрессреактивности показал, что у юношей типа коронарного поведения А (n=35) имеется тенденция к ее более высокому уровню - $12,15 \pm 0,39$ баллов по сравнению с лицами АБ (n=104) - $11,56 \pm 0,32$ баллов. Выше оказались у лиц типа А показатели биологического возраста (ФБВс/ДБВс $1,38 \pm 0,04$ и $1,30 \pm 0,02$ соответственно). Уровень функционального состояния организма по Г.Л.Апанасенко различался несущественно, но субъективно свое здоровье оценивали как худшее лица типа А по сравнению с лицами типа АБ.

У 74 девушек коронарного поведения типа А уровень стрессреактивности был достоверно ($p < 0,05$) выше по сравнению с девушками типа АБ (n=182) и равнялся $13,33 \pm 0,28$ и $12,51 \pm 0,18$ баллам соответственно. Темпы старения девушек типа А оказались выше, чем у девушек АБ (соотношение ФБВс к ДБВс $1,10 \pm 0,02$ и $1,05 \pm 0,01$). В целом у девушек темпы старения были существенно ниже, чем у юношей. У девушек биологический возраст был взаимосвязан с уровнем тревожности по Тейлору, причем более сильно - у лиц

типа А, чем у лиц типа АБ ($r=0,35$, $p<0,05$ и $r=0,23$, $p<0,05$ соответственно). Уровень функционального состояния организма по Г.Л.Апанасенко имел тенденцию к большим значениям у девушек типа А ($6,28\pm 0,54$ баллов) по сравнению с таковым девушек типа АБ ($5,27\pm 0,33$ баллов), но свое здоровье девушки типа А субъективно оценивали как худшее по сравнению с лицами типа АБ.

Таким образом несмотря на отсутствие значимых различий в уровне здоровья на данном этапе (по данным экспресс-оценки по Г.Л.Апанасенко), лица коронарного типа А имеют в целом более высокий уровень СР и более высокие темпы старения.

Марковская А.А., Громова В.А.

Кафедра инфекционных болезней, кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии
ГОУ ВПО КемГМА, г.Кемерово, Россия

ЗНАЧЕНИЕ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ КАНДИДОЗНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Дрожжевые грибы широко распространены во внешней среде и часто встречаются у человека в форме носительства. Это обеспечивает высокую вероятность эндогенного пути возникновения заболевания на фоне снижения иммунологической реактивности организма. В связи с этим необходимость в использовании противогрибковых препаратов в последнее время существенно возросла. Нельзя не учитывать видовое разнообразие грибов рода *Candida*, так как они имеют различие не только по морфологическим и биохимическим свойствам, но и, как следствие, особенности лабораторных способов выделения и диагностики, а также различную чувствительность к современным антимикотикам. В настоящее время, когда растет число тяжелых больных и людей с иммунодефицитами, проблема диагностики кандидозов становится острее. Причем, эта диагностика должна проводиться в полном объеме: с определением видовой принадлежности и чувствительности к антимикотикам. Поэтому целью нашего исследования явился мониторинг видового состава и чувствительности к антимикотикам (АМ) грибов, выделенных от пациентов с дисбиозом кишечника. Всего было идентифицировано 45 клинических штаммов дрожжевых грибов. Морфологию грибов изучали в мазках "раздавленная капля" под бинокулярным микроскопом. Также исследовали культуральные свойства дрожжей по характеру колоний на среде Сабуро и по типу филаментации при посевах по Дальмау. *Candida albicans* идентифицировали с помощью экспресс-метода на образование ростовых трубок в сыворотке лошадиной крови, которые формируются в течение двух часов. Этот признак характерен только для грибов данного вида. При отсутствии ростовых трубок для идентификации других видов дрожжевых грибов изучали отношение грибов к углеводам с использованием тест-системы Аухасолор-2 французской фирмы Bio-Rad. Определение чувствительности выделенных культур к антимикотическим препаратам выполняли с помощью стандартизованного диско-диффузионного метода CLSI M44-A. Для обработки результатов использован метод вариационной статистики.

В результате проведенных исследований было установлено, что подавляющее большинство выделенных штаммов относилось к виду *C. albicans* - 65,2% (что соответствует мировым данным), на долю *C. kefyr* и *C. ciferii* приходилось по 9,3%, *C. lusitaniae* составили 4,7%, по 2,3% случаев приходилось на *C. krusei*, *C. zeylanoides*, *C. guillirmondii*, *C. parapsilosis*, *C. glabrata*. Среди всех видов грибов *C. albicans* чаще встречались у детей до года и у взрослых, тогда как у детей старше года они составили лишь треть от всех изолированных штаммов, при этом у них отмечалось широкое разнообразие грибов рода *Candida*. Среди часто встречающихся штаммов: *C. albicans*, *C. kefyr* и *C. ciferii*, наибольшая чувствительность отмечалась по отношению к нистатину, составившая 100% и

Достижения в диагностике, терапии, педиатрии

клотримазолу - 90-100%. К амфотерицину В были чувствительны только *C. albicans* и *C. siferii*, составившие 89% и 100% соответственно. Самая низкая чувствительность у всех штаммов отмечена по отношению к флуконазолу: среди *C. albicans* только 39,3% изолятов были чувствительны к данному АМ, среди *C. siferii* - 50%, а *C. kefyr* в 100% случаев проявляли устойчивость к флуконазолу. Чувствительность *C. albicans* к антимикотикам в разных возрастных группах выглядела следующим образом: вне зависимости от возраста 90-100% штаммов были чувствительны к нистатину и клотримазолу, к амфотерицину. В 100% чувствительность отмечалась у детей до года и у взрослых, тогда как у детей старше года она составила 66,7%. К флуконазолу наименее чувствительными были штаммы, выделенные от детей до года (33,3%), а у детей старше 1 года и у взрослых она составила 66,7% и 60% соответственно.

Таким образом, для эффективной коррекции дисбиозов, осложненных кандидозной инфекцией большое значение имеет видовая идентификация дрожжевых грибов и определение их чувствительности к антимикотикам.

Мясоедова С.С., Руденко Ю.П.

Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ ВПО КемГМА Минсоцздрава г.Кемерово, Россия

МИКРОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА И КИШЕЧНИКА У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) занимают одно из ведущих мест в структуре гинекологической патологии. При этом неадекватное лечение ВЗОМТ приводит к хронизации процесса, формируя основу патологических состояний, нарушающих фертильную функцию женщины и в ряде случаев требующих хирургической коррекции. Пусковым механизмом развития ВЗОМТ служит воздействие микробного фактора вследствие активации условно-патогенной флоры влагалища или попадания инфекционного агента извне. При этом важное значение имеет состояние биоценоза влагалища, местного и общего иммунитета. В связи с этим важное практическое значение приобретает изучение микроэкологии влагалища в сочетании с микробиологическими аспектами кишечной микрофлоры. При проведении бактериологического исследования просветной области влагалища у женщин с ВЗОМТ были выявлены следующие особенности микроценоза влагалища: снижение количества лактобацилл, частота обнаружения которых не превышала 74,5%, при интенсивности колонизации на 1-2 порядка ниже, чем у здоровых лиц. На фоне снижения уровня лактобацилл наблюдались следующие варианты микроэкологических нарушений просветной области влагалища: значительное содержание факультативно-аэробных бактерий с высоким патогенным потенциалом: энтерококки (17,3%), энтеробактерии (15,5%), *Streptococcus agalactiae* (5,7%) *Corynebacterium* spp. (5,7%), *Staphylococcus aureus* (3,8%) и грибы рода *Candida* (13,5%); нарастание количества облигатно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов, в первую очередь, бактероидов (31,6%) и *Mobiluncus* spp (10,6%). Кроме того, в просветной области влагалища обнаруживались *Fusobacterium* spp (4,3%), *Propionobacterium* spp (4,3%), *Leptotrichia buccalis* (4,3%) и *Actinomyces* spp (8,5%). Из микроаэрофилов у трети обследованных женщин определялась *Gardnerella vaginalis* (32%). Присутствие в просветной микрофлоре влагалища БВ-ассоциированной микрофлоры: гарднерелл, мобилункус и бактероидов говорит о бактериальном вагинозе (БВ), который в сочетании с факультативно-анаэробной флорой обуславливает развитие бактериального вагинита, определяющего степень тяжести инфекционного процесса. Для выявления взаимоотношений между состоянием микрофлоры урогенитального тракта и кишечника у всех женщин с ВЗОМТ было проведено бактериологическое исследование

фекальной микрофлоры. Полученные результаты показали, что у 45,2% женщин состояние микробиоценоза кишечника расценивалось как дисбактериоз II степень, у 40,5% - как III степень. На долю I степени приходилось 9,5% случаев и IV степень дисбактериоза регистрировалась только у 2,1% женщин. У всех женщин отмечалось угнетение индигенной флоры - лактобацилл и бифидобактерий. Несмотря на то, что частота встречаемости бифидобактерий и лактобацилл составила 97,62%, однако у 63,4% женщин титр бифидобактерий был снижен до 7-8 lg КОЕ/мл, а у 21,9% женщин - до 6-5 lg КОЕ/мл. Кроме того, у 34,1% женщин отмечено также снижение уровня лактобацилл до 6-5 lg КОЕ/мл и ниже. На фоне снижения общего количества кишечной палочки отмечалось увеличение ее гемолитических форм, появление условно-патогенных энтеробактерий рода *Klebsiella spp* (4,8%) и других (9,5%). Кокковая флора была представлена гемолизинпродуцирующими стрептококками и *Staphylococcus aureus* (2,38%). Полученные данные показывают наличие общих закономерностей изменения микробиологических показателей просветной микрофлоры кишечника и влагалища. Соотношение индигенных и условно-патогенных микроорганизмов, формирующих биотопы, предопределяет возникновение, тяжесть и длительность течения воспалительных процессов.

Таким образом, оценка состояния биоценоза кишечника у женщин при ВЗОМТ может служить объективным критерием состояния больной и прогноза эффективности лечения.

Осипова Е.А., Суржикова Г.С., Сырнева Л.Г., Шагова Д.С., Пурахина С.М.

МЛПУ "Городская клиническая больница N 1", г.Новокузнецк, Россия

К ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ФАКТОРОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ

В настоящее время существует тенденция к росту хронических бактериальных и вирусных заболеваний. Одними из таких заболеваний являются воспалительные заболевания половых органов у женщин. Наиболее частыми возбудителями которых, являются *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans*. В защите макроорганизма от инфекционных агентов большая роль отводится нейтрофильным лейкоцитам и макрофагам.

Цель исследования. Оценка функционального состояния моноцитов и зрелых нейтрофилов у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов.

Материалы и методы. Обследованы 80 женщин в возрасте от 23 до 48 лет с обострением хронического аднексита, эндометрита, находившиеся на лечении в гинекологическом отделении МЛПУ "ГКБ N 1". Длительность заболевания от полугода до 5 лет. Рецидивы заболевания отмечались с частотой 1 раз в 6 месяцев. Всем больным проведено клинико-лабораторное исследование: определение видоспецифических антител методом ИФА, выявление видо- и родоспецифических ДНК возбудителей, определяемых методом ПЦР, а также цитологическая картина мазка. На основании комплекса исследований сформированы 3 группы больных: 1-ую группу составили 35 женщин с признаками уреа- и микоплазменной инфекцией, 2-ая группа представлена 27 женщинами с признаками вагинального кандидоза, в 3-ю группу вошли 18 женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов, вызванные хламидиями. Контрольную группу составили практически здоровые женщины в возрасте от 20 до 45 лет.

Оценка функционального статуса нейтрофилов включала изучение фагоцитарной активности нейтрофилов, в качестве объекта фагоцитоза использовали культуру золотистого стафилококка штамм 209. Функциональную полноценность моноцитов оценивали по степени экспрессии на клетках HLA-DR антигена. HLA-DR принадлежит к молекулам главного

комплекса гистосовместимости класса II, ответственных за представление антигена Т-клеткам и с высокой плотностью экспрессируются на моноцитах у здоровых людей. По данным ряда авторов (Хайдуков С.В., 2007, Зурочка А.В. и соавт., 2008) при патологических состояниях уровень экспрессии HLA-DR на моноцитах снижается и может служить тестом для идентификации иммунодепрессии с последующей иммуномодулирующей терапией. Анализ экспрессии HLA-DR на моноцитах проводили в периферической крови по моноцитарному гейту методом прямой цитофлуориметрии с использованием моноклональных антител HLA-DR, меченных фикоэритрином ("Becton Coulter", США) в многопараметрическом анализе с поэтапным гейтированием на проточном цитометре FC 500 "Becton Coulter", США.

Со стороны фагоцитарной функции нейтрофилов у пациентов с признаками уреэ- и микоплазменной инфекции и у больных с хламидийной инфекцией отмечается снижение фагоцитарной активности нейтрофилов с нарушением функции завершенности фагоцитоза, индекс завершенности фагоцитоза составил $0,89 \pm 1,6$ и $0,88 \pm 0,07$ соответственно, против $1,16 \pm 0,02$ у здоровых лиц ($p < 0,005$). Среди пациентов с вагинальным кандидозом индекс завершенности фагоцитоза составлял $0,92 \pm 0,05$ и существенно не отличался от такового у здоровых лиц, тем не менее, фагоцитарное число нейтрофилов после 2-х часовой инкубации с культурой золотистого стафилококка остается достаточно высоким.

При исследовании экспрессии HLA-DR-антигенов на моноцитах количество моноцитов, экспрессирующих молекулы HLA-DR, у всех обследованных женщин независимо от этиологического фактора, вызвавшего воспалительный процесс, было снижено. Доля моноцитов, экспрессирующих HLA-DR составила $49,25 \pm 12\%$ против $90 \pm 6\%$ у практически здоровых лиц ($p = 0,000$). Снижение уровня экспрессии HLA-DR антигена свидетельствует о функциональной недостаточности моноцитов, что увеличивает риск развития и хронизации инфекционно-воспалительных процессов у обследованных женщин.

Осипова И.В., Соболева А.Б., Воробьева Е.Н.

Алтайский государственный медицинский университет, МУЗ "Городская больница N 9"
г.Барнаул, Россия

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЭКГ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДЕСКВАМИРОВАННЫХ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ В ДИАГНОСТИКЕ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ С ХСН

Цель исследования. Изучение возможностей использования ЭКГ ВР и определения десквамированных эндотелиоцитов у больных с ХСН для выявления риска развития наджелудочковых аритмий.

Материал и методы. Под наблюдением 40 пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью. Причиной ХСН явились ИБС, ГБ или их сочетание. Средний возраст больных составил $66,7 \pm 8,6$ лет. Пациентам проводилось стандартное комплексное клиническое, лабораторное (с исследованием липидов и липопротеидов сыворотки крови) и инструментальное (ЭКГ, ЭКГ ВР, ЭХО-КГ, ВЭМ, ЧПС НА СКН) обследование, определение дисфункции эндотелия по количеству десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) в плазме (Hladovec J. 1978) с использованием микроскопа ЛОМО Микромед-1 и фазово-контрастного устройства КФ-4, 6-минутный тест ходьбы.

Далее всем больным было проведено исследование на наличие поздних потенциалов предсердий (ППП) по Симпсону методом ЭКГ ВР. Отсутствие ППП констатировали при $FR < 119$ мс, критерием возможного наличия ППП считался интервал значений показателя $120-129$ мс, наличие ППП диагностировали при значениях $FR > 129$ мс. Выявление ППП является маркером возникновения наджелудочковых аритмий.

Результаты исследования. Установлено, что в зависимости от выявления ППП пациенты были разделены на 3 группы:

1. Пациенты без ППП;
2. Пациенты с возможным наличием ППП;
3. Пациенты с выявленным ППП.

В ходе проведенного обследования ППП не были зарегистрированы у 22 (55%) больных, у 8 (20%) - наличие ППП было возможно, у 10 (25%) - ППП были выявлены. Показатель FIP при отсутствии ППП составил $89,8 \pm 5,6$ мс ($p < 0,001$); при возможных ППП - $123,8 \pm 0,4$ мс ($p < 0,001$); при выявленных ППП - $146 \pm 2,2$ мс. Проведено сравнение размеров левого предсердия (ЛП) у пациентов всех 3-х групп: размеры ЛП при выявленных ППП составили $42,3 \pm 1,5$ мм, что на 3,9 мм больше чем у пациентов с возможными ППП ($p < 0,001$). Достоверных различий величины ЛП у пациентов без ППП и с возможным ППП не выявлено.

Высокая зависимость показателей ДЭ выявлена от наличия или отсутствия у больных ППП, в группе с ППП ДЭ - $6,8 \pm 0,2$, в группе без ППП ДЭ - $6,2 \pm 0,1$ ($p < 0,01$); а так же от наличия в анамнезе инфаркта миокарда, у больных с ПИКС среднее значение ДЭ - $8,0 \pm 0,1$; у больных без инфаркта миокарда в анамнезе ДЭ - $5,5 \pm 0,06$ ($p < 0,01$).

