

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОГО ОБЛИСПОЛКОМА**

**УЧРЕЖДЕНИЕ
«ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»**

**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**АКТУАЛЬНЫЕ
ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ
ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**МАТЕРИАЛЫ
ЕЖЕГОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ**

г. Гомель, 10 октября 2014 г.

Гомель
ГомГМУ
2014

УДК 61:005.745(06)

ББК 5

А 43

В сборнике содержатся материалы ежегодной научно-практической конференции врачей Гомельской области. Представлены современные результаты клинических и научных исследований в области медицины. Предназначены для врачей всех специальностей, врачей общей практики, студентов медицинских университетов.

Редакционная коллегия: А. А. Литвин — кандидат медицинских наук, доцент, зам. главного врача по хирургии ГОКБ, А. Ф. Шукайлов — зам. главного врача по медицинской части ГОКБ; А. В. Черныш — кандидат медицинских наук, доцент, зав. оториноларингологическим отделением ГОКБ, С. Ю. Баранов — врач-детский хирург, ассистент кафедры хирургических болезней № 2 с курсами «Детской хирургии», «Анестезиологии и реаниматологии» УО «ГомГМУ», зав. курсом «Детской хирургии».

Рецензенты: доктор медицинских наук, профессор **А. Н. Лызиков**, доктор медицинских наук, профессор **В. В. Аничкин**

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2014

СОДЕРЖАНИЕ

Филипчук Д. Г., Комешко Д. Н. Становление здравоохранения на Гомельщине: уездное, губернское, Советское	8
Адамович Д. М., Дундаров З. А., Хмылко А. И., Сушкин И. П., Леоненко В. И., Майоров В. М., Авижец Ю. Н., Шалыга И. Ф., Лутков А. В. Морфологическая оценка червеобразных отростков у пациентов, перенесших аппендэктомию	11
Адамович Д. М., Дундаров З. А., Хмылко А. И., Лин В. В., Батюк В. И., Майоров В. М., Леоненко В. И. Лапароскопическая аппендэктомия у взрослых пациентов.....	12
Адамович Д. М., Дундаров З. А., Хмылко А. И., Майоров В. М., Батюк В. И., Лин В. В., Сушкин И. П., Мельникова Н. П. Острый аппендицит у взрослых пациентов: результаты лечения.....	13
Ачинович С. Л., Пригожая Т. И., Нитиш В. Э., Леонков А. Л., Ачинович Н. В. Тромбоземболия легочных артерий при колоректальном раке по результатам аутопсий	15
Баканов П. П., Санников В. И., Филипчук Д. Г. Врожденная расщелина верхней губы: наш опыт лечения, проблемы.....	16
Баранов С. Ю., Дмитриев Ю. В., Шайдулин С. В., Баровский А. Н., Ачинович Н. В., Предко С. Н., Шачикова Т. А., Иваненко В. В. Наши традиции в малоинвазивном скрининге и лечении острого аппендицита у детей Гомельского района.....	18
Ворожун Т. М., Зимелихина И. Ф., Филипчук С. К. Наличие хронических аллергических заболеваний у детей и подростков разных возрастных групп	19
Говрушко О. С. Прогнозирование развития судорожного синдрома у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой	21
Говрушко О. С., Рубис Л. В. Особенности картины глазного дна при черепно-мозговой травме, актуальность нейроофтальмологического осмотра	23
Дивович Г. В., Винник А. В. Наш опыт лечения рецидивов врожденной косолапости малоинвазивными операциями (минирелизами).....	24
Дроздовская О. Г., Чемерко И. И. Склонность к синдрому профессионального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов	26
Дундаров З. А., Майоров В. М., Степаненко В. Г., Хмылко А. И., Мельникова Н. П. Патогенетические особенности развития экстрапанкреатического поражения органов при экспериментальном остром панкреатите.....	28

Дундарова Г. Г. Случай смешанного заболевания соединительной ткани	29
Дундарова Г. Г., Железко В. В., Новикова И. А. Кислородпродуцирующая активность нейтрофилов у пациентов с ревматоидным артритом	31
Кабаев Р. В. Наш опыт использования гольмиевого лазера при трансуретральной литотрипсии в мочевыводящих путях	32
Калиновская Ж. Н., Михайлова Е. И, Шуляк Ж. В. Влияние генетического полиморфизма гена <i>il28b</i> на течение хронического вирусного гепатита	34
Квач А. И., Кашлач О. А., Науменко Д. А., Дегтярев Д. Б. Хирургическое лечение синус-оральных свищей	35
Кириленко С. И., Рожин В. В. Хирургическое лечение спондилолистезов поясничных позвонков	36
Коваль С. Н., Джелилова О. В., Таргонская В. Г., Батюк А. А. Применение гидрокортизона у недоношенных новорожденных детей в лечении сепсиса	38
Кожан И. М., Русаленко О. А., Волкова А. Е., Касим А. И. Чрезкожная пункционная нефростомия под ультразвуковым контролем как малоинвазивный метод дренирования верхних мочевых путей	39
Корбут И. А., Авдашкова В. В., Прядихина И. А. Факторы, способствующие развитию лохиометры в послеродовом периоде	40
Корбут И. А., Захаренкова Т. Н., Кравченко А. И., Мальцева С. Е. К вопросу о важности соблюдения клинических протоколов	41
Корбут И. А., Руденкова К. А., Анискевич Т. В. Кисты яичников у женщин репродуктивного возраста	43
Косс Ю. К. Ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава	44
Кудря А. А. Современные возможности специфической лабораторной диагностики в УГОКБ при болезнях органов пищеварения	46
Купреева О. Г., Новикова М. А., Адамович Д. М., Купченя С. В., Канюшик С. А., Тишкевич А. Г., Тарасюк Е. В., Стрельчук А. И. Наш опыт применения УЗИ в диагностике острого аппендицита у взрослых	47
Купченя С. В., Купреева О. Г., Адамович Д. М., Новикова М. А., Канюшик С. А., Тишкевич А. Г., Тарасюк Е. В., Стрельчук А. И. Эхоскопические признаки острого аппендицита у взрослых пациентов	48
Лашкевич Е. Л. Применение антибактериальных лекарственных средств у пациенток с недонашиванием беременности	50

Лин В. В., Дундаров З. А., Майоров В. М., Леоненко В. И., Хмылко А. И., Купченя С. В., Купреева О. Г.	
Малосимптомные формы острого холецистита: особенности диагностики.....	51
Литвин А. А., Немтин А. З., Жариков О. Г., Чумаченко И. Ю.	
Критерии выбора способа оперативного лечения пациентов с паховыми грыжами	52
Лызикова Т. В., Мурашко С. Н., Кудря В. В., Тихомиров А. П., Казыкалевич М. Н., Мищенко И. П.	
Вторичный менингит: распространенность, возбудители и динамика их чувствительности к антибиотикам	54
Лызикова Т. В., Мурашко С. Н., Рудых А. В., Банников А. О.	
Локальный микробиологический мониторинг как основа антибиотикотерапии госпитальной инфекции	55
Макаренко Л. К., Ярошевич Г. А.	
ГБО в комплексной терапии раннего послеоперационного периода после Эндопротезирования тазобедренного сустава	56
Мальцева С. Е., Теслова О. А.	
Клинический случай тромбоза нижней полой вены в раннем послеродовом послеоперационном периоде	57
Мехов Д. А., Кондратюк А. Н., Шевыряев Ю. А.	
Наш опыт применения аргоноплазменной коагуляции при удалении доброкачественных новообразований желудка	59
Михайлов А. Н., Лукьяненко Т. Н.	
Лучевая визуализация костных структур позвоночных сегментов при шейном остеохондрозе	61
Михайлов А. Н., Лукьяненко Т. Н.	
Способ установки корреляционных связей между рентгеноденситометрическими характеристиками костных структур позвоночных сегментов и биомеханикой при шейном остеохондрозе	62
Михайлова Е. И., Калиновская Ж. Н., Шуляк Ж. В.	
Патогенетическое значение генетического полиморфизма гена <i>il28b</i> в развитии хронического вирусного гепатита С.....	64
Мозгова А. В., Кудря А. А., Литвин А. А.	
Распространенность и антибиотикочувствительность <i>klebsiella spp.</i> в УГОКБ	65
Однокозов И. А., Хоров О. Г.	
Долгосрочные результаты лечения проявлений гортаноглоточного рефлюкса у пациентов с односторонним парезом гортани после операции на щитовидной железе методом кинезитерапии	67
Однокозов И. А., Хоров О. Г.	
Опыт лечения одностороннего ограничения подвижности гортани после операции на щитовидной железе методом хирургической клеточной аутотрансплантации адипоцитов	68
Олизарович М. В., Кравченко А. С., Тесновец Е. В.	
Изменение размера грыж поясничных межпозвонковых дисков по данным КТ и МРТ.....	70

Павлющенко О. А.

Авс/ven-анализ антибактериальных препаратов отделений хирургического
профиля УГОКБ за I полугодие 2014 г.71

Петренко Е. С., Коваль С. Н., Мозгов Н. Е., Алексеева Л. А.

Обезболивание родильниц после оперативного родоразрешения73

Подгурская О. Ю., Степанова А. Ф.

Значение исследования антиэритроцитарных антител в обеспечении
безопасности гемотрансфузий75

Радюк В. В., Горностай П. В., Немтин А. З., Литвин А. А.

Разработка форм готовых бланков добровольного информированного
согласия пациентов на медицинские манипуляции и оперативные
вмешательства в отделении плановой хирургии.....76

Савченко О. И., Кравчук Т. Н., Тапальский Д. В., Филиппова В. А.

Особенности противомикробной активности катионов
некоторых тяжелых металлов78

Садовский В. И.

Опыт применения антибиотика Лекоклар XL
при лечении гнойных синуситов79

Садовский В. И., Черныш А. В., Сухарев А. А.

Хронический смешанный аллергический ринит:
наш опыт применения аллергодила в комплексном лечении патологии81

Садовский В. И., Черныш А. В., Челебиева Н. П.,

Гарбарова Г.Л.

Анализ динамики заболеваемости раком гортани у населения
Гомельской области (1971–2013 гг.)82

Саливончик Е. И.

Оценка качества жизни пациентов после тонзилэктомии
с использованием опросника SF-36.....84

Семак В. Г., Семак Т. В.

Применение местных форм простагландина E₂ для подготовки шейки матки
к родам в настоящее время в акушерстве85

Скоропадский А. П., Адамович Д. М., Сухарева Л. В.,

Павлющенко О. А., Зезюля В. В., Цитринова О. Е.

Артериальная гипертензия у пациентов с синдромом диабетической стопы.....87

Скоропадский А. П., Адамович Д. М., Сухарева Л. В.,

Павлющенко О. А., Зезюля В. В., Цитринова О. Е.

Проявления диабетической нефропатии у пациентов с синдромом
диабетической стопы88

Теслова О. А., Корбут И. А., Струповец И. Н.

Мальцева С. Е., Пашкевич Е. Н., Воронович Г. В.

Возможности антенатального прогнозирования врожденной пневмонии
у недоношенных новорожденных90

Толкина О. А.

Анализ структуры эпилептических припадков
и медикаментозной терапии у детей Гомельского региона за 2013 год.....92

Тузова Л. М.

Побочные реакции антибактериальной терапии у пациентов
детского нефрологического отделения УГОКБ93

Угольник Д. В., Хмылко А. И.

Оценка результатов интубации кишечника при лечении острой кишечной
непроходимости95

Федотенко В. А., Корхов В. Л., Петренко Е. С.

Рационализация использования рабочего времени и повышение качества
работы врача в ОАРИТ АН с помощью применения компьютерных технологий.....97

Хмылко А. И., Михайлов В. В., Землянский И. Ю.,

Мельникова Н. П., Лутков А. В., Майоров В. М.

Сравнительная оценка протоколов диагностики и лечения
гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии
в Республике Беларуси и Российской Федерации 98

Хмылко А. И., Свистунов С. В., Михайлов В. В., Майоров В. М.,

Мельникова Н. П., Сушкин И. П., Лутков А. В.

Малоинвазивные интервенционные технологии при гнойно-септических
осложнениях острого деструктивного панкреатита 100

Хмылко Л. А., Латохо Т. А., Лозовик С. К.

Особенности клиники язвенного колита и болезни Крона у детей,
проживающих в Гомельской области 101

Цитко Е. Л., Говрушко О. С., Цитко Е. В.

Аутоликворохимиотерапия с иммуномодуляцией продигиозаном
в комплексном лечении первичных глиальных опухолей головного мозга 103

Ченцова П. Н., Желобкова Т. И., Захаренкова Т. Н.,

Воронович Г. В.

Оценка влияния факторов риска на развитие гипоксии у плода..... 104

Чернякова Ю. М., Дивович Г. В.

Несостоятельность первичного шва
сухожилий сгибателей пальцев кисти: причины, хирургическое лечение..... 105

Шайдулин С. В., Дмитриев Ю. В., Баранов С. Ю.,

Ачинович Н. В., Некрашевич Л. В., Баровский А. Н., Предко С. Н.

Применение лапароскопии при спаечной
кишечной непроходимости у детей..... 107

Юрков О. Л., Хоха Д. В., Черныш А. В.

Опыт применения эмболизации в ургентной оториноларингологии..... 108

*70 летию Гомельской областной
клинической больницы посвящается...*

Д. Г. ФИЛИПЧУК, Д. Н. КОМЕШКО

**СТАНОВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ГОМЕЛЬЩИНЕ:
УЕЗДНОЕ, ГУБЕРНСКОЕ, СОВЕТСКОЕ...**

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

После проведения в России по инициативе П. А. Столыпина земских реформ начиная с 1911 г. «Положение о земских учреждениях» распространилось и на Могилевскую губернию, в состав которой тогда входила и Гомельщина с уездным городом Гомелем. Хотя бюджет губернии в этот период возрос в 6–7 раз, однако уровень оказания медицинской помощи в уезде оставался низким. В 1913 г. на одном сельском участке число жителей в среднем составляло 43,9 тысяч человек, а радиус обслуживания — 16,7 километров (1). Именно в этот период резко возросла роль «лечебной и лекарственной помощи». Врачебные участки в сельской местности приобрели большую популярность, увеличился объем их деятельности. К примеру, врач Клумов Е. В., заведующий Сутковской участковой больницей Лоевского уезда, за год в стационаре пролечил 284 пациента, а амбулаторно — 11214.

С началом Первой мировой войны доступность медицинской помощи населению вновь ухудшилась, усложнилась противоэпидемическая работа. В некоторых уездах оставались 1–2 врача. Отделом народного здравия губернской земской управы были сформированы «летучие санитарно-эпидемических отряды, по числу уездов. Каждый отряд имел одного врача, 4 фельдшеров и 4 санитаров — дезинфекторов». Санэпидотрядами была проведена большая работа. В деревне Дворец Тихиничской волости Рогачевского уезда руководила работой отряда врач Летуновская. Ею была организована амбулатория, в которой было пролечено много больных, в том числе заболевших холерой, дизентерией, брюшным тифом. В Гомеле на средства города были обустроены заразные бараки на 1500 человек. Город был разделен на 34 участка, контроль за санитарным состоянием в нем осуществляла военно-санитарная комиссия. За счет военного фонда и противочумной комиссии были построены абиссинские колодцы и упорядочены колодцы других типов, усилены ассенизационные обозы. Однако санэпидсостояние на основных путях передвижения войск и среди населения не улучшилось. К началу Первой мировой войны на территории современных границ Гомельской области насчитывалось 13 сельских больниц на 179 коек и 108 врачей. Волостные больницы на 10 коек с одним врачом были развернуты в Лельчицах, Скрыгалове, Петрикове, Турове; фельдшерские пункты — в Житковичах, Копаткевичах. Мозырская уездная больница размещалась в двух ветхих домах. В ее штате состояли два врача и два фельдшера. Один из врачей, Саэт Г. Е., участник русско-японской и Первой мировой войны, был высококвалифицированным терапевтом, гинекологом, хирургом. С первых дней Советской власти он организовывал здравоохранение на Полесье. Умер в 1919 г. от сыпного

тифа (2). К концу войны в Гомеле многие коммунальные предприятия были разрушены и не действовали, в лечебных учреждениях был резкий дефицит перевязочных средств и инструментария, в городе не проводилась очистка от нечистот. Средства на благоустройство и организацию медпомощи населению были ничтожно малы. В этот период территория Беларуси была разделена линией фронта на западную и восточную части. Восточные районы являлись прифронтовой зоной, что не создавало никаких условий для развития народного хозяйства. Свободными от германской оккупации в феврале 1918 г. остались лишь 14 уездов Могилевской и Витебской губерний. Приказом оккупационных войск Гомельский, Мозырский и Речицкий уезды были присоединены к гетманской Украине. Западные территории были увеличены, включив в себя Витебскую, Могилевскую, Минскую и Смоленскую губернии, центром региона стал Смоленск. Из указанных губерний была сформирована «Западная коммуна», просуществовавшая до формирования БССР. На освобожденных территориях Беларуси от немецких, а затем и польских оккупантов в июле 1920 г. был организован отдел здравоохранения Минского губревкома, который с 10 сентября 1920 г. был преобразован в наркомат здравоохранения БССР (3).

Изменение территории Гомельщины в этот период имело свои особенности. В феврале 1919 г. было принято решение об образовании в составе РСФСР Гомельской губернии, Гомель стал губернским центром. Губерния включила в себя ряд уездов Могилевской, Минской, Черниговской губерний. Наметились новые принципы государственного здравоохранения — профилактическая направленность и привлечение к делу охраны здоровья самого населения губерний, которые внедрялись в сложных социально-экономических условиях. Наркомздравом РСФСР в начале 1919 г. была определена в губернии примерная структура медико-санитарных отрядов. Тарифные ставки для врачей определялись в зависимости от занимаемой должности и квалификации. Было разработано временное положение о компенсации зарплаты медработникам в случае их заболевания при проведении противоэпидемических мероприятий. Работа Гомельского губздравотдела приобрела целенаправленность. В местные исполкомы был подготовлен и выслан циркуляр поясняющий особенности текущего момента, а так же дающий разъяснения для врачей и фельдшеров. Организация медпомощи населению обеспечивалась уездно-городским отделом здравоохранения при ревкоме Гомеля и уезда. Ревкому вменялось в обязанность формирование запасов продовольствия для снабжения больниц. Однако полному исполнению директов наркомздрава помешала начавшаяся интервенция польских войск. В марте 1919 г. в Гомеле был подавлен стрелковопытковский мятеж. 20 апреля 1919 г. на заседании Гомельского губернского комитета РКП(б) были уточнены границы губерний. В начале мая 1919 г. начал работать губернский отдел здравоохранения. Первое его заседание состоялось 20 мая 1919 г., на котором было принято решение о передаче в ведение губздравики глазной больницы врача Брука и венерологического барака.

С целью унификации номенклатуры органов здравоохранения и их структуры постановлением наркомздрава 4 июня 1919 г. введено название «отдел здравоохранения». На III Всероссийском съезде здравотделов был решен вопрос о единоначалии в органах здравоохранения.

В этот период времени на неоккупированных территориях медработники призывались в армию, что ухудшало доступность медицинской помощи населению. Также сложилась неблагоприятная эпидобстановка в регионе. Так из Речицкого уездного отдела в губздрав было сообщено, что в Речице, Василевичах и некоторых других уездах учащаются случаи дизентерии со смертельными исходами. После польского нашествия многие участки остались без врачей, а больницы были разграблены. Так из Речицы целиком был увезен центральный аптечный склад, забрано белье из больницы (4).

Через территорию губернии проходили потоки беженцев и переселенцев, а так же возвращающиеся домой массы австрийских, немецких и русских военнопленных, что до крайности осложняло санэпидобстановку. В этот период в Гомельском и Речицком уездах дислоцировались подразделения 12-й армии, членом реввоенсовета которой Мураловым М. К. было дано распоряжение о создании в Гомеле Чрезвычайной Комиссии по борьбе с эпидемиями. Это сыграло главную роль в борьбе с эпидемиями, а в дальнейшем такие комиссии стали организующими структурами в становлении всей лечебной работы. На заседании Гомельской Чрезвычайной комиссии в июле 1920 г. было отмечено, что от интервенции белополяков наиболее пострадал Мозырский уезд. В Мозыре, Петрикове, Турове и Лельчицах были разграблены больницы и имели вид «заезжих дворов». Глава Мозырского уезда, возвратившись из командировки в наркомздрав Беларуси, привез помощь комиссариата – несколько халатов и наволочек, 7 катушек ниток, 50 жестяных кружек, 12 рулонов обоев. Таким было начало этапа формирования Советского здравоохранения. От всех медработников, и в первую очередь от организаторов здравоохранения, требовалась инициативность, настойчивость, высокий профессионализм, а иногда и самопожертвенность. Так врач Житковичской участковой больницы Дм. И. Крайнес, а также бывший заведующий Мозырским уездным здравотделом Бабицкий И. И. умерли от тифа оставив семьи без кормильца (5).

В 1921 г. на Гомельщину началась эвакуация голодающих и больных детей из Поволжья, всего прибыло 11465 детей. Медработники губернии много сделали для спасения приехавших детей. В Поволжье для оказания помощи населению выехали 11 врачей и медработников среднего звена. В 1932–1933 гг. «голодомор» с Украины распространился на территорию Гомельщины. В Ельском и Наровлянском районах голодом было охвачено 9 сельсоветов (около 500 хозяйств). Было зарегистрировано 130 случаев смерти от голода. В Гомельском районе, как у единоличников, так и в 45 колхозах, закончились продукты питания. Резко возросла миграция жителей южных районов Гомельской области и Украины. В Гомеле стали регистрироваться вспышки скарлатины и тифа. Наркомздравом республики было выделено для больниц Гомеля сахар, крупа, рыба, а так же 15 тысяч рублей. С января 1935 года наметилось улучшение и в республике была отменена карточная система на продажу некоторых продуктов. Так Иван Мележ писал об этом периоде: «Я всю ночь напролет стоял в угловом магазине на Советской (Хойники), чтобы получить килограмм хлеба и поспешить в школу. Полусознательное состояние от недоедания, когда глаза переставали видеть». Несмотря на трудности, жизнь населения и уровень здравоохранения стали улучшаться. Приоритетом становилась охрана здоровья детей и матерей.

Историю здравоохранения формируют медицинские работники. Нам необходимо помнить от тех, кто внес значительный вклад в развитие здравоохранения в Беларуси, но и не менее важно помнить тех врачей, фельдшеров и медсестер, отдавших свою жизнь ради спасения пациентов. О некоторых уже было упомянуто. Из документов времени Великой Отечественной войны до нас дошли некоторые имена медработников: заведующего Октябрьским врачебным участком Чарноцкого А. А., казненного фашистами вместе с матерью, женой и двумя детьми; медсестры этого же района Суркиной Т., погибшей, исполняя свои обязанности; медсестры Кечко Н. партизанского отряда им. Чапаева Хойникского района; фельдшера Шульги К. и санитарки Маковской из партизанской бригады им. Железняк; медсестер Грицковой М., Чергуевской Н., фельдшера Хоменка П. Т. из бригады им. Ворошилова; похороненного в Буда-Кошелево врача, словака Ладислава Дында, зверски замученного оккупантами.

История современной медицины Гомельщины продолжает вписывать новые имена, в том числе и наши. А результаты нашего труда уже определяют здоровье нынешнего и будущего поколения населения Гомельщины и нашей Родины и выходят далеко за ее пределы...

ЛИТЕРАТУРА

1. Елейникова, В. С. Земская медицина в Беларуси / В. С. Елейникова, З. К. Крылова // Седьмая научная конференция по истории медицины Беларуси, посвященная 50-летию окончания Второй мировой войны: сб. матер. конф., Минск, 7–9 сент. 1995 г. — Минск, 1995. — С. 119–122.
2. Очерки истории здравоохранения Гомельской области: учеб. пособие / М. Е. Абраменко [и др.]; Гомел. гос. мед. ун-т. — Гомель, 2005. — С. 10.
3. НАРБ, Ф. 46, оп 1, л.1.
4. ГАГО, Ф. 11, оп 1, д. 1, л. 104-107.
5. Мозырский ЗГАГО, Ф. 463, оп. 3, д. 12.