Выводы. Таким образом наличие ППП является маркером физиологического субстрата наджелудочковых аритмий, а ДЭ предиктом эндотелиальной дисфункции при нарушениях ритма. В ходе исследования было выявлено преимущественное влияние перегрузки ЛП на параметры ППП. Была установлена достоверная взаимосвязь продолжительности FIP и размера ЛП. Чем значительнее размеры предсердий, тем более выражено изменение их ультраструктуры и, следовательно, возрастает вероятность появления наджелудочковых нарушений ритма сердца. Таким образом, метод ЭКГ ВР является высокоточным методом выявления вероятного появления наджелудочковых аритмий и больных с ХСН, а количество десквамированных эндотелиоцитов о степени дисфункции эндотелия у данной группы больных, что важно для назначения ранней антиаритмической, патогенетической терапии и контроля ее эффективности.

Осипова О.Н., Колодезникова М.Е., Климова Т.М.

МУ "Поликлиника N 1" городского округа "Город Якутск"
ФГНУ "Институт здоровья", г.Якутск, Россия

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Крупномасштабные международные исследования свидетельствуют, что смертность у лиц с артериальной гипертонией (АГ) в 2 раза выше среди курящих, чем некурящих пациентов. Учитывая высокую распространенность курения среди населения, проблема эффективности антигипертензивной терапии у курящих пациентов является крайне актуальной.

Цель исследования. Изучение основных показателей суточного мониторирования АД (СМАД) в зависимости от статуса курения у пациентов, получающих гипотензивную терапию.

Методы исследования. В исследовании приняли участие 52 пациента со 2 степенью АГ в возрасте от 29-63 лет, получающих антигипертензивную терапию. В I группу численностью 24 человек вошли курящие пациенты (курящими считались лица, выкуривавшие по крайней мере одну сигарету в сутки), во II группу численностью 28 человек вошли некурящие пациенты. Средний возраст пациентов в обеих группах составил соответственно $48,2 \pm 1,7$ и $48,4 \pm 2,0$ лет.

СМАД проводилось с использованием регистратора АД BPLab (Россия) на основе осциллометрического метода измерения с временными интервалами 15 мин днем и 30 мин ночью. Анализировались среднее систолическое АД (САД) и среднее диастолическое АД (ДАД) за 24 часа, за период бодрствования и сна, пульсовое давление (ПАД), вариабельность АД и индекс времени (ИВ).

Результаты исследования. В группе курящих по сравнению с группой некурящих пациентов среднее САД за 24 часа было достоверно выше и составило $149,7 \pm 2,8$ мм.рт.ст. и $143,2 \pm 2,6$ мм.рт.ст. соответственно ($p < 0,05$). Среднее ДАД было также достоверно выше в I группе по сравнению со II группой ($95,3 \pm 2,2$ мм.рт.ст. и $89,2 \pm 2,0$ мм.рт.ст., $p < 0,05$). Среднее ПАД за 24 часа было выше в группе курящих, чем некурящих ($54,7 \pm 1,6$ мм.рт.ст. и $52,6 \pm 2,0$ мм.рт.ст. соответственно).

В дневное время в I группе среднее САД и среднее ДАД составили $152,6 \pm 3,1$ мм.рт.ст. и $97,4 \pm 2,4$ мм.рт.ст., во II группе $148,6 \pm 2,8$ мм.рт.ст. и $94,9 \pm 1,9$ мм.рт.ст.

В ночные часы у курящих пациентов показатели среднего САД и ДАД были достоверно выше, чем у некурящих пациентов и составили $138,4 \pm 2,3$ мм.рт.ст. и $86,4 \pm 1,4$ мм.рт.ст., $127,5 \pm 2,3$ мм.рт.ст. и $79,1 \pm 1,6$ мм.рт.ст. соответственно ($p < 0,05$).

Показатели ИВСАД и ИВДАД в дневное время в I группе составили $73,8 \pm 5,5$ и $66,4 \pm 6,2$ мм.рт.ст., во II группе - $63,2 \pm 5,8$, и $60,8 \pm 5,8$ мм.рт.ст. Аналогичная ситуация наблюдалась и в ночное время. Так, ночью ИВСАД в группе курящих пациентов составил $76,5 \pm 5,0$, тогда как в группе некурящих $47,3 \pm 6,0$, ИВДАД соответственно $77,1 \pm 5,1$ и $61,6 \pm 5,9$ ($p < 0,05$).

Показатели вариабельности САД и ДАД достоверно в группах не различались.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о том, что курящие пациенты по сравнению с некурящими пациентами имеют более неблагоприятный профиль суточного АД. У курящих пациентов наблюдаются более высокие уровни САД и ДАД, а также более высокие значения ПАД и индекса времени САД и ДАД. Таким образом, у курящих пациентов по сравнению с некурящими эффективность гипотензивной терапии ниже.

Полтавцева О.В., Нестеров Ю.И., Бондарева И.Н.

ГОУ ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия", г.Кемерово, Россия

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ВНУТРИСЕРДЕЧНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ И ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Цель исследования. Изучить влияние комбинированной антигипертензивной терапии ингибитором АПФ квинаприлом (аккупро) и тиазидоподобным диуретиком индапамидом (арифоном) на показатели внутрисердечной гемодинамики и диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) у больных артериальной гипертензией (АГ), в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа и без СД.

Материал и методы. В амбулаторных условиях пролечено 60 пациентов обоих полов (средний возраст $55,3 \pm 9,6$ лет) с АГ в сочетании с СД легкой и средней степени тяжести (1-я группа) и без СД (2-я группа) со сроком наблюдения 12 недель. Сформированные группы больных существенно не различались по полу, возрасту и давности АГ. Всем пациентам проводились общеклинические и биохимические исследования крови, электрокардиография, эхокардиография.

Результаты исследования. Исходно в 1-й группе больных с АГ с СД 2 типа по сравнению со 2-й группой больных с АГ без СД прослеживались более выраженные процессы ремоделирования ЛЖ, проявившиеся увеличением конечного систолического размера

(КСР) ЛЖ до $3,61 \pm 0,26$ см и конечного систолического объема (КСО) до $55,3 \pm 9,98$ мл. В результате трехмесячной комбинированной антигипертензивной терапии существенно уменьшились размеры и объемы левого желудочка. Так, в 1-й группе больных КСР достоверно ($p < 0,05$) снизился на 3,0% (с $3,61 \pm 0,26$ до $3,50 \pm 0,26$ см). Во 2-й группе КСР снизился на 5,2% (с $3,43 \pm 0,18$ до $3,25 \pm 0,18$ см, $p < 0,05$), а конечный диастолический объем на 4,4% (с $129,90 \pm 7,76$ до $124,17 \pm 7,58$ мл, $p < 0,05$). КСО достоверно ($p < 0,05$) снизился в обеих группах на 7,1% и на 12,2%, соответственно. Наряду с этими изменениями повысилась фракция выброса ЛЖ: в 1-й группе - на 3,6%, во 2-й группе - на 4,9% ($p < 0,05$).

Исходно у больных обеих групп были выявлены признаки нарушения расслабления ЛЖ, особенно у пациентов АГ с СД. Характерными изменениями показателей диастолической функции ЛЖ явились замедление заполнения ЛЖ в раннюю диастолу (пик Е), перераспределение кровотока в пользу позднего диастолического наполнения (уменьшение отношения Е/А) и замедление активного расслабления. Через 12 недель комбинированной антигипертензивной терапии у пациентов обеих групп отмечалось достоверное ($p < 0,01$) улучшение диастолических свойств ЛЖ, особенно у больных с АГ без СД. Так, у пациентов этой группы к концу лечения скорость раннего наполнения ЛЖ (пика Е) увеличилась на 11,9%, скорость позднего наполнения ЛЖ (пика А) снизилась на 10,3%, соотношение Е/А увеличилось на 26,1%, время изометрического расслабления уменьшилось на 19,8%. У больных АГ с СД эти показатели составили 7,8% и 2,8%, 15,1% и 9,1% соответственно, что свидетельствовало о положительной перестройке структуры диастолического наполнения ЛЖ.

Выводы. Трехмесячная комбинированная антигипертензивная терапия ИАПФ квинаприлом в средней дозе $23,3 \pm 9,87$ мг/сут и индапамидом в дозе 1,5 мг/сут способна предупреждать процесс ремоделирования отделов сердца и улучшать диастолическую функцию левого желудочка как у больных с АГ, ассоциированных с СД 2 типа, так и у больных с АГ без СД. В конечном итоге, эти положительные изменения способствуют профилактике сердечной недостаточности.

Ромашкина Л.В., Довбета И.И., Помыткина Н.Ю., Лазарева С.В.

ГУЗ ОКОХБВЛ, г.Прокопьевск, Россия

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИКИ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ МЕТОДОМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ

Позвоночная артерия представляет собой магистральный сосуд головного мозга. Клинический синдром позвоночной артерии актуален до настоящего времени из-за сложности диагностики на фоне хронической ишемии головного мозга. Ультразвуковая доплерография (УЗДГ) позволяет получить информацию о гемодинамике внутричерепных участков позвоночной артерии. Скрининг - методом УЗДГ определяется окклюзия, стеноз, эластичность артерии и скорость кровотока. Метод не требует специальной подготовки, возможен для обследования как стационарных, так и амбулаторных пациентов.

Цель исследования. Изучение изменения кровотока в позвоночной артерии (ПА) на участке V_3 , V_4 и выявления зависимости вертебральной УЗДГ от функциональных нагрузок (поворотных проб - ПП) с оценкой комплекса количественных показателей и проведенного реабилитационного лечения.

Материалы и методы. Проведено исследование 96 пациентов, находящихся на лечении, в отделении реабилитации ГУЗ ОКОХОВЛ за 2007-2008 гг. на аппарате "Ангиодин" с программным обеспечением на базе отделения функциональной диагностики больницы. Локация ПА проводилась через большое затылочное отверстие из центральной и парамедианных

точек. Регистрация спектра кровотока по одной из ПА с измерением пиковой систолической скорости повторялись после поворотной пробы (ПП). После данных функциональных нагрузок оценивались фоновые значения линейных параметров кровотока в СМА и ПА, а так же эти показатели через стандартный временной интервал после поворота головы. Вычислялся индекс реактивности (ИР) - отношение значения параметра после проведения пробы (ЛСК п) к его значению до пробы (ЛСК о) в процентах. А так же оценивались асимметрия кровотока ПА по трем критериям:

- 1) гемодинамически незначимые изменения (ГДНИ) - менее 15%;
- 2) гемодинамически значимые изменения с умеренно выраженной асимметрией кровотока (ГДЗУИ) от 15-29%;
- 3) гемодинамически значимые выраженные изменения с асимметрией кровотока (ГДЗВИ) более 30%.

Все больные были разделены на 5 возрастных групп:

I группу 20-30 лет составляли 10 человек;

II группу 31-40 лет составили 12 человек;

в III группу 41-50 лет вошли 36 человек;

в IV группу 51-60 лет включено 26 человек;

в V группе старше 60 лет находилось 13 человек.

Пациентом проведено неврологическое, рентгенологическое, офтальмологическое и дополнительное функциональное обследование (ЭЭГ, РЭГ и ЭХО ЭС).

Анализ показал, что в I группе исследуемых у всех пациентов отмечались ГДЗИ более 15%. При поворотных пробах асимметрия кровотока в ПА отмечена в 29% случаях. ИР менее 30% у 6 человек, более 30% у 3-х человек, без реакций у 1 человека.

Во II группе у 7 человек выявлена реакция на ПП с ГДЗВИ асимметрия кровотока и ИР до 30%.

В III группе у 20 человек определялись ГДНИ, с асимметрией кровотока до 29% у 11 человек, положительные ПП у 18 человек. ИР не показателен у 7 человек, ИР более 30% у 12 человек.

В IV группе ГДНИ обнаружены у 14 пациентов. Двухсторонние поворотные пробы положительны у 8 человек. ГДЗУИ кровотока определены в 29%, ИР менее 30% у 9 человек, более 30% у 17 человек, у 14 человек ИР без перемен.

В V группе ГДНИ обнаружены у 10 человек, из них двухсторонние положительные ПП у 3 человек, без изменений у 3, ИР выражен у 5 человек, без перемен у 3 человек.

После проведенного комплексного лечения (лекарственная терапия, массаж, ЛФК, ИРТ, физиолечение, дистракционное вытяжение) доказательно изменился кровоток за счет улучшения циркуляции крови и снятия миофасциальных болей в I, II, III группах (молодой и зрелый возраст исследуемых). Незначительные улучшения в IV и V группах (снижение эластичности сосудов из-за атеросклероза в более пожилом возрасте). Индекс реактивности мало показателен при частом адекватном лечении больных, более показателен при первичном обращении в отделение.

Выводы.

1. УЗДГ является достоверным методом комплексной оценки кровообращения в позвоночной артерии в субокципитальном окне (участок V3, V4).

2. Наиболее информативны поворотные пробы с оценкой индекса реактивности.

3. Эффективность лечения по данному УЗДГ отмечено в 81% случаев у пациентов в возрасте от 20 до 50 лет.

Семенихин В.А., Одинцева О.В.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров" г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У РАБОТНИКОВ УГЛЕДОБЫВАЮЩИХ ПРЕДПРИЯТИЙ КУЗБАССА

Цель исследования. Исследование показателей спирометрии и оценка качества жизни работников угледобывающих предприятий Кузбасса в зависимости от интенсивности пылевой нагрузки и отношения к курению.

В исследовании приняли участие 1321 человек, работающих на угледобывающих предприятиях Кузбасса. При проведении периодического медицинского осмотра выполнена спирометрия с использованием спирометра PONY "COSMED" с записью кривой поток-объем и результатов ее измерений. Для оценки качества жизни проведено анкетирование с использованием анкеты MOS SF-36.

Все пациенты, включенные в исследование, - мужчины 20-69 лет, средний возраст: $41,4 \pm 0,27$ лет. Общий стаж работы пациентов составил $20,67 \pm 0,27$ лет, стаж работы в условиях воздействия вредных факторов $17,14 \pm 0,3$ лет. Количество работников основных профессий угледобывающей промышленности составило 853 человека, 64,6% от общего числа обследованных, количество работников вспомогательных профессий - 468 человека (35,4%). Из общего числа обследованных 454 (34,4%) человека были некурящими. Курильщиками являлись 867 человек (65,6%), индекс курения составил $12,6 \pm 0,33$ пачек/лет.

При исследовании данных спирометрии установлено, что скоростные показатели спирометрии соответствовали нормальным показателям или условно нормальным для данной категории пациентов. При проведении сравнительного исследования между группами основных и вспомогательных профессий установлено, что у работников вспомогательных профессий угледобывающей промышленности индекс Тиффно был достоверно ниже, чем у работников основных профессий ($p < 0,05$). При сравнении данных спирометрии между группами курящих и некурящих пациентов выявлено, что индекс Тиффно и пиковая скорость выдоха у курильщиков были достоверно ниже, чем у некурящих ($p < 0,05$).

Анализ параметров качества жизни показал, что по всем шкалам, составляющим психический и физический компоненты здоровья, результаты превышают общероссийские данные. При исследовании параметров качества жизни у работников основных и вспомогательных профессий физический компонент здоровья и шкала интенсивности боли, являющаяся его составляющей, были достоверно выше у работников вспомогательных профессий угольной промышленности, чем у работников основных профессий. При сравнении показателей качества жизни среди групп курящих и некурящих пациентов, значение шкалы жизненной активности у курильщиков было достоверно выше, чем у некурящих.

При проведении корреляционного анализа выявлена обратная корреляционная зависимость между стажем работы во вредных условиях и форсированной жизненной емкостью легких ($p < 0,05$), между стажем работы во вредных условиях и физическим компонентом здоровья ($p < 0,05$).

Таким образом, в результате поведенного исследования установлено, что скоростные показатели бронхиальной проходимости у работников основных профессий угледобывающей промышленности выше, чем у работников вспомогательных профессий, у курильщиков - ниже, чем у некурящих. Физический компонент здоровья выше у работников вспомогательных профессий угольной промышленности, чем у работников основных профессий. С увеличением стажа работы во вредных условиях снижаются показатели бронхиальной проходимости и физический компонент здоровья как один из параметров качества жизни.

Соболева А.Б., Осипова И.В., Воробьева Е.Н.

Алтайский государственный медицинский университет, МУЗ "Городская больница N 9"
г.Барнаул, Россия

ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И У БОЛЬНЫХ С ХСН

Цель исследования. Выявить причины, влияющие на степень эндотелиальной дисфункции и электрическую нестабильность миокарда у больных с ХСН.

Материал и методы. Проведено обследование 40 больных, страдающих хронической сердечной недостаточностью. Причиной ХСН явилась ИБС, ГБ или их сочетание. Средний возраст больных составил $66,7 \pm 8,6$ лет. Больным проводилось общеклиническое обследование, 6-минутный тест ходьбы, ЭКГ, ЭХО-КГ. Дисфункцию эндотелия определяли по количеству десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) в плазме (Hladovec J., 1978) с использованием микроскопа ЛОМО Микромед-1 и фазово-контрастного устройства КФ-4.

Электрическую нестабильность миокарда определяли с помощью прибора "КардиоВизор-06с", являющегося компьютерным анализатором ЭКГ покоя. Он относится к новому поколению приборов для кардиоскрининга, основанных на технологии контроля низкоамплитудных колебаний ЭКГ-сигнала. В оценке данных используют дисперсионные характеристики, которые при наличии патологических изменений выходят за пределы нормы. Чем больше площадь этих областей, тем больше отклонения от нормы. Величина площади оценивается интегральным индикатором "миокард". Индекс "миокард" (ИМ) измеряется в диапазоне от 0% до 100%, т.е. от полного отсутствия отклонений от нормы до патологического состояния с выраженными отклонениями во всех группах дисперсионных характеристик.