**Д. М. АДАМОВИЧ, З. А. ДУНДАРОВ, А. И. ХМЫЛКО, И. П. СУШКИН,
В. И. ЛЕОНЕНКО, В. М. МАЙОРОВ, Ю. Н. АВИЖЕЦ, И. Ф. ШАЛЫГА, А. В. ЛУТКОВ**

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЧЕРВЕОБРАЗНЫХ ОТРОСТКОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АППЕНДЭКТОМИЮ

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение «Гомельское областная клиническая больница»*

Острый аппендицит остается одной из ведущих нозологических форм ургентной хирургической патологии, госпитализируемых в хирургические отделения. Значительное количество пациентов оперируется с флегмонозной и гангренозной формой острого аппендицита.

Цель: изучить гистологическую картину червеобразных отростков у взрослых пациентов в зависимости от сроков заболевания.

Материалы и методы. Изучены истории болезни и протоколы гистологического исследования червеобразных отростков 120 пациентов, оперированных по поводу острого аппендицита в первом хирургическом отделении УГОКБ за период 01.01.2014 г. — 01.08.2014 г.

Морфологически были выделены следующие группы: острый катаральный аппендицит (ОКА), острый флегмонозный аппендицит (ОФА), острый флегмонозный аппендицит с гнойным периаппендицитом (ОФА+ПА), острый гангренозный аппендицит (ОГА), острый гангренозный перфоративный аппендицит с осложнениями (абсцесс, перитонит) (ОГПА).

Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica 8.0». Результаты выражали в виде $M(25;75)\%$.

Результаты и обсуждение

Полученные результаты исследования по вышеуказанным группам представлены в таблице 1.

При анализе полученных результатов статистически значимых различий в группах по ИМТ, полу, количеству тромбоцитов, длине червеобразного отростка не отмечено. Отличия по возрасту отмечены между ОКА и ОГПА ($p = 0,02$), ОФА и ОГПА ($p = 0,005$), ОФА+ПА и ОГПА ($p = 0,01$), ОГА и ОГПА ($p = 0,011$), причем отмечается и увеличение среднего возраста в соответствии с возрастанием степени воспалительных изменений. Закономерно отмечено увеличение степени изменений воспалительного процесса в червеобразном отростке срокам заболевания, при этом значимые отличия отмечены между ОФА и ОГПА ($p = 0,0003$), ОФА и ОГА ($p = 0,003$), ОФА+ПА и ОГПА ($p = 0,024$), ОГА и ОГПА ($p = 0,038$). Уровень лейкоцитоза при поступлении статистически значимо отличался в группе с ОКА и ОФА ($p = 0,011$), ОКА и ОФА+ПА ($p = 0,002$), ОКА и ОГА ($p = 0,002$). Также значимые отличия выявлены по уровню гемоглобина: ОФА и ОГПА ($p = 0,02$) и по количеству эритроцитов ОКА и ОГПА ($p = 0,03$), ОФА и ОГПА ($p = 0,003$),

ОФА+ПА и ОГПА ($p = 0,04$), ОГА и ОГПА ($p=0,04$). Отмечены значимые отличия по диаметру червеобразного отростка между ОКА и ОФА ($p = 0,0007$), ОКА и ОФА+ПА ($p = 0,0001$), ОКА и ОГА ($p=0,00008$), ОКА и ОГПА ($p = 0,005$).

Таблица 1 — Группы в соответствии с данными гистологического исследования

Морфологическая форма ОА	ОКА	ОФА	ОФА+ПА	ОГА	ОГПА
Кол-во, п	18	37	26	30	9
ИМТ	26(21;29)	26(21;31)	24(21;25)	24(22;29)	26(24;31)
Пол,% (м/ж)	44/56	65/35	46/54	53/47	33/67
Средний возраст, лет	36(22;54)	28(20;47)	30(21;55)	32(24;53)	54(52;65)
Срок от начала заболевания, часы	22(13;36)	14(9;22)	20(8;30)	25(16;39)	44(26;72)
Лейк, $\times 10^9/\text{л}$	11,5 (9,8;13,5)	14,9 (11,6;17,4)	15,5 (12,4;17,8)	14,3 (12,1;19,4)	13,2 (11,1;16,4)
Нв, г/л	142 (128;148)	144 (133;153)	135 (128;145)	139 (125;147)	124 (121;134)
Эр, $\times 10^{12}/\text{л}$	4,67 (4,17;5,01)	4,79 (4,49;5,06)	4,62 (4,34;4,79)	4,69 (4,32;4,90)	4,36 (3,89;4,46)
Тр, $\times 10^9/\text{л}$	180 (147;263)	204 (157;248)	184 (139;222)	184 (145;212)	158 (149;198)
Длина, мм	80(60;80)	80(60;90)	70(60;90)	80(70;80)	70(70;80)
Диаметр, мм	9(7;10)	10(10;15)	15(10;15)	15(10;15)	15(10;20)

Выводы

При анализе результатов гистологического исследования наблюдается закономерное увеличение степени воспалительных изменений не только от длительности заболевания, но также и от возраста оперированных пациентов с острым аппендицитом.

**Д. М. АДАМОВИЧ, З. А. ДУНДАРОВ, А. И. ХМЫЛКО, В. В. ЛИН,
В. И. БАТЮК, В. М. МАЙОРОВ, В. И. ЛЕОНЕНКО**

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение «Гомельское областная клиническая больница»*

Из всех неотложных хирургических вмешательств на органах брюшной полости доля аппендэктомий составляет 20–50 %. Наряду с традиционной техникой операции в последнее стали активнее внедрять лапароскопические аппендэктомии (ЛА), имеющие у взрослых свои особенности. Частота развития осложнений после открытой аппендэктомии составляет 5,4–12,6 %, после ЛА — 0,2–8,3 % (С. Ф. Кириакиди, 2001, А. Ю. Некрасов, 2009).

Целью исследования явилась оценка результатов лечения острого аппендицита (ОА) лапароскопическим способом у взрослых пациентов.

Материалы и методы. Изучены истории болезни и протоколы 17 пациентов, госпитализированных в первое хирургическое отделение УГОКБ и оперированных лапароскопически за период 01.01.2008 г. — 31.08.2014 г. Всем пациентам проведено обследование по стандартным протоколам. УЗИ органов брюшной полости с целью диагностики было выполнено 16 пациентам.

Аппендэктомия выполнялась с обработкой культи отростка по методике F. Gotz (1987). После наложения пневмоперитонеума посредством иглы Вереша по средней линии над пупком вводился 5 мм троакары для видеолапароскопа. Под контролем лапароскопа в правой подвздошной области 10 мм троакары для инструментов, над лоном по средней линии 5 мм троакары для биполярного коагулятора. Аппендэктомия выполня-

лась антеградно поэтапной мобилизацией отростка до основания. На основание аппендикса накладывали петлю Редера (ПГА0). На расстоянии 10 мм от лигатуры отросток коагулировали. Пересечение отростка осуществляли на расстоянии 5 мм от лигатуры с расчетом, чтобы культя «раскрывалась» и обнажалась слизистая, которую после дополнительной электрокоагуляции дважды обрабатывалась 5 % спиртовым раствором йода. Извлечение отростка производили через 10 мм троакар. Брюшную полость санировали посредством ПХВ-трубки, введенной через 10 мм троакар или вакуум аспиратора. В послеоперационном периоде пациенты получали ненаркотические анальгетики, которые со 2–3 суток получали их «по требованию» 1–2 раза в сутки. Антибактериальная терапия (цефтриаксон) осуществлялась в течение 3–5 дней. В течение 2–5 суток пациенты находились на щадящей «бесшлаковой» диете.

Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica 8.0». Результаты выражали в виде М (25;75) %.

Результаты и обсуждение

Мужчин было 5 (29 %), женщин — 12 (71 %). Средний возраст пациентов составил 21 год (19;24). ИМТ составил 21 (19;21). Пациенты поступали в среднем через 13 часов (9;22) от начала заболевания. Позже суток поступило 2 пациентов (12 %).

Показатель лейкоцитоза составил в среднем $14,8 \times 10^9/\text{л}$ (12,4;19,3), уровень гемоглобина — 134 г/л (124;140), эритроциты — $4,55 \times 10^{12}/\text{л}$ (4,35;4,67), тромбоциты — $185 \times 10^9/\text{л}$ (162;240). На УЗИ в 44 % случаев выявлены эхоскопические признаки ОА.

На операции типичное расположение отростка было выявлено у 10 (59%), ретроцекальное — у 3 (18 %), в малом тазу — 4 (23 %) пациентов. Морфологически флегмонозная форма ОА диагностирована у 16 (94%) пациентов и гангренозная — у 1 (6 %). Длина червеобразного отростка в среднем составила 70 (60;80) мм, диаметр — 10 (10;10) мм, благодаря чему стало возможным его извлечение через «10 мм троакар», или с использованием 3-х лепесткового ранорасширителя. У 14 (82 %) пациентов имелся выпот в правой подвздошной области, который был взят на посев.

Сроки послеоперационного периода у пациентов составили 6 (5;7) суток. Осложнений после операций у наших пациентов не наблюдалось.

Выводы

Лапароскопическая аппендэктомия несомненно имеет ряд преимуществ по сравнению с традиционными методиками: малая травматичность, косметичность, снижение сроков нахождения в стационаре и амбулаторного лечения после выписки из стационара, снижение частоты осложнений.

Сравнительная оценка результатов традиционной и лапароскопической методик аппендэктомии у пациентов различного возраста и наличия сопутствующей патологии, сроков от начала заболевания на больших выборках со временем определит показания к применению более эффективной методики в каждом конкретном случае.

**Д. М. АДАМОВИЧ, З. А. ДУНДАРОВ, А. И. ХМЫЛКО, В. М. МАЙОРОВ,
В. И. БАТЮК, В. В. ЛИН, И. П. СУШКИН, Н. П. МЕЛЬНИКОВА**

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение «Гомельское областная клиническая больница»*

Острый аппендицит (ОА) — одно из наиболее часто встречающихся заболеваний в неотложной хирургии. Заболеваемость ОА составляет 4–5 случаев на 1000 человек насе-

ления в год [С. В. Ковалев, 2008]. Наиболее часто он встречается в возрасте 20–40 лет [В. Д. Левицкий, 2011]. Женщины оперируются в 1,5–2 раза чаще [В. П. Сажин, 2009]. Летальность при ОА стабилизировалась за последние десятилетия и составляет в среднем 0,1–0,3 %.

Целью исследования явилось изучение структуры заболеваемости острым аппендицитом и результаты его лечения у взрослых пациентов.

Материалы и методы. Были изучены истории болезни и протоколы операций 119 пациентов, госпитализированных в первое хирургическое отделение УГОКБ за период 01.01.2014 г — 31.08.2014 гг. При госпитализации пациентам был выполнен общий осмотр, проведены лабораторные исследования (ОАК, ОАМ). 106 пациентам (89 %) выполнено УЗИ органов брюшной полости. При необходимости пациенты были консультированы смежными специалистами. Все пациенты были оперированы.

Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica 8.0». Результаты выражали в виде M (25;75) %.

Результаты и обсуждение. Соотношение пациентов по полу мужчины/женщины составило 62 (52 %) и 57 (48 %) человек соответственно. Средний возраст пациентов составил 31 год (22;54). ИМТ составил 25 (22;29). Длительность заболевания до госпитализации в среднем составил 20 часов (11;32). Через сутки от начала заболевания поступил 41 пациент (34 %).

В общем анализе крови показатели лейкоцитоза составили в среднем $14,3 \times 10^9/\text{л}$ (11,7;17,9), уровень гемоглобина — 138 г/л (128;148), эритроциты — $4,65 \times 10^{12}/\text{л}$ (4,36;4,91), тромбоциты — $185 \times 10^9/\text{л}$ (147;234).

Структура аппендэктомий оказалась следующая: традиционная доступом в правой подвздошной области у 72 пациентов (60 %), традиционная ретроградным способом — у 3 (2,5 %); у 8 (7 %) аппендэктомия была завершена дренированием брюшной полости; трем пациентам (3 %) выполнена лапаротомия, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости; типичная аппендэктомия была выполнена после диагностической лапароскопии в 17 случаях (14 %); лапароскопическая аппендэктомия — 16 пациентам (13 %).

На операции типичное расположение червеобразного отростка было выявлено у 74 (62 %) пациентов, ретроцекальное у 25 (21 %), за илеоцекальным углом — у 4 (3 %), подпеченочное — у 7 (6 %), в малом тазу — у 6 (5 %), ретроперитонеальное — в 3 (3 %) случаях.

Морфологически катаральная форма ОА была установлена у 8 (7 %) пациентов, флегмонозная — у 83 (69 %), гангренозная — у 14 (12 %), гангренозная с периаппендикулярным абсцессом — у 6 (5 %), гангренозная с перитонитом — у 8 (7 %) пациентов.

Длина аппендикса в среднем составила 80 (70;80) мм, диаметр отростка — 10 (10;15) мм. У 93 (78 %) пациентов в брюшной полости определялся выпот, который был взят на посев.

После аппендэктомий осложнения развились у 6 (5 %) пациентов: местные осложнения раны (1 гематома и 3 серомы) у 4, у одного пациента образовался неполный несформированный толстокишечный свищ (после гангренозного перфоративного аппендицита с аппендикулярным абсцессом, пролеченный консервативно), у 1 пациентки развилась острая спаечная кишечная непроходимость, осложнившаяся в последующем эвентрацией с разрывом тонкой кишки, что потребовало повторных операций. Все пациенты с этими осложнениями были выписаны с полным выздоровлением и в удовлетворительном состоянии. Средний койко-день составил — 7 (6;8).

Выводы

По нашим данным червеобразный отросток чаще локализовался в правой подвздошной ямке, пока при этом чаще выполняется традиционная аппендэктомия, наи-

большее количество пациентов были оперированы во флегмонозную стадию острого аппендицита.

В сложных случаях для верификации диагноза может возникнуть необходимость выполнения диагностической лапароскопии и в случае подтверждения диагноза выполняется аппендэктомия традиционным или лапароскопическим способом.

Развитие осложнений по данным нашего исследования в основном наблюдалось при запущенных деструктивных формах острого аппендицита, не превысило возможный процент по данным литературы.

***С. Л. АЧИНОВИЧ, Т. И. ПРИГОЖАЯ, В. Э. НИТИШ,
А. Л. ЛЕОНКОВ, Н. В. АЧИНОВИЧ***

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АУТОПСИЙ

*УЗ «Гомельский областной клинический онкологический диспансер»
Учреждение «Гомельское областная клиническая больница»*

Тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА) — одно из наиболее часто встречающихся осложнений у пациентов с колоректальным раком (КРР). ТЭЛА занимает одно из первых мест среди смертельных осложнений, которые не были выявлены клинически.

Материалы и методы. Произведен анализ медицинской документации 180 пациентов, умерших от КРР и подвергавшихся аутопсии в патологоанатомическом отделении Гомельского областного клинического онкологического диспансера (ГОКОД) за период 1986–2012 гг. Для статистического анализа использовался пакет прикладных программ «Statistica» 6,0.

Результаты и обсуждение. В 88 случаях (48,9 %) был выявлен рак прямой кишки (РПК), а в 92 (51,1 %) — рак ободочной кишки (РОК). При РПК средний возраст составил $64,9 \pm 5,1$ лет, соотношение М / Ж = 1,1 / 1. Преобладали пациенты в возрасте после 50 лет — 80 случаев (91,4 %). При РОК средний возраст составил $65,2 \pm 5,9$ лет, соотношение М / Ж = 1,2/1. Также преобладали пациенты в возрасте после 50 лет — 85 случаев (92,2 %). При РПК опухоли локализовались в нижеампулярном отделе прямой кишки в 14 случаях (16,5 %), в среднеампулярном в 52 (58 %), в вышеампулярном — в 22 (25,5 %). Новообразования у больных РОК чаще локализовались в правой половине толстого кишечника — 57 случаев (62,1 %), чем в левой половине — 35 случаев (37,9 %).

В качестве непосредственной причины смерти пациентов при РПК ТЭЛА встречалась в 23 случаях (26,1 %), при РОК — 11 случаев (11,9 %). Всего ТЭЛА была диагностирована в 34 случаях (18,7 %) КРР. Во всех случаях РОК источником тромбообразования явились глубокие вены голеней. При РПК глубокие вены голеней явились источником тромбообразования в 19 случаях (82,6 %). В 1 случае (4,3 %) тромб сформировался в ушке правого предсердия, в 1 случае (4,3 %) тромб образовался в подвздошной вене в месте врастания метастаза РПК, в 2-х случаях (8,7 %) источником тромбообразования явились вены малого таза. Среди всех КРР преобладали опухоли I–II стадии, что составило при РПК 18 случаев (77,5 %), при РОК — 8 случаев (75 %). ТЭЛА развилась после радикальных операций у 16 пациентов РПК (70,2 %) и у 7 пациентов с РОК (61,5 %), после паллиативных операций у 4 больных РПК (17,2 %) и 3 больных РОК (25 %). У трех пациентов с РПК (12,1 %) и 1 пациента с РОК (11,4 %) ТЭЛА развилась без предшествовавшей операции. Отмечено преобладание поражения средних ветвей легочной артерии при РПК — 12 случаев (53,3%), при РОК-6 (50,5 %). Поражение крупных ветвей и ствола легочной артерии составило при РПК 8 случаев

(35,7 %), при РОК-3 (25,3 %). Поражение мелких ветвей определялось реже: при РПК — 3 (11 %), при РОК — 2 (18,2 %).

При КРР выявлялись факторы высокого риска (относительный риск > 10): обширная хирургическая операция (РПК 88 %, РОК 65 %); факторы умеренного риска (относительный риск 2–9): установка центрального венозного катетера (РПК 28%, РОК — 25 %), проведение химиотерапии (РПК 8 %, РОК 0 %), хроническая сердечная недостаточность (РПК 20%, РОК 5%), гормонозаместительная терапия (РПК 6 %, РОК 0 %), наличие злокачественного новообразования 17 (РПК 100 %, РОК 100 %); наличие венозных тромбозов в анамнезе (РПК 18 %, РОК 5 %), факторы низкого риска (относительный риск <2): постельный режим более трех дней (РПК 80 %, РОК 75 %); возраст более 65 лет — (РПК 70%, РОК 55 %), ожирение — (РПК 22 %, РОК 18 %), варикозное расширение вен ног — (РПК — 15,5 %, РОК 9 %). Больше предрасполагающих факторов, как связанных с пациентом, так и внешних, было выявлено при РПК по сравнению с РОК. В среднем, на одного пациента с РПК приходилось $8,4 \pm 1,6$ факторов риска ($p = 0,035$), на одного пациента с РОК — $3,8 \pm 1,1$ факторов риска ТЭЛА ($p = 0,041$). Были рассчитаны прогнозные параметры летальности в течение 30 дней среди пациентов с острой ТЭЛА с оценкой 11 клинических параметров (в баллах), позволяющих разделить пациентов на пять классов риска смерти в течение 30 дней по любой причине, начиная от очень низкого (класс I) и заканчивая очень высоким риском (класс V). Категории риска (смертность в течение 30 дней по любой причине, %): класс I < 65 баллов (0 %); класс II 66–85 баллов (1 %); класс III 86–105 баллов (3,1 %); класс IV 106–125 баллов (10,4 %); класс V > 125 баллов (24,4 %). Были получены следующие результаты: класс I: РПК 0 %, РОК 6 %; класс II: РПК 1 %, РОК 7%, класс III: РПК 10 %, РОК 7 %, класс IV: РПК 20 %, РОК 9 %, класс V: РПК 20 %, РОК 9 %.

Выводы

1. Почти в четверти случаев непосредственной причиной смерти в стационаре у пациентов с раком прямой кишки явилась тромбоэмболия легочных артерий.
2. Тромбоэмболия легочных артерий, как причина смерти, у пациентов с раком ободочной кишки встречалась в два раза реже, чем у умерших с раком прямой кишки

П. П. БАКАНОВ, В. И. САННИКОВ, Д. Г. ФИЛИПЧУК

ВРОЖДЕННАЯ РАСЩЕЛИНА ВЕРХНЕЙ ГУБЫ: НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ

*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»
УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

Врожденные расщелины верхней губы («заячья губа») доставляют много огорчений родителям ребенка, а в последствии и ему самому. По данным ВОЗ каждый десятый ребенок рождается с пороками развития. Академиком Г. Лазюком и сотрудниками НИИ наследственных и врожденных заболеваний установлено достоверное превышение частот ВПР только в районах жесткого радиационного контроля (уровень загрязнения территории — 15 Ки/км²). На каждую тысячу обследованных беременных выявляется, в среднем, один случай расщелины верхней губы или неба. У новорожденных с расщелинами верхней губы до 75 % наблюдаются односторонние расщелины, чаще слева.

Цель: провести анализ способов оперативного лечения врожденной расщелины верхней губы (ВРВГ) в аспекте эффективности и эстетичности по материалам отделения. В Гомельской области, число новорожденных с ВРВГ уменьшилось и встречается в среднем до 9 в год. В период 1978–1998 гг. частота встречаемости порока в среднем

составляла 14. Снижение числа новорожденных с ВРВГ объясняется рациональной пренатальной УЗ — диагностикой, а при выявлении врожденных пороков — прерыванием беременности.

Материалы и методы. За период 2008–2013 гг. в отделении челюстно-лицевой хирургии и стоматологии произведено 43 хейлопластики. Из них по поводу двухсторонних расщелин — 12, односторонних — 31. При выписке — у всех пациентов наблюдался удовлетворительный косметический и функциональный эффект. В тоже время, у 2 пациентов было частичное заживление ран вторичным натяжением. К пластическому устранению ВРВГ предъявляются высокие функциональные и косметические требования. Губа должна быть подвижной и по своему внешнему виду соответствовать нормальной. Нами используются методики операций, основанные на перемещении лоскутов мягких тканей, окружающих края расщелины. Как правило, эта методика Millard и Miro, способствующие физиологичной реконструкции измененной расщелинной верхней губы. Обязательным является тщательная реконструкция расщепленной круговой мышцы рта для ее полного включения в функцию, обеспечивающую благоприятное воздействие на развитие всей средней зоны лица. Весь интерес и сложность данной операции заключается в индивидуальном подходе к каждому ребенку. Для получения хорошего результата хирург заранее определяется с операционной методикой, а во время операции должен модифицировать ее в той или иной степени. Большое значение, при проведении хейлопластики, придается восстановлению физиологичного положения крыла носа на больной стороне. Известно, что при полных формах расщелины крыло носа не только оттянуто кнаружи и уплощено, но и приращено к краю грушевидного отверстия носа. Для устранения этого изъяна необходимо мобилизовать большой крыльный хрящ от грушевидного отверстия, через заранее созданный Г-образный разрез на тканях в области слизистой преддверия рта. Только достаточная мобилизация позволит сместить ткани и сшить их без натяжения. Однако, практически всегда, необходимо производить реконструктивные операции на носу после полного формирования хрящей носа. При двусторонних расщелинах ушиваются поочередно обе стороны. Слизистая оболочка губы сшивается «выворотными швами». Мышцы выделяются и опрокидываются в горизонтальном направлении, сшиваются «конец в конец». Красная кайма губы формируется, взаимно перемещенными треугольными лоскутами, по методике Miro. Фрагмент кожи на стороне расщелины всегда укорочен, поэтому необходимо обеспечить симметричный прирост кожи.

Результаты и обсуждения. Используемая нами методика позволяет за счет перемещения и сшивания низведенных фрагментов круговой мышцы и несимметричных треугольных лоскутов кожи обеспечить хороший косметический эффект. Всякий результат пластической операции в челюстно-лицевой области у детей, в отдаленной перспективе, изменяется к худшему под влиянием двух факторов. Первый — врожденное отставание в развитии тканей в области расщелины и второй — операционное травмирование и сшивание тканей удерживающих их от физиологического роста. Наша лечебная тактика основана на тридцатилетнем опыте лечения более 252 детей с ВРВГ. Операцию проводим на шестом месяце жизни ребенка с учетом периодов роста оперируемых образований.