Результаты исследования. Всем больным был проведен 6-минутный тест ходьбы. По результатам теста пациентов отнесли ко II или III ФК сердечной недостаточности по NYHA. По классификации Василенко-Стражеско больные разделились на 3 группы в зависимости от стадии сердечной недостаточности (I, 2А или 2Б). У больных со II ФК ХСН индекс миокард (ИМ) составил $24,4 \pm 0,08\%$, а у пациентов с III ФК ХСН - $27,5 \pm 0,07\%$. Количество десквамированных эндотелиоцитов при II ФК было больше, чем у больных с III ФК ($6,4 \pm 0,02$ и $5,8 \pm 0,04$ соответственно ($p < 0,05$)). У пациентов с I ст. ХСН ИМ составил $22,8 \pm 0,03\%$, количество ДЭ $5,6 \pm 0,02$, а у пациентов с более высокой стадией (2А и 2Б) ИМ - $35,3 \pm 0,3\%$, количество ДЭ $6,2 \pm 0,2$ ($p < 0,05$). Давность заболевания так же повлияла на показатели ИМ и количество ДЭ. При длительности сердечно-сосудистого заболевания менее 10 лет - ИМ составил $23,9 \pm 0,07\%$, ДЭ - $6,3 \pm 0,11$, а более 10 лет ИМ - $31,8 \pm 0,09$, ДЭ $7,1 \pm 0,07$ ($p < 0,01$). Наиболее высокая зависимость показателей ИМ и ДЭ выявлена от наличия или отсутствия у больных нарушений ритма (в группе с мерцательной аритмией ИМ составил $30,8 \pm 1,6\%$, ДЭ - $6,8 \pm 0,2$, в группе без нарушений ритма ИМ - $16,4 \pm 0,9\%$, ДЭ - $6,2 \pm 0,1$ ($p < 0,01$)); а так же от наличия в анамнезе инфаркта миокарда (у больных с ПИКС среднее значение ИМ $35,3 \pm 0,8\%$, ДЭ - $8,0 \pm 0,1$; у больных без инфаркта миокарда в анамнезе ИМ - $23,1 \pm 0,7\%$, ДЭ - $5,5 \pm 0,06$ ($p < 0,01$)).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о высокой зависимости у больных с ХСН показателя электрической нестабильности миокарда и количества десквамированных эндотелиоцитов от наличия в анамнезе инфаркта миокарда, нарушения ритма сердца, стадии ХСН и от давности заболевания и не зависит от функционального класса сердечной недостаточности.

Соловьева Н.А.

Учреждение Российской академии медицинских наук
Якутский научный центр комплексных медицинских проблем Сибирского отделения РАМН
г.Якутск, Россия

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ЯКУТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

По данным мониторинга за последние 10 лет на территории Республики Саха (Якутия) среди детского населения наблюдается рост заболеваемости бронхиальной астмой (БА) в 2,5 раза, что составляет 903,7 на 100 тыс. Важную роль в индукции и поддержании воспаления при данной патологии принадлежит группе родственных молекул интерлейкинов (ИЛ).

Цель исследования. Оценка значения полиморфных вариантов - 589С/Т, G/C 3'utr гена IL4; I50V, Q551R гена IL4RA; C703T гена IL5; G80A гена IL5RA и G1972A гена IL5RB в развитии и формировании клинического разнообразия БА в якутской популяции.

Под наблюдением находились пациенты в возрасте от 6 до 15 лет (n=103) с диагнозом atopическая БА, якуты по этнической принадлежности. В контрольную выборку были включены практически здоровые дети (n=223), сопоставимые по возрасту, этнической принадлежности и месту рождения с группой пациентов. Молекулярно-генетическое исследование проведено на базе отдела молекулярной генетики ЯНЦ КМП СО РАМН.

Результаты исследования. У пациентов с БА по сравнению со здоровыми лицами были выявлены следующие особенности: преобладание аллеля - 589Т (0,728; p=0,000; OR=1,97) полиморфного варианта 589С/Т гена IL4 и аллеля С 3'UTR (0,752; p=0,014; OR=1,62) полиморфного варианта G/C 3'UTR гена IL4, пониженная частота аллеля 551Q (0,650; p=0,024;) полиморфного варианта Q551R гена IL4RA и аллеля 50V (0,510; p=0,007) полиморфного варианта I50V гена IL4RA. Получены статистически значимые различия частот генотипов между группами больных, различающихся по степеням тяжести БА: при тяжелом течении заболевания чаще наблюдались гетерозиготные генотипы - 589С/Т гена IL4 и 551Q/R гена IL4RA в сочетании с гомозиготными генотипами C/C 3'UTR гена IL4 и 50I/I гена IL4RA (p=0,001-0,024); при среднетяжелом течении - 589Т/Т и C/C 3'UTR гена IL4 с 551Q/R и 50I/V гена IL4RA (p=0,000-0,024); при легкой - 589Т/Т и C/C 3'UTR гена IL4 с 551Q/Q и 50I/V гена IL4RA (p=0,000-0,004).

Так же нами установлено, что в группе больных БА отмечалось преобладание аллеля G1972 (0,971; OR=6,42; CI: 2,63-16,68; p=0,000) и генотипа G/G (94,2%; OR=6,37; p=0,000) полиморфного варианта G1972A гена IL5RB. Статистически значимые величины по повышенному риску развития БА выявлены для генотипа G/A (55,3%; OR=1,8; p=0,019) полиморфного варианта G-80A гена IL5RA, тогда как полиморфный вариант C-703T гена IL5 с риском развития atopической БА в якутской популяции ассоциирован не был.

Соловьева Н.В.

Читинская государственная медицинская академия, г.Чита, Россия

ПОКАЗАТЕЛИ ФОСФОЛИПИДОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Повреждение респираторного тракта в структуре заболеваемости детей районов Читинской области и города Читы, характеризующиеся крайними климато-географическими особенностями, занимает первое место.

Цель исследования. Изучение состояния спектра фосфолипидов у детей с заболеваниями легких. Из них 29 - с ОРВИ средне-тяжелой формой, 48 - с острым простым бронхитом (ОПБ), 31 - с острой пневмонией (ОП), 32 ребенка, страдающих рецидивирующим (РБ) и 28 - с астматическим (АБ) бронхитами.

Материал исследования - сыворотка крови, в которой определяли общие фосфолипиды (ФЛ) и их спектр. Разделение ФЛ сыворотки крови осуществляли двухмерной микротонкослойной хроматографией.

При сравнительной характеристике индивидуальных ФЛ минимальные сдвиги были у пациентов с ОРВИ, а более выраженные - при бронхите и пневмонии. Если при ОРВИ наблюдался незначительный рост уровня метаболически активных ФЭА и ФС на 3,5% и 4,2% соответственно, при ОПБ цифры указанных параметров падали на 16,0% и 29,3% соответственно, при острой пневмонии - уменьшение ФЭА на 50,2% сочеталось с ростом величин ФС на 47,4% относительно контроля. Уровень общих ФЛ имел тенденцию к росту только при ОПБ на 13,6%. Уровень ФХ, занимающего ключевую позицию в структурно-функциональной организации сурфактанта, не менялся при ОРВИ, при ОПБ и ОП имел тенденцию к снижению до 94,1% и 84,9% соответственно по сравнению со здоровыми. Цифры СМ у детей с ОРВИ не отличались от здоровых, но достоверно росли на 22,4% и 19,8% при ОПБ и ОП. Уровень ФИ падал при ОРВИ и ОПБ до 77,3% и до 52,5% и отсутствовал при ОП. Нами зафиксированы высокие цифры лизоформ ФЛ при всех нозологических формах за исключением ОРВИ, причем прирост лизофосфатидилхолина составил 109,7% и 147,7% при ОПБ и ОП соответственно, а лизофосфатидилэтаноламина - 309,0% и 917,0% по сравнению с контролем. Максимальный рост лизоформ ФЛ свидетельствует об интенсификации процессов липопероксидации в поверхностно-активных веществах легких. Снижение уровня ФХ, ФИ и ФЭА, особенно при ОП, вероятно обусловлено развитием гипоксии, сопровождающейся активацией анаэробного гликолиза, ведущей к накоплению недоокисленных продуктов обмена, что может способствовать снижению синтеза данных фракций ФЛ в печени и легких. С другой стороны, при активации фосфолипаз, что отмечается при ОП, возможно ускорение гидролиза этих ФЛ. Одним из механизмов усиленной дегградации ФЛ может быть их вовлечение в перекисное окисление липидов.

Концентрации общих ФЛ в липидограмме крови больных с РБ и АБ изменялись одинаково. Так, в стадию обострения данный параметр падал на 14,7% и 22,5% соответственно. Величины практически всех фракций ФЛ достоверно не отличались за исключением значительного роста цифр лизосоединений в обеих группах. Рецидивы этих заболеваний протекали на фоне низких концентраций ФХ, ФЭА, ФС, ФИ. Так, уровень трудноокисляемой фракции ФХ составил 89,7% и 94,8% при РБ и АБ соответственно. Величины легкоокисляемых ФЭА и ФС снизились до 88,1% и 69,7% у детей с РБ, но более резкое их падение отмечено у пациентов с АБ - до 69,3% и 48,8% соответственно. Максимальным изменениям подвергся ФИ, содержание которого упало до 40,2% и 53,3% при РБ и АБ.

Таким образом, фосфолипидный спектр сыворотки крови детей, страдающих рецидивирующими заболеваниями органов дыхания, характеризовался ростом уровня лизоформ

индивидуальных ФЛ (ЛФХ и ЛФЭА), относительным повышением величин СМ, с одной стороны, и тенденцией к падению количеств ФХ, ФЭА, ФС и ФИ, с другой стороны.

Исследования показали, что ФЛ сыворотки крови существенно изменяются у детей с острой и рецидивирующей бронхолегочной патологией и нуждаются в дальнейшей коррекции. Использование данных методик даст возможность проследить за эффективностью применения мембраностабилизаторов в процессе лечения.

Суржикова Г.С., Клочкова-Абельянц С.А., Мамушкина А.В.,
Дорофеевская Л.С.

ГОУ ДПО "НГИУВ Росздрава", г.Новокузнецк, Россия

ОЦЕНКА ЭКСПРЕССИИ HLA-DR-АНТИГЕНОВ НА МОНОЦИТАХ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Проблема дефицита железа в организме человека является актуальной в связи с большой распространенностью железодефицитных состояний и ростом заболеваемости. В работах последних лет содержатся данные о нарушениях гуморального и клеточного звена иммунитета при сидеропенических состояниях, однако в целом проблема иммунных нарушений при железодефицитной анемии остается до конца неизученной. В связи с этим представляет интерес провести оценку функционального состояния моноцитов при железодефицитной анемии, т.к. эта популяция клеток является одним из звеньев механизма иммунного надзора и может быть использована как прогностический фактор течения патологического состояния.

Материал и методы исследования. Исследования проводились у 79 женщин в возрасте от 16 до 56 лет. 49 из них были практически здоровыми и составили контрольную группу. У 30 женщин была железодефицитная анемия легкой и средней степени тяжести. Степень выраженности и железодефицитный характер анемии установили по результатам гематологических исследований и показателям метаболизма железа. В период наблюдения у больных не было каких-либо инфекционно-воспалительных заболеваний. Исследование показателей периферического звена эритрона проводили на гематологическом анализаторе "ADVIA" с оценкой морфологических показателей эритроцитов. Количественное определение железа в сыворотке крови и общей железосвязывающей способности сыворотки проводили феррозиновым методом с использованием диагностических наборов фирмы "Тесо" (США) с последующим вычислением латентной железосвязывающей способности сыворотки и коэффициента насыщения трансферрина железом. Оценку запасов железа проводили по уровню сывороточного ферритина, который исследовали иммуноферментным методом, с использованием тест-системы фирмы "Orgentec diagnostika" (Германия). Функциональную активность моноцитов оценивали по экспрессии на клетках HLA-DR-антигена с использованием моноклональных антител меченных изотиоцианатом флюоресцеина (ФИТЦ) и фикоэритрином (PE) фирмы "Beckman Coulter" (США). Окрашенные клетки анализировали при помощи проточного цитометра Cytomics FC-500 ("Beckman Coulter", США) в многопараметрическом анализе с поэтапным гейтированием. Математическую обработку данных проводили с помощью прикладных программ "Microsoft Excel", "Microsoft Word". Статистические расчеты проводили с использованием пакета "Biostat", Version 4.03. Для оценки достоверности результатов исследования использовали t-критерий Стьюдента и определяли значимость различий (p). Разницу двух сравниваемых величин считали достоверной при $p < 0,05$ (Лакин Г.Ф., 1990, Гланц С., 1998).

Содержание моноцитов у больных железодефицитной анемией легкой и средней степени тяжести составило $4,75 \pm 0,33\%$ ($0,24 \pm 0,02 \times 10^9/\text{л}$) и не отличалось от такового у практически здоровых лиц - $3,97 \pm 0,31\%$ ($0,25 \pm 0,01 \times 10^9/\text{л}$), $p \geq 0,05$. При анализе

Достижения в диагностике, терапии, педиатрии

моноцитарной популяции выявлено снижение относительного числа моноцитов, экспрессирующих молекулы HLA-DR до $81,7 \pm 0,51\%$, в то время как у практически здоровых женщин было $90,41 \pm 0,48\%$ ($p < 0,001$). Снижение экспрессии моноцитами HLA-DR-антигенов, которые ответственны за представление антигена Т-клеткам, является показателем дисфункции иммунной системы при железодефицитных состояниях.

Использование проточной цитометрии для оценки экспрессии HLA-DR-антигенов на моноцитах позволяет диагностировать отклонения в иммунной защите при железодефицитных состояниях с целью последующей иммунокоррекции.

Сюльжина Е.Н., Котовщикова Е.Ф., Буевич Е.И.

ГОУ ВПО АГМУ Росздрава, г.Барнаул, Россия

СРБ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Острый инфаркт миокарда (ОИМ) является одной из самых распространенных причин смертности и инвалидизации населения во всем мире, в связи с этим требуется дальнейшее углубленное изучение маркеров сердечно-сосудистого риска.

Цель исследования. Изучить количественное содержание высокочувствительного С-реактивного белка (вЧСРБ) у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Материалы и методы. Обследовано 40 больных, средний возраст составил $46,73 \pm 9,91$ лет. Диагноз ОИМ был подтвержден лабораторно-инструментальными методами: креатинфосфокиназа-МВ, тропонин Т, ЭКГ, сцинтиграфия миокарда, коронарография. Кровь получали на 5-7 день от начала болевого приступа. Контрольную группу составили 30 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, средний возраст $44,63 \pm 8,71$ лет. Пациентам проведено исследование показателей липидного обмена: общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) и липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) с помощью реагентов "Human, Germany" на полуавтоматическом анализаторе EPOLL-20. ВЧСРБ определяли иммуноферментным методом с помощью реагентов фирмы BIOMERICA, INC (USA) на иммуноферментном анализаторе Multiscan EX.

Результаты исследования. В сыворотке больных с ОИМ выявлена гиперхолестеринемия: ОХС в среднем составил $5,8 \pm 0,7$ ммоль/л, отмечено повышение уровня ХС ЛПНП (на 45% по сравнению с контролем) и снижение ХС ЛПВП в среднем до $1,4 \pm 0,2$ ммоль/л. Кроме того, обнаружено повышенное содержание вЧСРБ у больных с ОИМ в среднем до $19,1 \pm 0,2$ мг/л, что существенно превышает показатели контрольной группы ($1,3 \pm 0,2$ мг/л).

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что у больных с ОИМ на фоне дислипидемии отмечено повышенное содержание СРБ, по-видимому, обусловленное острофазным ответом на некроз клеток миокарда.

Устьянцева И.М., Хохлова О.И., Петухова О.В., Жевлакова Ю.А.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение "Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ "СИНДРОМА СЕПСИСА" У БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

С целью определения клинической значимости уровня маркеров воспаления (количества лейкоцитов и уровня С-реактивного белка (С-РБ) в крови) было обследовано 287 пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии, находящихся в критическом состоянии.

Всех пациентов классифицировали по одной из 6 категорий наличия общих признаков "синдрома сепсиса":

- 1 - отсутствие синдрома системной воспалительной реакции (SIRS),
- 2 - SIRS,
- 3 - локальная инфекция,
- 4 - сепсис,
- 5 - тяжелый сепсис,
- 6 - септический шок, которые выявляли в соответствии с критериями Согласительной

конференции ACCM/SCCM (2003 г.).

Количество лейкоцитов в венозной крови определяли на гематологическом анализаторе "SYSMEX-XТ 2000i". Концентрацию С-РБ в сыворотке крови определяли на биохимическом анализаторе "HITACHI - 912" с использованием наборов реагентов Roche Diagnostics.

В результате исследования установлено, что количество лейкоцитов в периферической крови у пациентов различных исследуемых групп существенно не отличается. В то же время, отмечалось закономерное повышение содержания С-РБ в сыворотке крови в соответствии с тяжестью заболевания. При построении характеристических кривых, демонстрирующих чувствительность и специфичность изучаемых тестов для диагностики септических состояний, показана недостаточная эффективность использования числа лейкоцитов с этой целью (площадь под характеристической кривой составила 0,532 (95% доверительный интервал 0,462-0,602)). Площадь под характеристической кривой для С-РБ составила 0,75 (95% доверительный интервал 0,699-0,802); это позволяет считать уровень С-РБ более эффективным диагностическим маркером септического состояния.

При разделении всех обследуемых больных на 4 группы, в зависимости от уровня С-РБ, установлено, что в группу с максимальным содержанием С-РБ в сыворотке крови вошли пациенты с сепсисом, тяжелым сепсисом и септическим шоком.

Полученные данные свидетельствуют о связи уровня С-РБ с тяжестью синдрома системного воспалительного ответа у больных в критическом состоянии и о возможности использования данного показателя, в отличие от числа лейкоцитов, с диагностической целью.

Устьянцева И.М., Жевлакова Ю.А., Хохлова О.И., Петухова О.В.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

СОДЕРЖАНИЕ ЛИПОПОЛИСАХАРИДСВЯЗЫВАЮЩЕГО ПРОТЕИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Цель исследования. Изучение взаимосвязи уровня липополисахаридсвязывающего протеина (ЛПС-СП) в сыворотке крови и характера видового состава возбудителей гнойно-септических осложнений у больных в критическом состоянии.

Было обследовано 28 больных отделения реанимации, находившихся в критическом состоянии (преимущественно пациенты с политравмой). У всех пациентов ежедневно исследовали микробный пейзаж различных биоматериалов согласно приказу N 535 Минздрава СССР от 22.04.85 г. В сыворотке периферической крови исследовали уровень ЛПС-СП на 1, 3-5, 7-10 и 17-21 сутки после поступления пациента в отделение реанимации на иммунохемилюминесцентной автоматической системе "Immulite One" с использованием реагентов "DPC" (США).

Результаты проведенного исследования показали постепенное увеличение средней концентрации ЛПС-СП в сыворотке крови к 7-10 суткам наблюдения, что совпадало с возрастанием числа гнойно-септических осложнений в виде уретритов, бронхитов, абсцессов, нагноения ран и процента положительных посевов различных биоматериалов на питательные

среды. При этом уровень ЛПС-СП у отдельных пациентов не зависел от видового состава выделяемых возбудителей, который был представлен как грамотрицательной (преимущественно *Ps. Aeruginosa*, *A. Calcoaceticus*), так и грамположительной микрофлорой (*St. Aureus*), но зависел от степени обсемененности очагов инфекции. Так, концентрация ЛПС-СП в сыворотке крови больных со степенью обсемененности очагов инфекции в пределах 10^4 - 10^7 КОЕ/мл в среднем в 2 раза превышала таковую в группе пациентов с микробной обсемененностью ран 10^2 - 10^3 КОЕ/мл ($P < 0,01$).

Таким образом, концентрация ЛПС-СП в сыворотке крови пациентов в критическом состоянии может отражать выраженность бактериальной инвазии и служить критерием развития осложнений заболевания.

Устьянцева И.М., Агаджанян К.В., Петухова О.В., Хохлова О.И.

Федеральное государственное лечебно-профилактическое учреждение
"Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров", г.Ленинск-Кузнецкий, Россия

ОЦЕНКА УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Цель исследования. Изучение особенностей уровня гомоцистеина в сыворотке крови в зависимости от степени тяжести эндометриоза (ЭМ). Обследованы 43 женщины фертильного возраста от 19 до 37 лет с ЭМ от 19 до 37 лет. Диагноз заболевания верифицирован на основании эндоскопических данных и результатов исследования гистологического операционного материала. В соответствии с классификацией Американского общества Фертильности (R-AFS), I-II степень ЭМ диагностирована у 27 больных, а III-IV степень - у 16 больных. Контрольную группу составили 25 здоровых женщин репродуктивного возраста. Забор крови у пациенток производили натощак из локтевой вены в первую фазу менструального цикла до и спустя 3 месяца после хирургического лечения. В сыворотке крови определяли содержание гомоцистеина на "Immulin One" (DPC, США).

При оценке исходного уровня гомоцистеина у больных ЭМ отмечали его снижение на 35% ($P < 0,05$) по сравнению с контрольной группой. Зарегистрирована корреляционная связь между увеличением степени тяжести ЭМ и снижением уровня гомоцистеина в крови. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена между концентрацией гомоцистеина и суммой баллов по шкале R-AFS составил $R = -0,47$ ($P = 0,0088$, $t(N-2) = -2,817$). Наиболее низкая концентрация гомоцистеина была выявлена при тяжелых формах ЭМ через три месяца после лечения, которая была в 2,5 раза ($P < 0,05$) ниже контрольного значения что вероятно, связано с гормональным статусом женщин фертильного возраста. Так, имеются данные о том, что эстрогены оказывают гомоцистеинснижающее действие, а гормональная терапия является одним из ведущих факторов, определяющих снижение уровня общего гомоцистеина.

Таким образом, в результаты проведенного исследования показано наиболее выраженное снижение уровня гомоцистеина при тяжелых формах ЭМ. Учитывая известные факты о влиянии только повышенных концентраций гомоцистеина на индукцию синтеза про- и противовоспалительных цитокинов, можно предположить, что в механизмах формирования и функционирования очагов эндометриоза играет роль нарушение иммунокомпетентных механизмов защиты и повышение способности эндометриальных клеток к пролиферации. В свою очередь, уровень гомоцистеина может быть определяющим в интегральной оценки этих механизмов. Дальнейшие исследования позволят установить и вычлнить роль этого фактора в патогенезе ЭМ.

Уткин Е.В.

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово, Россия

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ВЛАГАЛИЩНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАССИВНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Проблема рациональной антибактериальной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) остается актуальной до настоящего времени. Дополнительные значительные трудности при этом создает полимикробная этиология современного воспалительного процесса придатков матки. Наличие нескольких микробов-возбудителей требует проведения массивной антибактериальной терапии, с применением комбинации 2-3 антибиотиков, что неизбежно будет оказывать отрицательное влияние на нормальную влагалищную микрофлору и предрасполагать к возникновению дисбиотических состояний влагалища. Самостоятельное восстановление влагалищного биоценоза в такой ситуации, на фоне изменения гормонального гомеостаза и иммунных нарушений, маловероятно. Профилактика подобных осложнений должна быть основана на принципах создания оптимальной физиологической среды влагалища и сохранения его нормальной микрофлоры.

С учетом вышеизложенного, целью настоящей работы явилась разработка оптимальной профилактики дисбиотических состояний влагалища при проведении массивной антибактериальной терапии.

Комплексная противовоспалительная и антибактериальная терапия была проведена 84 женщинам с ВЗОМТ. У 29 из них был диагностирован острый сальпингит, у 47 - обострение хронического сальпингоофорита и у 8 - острый пельвиоперитонит. У 40 пациенток до начала терапии состояние микробиоценоза влагалища соответствовало дисбиозу по классификации Е.Ф. Кира (1995), у 22 - был диагностирован вагинит, у 12 - промежуточный тип и только у 10 был констатирован нормоценоз.

С целью решения основных задач работы все больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 54 пациентки, которым с целью профилактики нарушений микробиоценоза влагалища дополнительно, в период проведения антибактериальной терапии, назначался пероральный пробиотик лактогин, содержащий в своем составе 2 штамма влагалищных лактобактерий (*Lactobacillus rhamnosus* GR-1 и *Lactobacillus reuteri* RC-14). Препарат назначался по 1 капсуле 2 раза в день в течение 2-4 недель. Контрольную группу составили 30 пациенток, которым в период проведения антибактериальной терапии пробиотики не назначались.

Всем 84 пациенткам была проведена комплексная консервативная противовоспалительная терапия, включающая комбинацию 2-3 антибактериальных препаратов. У всех наступило клиническое выздоровление. Среднее время пребывания в стационаре составило $10,1 \pm 0,1$ дня.

Клиническая оценка эффективности профилактического применения лактогина проводилась после завершения лечения и через 1 месяц, при этом учитывались клинические признаки до начала лечения. После проведенной терапии признаков вагинита не наблюдалось ни у одной из пациенток. В то же время через 30 дней после проведенного лечения у 29 женщин основной группы был констатирован нормоценоз, что оказалось достоверно выше, чем в группе контроля (только в 4 случаях, $p=0,0005$). Только лишь в 3 случаях сохранялся дисбиоз влагалища в основной группе, тогда как в группе контроля - в 16. Промежуточный тип наблюдался у 22 пациенток основной и 10 - контрольной групп.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об эффективности использования перорального пробиотика "Лактогин" для профилактики и коррекции дисбиотических состояний влагалища при проведении антибактериальной терапии. Следовательно, данный препарат может быть рекомендован для применения в комплексной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза.

Федосеева И.Ф., Полковников И.А., Шипилова Е.А., Корнеева И.А., Трофимова Г.Г.

ГОУ ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия"
МУ Центр реабилитации для детей и подростков с ограниченными возможностями "Фламинго"
г. Кемерово, Россия

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ "ФЛАМИНГО"

Детский церебральный паралич (ДЦП) - тяжелое заболевание головного мозга, проявляющееся в задержке психо-речевого развития и моторики, а также в двигательных нарушениях различной степени выраженности. ДЦП является одной из наиболее распространенных причин тяжелой и стойкой инвалидизации в детском возрасте. В 2009 г. в России зарегистрировано более 600 тыс. детей с ДЦП. В г. Кемерово детей-инвалидов с ДЦП - 346 человек.

В реабилитационном центре "Фламинго" за период с января 2007 по июль 2009 г. было пролечено 1854 ребенка-инвалида, из них 463 - дети с ДЦП (24,97%).

По годам больные ДЦП распределялись следующим образом: 2007 г. - 168 больных, 2008 г. - 166, 6 месяцев 2009 г. - 129 детей. Группа детей с ДЦП включала все клинические формы этого заболевания: спастическая диплегия - 203 человек (43,84%), двойная гемиплегия - 129 (27,86%), гемипаретическая форма - 101 (21,81%), гиперкинетическая форма - 4 (0,86%), атонически-астатическая форма - 26 (5,61%).

По возрастам дети распределялись на группы: 1 год 8 месяцев - 3 года - 88 детей (19%), 4-7 лет - 212 детей (45,78%), 8-12 лет - 97 (20,95%), 13-18 лет - 66 (14,25%). Существенного преобладания по полу не выявлено: мальчиков - 230, девочек - 233.

Все дети, прошедшие реабилитацию в центре, обследованы в условиях специализированного психоневрологического отделения стационара, с применением электроэнцефалографии, эхоэнцефалографии, офтальмоскопии, компьютерной томографии или магнито-резонансной томографии.

Основными задачами реабилитации были:

- уменьшение спастичности в паретичных конечностях, развитие функции опоры, статики, координации и ходьбы;

- уменьшение контрактур суставов, развитие мелкой моторики руки.

Для реабилитации применялись методы физиотерапии (озокеритовые аппликации, синус-модулированные токи, электрофорез), механотерапия (лечение положением, диагональная гимнастика, блоковая терапия), лечебная физкультура и массаж (механический, ручной, гидромассаж), специализированные методики (тренажер Гросса, костюм "Адели"), средства ортопедической коррекции и тренажеры-вертикализаторы. Для формирования навыков самообслуживания и улучшения социальной адаптации использовалась специально оборудованная в Центре "квартира", оснащенная мебелью и сантехникой, адаптированной для больных с двигательными нарушениями. Курс лечения составлял 21 день. В течение года больные проходили до 4 курсов. В результате лечения у 375 больных (81%) достигнуто улучшение. В основном это дети со спастической диплегией и гемипаретической формой ДЦП.

Процесс реабилитации в Центре "Фламинго" основывается на следующих принципах: взаимосвязь со стационарной и поликлинической службой города, преемственность в лечении - схема "стационар - поликлиника - Центр реабилитации - поликлиника", раннее начало реабилитации (на 2 году жизни), комплексный подход к реабилитации с использованием

широкого спектра реабилитационных технологий и методик, индивидуальный подбор терапии для каждого пациента с учетом доминирующего синдрома, этапность в формировании психомоторных функций и навыков самообслуживания у больного ребенка, регулярность курсов реабилитации в течение года. Выполнение этих условий определяет эффективность реабилитации.

Федорова Ю.С.

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии Кемеровской государственной медицинской академии, г.Кемерово, Россия

К ПРОБЛЕМЕ СРАВНИТЕЛЬНОГО ИЗУЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ФИТОПРЕПАРАТОВ РОДА HEDYSARUM

Сегодня в мире известно более 280 видов *Hedysarum* (копеечник), но из них исследовано не более 10-15%. Судя по данным обзора (А.А.Семенов и соавт. 2004 г.), в изученных видах копеечника (*H. theinum*, *H. alpinum*, *H. neglectum*) найдено около 40 видов биологически активных веществ (БАВ) в самых различных комбинациях и количествах (танины, флавоноиды, углеводы, ксантоны и др.).

Цель исследования. Исследовать водно-спиртовые фитопрепараты, полученные из корней видов копеечника (*H. theinum*, *H. alpinum*, *H. neglectum*) различными хроматографическими методами (гель-проникающая, неклассическая аффинная хроматография (НАФХ) и др.) и изучить их микробиологическую активность.

Материалы и методы исследования. Фитопрепараты из различных видов копеечника (*H. theinum*, *H. alpinum*, *H. neglectum*). Комплекс физико-химических методов: спектральный анализ (УФ и др.), фитохимические реакции, хроматографические методы (НАФХ).

Результаты и их обсуждение. В настоящем сообщении приведены экспериментальные данные по сравнительной оценке фитохимического состава и микробиологической активности ряда фитопрепаратов (ФП) копеечника: капли "Красный корень", водно-спиртовые настойки из копеечника чайного (*H. theinum*), альпийского (*H. alpinum*), забытого (*H. neglectum*).

По данным первичного скрининга основной компонент изученных ФП (кроме *H. alpinum*) - олигомерные танины (осаждение 1% раствором желатина, грязно-зелено-синие окраски с Fe(III) и др.), возможно наличие и других минорных полифенолов (флавоноиды, ксантоны и др.).

Хроматографирование ФП на гелях сефадексе LH-20 и сефарозе CL4 (б) показывают наличие 2-3 ключевых пиков и 2-4 пика минорных компонентов.

По микробиологической активности наибольшую активность показал копеечник забытый - 85% эффекта; капли "Красный корень" и копеечник чайный - 50%; наименьшую активность копеечник альпийский - 20%. Исследования в данном направлении продолжаются.

Выводы.

1. Показана возможность применения НАФХ для сравнительного исследования данных фитопрепаратов

2. Наибольшая микробиологической активностью, по нашим данным, обладает ФП *H. neglectum*.

Чудимов В.Ф., Котовщикова Е.Ф., Куропятник Н.И., Кравцова Т.Н.,
Пасечнюк И.Н., Пенькова Е.В.

ГОУ ВПО АГМУ Росздрава, г.Барнаул, Россия

НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ КАК ИСТОЧНИК ХРОНИЗАЦИИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Несмотря на высокую распространенность (до 80%) недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ), пациентам с НДСТ часто не уделяется должного внимания, так как не всегда и не всеми признаки дисплазии воспринимаются проявлениями единого общего патологического процесса.

В тоже время НДСТ оказывает значимое влияние на течение заболеваний органов-мишеней, определяет индивидуальный подход, частоту и продолжительность реабилитационных мероприятий.

Соединительная ткань, доля которой в организме составляет более половины массы тела, выполняет многочисленные и очень важные функции и реагирует практически на все физиологические и патологические воздействия. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани вызвана нарушением ее формирования вследствие генетически измененного фибриллогенеза. Морфологические изменения в тканях и органах при НДСТ неспецифичны, а их проявления сходны при различных наследственных и врожденных коллагенопатиях. Поражение соединительной ткани провоцирует возникновение вторичных нарушений со стороны многих органов и систем, что проявляется развитием хронически протекающих заболеваний, которые нередко определяют прогноз течения основного патологического процесса. Частым проявлением НДСТ являются: деформация позвоночника, грудной клетки, стоп; вегетативная дисфункция; гипермобильность суставов; патология внутренних органов и гемостаза, сосудов головного мозга, в виде различных диаметров, высокого впадения позвоночных артерий в канал, стенозов сосудов, патологической извитости и т.д., особенно в краниовертебральном отделе (КВО). Выявляемые в дошкольном и школьном возрастах различные патологические состояния КВО: (блок С0-С1, ротационный или комбинированный подвывих С2, нестабильность в шейном отделе позвоночника, суставе Крювелье, аномалия Кимерли) достоверно влияют на кровоток в бассейне ПА, что отчетливо прослеживается на дуплексном обследовании. В клинике при этом наблюдаются цервикокраниалгии, дисциркуляторные энцефалопатии, вестибулопатии и т.д., из-за хронического нарушения мозгового кровообращения, которое может быть длительно скомпенсированным и протекать незаметно. При воздействии неблагоприятных факторов - психическая или физическая травма, тяжелые соматические заболевания и т.д., особенно в критические возрастные периоды (3-4 г, 7-8 л, 12-14 л) происходит срыв имеющейся компенсации, что проявляется в виде преходящих нарушений мозгового кровообращения.