Выводы

Пластические операции при врожденных расщелинах верхней губы должны выполняться после шестимесячного возраста ребенка, учитывая физиологическую готовность ребенка.

Цель первичной хейлопластики заключается в восстановлении всех элементов губы, максимальное сохранение тканей, исправление положения оснований крыльев носа и создание свободного вестибулярного пространства. Необходимо устранить не только косметический дефект, но и восстановить функцию верхней губы.

Лицам детородного возраста, проживающих на загрязненных территориях после аварии на ЧАЭС, при планировании беременности необходимо получение медико-генетической консультации.

**С. Ю. БАРАНОВ, Ю. В. ДМИТРИЕВ, С. В. ШАЙДУЛИН, А. Н. БАРОВСКИЙ,
Н. В. АЧИНОВИЧ, С. Н. ПРЕДКО, Т. А. ШАЧИКОВА, В. В. ИВАНЕНКО**

**НАШИ ТРАДИЦИИ В МАЛОИНВАЗИВНОМ СКРИНИНГЕ И ЛЕЧЕНИИ
«ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА»
У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОГО РАЙОНА**

УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Отсутствие «специфических симптомов» при диагностике острого аппендицита (ОА) у детей придает клиническим проявлениям при заболевании «многоликость». Вследствие этого возможны более высокий уровень развития осложнений (до 5 %) и появления диагностических ошибок (до 12%) при ОА у детей. Это показывает актуальность данной патологии в структуре неотложной хирургии. Сомнительные случаи абдоминального болевого синдрома ранее многими хирургами чаще «разрешались» выполнением диагностических лапаротомий, при этом число катаральных форм ОА достигало 30–40 %.

Применение и совершенствование новых технологий в хирургии способствовало активному внедрению методов эндоскопической хирургии. Со временем благодаря республиканским программам и возможностям на местах доступность и распространенность видеолапароскопического оборудования в учреждениях хирургического профиля в РБ увеличилась.

Согласно имеющимся данным крупных хирургических клиник активное использование указанных технологий сопровождалось значительным снижением числа послеоперационных осложнений при деструктивных формах ОА (спаечная болезнь, инфилтраты, абсцессы).

Целью работы явилось изучение структуры оперированных urgently состояний с клиникой «острого аппендицита», показать сложности диагностического скрининга при абдоминальном синдроме у детей, выявить произошедшие количественные и качественные изменения в лечении ОА у детей по результатам работы отделения детской хирургии учреждения «Гомельская областная клиническая больница» за период 1997–2013 г.

Материалы и методы. Был проведен по унифицированным схемам ретроспективный анализ 6059 историй болезни детей, оперированных при острой абдоминальной патологии воспалительного генеза в отделении детской хирургии Гомельской областной клинической больницы за период 1997–2013 гг., в т. ч. и с использованием современной видеолапароскопической техники (ВЛТ) в 1789 случаях.

Сперва показаниями к применению ВЛТ в отделении (с 1998 г.) было проведение диагностического скрининга спорных ситуаций, выполнение санации брюшной полости, позже — проведение лапароскопически ассистированных операций, а с 2002 г. начали выполнение лапароскопических аппендэктомий лигатурным способом.

За период 2011–2013 годов удельный вес применения ВЛТ в структуре диагностики и лечения ОА у детей примерно составляет 98 %.

Результаты и обсуждение. Статистически среди оперированных детей преимущественное большинство составили городские жители (около 84 %), из них — в основном жители г. Гомеля. Удельный вес мальчиков несколько был больше (58 %). Чаще аппендэктомии выполнялись в возрасте 8–13 лет.

Основной интраоперационной находкой при воспалительном абдоминальном синдроме остается ОА, а среди его морфологических форм преимущественно доминирует «флегмонозная» (в 2013 г. почти 74 %). Частота «катаральных» форм ОА как интраоперационной находки уменьшилась с 20,2 % (в 1997 г.) до 2 % (в 2013 г.).

Всего за период 1997–2013 гг. после видеолапароскопической визуализации деструктивно измененного аппендикса было выполнено 1513 лапароскопических аппендэктомий лигатурным способом, а у 136 детей типичная аппендэктомия была выполнена после конверсии в стандартные доступы. В остальных случаях применение ВЛТ проходило без аппендэктомии. Применение ВЛТ в период 2013 г. в скрининге воспалительной абдоминальной патологии в 97 % случаев операция закончилась лапароскопической аппендэктомией лигатурным способом, а у 5 пациентов после вынужденной конверсии в стандартные доступы была выполнена типичная аппендэктомия.

Сравнение интраоперационных морфологических форм «ОА» и дооперационной клинической картины при этом показал, что более сложными в клинической диагностике являются «катаральные», «гангренозные» и «перфоративные» стадии ОА. Причинами этого могут быть «степень деструкции» указанных форм, особенности локализации червеобразного отростка, «изоляция» воспаленного аппендикса большим салъником, возрастными особенностями и сопутствующей патологией у пациента.

Под «маской» ОА, наиболее часто по нашим данным протекают кишечная колика, неспецифический мезаденит, первичный перитонит.

Минимальная травма передней брюшной стенки, петель кишечника и брюшины способствовала более гладкому течению послеоперационного периода после лапароскопической операции. Ранняя активизация наших пациентов приводила к повышению качества жизни, сокращала длительность их пребывания в стационаре, более наглядно это было видно у оперированных с выраженными деструктивными формами ОА.

Минимальные размеры доступов после лапароскопической аппендэктомии сопровождались меньшими осложнениями со стороны ран (нагноение, расхождение швов, гематомы), особенно у пациентов – гиперстеников. Минимальная площадь травматизации брюшины и адекватная интраоперационная санация брюшной полости косвенно должны были значительно минимизировать развитие спаечного процесса. Сравнительно меньшая операционная травма позволяла раньше пациентам отказаться от применения нестероидных анальгетиков, способствовала раннему возвращению пациентов к активной жизни.

Выводы

Лапароскопические доступы менее травматичны и более косметичны по сравнению с лапаротомными доступами.

Качественный обзор по ходу операции при использовании видеолапароскопической техники демонстрирует ее высокую диагностическую ценность, помогает своевременно избежать или минимизировать возникающие проблемы в ходе вмешательства. Отсутствие изменений в аппендиксе позволяло не выполнять «необоснованных» аппендэктомий.

Малая травматичность этой методики сопровождалась снижением у пациентов числа осложнений в послеоперационном периоде.

Более ранняя активизация детей после таких операций сопровождалась снижением пребывания детей в стационаре и, соответственно, затратами на лечение.

На нашем примере «бережливость» сопровождалась не только сохранением средств в медицине в настоящее время, но и с большой перспективой «экономии» на будущее. А главное — качество жизни наших пациентов после таких операций будет выше и лучше.

Т. М. ВОРОЖУН, И. Ф. ЗИМЕЛИХИНА, С. К. ФИЛИПЧУК

НАЛИЧИЕ ХРОНИЧЕСКИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Хронические аллергические заболевания (ХАЗ) имеют возрастные особенности.

Цель исследования: установить характер распространения ХАЗ у детей и подростков различных возрастных групп (бронхиальная астма, атопический дерматит, аллергический ринит).

Материал и методы. За период 2013 г. безвыборочным методом обследовали 765 детей и подростков с бронхиальной астмой (БА), аллергическим ринитом (АР) и атопическим дерматитом (АД), госпитализированных в аллергологическое отделение УГОКБ. Были сформированы основная группа и группа сравнения. В основную группу включили 346 подростков. Критерием дополнительного разделения явился возраст пациентов. Они были разделены на 4 возрастных группы: 2–3 года, 3–6 лет, 7–11 лет и 12–16 лет. Группу сравнения составили 419 детей 2–11 лет жизни (94 больных 2–3 лет, 93 ребенка 3–6 лет, 232 пациента 7–11 лет). Из 765 пациентов с хроническими аллергическими заболеваниями было 488 мальчиков (63,8–1,7 %) и 277 девочек (36,2–1,7 %).

Результаты и обсуждение. Возрастная динамика структуры ХАЗ была следующей: у подростков в сравнении с дошкольниками увеличивался удельный вес АР при снижении доли АД и сочетания БА с АД. Возрастная структура ХАЗ была практически идентична как мальчиков, так и у девочек. В группе детей 2–3 лет преобладали ХАЗ с поражением одного шокового органа (почти в два раза чаще полиорганных аллергических поражений). В возрасте после трех лет, в том числе и у подростков, частота полиорганных поражений и ХАЗ с поражением одного шокового органа была приблизительно одинаковой. При этом у подростков полиорганные поражения (БА и АР; БА и АД; АД и АР; БА с АД и АР) имели место почти у половины пациентов против 1/3 случаев среди пациентов 2–3 лет жизни (47,7–2,7 % и 34,0–4,9 % соответственно, $p < 0,05$). Половых различий в соотношении ХАЗ с поражением нескольких и одного шокового органа в возрастном аспекте не наблюдалось. Кроме того, связи пола исследуемых с частотой таких отдельных нозологических форм, как БА, АР, сочетание АД с АР, БА с АД, «атопической» триады также выявлено не было.

У каждого четвертого подростка (24,6–2,8 %) с ХАЗ наблюдалась лекарственная гиперчувствительность. С увеличением возраста пациентов при полиорганных поражениях частота лекарственной гиперчувствительности нарастала. У подростков она оказалась в 2 раза выше, чем у детей 2–3 лет жизни, и наблюдалась почти у каждого третьего. Кроме того, у подростков с полиорганными поражениями частота лекарственной гиперчувствительности выше в сравнении с пациентами с поражением одного шокового органа. В то же время, с увеличением возраста пациентов с ХАЗ с поражением одного шокового органа, наблюдалась тенденция к уменьшению частоты лекарственной гиперчувствительности. Самой высокой частота лекарственной гиперчувствительности у подростков оказалась при «атопической триаде» и сочетании БА с АР. Она прослеживалась у каждого второго. У подростков с изолированной БА частота выявления лекарственной гиперчувствительности была самой низкой в сравнении с другими нозологическими формами. Лекарственная гиперчувствительность отмечалась лишь у каждого десятого пациента с БА.

В целом к подростковому возрасту в структуре ХАЗ снижается удельный вес АД и увеличивается доля АР, что соответствует этапности развития сенсibilизации у детей.

На изучаемом контингенте пациентов прослеживается возрастная эволюция тяжести течения БА у детей и подростков. Так, у подростков в сравнении с детьми 2–11 лет имело место более легкое течение БА: чаще диагностировалась легкая форма БА. При этом различия в характере течения БА по степени тяжести по половому признаку мы не наблюдали. При БА имела место возрастная динамика присоединения сопутствующей аллергической патологии. С увеличением возраста у них нарастала частота сопутствующего АР, но в то же время снижалась частота АД. Так, 87,0–2,7 % подростков,

страдающих БА, имели АР, у 21,7–3,3 % пациентов с БА был диагностирован АД, а у 19,3–3,1 % — наблюдалось сочетание АД и АР.

Интересным является тот факт, что удельный вес атопической триады с возрастом существенно не менялся. При «атопической триаде» «атопический марш» имел более раннее начало в виде АД уже на первом году жизни (чаще у пациентов с сочетанием БА с АД и АР, чем у страдающих только БА). У пациентов с атопической триадой по результатам аллергологического обследования чаще (чем при изолированной форме БА) выявлялась сенсibilизация к ингаляционным (бытовым, эпидермальным и пыльцевым) аллергенам. Кроме того в подростковом возрасте при «атопической триаде» в 4 раза чаще (чем при изолированной форме БА) развивалась лекарственная гиперчувствительность.

С увеличением возраста детей с ХАЗ отмечалось нарастание частоты сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) как при полиорганных поражениях, так и при поражении одного шокового органа. Самая высокая частота сопутствующей патологии ЖКТ среди подростков была при атопическом дерматите и достигала 75,0–6,3 %. Частота поражения органов ЖКТ была также достаточно высокой у пациентов с полиорганными аллергическими поражениями с вовлечением кожи, ниже она оказалась у детей с изолированным поражением респираторного тракта.

У каждого четвертого подростка с ХАЗ имела место патология носоглотки. Частота хронической патологии носоглотки (гипертрофия небных миндалин, аденоиды, аденоидит, хронический тонзиллит) оказалась самой высокой в возрастной группе 3–6 лет жизни и снижалась к подростковому возрасту. При этом у подростков частота патологии носоглотки была достоверно ниже в сравнении с возрастными группами детей 2–6 и 7–11 лет жизни. Частота этой патологии не зависела от числа пораженных шоковых органов.

Выводы

В настоящее время у подростков 12–16 лет с хроническими аллергическими заболеваниями чаще, чем в раннем возрасте, отмечается вовлечение в патологический процесс несколько шоковых органов с формированием сочетанной аллергической патологии.

Полиорганные поражения наблюдаются почти у половины подростков с хроническими аллергическими заболеваниями.

У каждого третьего подростка с сочетанной аллергической патологией наблюдается лекарственная гиперчувствительность.

С возрастом у детей с хроническими аллергическими заболеваниями возрастает частота сопутствующей хронической патологией органов пищеварения.

К пубертатному возрасту у пациентов с бронхиальной астмой отмечается увеличение присоединения сопутствующего аллергического ринита и снижение частоты атопического дерматита.

В подростковом возрасте бронхиальная астма характеризуется более легким течением, чем при развитии в более ранний период.

У пациентов с атопической триадой наблюдается чаще раннее начало «марша атопии», в большинстве случаев обнаруживается сенсibilизация к ингаляционным аллергенам и лекарственная гиперчувствительность.

О. С. ГОВРУШКО

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Судорожный синдром в клинической картине тяжелой черепно-мозговой травмы (ЧМТ) чаще всего проявляется эпилептическими приступами (ЭП). Время возникнове-

ния и частота развития ЭП зависят от вида, локализации и объема очага повреждения мозга, состояния преморбидного фона у пациента (наличия цереброваскулярных заболеваний, повторных ЧМТ в анамнезе, генетической предрасположенности, хронического алкоголизма др.)

У пострадавших с тяжелой ЧМТ чаще всего наблюдают генерализованные ЭП, которые приводят к повышению внутричерепного давления, нарушению церебральной перфузии, ишемии и нарастанию отека мозга, что способствует ухудшению состояния пациентов и увеличению количества неблагоприятных исходов.

Выявление факторов риска развития ЭП при тяжелой ЧМТ позволит определить группу пострадавших, нуждающихся в профилактическом назначении противосудорожных средств, а также уточнить влияние ЭП на исходы лечения и течение восстановительного периода у лиц, перенесших ЧМТ.

Цель: изучить структуру ЭП при тяжелой ЧМТ и оценить факторы способствующие их развитию.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов клинко-инструментальных исследований и хирургического лечения 255 пострадавших, оперированных по поводу тяжелой ЧМТ в УГОКБ за 2013 год.

К посттравматическому ЭП были отнесены любые ЭП, развившиеся после получения ЧМТ. Изучалась связь между наличием ЭП и данными, полученными при клинко-инструментальном обследовании пострадавших при поступлении и в динамике. Исходы лечения оценивали по Шкале исходов Глазго.

Результаты и обсуждение

ЭП были нами зарегистрированы у 40 пациентов (15,6 %), что составило 7,9 % от числа пострадавших с тяжелой ЧМТ. Чаще возраст исследуемой группы приходился на период 41–60 лет. По данным КТ головного мозга у 23 из 40 пострадавших (57,5 %) с ЭП были выявлены субдуральные гематомы. Множественные повреждения головного мозга (сочетания субдуральных, внутримозговых гематом и очагов ушиба мозга) отмечены у 10 человек (25,0 %), внутримозговые гематомы и ушибы мозга — у 6 (15,0 %), эпидуральные гематомы — у 1 (2,5 %).

У подавляющего числа пациентов — у 25 (62,5 %) ЭП возникали в первые сутки с момента травмы (немедленные ЭП), у 10 (25,0 %) — в сроки от 1 до 7 суток (ранние ЭП) и у 5 (12,5 %) — через 7 суток и более (поздние ЭП).

Была выявлена статистическая зависимость между развитием ЭП и стадией развития дислокационного синдрома, а также между развитием ЭП и наличием гнойно-воспалительных осложнений центральной нервной системы (ЦНС) у пациентов: менингит, энцефалит, вентикулит ($p < 0,05$).

Факторами оценки риска развития ЭП у пострадавших с ЧМТ явились: тяжелая степень травмы, угнетение уровня бодрствования до комы (3–8 баллов по ШКГ), продолжительность коматозного состояния более 7 дней, проникающая ЧМТ, наличие вдавленных переломов черепа, внутричерепных гематом, корковых очагов ушиба мозга (преимущественно лобных и височных долей), наличие анизокории в неврологическом статусе.

Выводы

Развитие эпилепсии у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой возможно у каждого седьмого. Чаще у лиц трудоспособного зрелого возраста.

У большинства наших пациентов риск развития эпилепсии приходился на первые сутки, что объясняется наличием внутричерепных очагов повреждения мозга, сопровождающихся дислокационным синдромом.

Более позднее развитие эпилептических приступов у пациентов с тяжелой ЧМТ встречалось значительно реже и было характерно при наличии у пациента мелкоочаговых ушибов мозга лобной и височной локализации, присоединении гнойно-воспалительных осложнений ЦНС в послеоперационном периоде.

О. С. ГОВРУШКО, Л. В. РУБИС

ОСОБЕННОСТИ КАРТИНЫ ГЛАЗНОГО ДНА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ, АКТУАЛЬНОСТЬ НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) занимает ведущее место в структуре нейрохирургической патологии и является наиболее частой причиной смерти и инвалидности взрослого населения в возрасте до 45 лет, относится к наиболее распространенным видам повреждений и составляет до 50 % всех видов травм. В статистике травматизма повреждения головного мозга составляют 25–30 % всех травм, на их долю приходится более половины смертельных исходов. На смертность от ЧМТ приходится 1 % от всеобщей смертности. Актуальность темы возрастает из-за постоянного роста автодорожного и бытового травматизма.

Существенную роль в диагностике ЧМТ и патологии головного мозга (ГМ) играет нейроофтальмологическое обследование. Существует крылатое выражение: «Глаз — окно в мозг». Анализ состояния глазного дна, выявленных застойных явлений диска зрительного нерва (ДЗН) и сосудистого пучка различной степени выраженности показывает, что они являются ранним симптомом внутричерепной гипертензии

Цель: провести сравнительную оценку результатов нейроофтальмологического обследования пациентов от варианта ЧМТ у пациентов нейрохирургического отделения.

Материалы и методы. Были обследованы 2 312 пациента и проанализированы их истории болезни с ЧМТ в возрасте от 3 месяцев до 86 лет, которые находились на лечении в 2011–2013 гг. в нейрохирургическом отделении УГОКБ. Все осмотрены были окулистом, в основном (95,5 %) в первые три дня после госпитализации. Офтальмологическое обследование таких пациентов проводилось с помощью прямой и обратной офтальмоскопии. При осмотре глазного дна обращали внимание на цвет и четкость границ ДЗН, калибр и наполнение сосудистого пучка.

По тяжести ЧМТ пациенты были разделены на 4 группы :

1) сотрясение ГМ — 282 человека; 2) ушиб ГМ легкой степени — 398 человек; 3) ушиб ГМ средней степени — 748 человек; 4) ушиб ГМ тяжелой степени — 884 человека. Диагноз устанавливали на основании обычного неврологического обследования и КТ.

Результаты и обсуждение

У 782 пострадавших на 2–3 сутки после травмы наблюдались явления посттравматической ангиопатии сетчатки. При этом на глазном дне границы ДЗН были четкими, реже отмечалась легкая сглаженность носовой границы ДЗН, вены полнокровными и слегка извитыми, артерии неравномерными. Такая картина глазного дна выявлялась у пациентов с легкой и средней степенью тяжести ЧМТ.

На основании работ С.С.Михайлова известно, что механизм возникновения застойных явлений на глазном дне связан с реакцией интрамуральных барорецепторов кавернозного синуса, который чутко реагирует на изменение уровня ВЧД. Кавернозный синус бесклапанно соединен через глазничную вену с центральной веной сетчатки, которую можно наблюдать при офтальмоскопии глазного дна.

У 807 пострадавших на 2–3 день выявлены застойные изменения ДЗН — выраженная ступенчатость границ, отек и гиперемия ткани ДЗН, дилатация неравномерность извитость вен, резкое сужение и извитость артерий. Указанные изменения встречались чаще

и интенсивнее выражены при ушибе ГМ тяжелой степени. Менее интенсивно застойные признаки на глазном дне проявлялись при ушибе ГМ средней степени тяжести.

Проминирование в витрум ДЗН и увеличение его диаметра за счет отека, а также появление гемо- и плазморрагии на нем и в перипапиллярной зоне, расценивается как выраженный осложненный застойный ДЗН. Вены сетчатки при этом резко кровенаполнены, неравномерны («четкообразны»), извиты, артерии нитевидны, слабо прослеживаются из-за отека ДЗН. Чаще такая картина наблюдалась у пациентов с ЧМТ тяжелой степени, со сдавлениями ГМ — 486 чел.

При этом эти изменения чаще были двусторонними (408 чел.), реже — наблюдались на стороне сдавления ГМ (56 человек) и на противоположной очагу сдавления стороне (22 человека)

У обследуемых пострадавших застойные изменения на глазном дне чаще всего наблюдались при внутричерепных травматических гематомах. Причем после оперативного удаления гематом постепенно происходило обратное развитие этих явлений вплоть до полной нормализации картины глазного дна. Известно, что указанные изменения на глазном дне являются следствием повышения венозного и ликворного давления. После устранения сдавления головного мозга циркуляция ликвора и венозной крови в полости черепа постепенно нормализуется и явления застоя на глазном дне регрессируют.

Выводы

1. Возникающие на глазном дне изменения при черепно-мозговой травме имеют существенные особенности:

- а) раннее развитие застойных явлений диска зрительного нерва и в сосудистом пучке;
- б) быстрое их нарастание в случае несвоевременного устранения причины, вызвавшей ВЧГ;
- в) довольно быстрый регресс их после нормализации ВЧД.

2. Механизм возникновения застойных явлений на глазном дне связан с реакцией интрамуральных барорецепторов кавернозного синуса, который чутко реагирует на изменение уровня ВЧД.

3. Выраженность застойных явлений на глазном дне в определенной степени зависит от тяжести ЧМТ, места приложения удара и времени его нанесения.

4. Наличие даже начальных застойных изменений ДЗН дает основание ставить диагноз «ушиб головного мозга» даже в случаях так называемой «легкой» черепно-мозговой травмы при отсутствии очаговой неврологической симптоматики.

5. Повышение внутричерепного давления, развитие отека ткани мозга оказывают негативное влияние на проводящие пути и корковый центр зрительного анализатора. Совокупность ранних изменений картины глазного дна у пациентов с черепно-мозговой травмой на ранних этапах заболевания позволяет правильно определить тактику лечения этой патологии.

6. Таким образом, несмотря на широкое применение КТ и МРТ — исследований в целях диагностики при ЧМТ, нейроофтальмологические данные у пациентов с этой патологией имеют важное значение и позволяют правильно оценить тяжесть травмы, динамику регресса повреждения головного мозга.

Г. В. ДИВОВИЧ, А. В. ВИННИК

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫМИ ОПЕРАЦИЯМИ (МИНИРЕЛИЗАМИ)

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

В Гомельской области ежегодно рождается от 4 до 15 детей с врожденной косолапостью (в среднем на 1585 родов один новорожденный с косолапостью). В процессе лечения косолапость рецидивирует в 40–50 % случаев.