Таким образом, дети с недифференцированной дисплазией соединительной ткани, имеющие отягощенный перинатальный анамнез, находятся в группе риска по сосудистым нарушениям в ЦНС. Для предотвращения сосудистых катастроф необходимо проведение своевременного полноценного обследования и регулярного (не менее 2-х раз в год) комплексного консервативного вертеброневрологического лечения с учетом общего воздействия на организм, так называемой, коллаген-стабилизирующей терапии.

Недостаточно эффективное лечение в детстве хронических форм нарушений мозгового кровообращения без коррекции имеющейся сопутствующей патологии (недифференцированной дисплазии соединительной ткани) является причиной помолодевших острых расстройств мозгового кровообращения у взрослых.

Чудимов В.Ф., Куропятник Н.И., Кравцова Т.Н., Лобунов Д.С.,
Пасечнюк И.Н.

ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Росздрава
МУЗ "Детская городская больница N 5", г.Барнаул, Россия

ВЕРТЕБРОГЕННАЯ КРИВОШЕЯ, КАК ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ВЕРТЕБРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

В нейроортопедической литературе о деформациях позвоночника речь, как правило, идет о грудно-поясничной локализации патологического процесса. Патологии шейного отдела позвоночника, отличающейся по этиологии, патогенезу, клинике, но характеризующиеся общим признаком - фиксированным направленным положением головы и шеи, уделяется меньше внимания. Согласно классификации форм кривошеи по С.Т.Зацепину существует 5 этиологических факторов, приводящих к данному состоянию:

1. Миогенная кривошея - при патологии грудино-ключично-сосцевидной мышцы и др.
2. Артро- и остеогенная - при патологических состояниях костной системы и в частности шейных позвонков.
3. Нейрогенная - при парезах и параличах шейных мышц.
4. Дермо- и десмогенная - из-за рубцовых изменений кожи, врожденных складок шеи.
5. Вторичная (компенсаторная) - при заболеваниях глаз, внутреннего уха и т.д.

До настоящего времени в нейроортопедической литературе описывается, что наиболее часто встречается врожденная мышечная кривошея. По данной теме в 2002 году настоящим коллективом авторов изданы методические рекомендации: "Комплексное консервативное лечение врожденной мышечной кривошеи у детей".

Однако, костно-суставная кривошея, обусловленная подвывихом атланта, часто вообще не распознается и своевременно не устраняется. Клиническая картина представляет собой: легкий наклон головы в сторону подвывиха и ротация в противоположную сторону ротация головы в сторону подвывиха и т.д. То есть образуется дуга. Для того чтобы удержать равновесие и создать оптимальную статику нижележащие позвонки искривляются в противоположном направлении, и образуется противодуга. В тех случаях, когда лечение для устранения первичной деформации не проводится, позвоночник "привыкает" к полученным искривлениям и со временем из функциональной патология становится органической - сколиотическим искривлением.

Нарушение функции ведет к развитию деформации и патологии опорно-двигательного аппарата. В результате высокой пластичности тканей формообразующим элементом является мышца, т.е. в какую сторону тянет мышца, в ту и растёт кость. Однако существует и обратная связь: при наличии подвывихов и функциональных блоков происходит с одной стороны сустава сближение мест прикрепления мышц и, как следствие, их укорочение, а с другой стороны сустава увеличение расстояния между точками прикрепления мышц и их растяжение. При нестабильности в суставах нагружается только часть суставных поверхностей, происходит перегрузка этих контактных поверхностей и как следствие - развитие дистрофии, компенсаторного спондилеза, спондилоартроза, а в дальнейшем и деформация этих участков.

Таким образом, первоначальной причиной патологии опорно-двигательного аппарата может быть и несоответствие суставных поверхностей и слабость мышц или связок, патологическая подвижность в суставе, функциональный блок (ФБ) суставов позвоночника, а дальнейшее прогрессирование происходит в результате нарушения биомеханики перегрузок в позвоночных двигательных сегментах. В процессе роста ребенка влияние различных факторов ведет к развитию тех или иных деформаций и заболеваний, изменения которых всегда сегментарно и биомеханически связаны с цепью нарушений.

По нашим наблюдениям S-образные грудно-поясничные искривления (левое плечо выше правого, правое крыло таза выше левого) в 95% случаев подтверждаются литературными данными. Однако наличие имеющейся сопутствующей деформации шейного отдела позвоночника мы не нашли, что и явилось целью нашего исследования.

В вертеброневрологическом кабинете МУЗ "Детская городская больница N 5" проводилось лечение детей с трех месяцев до 18 лет, имеющих различную неврологическую патологию, косвенно или напрямую связанную с патологией шейного отдела позвоночника (ШОП). Используя метод случайной выборки, мы получили, что у 24% детей имеется патология ШОП. Наиболее частой патологией шейного отдела позвоночника, обнаруживаемой при клинико-рентгенологическом обследовании, являлась патология краниовертебрального отдела. При этом функциональные блоки сегментов С 0-1-2 с ротацией влево и латерофлексией вправо встречались в 2 раза чаще, чем наоборот (ротация вправо - латерофлексия влево), 243 и 122 случая соответственно.

В среднем и нижнешейном отделе также продолжается сколиотическая дуга с преимущественной ротацией влево и латерофлексией влево при этом сохраняются функциональные блоки, не изменяясь по частоте латерофлексии вправо на противоположно изменившиеся функциональные блоки С4-С6 на ротацию вправо.

В шейно-грудном переходе количество ФБ равное и вправо и влево. В грудном и поясничном отделах позвоночника преобладают ФБ в ротации влево (как и в верхнешейном), хотя данная разница не так сильно выражена как в шейном отделе позвоночника.

Распределение по полу выглядело следующим образом: девочек было пролечено 115 (37,83%), мальчиков 189 (62,17%). Таким образом, у мальчиков вертеброгенная патология встречалась в среднем в 1,6 раза чаще, чем у девочек.

Проводимое немедикаментозное лечение всегда являлось комплексным и включало: лечебную физкультуру, массаж, тепло на краниовертебральный отдел и паравертебральные области, физиолечение, мануальную терапию (МТ) с последующей фиксацией воротником Шанца и корсетами, аурикулярную рефлексотерапию. При наличии показаний - гирудотерапию, иглорефлексотерапию. Мануальная терапия в лечении костно-суставной кривошеи являлась этиологической, поэтому ей было уделено особое внимание. Перед процедурой МТ обязательно проводилась подготовка, включающая в себя: тепло на ШОП, массаж шиацу. После процедуры ШОП иммобилизовали воротником Шанца. При выраженных асимметриях положения головы использовался асимметричный воротник Шанца, который изготавливался индивидуально на протезно-ортопедическом предприятии. Тракционные воротники Шанца рекомендовали детям старшей возрастной группы при наличии выраженного компрессионного компонента. Время ношения воротника составляло от 30 минут до 2-х часов и определялось чувством комфорта. Причем в первые дни лечения ношение воротника рекомендовалось более долгим, особенно после процедуры. Количество процедур мануальной терапии было строго индивидуальным и определялось наличием функциональных блоков. По нашим наблюдениям минимальным количеством процедур составляло 4 раза, оптимальное - 7 раз, максимально не более - 10.

Таким образом:

1. При случайной выборке в четверти случаев у детей с неврологической патологией имеется вертеброневрологический компонент.
2. Наиболее частой является патология краниовертебрального отдела.
3. У мальчиков настоящая патология встречалась в 1,6 раз чаще, чем у девочек.
4. Учитывая сочетание шейного и груднопоясничного искривления целесообразно в 25% случаев при сколиотической деформации необходимо выделять шейную дугу искривления.
5. Целесообразно рассмотреть вопрос о вертеброгенной кривошее как самостоятельной нейроортопедической патологии с раннего возраста.
6. Мануальная коррекция сколиотической деформации краниовертебрального отдела

в комплексной схеме восстановительного лечения играет значимую лечебно-диагностическую роль в коррекции шейной дуги искривления с оптимизированным количеством воздействия от 4 до 7 раз.

Шафранская К.С., Барбараш О.А., Кашталап В.В., Барбараш Л.С.

УРАМН Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний
СО РАМН, ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава
МУЗ "Кемеровский кардиологический диспансер", г. Кемерово, Россия

ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ РОЛИ НАЛИЧИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ

Атеросклероз является актуальной проблемой здравоохранения в силу широкой распространенности, высокой смертности и инвалидизации пациентов. Особенностью атеросклероза, как системного заболевания, считается мультифокальность окклюзионно-стенотического поражения. Однако неизвестно, может ли наличие атеросклеротического поражения нескольких сосудистых бассейнов влиять на ближайший и отдаленный прогноз прямой хирургической реваскуляризации одного из них (в частности, коронарного).

Цель исследования. Предварительная сравнительная оценка исходной тяжести больных и ближайшего (годового) прогноза у пациентов с системным атеросклерозом и изолированным поражением только коронарного русла, перенесших оперативное вмешательство на коронарных артериях (коронарное шунтирование) в 2006 г.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы истории болезни 156 пациентов, которым выполнялось коронарное шунтирование в 2006 г. по поводу клинически манифестирующего коронарного атеросклероза. Из них 146 (91,82%) - мужчины, 13 (8,18%) - женщины, средний возраст составил 56 ± 7 лет. У 101 (64,7%) больных выявлено также наличие признаков мультифокального атеросклероза (поражения артерий экстракраниальных и нижних конечностей). У 55 (35,2%) пациентов не выявлено признаков значимого системного атеросклероза (изолированный коронарный атеросклероз). Оценивались наличие у пациентов: АГ, сахарного диабета, курения, наследственной отягощенности, перенесенного инфаркта миокарда (ИМ), острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), исходный функциональный класс (ФК) стенокардии. У всех больных выполнялись доплерография в спектральном и цветном режимах, аортоартериография для выявления поражений брахиоцефальных артерий и терминального отдела аорты. Годичный прогноз оценивался у всех пациентов по наличию "жестких" конечных точек: ИМ, ОНМК, смерть (кардиальная, некардиальная), "повышение" ФК стенокардии, прогрессирование системного атеросклероза, повторные реваскуляризации.

Результаты исследования. При сравнении двух групп пациентов с мультифокальным поражением (первая группа) и без мультифокального поражения (вторая группа) выявлено, что в первой группе сахарный диабет (СД) встречался у 13 (16,6%) больных, во второй - у 5 (11,63%) пациентов; курение - у 39 (50%) больных и у 13 (30,2%), соответственно; наличие АГ определено у 77 (99%) и у 39 (90%) больных; инфаркты миокарда в анамнезе у 52 (51,4%) и у 32 (58,1%) пациентов в сравниваемых группах; ОНМК - только у 3 (2,9%) больных в первой группе; стенокардия ФК III-IV - у 39 (38,6%) и 20 (36,6%) больных; ХСН ФК III-IV - у 20 (20%) и 10 (18,1%) больных, соответственно. Больные в первой группе имели большую частоту встречаемости основных факторов риска ИБС, что, вероятно, и определяет распространенность атеросклероза за пределы коронарного бассейна. Наличие у пациентов первой группы большего процента постинфарктного кардиосклероза в анамнезе может свидетельствовать в пользу более агрессивного течения

коронарного атеросклероза, вследствие "нестабильности" бляшек у больных этой группы. Результаты годичного наблюдения показали, у пациентов только в первой группе после АКШ развился повторный ИМ - у 4 (3,9%) больного; ОНМК с летальным исходом у 5 (4,9%) больного в первой группе; сохранялся высокий (III-IV) ФК стенокардии у 27 (26,7%) больных в первой группе и только у 7 (12%) пациентов во второй; наличие ХСН высоких ФК выявлено через 1 год у 15 (14,1%) больных первой группы и у 6 (10%) пациентов во второй. Таким образом, суммарный годичный исход пациентов с мультифокальным атеросклеротическим поражением оказался значительно хуже, чем у пациентов с изолированным коронарным атеросклерозом, при сравнимых объемах коронарного вмешательства и последующей терапии.

Выводы. Можно предполагать значимое влияние распространенности атеросклеротического поражения на годовой прогноз больных, перенесших коронарное шунтирование.

Широкова Т.В., Макиенко Ю.Н.

ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница
ГОУ СПО "Кемеровский областной медицинский колледж" г.Кемерово, Россия

ПЕРИОД РАННЕЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Нами проведено исследование периода ранней адаптации у 769 новорожденных. Все новорожденные были разделены на три группы.

В первую группу вошли 242 новорожденных ребенка без фетоплацентарной недостаточности.

Во вторую группу - 439 новорожденных с компенсированной фетоплацентарной недостаточностью.

И третью группу составили 115 новорожденных, перенесших субкомпенсированную фетоплацентарную недостаточность.

Проведя изучение состояния здоровья женщин в этих группах, мы отметили, что тяжелая соматическая патология встречалась у 14% - в первой группе, 21% - во второй и 43% в третьей группах. Ведущую роль в группе соматических заболеваний занимали патология сердечно-сосудистой и эндокринной систем. Наличие очагов хронической инфекции отмечалось у 3% женщин первой группы, у 17% и 37% во второй и третьей группах соответственно, обострение очагов хронических инфекций во время беременности отмечалось в 64% случаев, в 3 группе.

Осложнения в течение беременности отмечались у 21% женщин первой группы, 34% - во второй группе и 73% - в третьей группе, к ним можно отнести - гестозы различной степени тяжести (52%), гестационные анемии (16%), хроническая гипоксия плода (98%).

При обследовании и наблюдении за новорожденными детьми использовались общепринятые клинические методики: разработка медицинской документации, антропометрические измерения, оценка новорожденного по шкале Апгар, динамическое исследование неврологического статуса новорожденных детей, ультразвуковое исследование головного мозга.

При проведении антропометрических измерений были получены следующие данные: количество новорожденных, родившихся с гипотрофией, не имело существенных различий в первой и второй группах - 20,7% в первой группе и 20,9% во второй, а в третьей группе данный показатель составил 39,1% новорожденных. Оценивая наличие асфиксии в родах по шкале Апгар, можно отметить, что асфиксия тяжелой степени встречалась

у 1,7% новорожденных первой группы, а во второй и третьей группах 5,1% и 7,8% соответственно. Проводя анализ неврологического статуса новорожденных в периоде ранней неонатальной адаптации, можно констатировать, что встречались все неврологические синдромы, характерные для данного возраста. Но существенные отличия в группах отмечались при выявлении синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. В первой группе детей синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости встречался в 23,1%, во второй группе у 36,4%, и в третьей группе у 43,5% новорожденных детей. Существенные отличия отмечались при выявлении синдрома дыхательных расстройств центрального генеза: в первой группе он составил 10,3%, во второй - 16,4% и в третьей - 20,9%. Все прочие неврологические синдромы встречались с равной степенью во всех трех группах.

Оценивая полученные результаты, можно сказать, что в группе детей, перенесших субкомпенсированную фетоплацентарную недостаточность, значительно чаще отмечались: гипотрофия, асфиксия средней и тяжелой степеней, а также достоверно чаще в раннем неонатальном периоде встречался синдром дыхательных расстройств центрального генеза и синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.

Учитывая проведенное нами исследование, можно сказать, что новорожденные, перенесшие субкомпенсированную фетоплацентарную недостаточность, требуют пристального наблюдения в неонатальном периоде.

Шумахер Г.И., Воробьева Е.Н., Нечунаева Е.В., Хорева М.А.

ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Росздрава, г.Барнаул, Россия

ОЦЕНКА УЛЬТРАЗВУКОВЫМ МЕТОДОМ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПОПРОТЕИНЕМИЙ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Цель исследования. Изучение оценки эффективности вторичной профилактики гиподипидемической терапией (статины) у больных дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) с помощью дуплексного сканирования экстракраниальных сосудов.

Под наблюдением находились 32 больных с диагнозом ДЭ в возрасте от 39 до 74 лет (средний возраст $60,5 \pm 1,3$ года), из них 13 больных ДЭ I стадии в возрасте от 39 до 72 лет (средний возраст $55,3 \pm 1,5$ года) и 20 больных ДЭ II стадии в возрасте от 48 до 74 лет (средний возраст $64,7 \pm 1,3$ года). Причиной развития ДЭ в большинстве случаев было сочетание атеросклероза и артериальной гипертензии. Все больные имели безинсультное течение ЦВЗ. В качестве контрольной группы был обследован 21 пациент без клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний. Больным проводились оценка неврологического статуса, дуплексное сканирование экстракраниальных артерий. В сыворотке крови исследовали параметры липидного обмена: концентрацию общего холестерина, триглицеридов, ХС ЛПВП ферментативным методом с использованием наборов фирмы "Human" (Germany). Измерение показателей проводили на полуавтоматическом анализаторе Prime Bio SED (Italy). В дальнейшем, рассчитывали холестерин липопротеидов очень низкой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, индекс атерогенности.

Выявлено, что у всех обследуемых имелись те или иные факторы риска (курение, отягощенный семейный анамнез, избыточная масса тела, дислипидемия и др.), а в большинстве случаев их сочетание. В неврологическом статусе преобладала микроочаговая симптоматика. При ультразвуковом обследовании магистральных сосудов головы в большинстве случаев (50%) наблюдалось утолщение толщины интима-медиа (ТИМ) до $1,1 \pm 0,5$ мм, в 27,3% - наличие небольших бляшек в области бифуркации общих сонных артерий либо, в устьях внутренних и наружных сонных артерий, не вызывающих стеноз. Было установлено, что статистически значимые изменения в липидном обмене имеются у всех больных ДЭ, но более выраженные во II стадии ДЭ. При этом индекс атерогенности у пациентов

с ДЭ II стадии составил $6,79 \pm 0,52$, что в 2,5 раза выше, чем в группе сравнения. Максимальные значения липидов и липопротеидов наблюдались в группе пациентов с признаками утолщения ТИМ. В целях вторичной профилактики пациентам была назначена гиполипидемическая терапия статинами (аторвастатин - липримар) в дозе 10 мг в течение 6 месяцев. При контрольном исследовании (через 3 и 6 месяцев) было выявлено снижение уровней липидов и липопротеидов до "целевых значений" у 87% пациентов. После 6-ти месячной терапии было проведено повторное исследование ультразвуковым методом, свидетельствующее об уменьшении толщины ТИМ до $0,8 \pm 0,3$ мм.

Таким образом, дуплексное сканирование экстракраниальных сосудов значительно дополняет диагностические возможности лабораторного исследования в объективизации эффективности гиполипидемической терапии статинами на разных этапах атерогенеза.

Шумахер Г.И., Воробьева Е.Н., Неупокоев Д.Ю.

ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Росздрава, г.Барнаул, Россия

БЕЛОК S-100 ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ И ОСТРОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Цель работы. Изучение уровня белка S-100 в плазме крови у пациентов с хронической и острой ишемией головного мозга.

Материалы и методы. Было обследовано 103 пациента (37 мужчин и 66 женщин) в возрасте от 50 до 65 лет, с различной степенью выраженности дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) - ДЭ I (41 пациент), ДЭ II (33 пациента) и острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу (30 пациентов).

Критерии включения в группы:

1. наличие признаков поражения головного мозга;
2. наличие признаков острой или хронической дисциркуляции;
3. наличие причинно-следственной связи между 1 и 2 пунктом - связь нарушений гемодинамики с развитием клинической, нейропсихологической, психиатрической симптоматики;
4. клинические и параклинические признаки сосудистой мозговой недостаточности.

Пациентам проводилось: неврологическое и нейропсихологическое исследование, реоэнцефалография, магнитно-резонансная томография или компьютерная томография головного мозга, электрокардиография. Кроме того, исследовали глазное дно, биохимические показатели крови (определяли общий холестерин, бета-липопротеиды, С-реактивный белок, фибриноген). Также определяли белок S-100 с помощью реагента "CanAg" иммуноферментным методом на анализаторе "Униплан-ПИКОН".

Результаты исследования. Для пациентов с диагнозом ДЭ I степени уровень белка S-100 в среднем равен $84,38 \pm 3,32$ мкг/л, ДЭ II степени уровень равен $73,30 \pm 2,97$ мкг/л и ОНМК по ишемическому типу $37,10 \pm 1,89$ мкг/л.

Выводы. Таким образом, уровень белка S-100 выше у пациентов с хронической ишемией головного мозга, чем у пациентов с острой. По-видимому, снижение уровня белка S-100 в плазме крови, характерное для острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу, может являться тестом, свидетельствующим об острой ишемии вещества головного мозга.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Аббосхонов Г.Х. 193
 Авдонченко Т.С. 27, 210
 Аверченкова Г.Н. 90
 Агаджанян В.В. 28
 Агаджанян К.В. 242
 Агаларян А.Х. 105, 153
 Агаронян Р.Г. 36
 Агафонова Н.В. 87
 Азаров Е.Н. 173
 Айвазян А.В. 30
 Айвазян В.П. 29, 31
 Акимов Е.И. 154
 Альсов С.А. 155
 Альтшулер Е.М. 106, 107, 116
 Аляпкина Е.М. 155
 Андреев О.В. 153
 Антипина Л.Г. 108, 197
 Антропова О.Н. 8
 Ардашев И.П. 32, 33
 Артымук Н.В. 10, 109
 Арутюнян В.А. 36
 Афанасьев И.В. 75
 Афонин Е.А. 32, 33
 Ашчян Г.А. 29

Б

Баженов П.А. 54, 56, 57
 Баженова Т.С. 13
 Байдина О.М. 89
 Балашова И.В. 27
 Балтина Т.В. 101
 Баранов А.И. 5, 110, 127
 Барашов А.Ю. 34, 150
 Барбараш Л.С. 183, 215, 249
 Барбараш О.Л. 200, 215, 249
 Барсукова Ю.И. 15
 Барыбин А.М. 207
 Батанина И.А. 6, 8, 198,
199, 201, 207

Батина Н.А. 109
 Беленькова Ю.А. 215
 Белых В.И. 223
 Беляев М.К. 111, 112
 Бердинских А.Ю. 115
 Бережной Д.А. 178
 Берснев В.П. 97
 Благовещенская О.П. 200
 Блохина С.И. 134
 Богданов В.Л. 113
 Богданов С.В. 28
 Богданова Л.А. 14
 Бойко Е.А. 170
 Болдин Д.А. 138
 Бомбизо В.А. 115
 Бондарева И.Н. 232
 Бондарева Ю.Б. 198, 199
 Бондаренко А.В. 40, 41, 59
 Борщикова Т.И. 90
 Бочаров С.Н. 192
 Бояринцев В.В. 169
 Брежнев Е.В. 116
 Бубликов Д.С. 201, 207
 Бувевич Е.И. 223, 224, 240
 Булганин А.А. 179
 Булдаков П.Н. 115
 Бусоедов А.В. 9

В

Вавин Г.В. 170
 Валенцев Г.В. 78
 Валишева Е.Н. 198, 199
 Валуйских Ю.В. 117
 Вардеванян Г.Г. 29, 36
 Васильева О.А. 215
 Васин Е.И. 119
 Вахрамеев И.Н. 135
 Веретельникова И.Ю. 33
 Вертков А.Г. 157
 Вигель В.Д. 45, 46

Авторский указатель

- Визило Т.Л. 89, 202
Викторова Е.В. 218
Винник Ю.С. 143, 144
Витковский Ю.А. 62
Власов С.В. 37, 185, 203
Власова И.В. 37, 89, 203, 225
Возлюбленный А.С. 142
Возлюбленный М.С. 7, 39, 119,
.....142
Возлюбленный С.И. 7, 39, 119
Войтенко А.Н. 40
Волженин В.В. 133
Володин В.В. 118
Волосникова Л.П. 204
Воробьев Р.И. 206
Воробьева Е.Н. 6, 8, 198,
.....199, 201, 207,
..... 230, 236, 251, 252
Воронкин Р.Г. 32
Вострикова Н.В. 214
Вострикова Т.А. 225
Выговский Н.В. 72, 73
- Г**
Гаврилин С.В. 169
Гаврищук Я.В. 169
Галеев И.К. 150
Гатин В.Р. 32
Геворкян А.Дж. 29, 36
Геворкян Т.А. 36
Гейзе А.В. 183
Герасимова О.А. 41
Герец А.Г. 14
Гилев Я.Х. 28, 42, 43
Голинская О.И. 200
Головко В.А. 125
Голоденко А.И. 45, 46, 75
Гордеев С.М. 160
Гребенщиков А.Н. 207
Григорьев Е.В. 170, 174, 183
Григорян А.С. 31
Громов О.В. 128
Громова В.А. 227
- Гуляев А.В. 131
- Д**
Дадабаев Х.Р. 80
Данцигер Д.Г. 5
Данцигер О.В. 117
Деговцов Е.Н. 119
Демидов С.Г. 28
Денисов А.А. 116
Дмитриева Л.М. 20
Довбета И.И. 233
Довгаль Д.А. 68, 70
Додонова Г.К. 209
Доржеев В.В. 9, 62
Доржеева Н.А. 9
Доронин Д.В. 121, 208
Дорофеев М.Ю. 172
Дорофеевская Л.С. 239
Дроботов В.Н. 49, 58, 150
Другов А.С. 146
- Е**
Евсюков А.В. 28
Егорова Л.А. 15
Еленская Т.С. 200
Елистратов О.Б. 91
Епанчинцева Л.В. 207
Епифанцева Н.Н. 90
Еровенков Р.Л. 46
Ефременко Н.Д. 119
- Ж**
Жадин А.В. 65, 67
Жарова Е.Н. 97
Жевлакова Ю.А. 240, 241
Жук Р.П. 209
- З**
Завьялов А.А. 119
Завьялов А.Е. 172, 173, 175
Заикин С.И. 122, 123, 163
Зайцев К.Н. 28
Зайцев Н.М. 210

Зальцман А.Г. 6, 8, 198, 199
 Запольнов Г.П. 116
 Затолокина Е.Н. 212
 Захарова Ю.В. 213
 Здебский И.П. 39
 Зеленина Е.М. 10
 Зиганшин А.М. 124
 Зобнин А.В. 28
 Зубарева Т.В. 77
 Зуева Г.П. 214
 Зуева К.В. 136
 Зыков М.В. 215
 Зырянова А.В. 208

И

Иванов А.В. 49, 58
 Ивлев Е.В. 170
 Игнатъева Т.Ф. 170
 Исакова С.С. 172, 173
 Исмаилов Ж.Т. 79, 80, 81, 193
 Ишуткин И.В. 87

К

Казанин К.С. 32
 Калашников В.В. 32, 49, 58
 Калашников В.Вл. 32
 Каменева Е.А. 174
 Карева Ю.Е. 156
 Карпенко А.А. 155
 Каспаров Э.В. 143, 144
 Каспарова И.Э. 143, 144
 Каширин С.Д. 125
 Кашталап В.В. 215, 249
 Квиткова Л.В. 200
 Ким Л.Б. 216, 217
 Киселев Р.В. 181
 Климова Н.Н. 130
 Климова Т.М. 231
 Клочкова-Абельянц С.А. 90,
 117, 239
 Ключин М.Н. 50, 52, 53
 Ковалев А.И. 182
 Коваль С.С. 174

Кожевников В.А. 125, 141, 148
 Кожевников Е.В. 54, 56, 57
 Козлов М.И. 126
 Колодезникова М.Е. 231
 Коломиец А.А. 45, 46
 Комиссаров К.В. 218
 Кондакова Н.В. 6, 8, 198, 199
 Кондратьев А.В. 219, 220, 221
 Конев С.В. 87
 Коновалов А.А. 127
 Коновалова Н.Г. 95, 98
 Коняева Н.Д. 209
 Кормина О.А. 127
 Корнеева И.А. 244
 Коротенко О.Ю. 222
 Костюков А.В. 117
 Котовщикова Е.Ф. 223, 224,
 240, 246
 Кравцов С.А. ... 22, 185, 186, 188
 Кравцова Т.Н. 246, 247
 Кравченко Е.Л. 225
 Круглов С.Н. 94
 Крылов Ю.М. 146
 Кубасова Л.А. 109
 Кувшинов Д.Ю. 226
 Кузнецов А.Д. 146
 Кузнецова Л.В. 199
 Кузнецова Н.Л. 60, 61, 134
 Кузьменко И.И. 143, 144
 Кузьменков К.А. 65, 67
 Кулавский В.А. 124
 Куликов В.П. 223
 Кумашян С.А. 109
 Куропятник Н.И. 246, 247

Л

Лазарева С.В. 233
 Ларионова Н.А. 14
 Ласточкина Л.А. 136
 Леванова Л.А. 213
 Левина Л.В. 49, 58
 Леонтьев М.А. 95, 98
 Литвиненко Р.Н. 188
 Лихачев А.Г. 128

Авторский указатель

Лишов Е.В.	157
Лобова А. Г.	175
Лобунов Д.С.	247
Лукьянов В.В.	59
Лучшев Д.В.	117

М

Макаров С.А.	78
Макаровичкин М.Н.	142
Макиенко Ю.Н.	250
Малев В.А.	37
Малхасян И.Э.	176, 177
Мальченко А.Л.	129
Мамажанов Т.М.	130, 131
Мамушкина А.В.	239
Манасян М.М.	36
Марковская А.А.	227
Марочко Т.Ю.	109
Марченко А.В.	121
Махмудов Х.О.	80, 193
Махов В.А.	5
Мензорова Н.В.	60, 61
Меркулов И.В.	179
Мешков М.В.	172, 173
Мещеряков И.С.	133
Милюков А.Ю.	28, 42, 43
Мироманов А.М.	9, 62, 63
Миронов С.П.	65
Мирошкин Р.В.	157
Михайлов А.Е.	134
Молокова Н.С.	109
Монахов А.А.	117
Москвитин П.Н.	12
Мусукаев Х.М.	131
Мытник Н.В.	20
Мясоедова С.С.	228

Н

Набоких А.В.	66
Намоконов Е.В.	63
Нейвирт А.Ю.	105
Неймарк А.И.	40, 128
Неймарк М.И. ..	178, 179, 181, 182

Нестеров Ю.И.	232
Неупокоев Д.Ю.	252
Нечунаева Е.В.	251
Никифорова Н.В.	90
Николаева Е.Б.	140
Никонова И.К.	216
Новокшонов А.В.	91, 99
Новоселова О.Б.	63

О

Обухов С.Ю.	68, 70
Овчинникова З.С.	66
Овчинникова И.П.	13
Оганесян Э.Б.	49, 58
Оганян В.Э.	31
Одинцева О.В.	235
Осипова Е.А.	90, 117, 229
Осипова И.В.	8, 230, 236
Осипова О.Н.	231

П

Павлов В.В.	135
Пак И.А.	156
Палажченко Н.Д.	147
Пальшин Г.А.	20
Памфилова Е.Н.	207
Панев Н.И.	222
Паршиков М.В.	78
Паршин В.В.	139
Пасечнюк И.Н.	246, 247
Пеньков Е.В.	39
Пенькова Е.В.	223, 246
Первов Е.А.	122, 163
Перегудова И.Г.	223
Петухова О.В.	240, 241, 242
Пичхадзе Е.И.	65, 67
Пичхадзе И.М.	65, 67
Пиянзин А.И.	207
Платунов В.В.	93, 94
Плахотина Е.Н.	192
Плещинский И.Н.	101
Плотников Г.П.	183
Плотникова Е.Ю.	136

Погодина А.Н. 138, 139, 140
 Погосян К.Дж. 31
 Покушалов Е.А. 156
 Полежаева С.А. 201
 Полковников И.А. 244
 Полтавцева О.В. 232
 Полухин Д.Г. 141, 148
 Полукетов В.Л. 142
 Помыткина Н.Ю. 233
 Попов А.А. 207
 Пронских А.А. 28, 34, 43
 Прохорова Д.С. 155
 Пугачев С.В. 174
 Пурахина С.М. 229
 Путинцев А.М. 129
 Путятин А.Н. 216, 217

Р

Радкевич А.А. 143, 144
 Радченко Ю.А. 140
 Распопова Е.А. 76
 Раудина С.Н. 145
 Робина С.И. 27
 Робул А.В. 109
 Романов А.Б. 156
 Ромашкина Л.В. 66, 233
 Роот Н.В. 145
 Рот Г.З. 14
 Ротова М.Б. 145
 Роткин Е.А. 146
 Руденко Т.Э. 214
 Руденко Ю.П. 228

С

Садчиков Д.Ф. 130, 131
 Саламанов В.И. 128
 Сапронова О.П. 207
 Сафронов Н.Ф. 37, 185
 Селиванов А.А. 128
 Семенихин В.А. 235
 Сергеев Д.А. 7
 Сердюкова Т.В. 119
 Сидоренкова Н.Б. 147

Симонова О.Г. 207
 Синица Н.С. 68, 70
 Синявин А.В. 115
 Скоморина О.В. 15
 Скопинцев Д.А. 186
 Скорогляд А.В. 61
 Скударнова А.П. 125
 Смирнов А.К. 141, 148
 Смирнов М.В. 150
 Снигирев М.В. 138
 Соболева А.Б. 230, 236
 Соловенко С.С. 151
 Соловьев О.Н. 121
 Соловьева Н.А. 237
 Соловьева Н.В. 238
 Сорокин А.Н. 72, 73
 Сорокин Н.Н. 72, 73
 Сорокина Е.А. 207
 Старых В.С. 74
 Степанова Е.В. 95, 98
 Стерехов Е.В. 105
 Страхов М.А. 61
 Стэльмах К.К. 77
 Суворова А.В. 125
 Суворова Л.А. 204
 Сумин В.Ф. 154
 Суржикова Г.С. 117, 229, 239
 Сурикова Е.В. 213
 Суханова Л.П. 17
 Сырнева Л.Г. 229
 Сычева С.В. 13
 Сюльжина Е.Н. 224, 240

Т

Татьянченко В.К. 113
 Ташликов В.В. 130
 Тимошенская Н.В. 125
 Титов В.Г. 5, 110
 Титова З.А. 147
 Тлеубаев Ж.А. 28, 42, 43
 Тлеубаева Н.В. 37, 203
 Толстихина Т.А. 147
 Толстокоров И.Г. 115

Авторский указатель

Тонких С.А.	75
Торгунаков А.П.	152
Торгунаков С.А.	152
Тришкин А.Г.	10
Трофимова Г.Г.	244
Трубников Г.В.	218
Тумян Г.А.	31
Турецкова В.Ф.	201
Тюлькин О.Н.	97

У

Ударцев Е.Ю.	76
Урбан А.С.	157
Усманов Б.С.	79, 80, 81, 193
Усольцева Е.Н.	215
Устьянцева И.М.	240, 241, 242
Уткин Е.В.	243
Ушакова Г.А.	10