Основной метод лечения рецидивов косолапости – хирургический. В странах СНГ традиционными являются операции Зацепина и Штурма (заднемедиальная тенолигаментокапсулотомия скакательных суставов и суставов Шопара и Лисфранка). Подобные операции применяют и за рубежом (Томпсона-Цинтинати, Мак-Кея, Турко). Опыт таких операций показал, что в результате обширных околоталярных релизов стоп развиваются выраженные контрактуры скакательных суставов, аваскулярные некрозы таранной кости.

В последние 20 лет ортопеды многих стран для устранения рецидивов эквинорварусных деформаций стоп предлагают малоинвазивные операции (минирелизы): околоталдьевидные релизы, мини-Цинтинати, транспозиции сухожилий на тыле стопы и т. д. Эти операции не приводят к ригидным изменениям тканей, процент рецидивов косолапости после них снижается до 6 %.

В 2013 г. в ортопедотравматологическом отделении Гомельской областной клинической больницы было начато выполнение минирелизных вмешательств по поводу рецидивов врожденной косолапости.

Цель: оценить ближайшие результаты малоинвазивного хирургического лечения детей с рецидивами косолапости на базе УГОКБ за период 2013–июнь 2014 гг.

Материалы и методы. В период 2013 – июня 2014 гг. в ортопедотравматологическом отделении УГОКБ проведено 6 оперативных минирелизных вмешательств по поводу рецидивов косолапости у детей в возрасте от 2 до 7 лет. Операция представляла собой два одномоментно выполняемых релиза: 1) Z-образное удлинение ахиллова сухожилия с рассечением капсулы только голеностопного сустава из продольного или поперечного доступа (задний релиз); 2) отсечение узла Генри от ладьевидной кости с полуциркулярным рассечением капсулы таранно-ладьевидного сустава и транспозицией сухожилия передней большеберцовой мышцы на третью клиновидную кость из медиального доступа (медиальный релиз). Для устранения нарушенных анатомических взаимоотношений костей среднего отдела стопы выполняли их закрытую репозицию и фиксацию спицами под интраоперационным рентгеновским контролем. При таком варианте коррекции стоп удлинение сухожилий в зоне голеностопного сустава не требовалось. Гипсовая иммобилизация после операций проводилась в течение 3-х месяцев. Спицы удаляли через 3–4 недели со дня операции, фиксацию стоп продолжали гипсовыми сапожками по методике Понсети. После снятия гипсовых повязок дети получали реабилитационное лечение, а также постоянное ношение брейсов, ортопедических туторов и ортопедической обуви.

Результаты и обсуждение. Средняя продолжительность операции заднемедиального релиза на одной стопе составила 45–60 минут (вместо 1,5–2 часов при традиционной операции Зацепина), средний срок пребывания пациента в стационаре — 8,3 дня, вместо двух недель. В таблице представлены результаты операций у 4 пациентов. Двое из 6 оперированных детей в таблицу не включены, поскольку в настоящее время находятся на этапе иммобилизации. Ближайшие результаты лечения оценивали по 5-балльной шкале в ходе клинического осмотра детей и определения формы оперированной стопы, тыльной флексии стопы (пассивной и активной), позиции пятки в положении стоя, положения переднего отдела стопы, нарушения ходьбы, отсутствия или наличия рецидива деформации. Сроки нашего наблюдения составили от 4 до 8 месяцев после операции.

При лечении детей с рецидивами врожденной косолапости было отмечено: чем младше возраст пациентов, тем лучше результат операции заднемедиального релиза

стопы, а также чем меньше число ранее перенесенных ребенком рецидивов косолапости, тем качественнее происходит восстановление функции и формы стоп. В ближайшем послеоперационном периоде у наблюдаемых детей после заднемедиального релиза рецидивирования деформаций не возникло.

Таблица — Сравнительная оценка результатов лечения рецидивов врожденной косолапости.

Параметры функции стоп	Пациенты (пол, возраст, число рецидивов)				Средняя оценка параметра
	1 (м), 2 года, рецидив 1	2 (ж), 2 года, рецидив 1	3 (ж), 5 лет, рецидив 3	4 (м), 6 лет, рецидив 2	
Тыльная флексия стопы	5	5	3	4	4,25
Позиция пятки в положении стоя	5	5	4	5	4,75
Положение переднего отдела стопы	5	5	4	5	4,75
Ходьба	5	5	4	5	4,75
Итоговый балл	5	5	3,75	4,75	4,60
Рецидив деформации	нет	нет	нет	нет	нет

Выводы

Применение заднемедиального релиза стоп при лечении рецидивов врожденной косолапости является перспективным в отношении восстановления как формы, так и функции стоп, и как следствие — профилактики повторного рецидивирования их эквино-варусной деформации.

Малоинвазивные релизные хирургические пособия в качестве первичных и единственных операций у детей с врожденной косолапостью на первом году жизни могут планироваться при условии объективной диагностики анатомических нарушений, приводящих к рецидивированию врожденной деформации.

О. Г. ДРОЗДОВСКАЯ, И. И. ЧЕМЕРКО

СКЛОННОСТЬ К СИНДРОМУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

На Европейской конференции ВОЗ (2005 г.) было указано, что «стресс, связанный с работой, является важной проблемой примерно для одной трети трудящихся стран Европейского союза и стоимость решения проблем с психологическим здоровьем в связи с этим составляет в среднем 3–4 % валового национального дохода».

В связи с социально-экономическими изменениями и трансформацией рабочей ситуации в обществе происходит изменение отношения людей к работе. Люди теряют уверенность в гарантированном рабочем месте, обостряется конкуренция за престижную работу, нарастают явления специализации, механизации. Падает рейтинг ряда социально значимых профессий — медицинских работников, учителей. Растет психическое, эмоциональное напряжение, чаще выявляются нарушения, связанные со стрессом на рабочем месте — тревога, депрессия, **синдром профессионального выгорания (СПВ)**, психосоматические и психовегетативные нарушения, зависимости от психоактивных веществ (включая алкоголь, транквилизаторы и др.).

Цель исследования. Оценить склонность врачей анестезиологов – реаниматологов к СПВ; составить на основании полученных данных рекомендации, которые могли бы послужить методической основой для разработки профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Теоретическая база исследования была основана на трехкомпонентной модели профессионального выгорания К. Маслач, теории профессионального стресса Дж. С. Гринберга. Выборочная совокупность данного исследования включила 92 врачей анестезиологов-реаниматологов (АР) города Гомеля и Гомельской области. Из них было 30 женщин и 62 мужчины. Возрастной интервал составил от 25 до 70 лет. Ко всем был применен опросник «Диагностика профессионального выгорания», опросник «Шкала субъективного благополучия», проведено индивидуальное анкетирование.

Результаты. Демографический анализ выборочной совокупности выявил, что подавляющее большинство, принявших участие в психологическом исследовании, врачей АР имеют собственные квартиры (84 %), 6 % — проживают в частном доме, по 4 % проживают в отдельной комнате или проживают в общей комнате общежитий, 2 % — жилье снимают. Убедительного влияния этого фактора на уровень развития СПВ нами выявлено не было.

При оценке удовлетворенности взаимоотношениями в семье было установлено, что большая часть испытуемых были довольны отношениями.

В ходе исследования нами было выявлено, что после напряжении на работе психологическую разрядку в семье получали: «всегда» — 2 %, «часто» — 22 %, «иногда» — 48 %, «никогда» — 28 %.

Немаловажным фактором для развития СПВ может оказаться отношение врачей своему к здоровью: по результатам анкетирования наблюдалось «положительное» отношение — у 91 %, «отрицательное» — 3 %, безразличное — у 6 %.

Хотя большинство опрошенных указало свое «положительное» отношение к здоровью, оказалось, что многие из них (40 %) имеют вредные для здоровья привычки, такие как курение (25 %), употребление алкоголя (25 %), длительный просмотр телевизора (40 %), переедание (25 %). Из них только 55 % хотели бы избавиться от вредных привычек.

При оценке результатов занятия врачами спортом оказалось, что посещали тренажерный и спортивный залы — 30 %, ежедневный комплекс упражнений выполняли — 16 %, 4 % — занимались бегом, ничего не делали — 42 %, другие варианты составили — 18 %. Из этого видно, что при как бы «положительном» отношении врачей к здоровью, забота о своей физической активности низка.

Увлечениями после работы, согласно опроса врачей АР, оказались: занятия спортом — 14 %, ведение активного отдыха — 16 %, чтение книг — 13 %, прослушивание музыки — 4 %, просмотр кинофильмов — 4 %, написание книг, статей — 4 %, преподавательская деятельность — 4 %, посещение конференций — 24 %, иные — составили 16 % (фото, рукоделие).

Важную информацию о склонности личности к СПВ может иметь факт смены места работы. Нами было установлено, что 14 % врачей АР меняли место работы, причем, некоторые врачи — неоднократно.

Оценка такого параметра как удовлетворенность своей работой показала, что большая часть испытуемых были довольны своей работой.

Применив шкалу «Диагностика профессионального выгорания» были получены следующие результаты: у 40,7 % опрошенных наблюдались предпосылки к возникновению СПВ (наличие 1 из 3 факторов по модели К. Маслач). У большинства опрошенных врачей наблюдался средний уровень оценки субъективного благополучия.

Заключение

Данные исследования свидетельствуют о наличии склонности к развитию синдрома профессионального выгорания у почти половины опрошенных нами врачей анестезиологов-реаниматологов г. Гомеля и Гомельской области.

Проживание в условиях общежитий или на съемном жилье, проблемы в семейных отношениях, невозможность получить психологическую разрядку после работы, наличие вредных привычек, низкая физическая активность в свободное время, неудовлетворенность своим местом работы возможно несут свое отрицательное, но не основное единичное, а комплексное влияние на риск развития синдрома профессионального выгорания у врачей этой специальности.

Необходимость изучения влияния факторов, направленных на профилактику развития эмоционального выгорания у профессионалов, работающих в сфере здравоохранения, внедрение в практику специальных программ по предупреждению развития синдрома профессионального выгорания позволит получить качественный и количественный положительный экономический результат в условиях не только отдельных медицинских учреждений, но и страны в целом.

**З. А. ДУНДАРОВ, В. М. МАЙОРОВ, В. Г. СТЕПАНЕНКО,
А. И. ХМЫЛКО, Н. П. МЕЛЬНИКОВА**

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЭКСТРАПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»
УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

Признаки экстрапанкреатического поражения органов обнаруживаются у 43–74 % больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП). Динамика ранних патологических изменений в парапанкреатической клетчатке, значение их для диагностики и прогнозирования степени тяжести ОДП, осложнений и его исхода требуют дальнейшего, в том числе экспериментального, изучения.

Цель исследования: изучение морфологических изменений внутренних органов при осложненных формах ОДП путем экспериментального моделирования.

Материалы и методы. В эксперименте были использованы крысы линии «Вистар» массой 200–250 г. Содержание и обращение с животными выполнялись с соблюдением принципов гуманности, изложенных в директивах Европейского сообщества (86/609/ЕЕС) и Хельсинской декларации. В 1-й серии экспериментов (20 животных) острый панкреатит моделировали путем инъекционного введения в паренхиму поджелудочной железы (ПЖ) 1,0 мл 70 % спирта из расчета 5 мг/кг. Эксперимент с оперативной моделью изолированного ОДП во второй группе (n = 20) крыс дополняли перевязкой начального отдела тощей кишки, создавая, таким образом, высокую острую кишечную непроходимость (клинический эквивалент — сдавление начальных отделов тонкой кишки воспалительным парапанкреатическим инфильтратом), а в третьей группе крыс проксимальнее зоны перевязки кишки в просвет последней проводили венозный катетер, создавая полный высокий тонкокишечный свищ (n = 10). После выполнения лапаротомии и экспериментального воспроизводства деструкции ПЖ проводили 3 часовое наблюдение за животным при открытом животе с описанием развивающихся визуальных макроскопических изменений в брюшной полости, затем лапаротомную рану ушивали наглухо, и животное помещали в клетку с обычным режимом содержания.