Ф

Федоров А.С.	74
Федоров М.Ю.	99
Федоров Т.С.	20
Федорова Ю.С.	245
Федосеева И.Ф.	244
Фроленко С.Ю.	95, 98
Фролов П.А.	122, 163
Фуголь Д.С.	198

Х

Хаес Б.Л.	183
Хазиев А.Т.	125
Хайрулина А.М.	109
Харькова Е.Н.	89, 202
Херингсон Л.Г.	90
Хиль Е.Г.	209
Хорева М.А.	251
Хохлова О.И.	240, 241, 242

Ц

Цай Л.В.	222
---------------	-----

Ч

Чанцев А.В.	76
Челышев Е.В.	94, 153
Черданцев Е.Г.	94
Черкасов В.М.	68, 70
Черненко В.В.	154
Черненко В.Ф.	154
Черницов С.В.	33
Чернов В.А.	127
Чернявский А.М.	121, 155, 156, 208
Чудимов В.Ф.	223, 246, 247
Чуйков С.Н.	172
Чупрова Т.А.	15
Чурляев Ю.А.	117

Ш

Шагова Д.С.	229
Шакурин О.В.	37
Шапкин А.А.	157
Шарапов В.А.	198
Шарапов В.В.	201
Шарипов М.К.	193
Шаталин А.В. ...	22, 186, 188, 190
Шафранская К.С.	215, 249
Шашев Н.С.	201
Шемякин И.Ю.	119
Шипилова Е.А.	244
Широкова Т.В.	250
Шлыков И.Л.	77
Шрайнер С.В.	116
Штанкина Е.С.	214
Шукевич Л.Е.	129
Шукевич Л.Е.	129
Шульман Е.И.	14
Шумахер Г.И.	251, 252

Я

Яковлева Н.В.	158
Якубик Г.Г.	215
Якушева Т.С.	58
Якушин О.А.	99
Ямковой А.Д.	78

Янец А.И.	160
Яфарова Г.Г.	101

СОДЕРЖАНИЕ

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ 3

Баранов А.И., Данцигер Д.Г., Махов В.А., Титов В.Г.
ОРГАНИЗАЦИОННОЕ, КАДРОВОЕ И ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
НЕОТЛОЖНОЙ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ.....5

Батанина И.А., Зальцман А.Г., Кондакова Н.В., Воробьева Е.Н.
ОРГАНИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ
ОТДЕЛЕНЧЕСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ НА СТ.БАРНАУЛ.....6

Возлюбленный С.И., Сергеев Д.А., Возлюбленный М.С.
ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМА В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
ГОРОДА ОМСКА.....7

Воробьева Е.Н., Осипова И.В., Зальцман А.Г., Кондакова Н.В.,
Антропова О.Н., Батанина И.А.
ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ НА БАЗЕ ОТДЕЛЕНЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СТАНЦИИ
БАРНАУЛ.....8

Доржеев В.В., Бусоедов А.В., Мироманов А.М., Доржеева Н.А.
АНАЛИЗ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА В ГОРОДЕ ЧИТЕ
ЗА 2006-2008 ГОДЫ.....9

Зеленина Е.М., Ушакова Г.А., Артымук Н.В., Тришкин А.Г.
СЕПСИС И МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....10

Москвитин П.Н.
ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ МЕТОДУ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИИ
В ДОПОЛНИТЕЛЬНОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ.....12

Овчинникова И.П., Сычева С.В., Баженова Т.С.
НОВЫЕ ФОРМЫ ЛЕКЦИЙ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ.....13

Рот Г.З., Шульман Е.И., Герец А.Г., Богданова Л.А., Ларионова Н.А.

Содержание

**ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ УЧЕТ ЗАТРАТ НА ЛЕЧЕНИЕ В КРАЕВОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИСТЕМЫ ДОКА+.....14**

Скоморошина О.В., Егорова Л.А., Барсукова Ю.И., Чупрова Т.А.
**ТРЕБОВАНИЯ РАБОТОДАТЕЛЕЙ К ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ
КОМПЕТЕНЦИЯМ ВЫПУСКНИКОВ ССУЗОВ МЕДИЦИНСКОГО
ПРОФИЛЯ.....15**

Суханова Л.П.
**ДИНАМИКА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В КЕМЕРОВСКОЙ
ОБЛАСТИ.....17**

Федоров Т.С., Пальшин Г.А., Дмитриева Л.М., Мытник Н.В.
**ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ТРАВМАТИЗМ НАСЕЛЕНИЯ
ЯКУТИИ ПО ДАННЫМ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
РБН2-ЦЭМП ЗА 2005 ГОД.....20**

Шаталин А.В., Кравцов С.А.
**ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ВОЗДУШНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ТРАНСПОРТИРОВКИ В КУЗБАССЕ.....22**

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ.....25

Авдонченко Т.С., Робина С.И., Балашова И.В.
**СРЕДСТВА ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ
ДЕФОРМИРУЮЩИХ АРТРОЗОВ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ.....27**

Агаджанян В.В., Пронских А.А., Евсюков А.В., Богданов С.В., Демидов С.Г.,
Зайцев К.Н., Зобнин А.В., Милюков А.Ю., Гилев Я.Х., Глеубаев Ж.А.
**ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ
ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ
У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....28**

Айвазян В.П., Ашчян Г.А., Вардеванян Г.Г., Геворкян А.Дж.
**НАШ ПОДХОД К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ
ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ.....29**

Айвазян А.В.
**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕЛКОВ
БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ.....30**

Айвазян В.П., Тумян Г.А., Григорян А.С., Погосян К.Дж., Оганян В.Э. ОСЛОЖНЕНИЯ СТАБИЛЬНО - ФУНКЦИОНАЛЬНОГО НАКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ.....	31
Ардашев И.П., Гатин В.Р., Калашников В.В., Калашников В.Вл., Казанин К.С., Афонин Е.А., Воронкин Р.Г. ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА И ЗАДНЕГО ОТДЕЛА СТОПЫ.....	32
Ардашев И.П., Черницов С.В., Афонин Е.А., Веретельникова И.Ю. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ КОСТНОПЛАСТИЧЕСКОГО И БИОКОМПОЗИЦИОННОГО МАТЕРИАЛОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПЕРЕДНЕГО СПОНДИЛОДЕЗА.....	33
Барашов А.Ю., Пронских А.А. АНАЛИЗ ТАКТИКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОЛИТРАВМОЙ В СТАЦИОНАРАХ ПЕРВОГО УРОВНЯ.....	34
Вардеванян Г.Г., Манасян М.М., Геворкян А.Дж., Агаронян Р.Г., Арутюнян В.А., Геворкян Т.А. АТРАВМАТИЧНЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ОСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМОВ	36
Власов С.В., Сафронов Н.Ф., Шакурин О.В., Малев В.А., Власова И.В., Тлеубаева Н.В. РИСК ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА.....	37
Возлюбленный С.И., Возлюбленный М.С., Здебский И.П., Пеньков Е.В. АКТУАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ И ПОСЛЕДСТВИЙ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА.....	39
Возлюбленный С.И., Возлюбленный М.С., Здебский И.П., Пеньков Е.В. РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ПОСЛЕДСТВИЙ ТРАВМ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА.....	39
Войтенко А.Н., Неймарк А.И., Бондаренко А.В. ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА.....	40
Герасимова О.А., Бондаренко А.В. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИСЕГМЕНТАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ	

Содержание

РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОСТЕОСИНТЕЗА.....	41
Гилев Я.Х., Милюков А.Ю., Глеубаев Ж.А. ПЕРВЫЙ ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ.....	42
Гилев Я.Х., Пронских А.А., Милюков А.Ю., Глеубаев Ж.А. ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ШТИФТАМИ С БЛОКИРОВАНИЕМ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ.....	43
Голоденко А.И., Коломиец А.А., Вигель В.Д. ОРИГИНАЛЬНЫЙ МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРЕДНЕГО ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА.....	45
Голоденко А.И., Коломиец А.А., Вигель В.Д. МРТ - ПРИЗНАКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ПРИВЫЧНЫХ ВЫВИХОВ ПЛЕЧА.....	46
Еровенков Р.Л. МЕТОДИКИ ОРТОНИКСИИ В ЛЕЧЕНИИ ВРОЩЕГО НОГТЯ.....	46
Калашников В.В., Иванов А.В., Левина Л.В., Оганесян Э.Б., Дроботов В.Н. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ И БИОМЕХАНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЯ РАННЕГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ШВА СУХОЖИЛИЯ.....	49
Клюшин М.Н. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИ НАСЫЩЕННЫЕ СИНДРОМЫ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ.....	50
Клюшин М.Н. КОМПЛЕКСНАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИКИ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.....	52
Клюшин М.Н. ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.....	53
Кожевников Е.В., Баженов П.А. ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ СУСТАВНОГО ХРЯЩА, ВОССТАНОВЛЕННОГО МЕТОДОМ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ КРИОАППЛИКАЦИИ.....	54

Кожевников Е.В., Баженов П.А. РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ПОД АРТРОСКОПИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ.....	56
Кожевников Е.В., Баженов П.А. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ГИДРОДИНАМИКА СИНОВИАЛЬНОЙ СРЕДЫ КОЛЕННОГО СУСТАВА И ЗАБОЛЕВАНИЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ГОНАРТРОЗЕ.....	57
Левина Л.В., Оганесян Э.Б., Якушева Т.С., Калашников В.В., Иванов А.В., Дроботов В.Н. КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СУХОЖИЛИЯХ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ.....	58
Лукьянов В.В., Бондаренко А.В. РОЛЬ НАРУШЕНИЯ ВЕНОЗНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	59
Мензорова Н.В., Кузнецова Н.Л. ПРОФИЛАКТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ С ПОМОЩЬЮ КРИОХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ.....	60
Мензорова Н.В., Кузнецова Н.Л., Скороглядоев А.В., Страхов М.А. ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ЭПИМЕТАФИЗА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ.....	61
Мироманов А.М., Доржеев В.В., Витковский Ю.А. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛИМФОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНОЙ АДГЕЗИИ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ.....	62
Мироманов А.М., Намоконов Е.В., Новоселова О.Б. СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.....	63
Мионов С.П., Пичхадзе И.М., Кузьменков К.А., Жадин А.В., Пичхадзе Е.И. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ НЕОАРТРОЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В АППАРАТЕ ПИЧХАДЗЕ 3 МОДЕЛИ.....	65

Набоких А.В., Ромашкина Л.В, Овчинникова З.С. АМОТИЗАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.....	66
Пичхадзе И.М., Кузьменков К.А., Жадин А.В., Пичхадзе Е.И. ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА.....	67
Синица Н.С., Обухов С.Ю., Черкасов В.М., Довгаль Д.А. ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕРТЕСА В 1-3 СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	68
Синица Н.С., Обухов С.Ю., Черкасов В.М., Довгаль Д.А. ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ.....	70
Сорокин Н.Н., Выговский Н.В., Сорокин А.Н. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЕ ГЛОМУСНЫХ ОПУХОЛЕЙ БАРРЕ-МАССОНА.....	72
Сорокин Н.Н., Выговский Н.В., Сорокин А.Н. ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОКСИАПАТИТНЫХ КОМПОЗИТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНХОНДРОМОЙ КИСТИ.....	73
Старых В.С., Федоров А.С. ИЗОБРЕТЕННЫЕ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ УСТРОЙСТВА ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВЫВИХАХ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ.....	74
Тонких С.А., Голоденко А.И., Афанасьев И.В. ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЗАМЕЩЕНИЯ ДЕФЕКТА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ПРИ ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМЕ.....	75
Ударцев Е.Ю., Распопова Е.А., Чанцев А.В. НОВЫЕ ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ОСТЕОАРТРОЗАМИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	76
Шлыков И.Л., Зубарева Т.В., Стэльмах К.К. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПО ЭМНГ-ДАНЫМ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАВМЫ ТАЗА В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ.....	77

Ямковой А.Д., Паршиков М.В., Валенцев Г.В., Макаров С.А. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕГО КОНЦА ПЛЕЧА.....	78
Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	79
Усманов Б.С., Махмудов Х.О., Исмаилов Ж.Т., Дадабаев Х.Р. СЛУЧАЙ ПЕРЕКРУТА И УЗЛООБРАЗОВАНИЯ ПРОВОДНИКА ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ВЕНЫ.....	80
Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т. МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ АМПУТАЦИЯМИ СЕГМЕНТОВ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	81
НЕЙРОХИРУРГИЯ.....	84
Агафонова Н.В., Конев С.В., Ишуткин И.В. РОЛЬ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ ДИЗРАФИИ ПОЗВОНОЧНИКА У ВЗРОСЛЫХ.....	87
Байдина О.М., Визило Т.Л., Власова И.В., Харьковская Е.Н. ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ В РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ.....	89
Борщикова Т.И., Епифанцева Н.Н., Клочкова-Абельянц С.А., Осипова Е.А., Никифорова Н.В., Аверченкова Г.Н., Херингсон Л.Г. ОЦЕНКА СПЕКТРА ЦИТОКИНОВ И БЕЛКОВ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.....	90
Елистратов О.Б., Новокшенов А.В. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА.....	91
Платунов В.В. АНАЛИЗ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ.....	93
Платунов В.В., Черданцев Е.Г., Круглов С.Н. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ДИАГНОСТИКИ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ.....	94

Степанова Е.В., Леонтьев М.А., Коновалова Н.Г., Фроленко С.Ю. ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЛИМИТИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	95
Тюлькин О.Н., Берснев В.П., Жарова Е.Н. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ.....	97
Фроленко С.Ю., Леонтьев М.А., Коновалова Н.Г., Степанова Е.В. ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ПРОЦЕСС РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА.....	98
Якушин О.А., Новокшенов А.В., Федоров М.Ю. БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РОКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ.....	99
Яфарова Г.Г., Плещинский И.Н., Балтина Т.В. ИЗМЕНЕНИЕ ВОЗБУДИМОСТИ АНТАГОНИСТИЧЕСКИХ СПИНАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ ПРИ РАЗВИТИИ СПАСТИЧНОСТИ ПОСЛЕ СПИННО МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ.....	101
ХИРУРГИЯ, АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ.....	103
Агаларян А.Х., Стерехов Е.В., Нейвирт А.Ю. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ.....	105
Альтшулер Е.М. ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ ГЛУБОКИХ ОТМОРОЖЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	106
Альтшулер Е.М. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛОСКУТА ИЗ НАПРЯГАТЕЛЯ ШИРОКОЙ ФАСЦИИ БЕДРА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА.....	107
Антипина Л.Г. ТАКТИКА ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ ЛИПОПЕРЕКИСНОГО ДИСБАЛАНСА У БОЛЬНЫХ С РУБЦОВОЙ СТРИКТУРОЙ ПИЩЕВОДА.....	108

Артымук Н.В., Марочко Т.Ю., Кубасова Л.А., Батина Н.А., Молокова Н.С., Кумашян С.А., Робул А.В., Хайрулина А.М. ОПЫТ АКТИВНОГО ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА РОДОВ В ОБЛАСТНОМ РОДИЛЬНОМ ДОМЕ.....	109
Баранов А.И., Титов В.Г. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ.....	110
Беляев М.К. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОГО ВНЕДРЕНИЯ У ДЕТЕЙ.....	111
Беляев М.К. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ КРИОДЕСТРУКЦИИ.....	112
Богданов В.А., Татьянченко В.К. ТАКТИКА РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НАГНОИВШЕГОСЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА НА СТАДИИ АБСЦЕССА.....	113
Бомбизо В.А., Толстокоров И.Г., Бердинских А.Ю., Булдаков П.Н., Синявин А.В. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОТДЕЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ.....	115
Брежнев Е.В., Запольнов Г.П., Альтшулер Е.М., Денисов А.А., Шрайнер С.В. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ОЖОГОВОЙ РАНЫ ПОСЛЕ НЕКРЭКТОМИИ.....	116
Валуйских Ю.В., Чурляев Ю.А., Суржикова Г.С., Лучшев Д.В., Данцигер О.В., Костюков А.В., Монахов А.А., Клочкова-Абельянс С.А., Осипова Е.А. ЛОКОРЕГИОНАЛЬНАЯ И МЕСТНАЯ ЦИТОКИНОВАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ГАНГРЕНОЗНЫХ АППЕНДИЦИТАХ.....	117
Володин В.В. ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БРЮШИННЫХ СПАЕК В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	118
Деговцов Е.Н., Возлюбленный С.И., Шемякин И.Ю., Возлюбленный М.С., Сердюкова Т.В., Ефременко Н.Д., Васин Е.И., Завьялов А.А.	

ОДНОЭТАПНОЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ.....	119
Доронин Д.В., Чернявский А.М., Марченко А.В., Соловьев О.Н. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПЛАНТИРУЕМОЙ СИСТЕМЫ МЕХАНИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ СЕРДЦА "INCOR" У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	121
Заикин С.И., Первов Е.А., Фролов П.А. ВИДЕОКОЛОНОСКОПИЯ И ХРОМОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЛОСКИХ АДЕНОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ЖИТЕЛЕЙ КУЗБАССА (проспективное исследование).....	122
Заикин С.И. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ ПРИ ПЛОСКИХ ПРИПОДНЯТЫХ АДЕНОМАХ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	123
Зиганшин А.М., Кулавский В.А. ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН.....	124
Кожевников В.А., Каширин С.Д., Хазиев А.Т., Суворова А.В., Тимошенская Н.В., Головкин В.А., Скударнова А.П. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ.....	125
Козлов М.И. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНОГО ЗОБА.....	126
Коновалов А.А., Чернов В.А., Баранов А.И., Кормина О.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СПОСОБОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЕКТОМИИ.....	127
Лихачев А.Г., Неймарк А.И., Саламанов В.И., Громов О.В., Селиванов А.А. АНАЛИЗ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТРУЗОРА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	128
Мальченко А.Л., Шукевич Л.Е., Шукевич Л.Е., Путинцев А.М. ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ СОСУДАХ.....	129

Мамажанов Т.М., Климова Н.Н., Садчиков Д.Ф., Ташликов В.В. ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	130
Мамажанов Т.М., Гуляев А.В., Садчиков Д.Ф., Мусукаев Х.М. ИММУНОКОРРЕКЦИЯ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ.....	131
Мещеряков И.С., Волженин В.В. К ВЫБОРУ СПОСОБА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА.....	133
Михайлов А.Е., Кузнецова Н.Л., Блохина С.И. КРИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА.....	134
Павлов В.В., Вахрамеев И.Н. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЕМ ДЫХАТЕЛЬНОЙ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЙ НОСА....	135
Плотникова Е.Ю., Ласточкина Л.А., Зуева К.В. СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ.....	136
Погодина А.Н., Снигирев М.В., Болдин Д.А. РАНЕНИЯ ТРАХЕИ И ПИЩЕВОДА.....	138
Погодина А.Н., Паршин В.В. СПОНТАННАЯ ЭМФИЗЕМА СРЕДОСТЕНИЯ.....	139
Погодина А.Н., Радченко Ю.А., Николаева Е.Б. ЯТРОГЕННЫЕ ПРОНИКАЮЩИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ТРАХЕИ И ПИЩЕВОДА, СВЯЗАННЫЕ С ИНТУБАЦИЕЙ И ДЛИТЕЛЬНОЙ ИВЛ.....	140
Полухин Д.Г., Кожевников В.А., Смирнов А.К. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА РАЗЛИЧНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СОСТАВАМИ.....	141
Полуэктов В.Л., Возлюбленный А.С., Возлюбленный М.С., Макарошкин М.Н. НОВЫЕ МЕТОДЫ В ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ.....	142

Радкевич А.А., Каспарова И.Э., Винник Ю.С., Каспаров Э.В., Кузьменко И.И. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СВЕРХЭЛАСТИЧНЫХ ТОНКОПРОФИЛЬНЫХ ТКАНЕВЫХ СИСТЕМ НА ОСНОВЕ НИКЕЛИДА ТИТАНА В ХИРУРГИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	143
Радкевич А.А., Каспарова И.Э., Винник Ю.С., Каспаров Э.В., Кузьменко И.И. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СВЕРХЭЛАСТИЧНЫХ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА В ХИРУРГИИ ГРЫЖЕВЫХ ДЕФЕКТОВ ЖИВОТА.....	144
Ротова М.Б., Раудина С.Н., Роот Н.В. ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВИДЕОТЕХНИКИ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА.....	145
Ротькин Е.А., Крылов Ю.М., Другов А.С., Кузнецов А.Д. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ.....	146
Сидоренкова Н.Б., Титова З.А., Толстихина Т.А., Палажченко Н.Д. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ.....	147
Смирнов А.К., Кожевников В.А., Полухин Д.Г. ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ.....	148
Смирнов М.В., Барашов А.Ю., Дроботов В.Н., Галеев И.К. МЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРФТОРАНА ПРИ КОЖНОЙ ПЛАСТИКЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	150
Соловенко С.С. ОБОСНОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИДОСТУПА ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.....	151
Торгунаков А.П., Торгунаков С.А. ПЕРЕВЯЗКА СЕЛЕЗЕНОЧНЫХ СОСУДОВ КАК СПОСОБ СИМУЛЬТАННОЙ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И НАРУШЕНИЙ	

УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА.....	152
Чельшев Е.В., Агаларян А.Х., Андреев О.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	153
Черненко В.Ф., Акимов Е.И., Черненко В.В., Сумин В.Ф. ФАКТОРЫ РИСКА ИНВАЛИДИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЛИМФЕДЕМОЙ КОНЕЧНОСТЕЙ, ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ.....	154
Чернявский А.М., Альсов С.А., Аляпкина Е.М., Прохорова Д.С., Карпенко А.А. ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАЦИИ ЛЕГОЧНОЙ ТРОМБЭНДАРТЕКТОМИИ.....	155
Чернявский А.М., Покушалов Е.А., Пак И.А., Романов А.Б., Карева Ю.Е. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОДНОМОМЕНТНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	156
Шапкин А.А., Лишов Е.В., Вертков А.Г., Урбан А.С., Мирошкин Р.В. ТОРАКАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ФЛЕГМОН ШЕИ - ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ.....	157
Яковлева Н.В. МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	158
Янец А.И., Гордеев С.М. СТЕПЕНЬ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ОБЩИМ АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ.....	160
Фролов П.А., Первов Е.А., Заикин С.И. СТРУКТУРА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНО- ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА.....	163
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ПОМОЩЬ.....	167

Гаврищук Я.В., Бояринцев В.В., Гаврилин С.В. ОСТРЫЕ ЭРОЗИИ И ЯЗВЫ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ОСЛОЖНЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПРИ ТРАВМАХ.....	169
Ивлев Е.В., Григорьев Е.В., Вавин Г.В., Бойко Е.А., Игнатьева Т.Ф. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ АРМИРОВАННОЙ ГИБКОЙ ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ МАСКОЙ LMA Flexible™ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, В ПОЛОСТИ РТА И НОСА У ДЕТЕЙ.....	170
Исакова С.С., Завьялов А.Е., Мешков М.В., Чуйков С.Н., Дорофеев М.Ю. ДОПОЛНЕНИЕ В ПРОГРАММЕ ВОЛЕМИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПИЩЕВОДА.....	172
Исакова С.С., Завьялов А.Е., Мешков М.В., Азаров Е.Н. КРИОПЛАЗМЕННО-АНТИПРОТЕАЗНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С АТРЕЗИЕЙ ПИЩЕВОДА.....	173
Каменева Е.А., Коваль С.С., Пугачев С.В., Григорьев Е.В. ВАРИАНТЫ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ.....	174
Лобова А.Г., Завьялов А.Е. ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ И РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПЕРИОДАХ.....	175
Малхасян И.Э. ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМОМ.....	176
Малхасян И.Э. ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОДИНАМИКИ И ГАЗОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА.....	177
Неймарк М.И., Бережной Д.А. АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У ДЕТЕЙ.....	178

Неймарк М.И., Булганин А.А., Меркулов И.В. АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АДРЕНАЛЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ.....	179
Неймарк М.И., Киселев Р.В. ПРОФИЛАКТИКА ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИХ РАСТРОЙСТВ ПРИ АРТРОПЛАСТИКЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА.....	181
Неймарк М.И., Ковалев А.И. АНАЛЬГЕЗИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	182
Плотников Г.П., Григорьев Е.В., Гейзе А.В., Хаес Б.Л., Барбараш Л.С. РАННЯЯ ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	183
Сафронов Н.Ф., Кравцов С.А., Власов С.В. ВЛИЯНИЕ БЛОКАДЫ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПОЛИТРАВМЫ.....	185
Скопинцев Д.А., Шаталин А.В., Кравцов С.А. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К МЕЖГОСПИТАЛЬНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ.....	186
Шаталин А.В., Кравцов С.А., Литвиненко Р.Н. РОЛЬ БАКТЕРИАЛЬНОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ ВЕНТИЛЯТОР- АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ.....	188
Шаталин А.В. СТРАТЕГИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИВЛ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ ПРИ МЕЖГОСПИТАЛЬНОЙ ТРАНСПОРТИРОВКЕ.....	190
Бочаров С.Н., Плахотина Е.Н. ПАТОГЕНЕЗ, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ.....	192
Махмудов Х.О., Аббосхонов Г.Х., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Шарипов М.К. АНЕСТЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ОТКРЫТЫМИ ТРАВМАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	193

ДОСТИЖЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ, ТЕРАПИИ, ПЕДИАТРИИ195

Антипина Л.Г.

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
У БОЛЬНЫХ С ОЖОГОВОЙ СТРИКТУРОЙ ПИЩЕВОДА.....197**

Батанина И.А., Воробьева Е.Н., Фуголь Д.С., Зальцман А.Г., Шарапов В.А.,
Кондакова Н.В., Валишева Е.Н., Бондарева Ю.Б.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ.....198

Батанина И.А., Кузнецова Л.В., Валишева Е.Н., Зальцман А.Г.,
Кондакова Н.В., Воробьева Е.Н., Бондарева Ю.Б.

ДИАГНОСТИКА ОПИСТОРХОЗА.....199

Благовещенская О.П., Квиткова Л.В., Барбараш О.Л., Еленская Т.С.,
Голинская О.И.

**ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....200**

Бубликов Д.С., Батанина И.А., Воробьева Е.Н., Турецкова В.Ф.,
Шарапов В.В., Шашев Н.С., Полежаева С.А.

ФИТОТЕРАПИЯ ДИСЛИПИДЕМИЙ.....201

Визило Т.Л., Харькова Е.Н.

**КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ
ИНСУЛЬТОМ.....202**

Власова И.В., Тлеубаева Н.В., Власов С.В.

**ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН
У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ.....203**

Волосникова Л.П., Суворова Л.А.

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СРЕДИ ШАХТЕРОВ ЗА ТРИ ГОДА ГОРОДА
ПРОКОПЬЕВСКА.....204**

Воробьев Р.И.

**ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....206**

Воробьева Е.Н., Симонова О.Г., Барыбин А.М., Сорокина Е.А., Батанина И.А., Епанчинцева Л.В., Бубликов Д.С., Сапронова О.П., Гребенщиков А.Н., Памфилова Е.Н., Пиянзин А.И., Попов А.А. НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....	207
Доронин Д.В., Чернявский А.М., Зырянова А.В. ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКСПРЕСС-ТЕСТА "КАРДИОБСЖК" У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОРОНАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	208
Жук Р.П., Додонова Г.К., Коняева Н.Д., Хиль Е.Г. К ВОПРОСУ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ТКАЧЕЙ....	209
Зайцев Н.М., Авдонченко Т.С. ОРГАНИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЫЛЕВЫМ БРОНХИТОМ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛОВИЯХ.....	210
Затолокина Е.Н. ЙОДДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ.....	212
Захарова Ю.В., Леванова Л.А., Сурикова Е.В. МИКРОБИОЦЕНОЗЫ КИШЕЧНИКА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА С УЧЕТОМ ПРОФИЛЯ ОТДЕЛЕНИЯ.....	213
Зуева Г.П., Вострикова Н.В., Руденко Т.Э., Штанкина Е.С. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	214
Кашталап В.В., Барбараш О.Л., Зыков М.В., Васильева О.А., Якубик Г.Г., Усольцева Е.Н., Беленькова Ю.А., Шафранская К.С., Барбараш Л.С. КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА НЕКОРОНАРНЫХ БАССЕЙНОВ ДЛЯ РАННЕЙ ОЦЕНКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА.....	215
Ким Л.Б., Путятин А.Н., Никонова И.К. КОМПЛЕКС МЕТОДОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕАКТИВНОСТИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ВОЗМОЖНОСТИ РЕШЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ.....	216

Содержание

Ким Л.Б., Путятин А.Н. МАРКЕРЫ РЕПАРАТИВНОГО ФИБРОЗА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ И НЕОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА.....	217
Комиссаров К.В., Трубников Г.В., Викторова Е.В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ВЫПОЛНЯЕМОЙ В РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМАХ МЫШЕЧНОЙ РАБОТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА КУРОРТЕ БЕЛОКУРИХА.....	218
Кондратьев А.В. ЗНАЧЕНИЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ.....	219
Кондратьев А.В. ДИАГНОСТИКА ЦЕРЕБРО-ВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГОЛОВНЫХ БОЛЯХ.....	220
Кондратьев А.В. ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ ПРИ ГОЛОВНЫХ БОЛЯХ НАПРЯЖЕНИЯ.....	221
Коротенко О.Ю., Панев Н.И., Цай Л.В. ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВЫХ И ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА ПРИ СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЫЛЕВОГО БРОНХИТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ).....	222
Котовщикова Е.Ф., Буевич Е.И., Куликов В.П., Чудимов В.Ф., Пенькова Е.В., Белых В.И., Перегудова И.Г. ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ПРИ МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ.....	223
Котовщикова Е.Ф., Сюльжина Е.Н., Буевич Е.И. ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ ДЖЕНЕРИКОМ АТОРВАСТАТИНА- ТУЛИПОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДОВ КРОВИ И ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА.....	224
Кравченко Е.Л., Вострикова Т.А., Власова И.В. ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНАЯ ЛЕЙКОМАЛЯЦИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА.....	225

Кувшинов Д.Ю. ПАРАМЕТРЫ СТРЕССРЕАКТИВНОСТИ И БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА, ОТНЕСЕННЫХ К РАЗНЫМ ТИПАМ КОРОНАРНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	226
Марковская А.А., Громова В.А. ЗНАЧЕНИЕ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ КАНДИДОЗНЫХ ИНФЕКЦИЯХ.....	227
Мясоедова С.С., Руденко Ю.П. МИКРОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА И КИШЕЧНИКА У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА....	228
Осипова Е.А., Суржикова Г.С., Сырнева Л.Г., Шагова Д.С., Пурахина С.М. К ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ФАКТОРОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ.....	229
Осипова И.В., Соболева А.Б., Воробьева Е.Н. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЭКГ ВЫСОГО РАЗРЕШЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДЕСКВАМИРОВАННЫХ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ В ДИАГНОСТИКЕ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ С ХСН.....	230
Осипова О.Н., Колодезникова М.Е., Климова Т.М. ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ.....	231
Полтавцева О.В., Нестеров Ю.И., Бондарева И.Н. ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ВНУТРИСЕРДЕЧНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ И ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	232
Ромашкина Л.В., Довбета И.И., Помыткина Н.Ю., Лазарева С.В. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИКИ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ МЕТОДОМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ.....	233
Семенихин В.А., Одинцева О.В. ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У РАБОТНИКОВ УГЛЕДОБЫВАЮЩИХ ПРЕДПРИЯТИЙ КУЗБАССА.....	235
Соболева А.Б., Осипова И.В., Воробьева Е.Н. ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И У БОЛЬНЫХ С ХСН.....	236

Содержание

Соловьева Н.А. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ЯКУТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ.....	237
Соловьева Н.В. ПОКАЗАТЕЛИ ФОСФОЛИПИДОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	238
Суржикова Г.С., Клочкова-Абельянц С.А., Мамушкина А.В., Дорофеевская Л.С. ОЦЕНКА ЭКСПРЕССИИ HLA-DR-АНТИГЕНОВ НА МОНОЦИТАХ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ.....	239
Сюльжина Е.Н., Котовщикова Е.Ф., Буевич Е.И. СРБ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА.....	240
Устьянцева И.М., Хохлова О.И., Петухова О.В., Жевлакова Ю.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ "СИНДРОМА СЕПСИСА" У БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ...240	
Устьянцева И.М., Жевлакова Ю.А., Хохлова О.И., Петухова О.В. СОДЕРЖАНИЕ ЛИПОПОЛИСАХАРИДСВЯЗЫВАЮЩЕГО ПРОТЕИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ.....	241
Устьянцева И.М., Агаджанян К.В., Петухова О.В., Хохлова О.И. ОЦЕНКА УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	242
Уткин Е.В. ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ВЛАГАЛИЩНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАССИВНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ.....	243
Федосеева И.Ф., Полковников И.А., Шипилова Е.А., Корнеева И.А., Трофимова Г.Г. КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ "ФЛАМИНГО".....	244
Федорова Ю.С. К ПРОБЛЕМЕ СРАВНИТЕЛЬНОГО ИЗУЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ФИТОПРЕПАРАТОВ РОДА HEDYSARUM.....	245

Чудимов В.Ф., Котовщикова Е.Ф., Куропятник Н.И., Кравцова Т.Н., Пасечнюк И.Н., Пенькова Е.В. НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ КАК ИСТОЧНИК ХРОНИЗАЦИИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ.....	246
Чудимов В.Ф., Куропятник Н.И., Кравцова Т.Н., Лобунов Д.С., Пасечнюк И.Н. ВЕРТЕБРОГЕННАЯ КРИВОШЕЯ, КАК ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ВЕРТЕБРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ.....	247
Шафранская К.С., Барбараш О.А., Кашталап В.В., Барбараш Л.С. ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ РОЛИ НАЛИЧИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ.....	249
Широкова Т.В., Макиенко Ю.Н. ПЕРИОД РАННЕЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ.....	250
Шумахер Г.И., Воробьева Е.Н., Нечунаева Е.В., Хорева М.А. ОЦЕНКА УЛЬТРАЗВУКОВЫМ МЕТОДОМ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПОПРОТЕИНЕМИЙ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ.....	251
Шумахер Г.И., Воробьева Е.Н., Неупокоев Д.Ю. БЕЛОК S-100 ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ И ОСТРОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	252