Результаты и обсуждение. В первой группе у всех экспериментальных животных развивалась клиника тяжелого панкреатита. Часть животных, которая не погибла, к концу 2-х — началу 3-х суток начала принимать пищу и воспалительный процесс в поджелудочной железе постепенно принял обратное развитие. Средняя продолжительность жизни у

крыс первой группы 128,7 часов. У крыс во второй и третьей группах в сроки от 1 до 26 часов развивались явления панкреатогенного шока и полиорганной недостаточности с летальным исходом. Средняя продолжительность жизни у крыс второй и третьей групп 15,7 и 16,7 часов соответственно. В материале тонкой кишки животных 2 и 3 группы слизистая оболочка теряла органотипические черты строения. В слизистой оболочке наблюдались процессы диффузной воспалительной инфильтрации, десквамация эпителия, очаги некрозов ворсин и крипт, нарушения кровообращения в виде кровоизлияний. При морфологическом исследовании в кишечной стенке выявлены процессы нарушения микроциркуляции, межлужочковый отек, полнокровие с формированием стазов и лимфогистиоцитарная инфильтрация, дистрофические изменения в слизистом слое (отек, полнокровие, слущивание эпителия ворсин), в отдельных препаратах нейтрофильная инфильтрация и наложение фибрина в серозном слое. В верхних отделах тонкого кишечника отмечалось утолщение ворсин, очаговая десквамация энтероцитов. Мелкие сосуды слизистой оболочки были расширены, со стазами и сладжами эритроцитов в них. Местами на фоне дисциркуляторных нарушений определялись мелкие тромбы в просвете сосудов микроциркуляторного русла.

Выводы

1. Экспериментальное моделирование ОДП в сочетании с такими осложнениями, как высокая острая кишечная непроходимость и полный высокий тонкокишечный свищ приводят к развитию клинической картины, определяемой синдромом системной воспалительной реакции с нарастающей полиорганной недостаточностью.

2. В выключенном из пассажа участке тонкой кишки происходит десквамация энтероцитов, нарушение микроциркуляции в слизистой оболочке, лимфоплазмочитарная инфильтрация стромы. Все это приводит к нарушению барьерной функции кишки, массивной транслокации микрофлоры с развитием синдрома системной воспалительной реакции и септического шока.

Г. Г. ДУНДАРОВА

СЛУЧАЙ СМЕШАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Смешанное заболевание соединительной ткани (СЗСТ) — клинко-иммунологический синдром системного поражения соединительной ткани, проявляющийся сочетанием отдельных клинических признаков системной склеродермии (ССД), системной красной волчанки (СКВ), полимиозита и присутствием у больных антител к рибонуклеопротеиду.

СЗСТ впервые описано G.G.Sharp и соавторами как своеобразный «синдром различных ревматических болезней». Сущность заболевания все еще не раскрыта, как и не получено однозначного ответа — самостоятельная ли это нозологическая форма или своеобразный вариант одного из заболеваний соединительной ткани — СКВ в первую очередь.

Распространенность СЗСТ не изучена. Но согласно литературным данным встречается достаточно редко. Заболевают преимущественно женщины от 9:1 до 16:1 по отношению к мужчинам, в возрасте 20–30 лет.

Клиника болезни определяется такими признаками ССД — синдром Рейно, отечность кистей и гипокинезия пищевода, симптомами полимиозита и СКВ в виде полиартралгии или полиартрита, кожных высыпаний.

Синдром Рейно — один из наиболее частых и ранних признаков. Могут развиваться ишемические некрозы и язвы. Своеобразная мышечная симптоматика: преобладают боли и мышечная слабость в проксимальных мышцах конечностей с быстрым улучшением на фоне лечения средними дозами глюкокортикоидов.

Материалы и методы. В практике нашего ревматологического отделения были единичные случаи данного заболевания. Приводим клинический случай за 2014 г.

Пациентка Г. 29 лет, 03.03.2014 г. была направлена из консультативной поликлиники с диагнозом «Системная красная волчанка, СЗСТ? АФС?». При поступлении жаловалась на повышение температуры тела, отечность, синюшность кистей, наличие язв на дистальных фалангах пальцев стоп и кистей, онемение рук, мышечную слабость, ограничение объема движений в конечностях.

Результаты и обсуждение. При поступлении температура тела 38 °С. Лицо отечное, яркая эритема по типу «бабочки». Сетчатое «ливедо» верхних и нижних конечностей. Кисти и стопы отечные, синюшные. Отек кожи плотный. На дистальной фаланге II пальца левой кисти язва диаметром 2–3 мм. Аналогичные язвы на дистальных фалангах всех пальцев стоп.

Имеется ограничение объема движений в межфаланговых и пястнофаланговых суставах из-за боли и отека. Мышцы конечностей при пальпации болезненные, трудно ходить из-за мышечной слабости. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены. Тоны ритмичные, ЧСС 80 в мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличена. Стул и мочеиспускание в норме.

В анализе крови при поступлении: Нв — 104 г/л, эр. — $3,71 \times 10^9$ /л, Лей — $7,3 \times 10^9$ /л, СОЭ — 50 мм/ч. В анализе мочи: уд.вес — 1020, белок — 0,152 г/л, Лей — 10–15 в п/зрения, эр. — 2–3 в п/зрения.

В биохимическом анализе крови: РФ — 16 МЕ/мл, ЦИК — 124 ед, КФК — 600 Е/л, ЛДГ — 512 Е/л, мочевины — 6,7 ммоль/л, билирубин — 4,4 мкмоль/л, АЛТ — 25 Ед/л, АСТ — 60 Ед/л.

Иммунологическое исследование: Anti-RNP/Sm — больше 200 (норма до 15). Антитела Sm, SS-A, Ro-52, SS-B, Scl-70 — положительные. Антитела к кардиолипину Ig A 53,24 Ед/мл (положительный).

Эхоскопия органов брюшной полости: выявлены диффузные изменения в паренхиме печени. На эхокардиоскопии: признаки пролапса митрального клапана I ст. с регургитацией I ст. Гипертрофия миокарда левого желудочка. На рентгеноскопии пищевода и желудка: патологии не выявлено. При электронейромиографии нижних конечностей: регистрируется снижение длительности потенциала двигательных единиц. Увеличение в сравнении с нормой их полифазности и псевдополифазности, что характерно для первично-мышечного поражения.

В результате комплексного обследования был выставлен диагноз: Смешанное заболевание соединительной ткани, подострое течение, активность 3 степени. Лихорадочный синдром. Выраженный синдром Рейно. Дигитальные язвы. Отек кистей рук. Полиартралгия. Миозит нижних конечностей. Эритема лица. Сетчатое ливедо. Нефропатия. ФК-2.

Проведено лечение: пульс-терапия метпрезоном в дозе 1500 мг, в/венно капельно пентоксифиллин № 10, актовегин № 10, медрол 24 мг/сутки, мелоксикам, амлокардин, лизиноприл, квантовая модификация крови, ГБО.

В результате проведенного отмечена положительная динамика: зарубцевались дигитальные язвы, прошла отечность конечностей, мышечная слабость, эритема лица, восстановился объем движений, нормализовались анализы крови и мочи.

Пациентка была выписана на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. При контрольном осмотре через 2 месяца состояние стабильное.

Заключение

Приведенный клинический случай показывает сложности диагностики данной ревматической патологии.

Своевременная диагностика данной редкой патологии и своевременное назначение адекватного лечения позволяют добиться положительных результатов, увеличить качество жизни пациента.

Г. Г. ДУНДАРОВА, В. В. ЖЕЛЕЗКО, И. А. НОВИКОВА

КИСЛОРОДПРОДУЦИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»,
УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

Ревматоидный артрит (РА) — наиболее частое воспалительное заболевание суставов, приводящее к ранней инвалидизации и смертности, что непосредственно сопряжено с большими социальными и экономическими затратами как для самого пациента, так и для общества.

Известна роль нейтрофильных гранулоцитов (НГ) в поддержании воспаления, в частности образование ими кислородных радикалов. В тоже время сведения о функциональной активности НГ при РА противоречивы. Так, например, имеются данные об интенсификации образования активных форм кислорода (АФК) НГ синовиальной жидкости у пациентов с РА в фазе обострения, и в то же время отмечено и угнетение реактивности гранулоцитов, выражающееся в снижении как фагоцитарной, так и кислород-продуцирующей активности нейтрофилов.

Противоречивость информации, тем не менее, свидетельствуют об отсутствии характерных для изучаемой патологии изменений при оценке функциональных свойств НГ.

Целью исследования явилась оценка кислородзависимого метаболизма НГ периферической крови у пациентов с РА различной степени активности.

Материалы и методы. В исследование были включены 27 пациентов с РА, находившиеся на лечении в ревматологическом отделении УГОКБ за период 01.11.2013 — 30.06.2014 г.г. Данные о пациентах приведены в таблице 1.

Таблица 1 — Оцениваемые показатели у пациентов с РА (контрольная группа).

Степени активности РА	1 степень		2 степень		3 степень
Количество пациентов	4		19		4
Рентгенологическая стадия активности РА	1 стадия	2 стадия	3 стадия	4 стадия	4 стадия
Количество пациентов	5	14	3	5	5
Функциональный класс активности РА	ФК 1		ФК 2		ФК 3
Количество пациентов	5		17		5

Группу сравнения составили 20 практически здоровых лиц. Материалом для исследования служили лейкоциты периферической венозной крови. Кислородпродуцирующую активность НГ определяли в тесте восстановления нитросинего тетразолия (НСТ–тест). В качестве индуктора кислородного взрыва использовали инактивированный *S. aureus* (10^8 КОЕ/мл).

Статистический анализ проводился с использованием непараметрических методов. Различия считали значимыми при $p < 0,05$. Данные представлены в виде медианы (Ме) и интерквартильного размаха (25 %; 75 %).

Результаты и обсуждение. Продукцию АФК НГ у пациентов с РА оценивали по спонтанному (НСТсп.) и стимулированному (НСТстим.) уровню НСТ–теста. Результаты представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы 2, у пациентов с 1 и 2 степенями активности процесса показатели как НСТсп., так и НСТстим. находились примерно на одном уровне и соответствовали контрольным значениям, хотя у пациентов со 2 степенью активности РА имелась некоторая тенденция к снижению НСТ–теста. У пациентов с 3 степенью активности заболевания продукция АФК значимо снижена относительно аналогичных показателей здоровых лиц (НСТбаз. в 2,5 раза ($p = 0,004$) и НСТстим. в 1,4 раза ($p = 0,004$)), а также по сравнению с 1 степенью активности процесса: НСТбаз. в 2,7 раза ($p = 0,03$) и в 1,2 раза при оценке НСТстим. ($p = 0,03$).

Таблица 2 — Результаты оценки НСТ–теста у пациентов с РА

Параметр	Доноры	Пациенты с РА (n = 27)		
		1 степень активности (n = 4)	2 степень активности (n = 19)	3 степень активности (n = 4)
НСТсп.	14,0 (12,5; 15,0)	15,0 (9,0; 22,0)	10,0 (7,0; 17,0)	5,5 (4,5; 6,5) ^{*/**}
НСТстим.	50,0 (46,0; 54,5)	41,5 (40,5; 55,0)	43,0 (36,0; 51,0)	36,0 (34,0; 38,0) ^{*/**}

Примечание: * — различия значимы ($p < 0,05$) в сравнении с группой контроля; ** — различия значимы ($p < 0,05$) между 1 и 3 степенями активности РА. Данные представлены в виде Ме (25 %; 75 %).

По данным литературных источников, НСТ–тест отражает степень функционального раздражения НГ на микробные факторы. В данном случае, ввиду отсутствия микробных агентов, стимуляция НГ могла произойти различными факторами воспаления. Причем в 3 степени активности имеет место сильный воспалительный процесс, который вызывает мощную ответную реакцию и выражается в угнетении функциональных свойств НГ.

Вывод

У пациентов с ревматоидным артритом наблюдается снижение кислородпродуцирующих свойств НГ. Степень снижения зависит от выраженности воспалительного процесса и максимальна у пациентов с 3 степенью активности заболевания.

Р. В. КАБАЕВ

НАШ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГОЛЬМИЕВОГО ЛАЗЕРА ПРИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ЛИТОТРИПСИИ В МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

На сегодняшний день мочекаменная болезнь (МКБ) является одной из наиболее распространенных патологий мочевыводящей системы. Среди всех хирургических заболеваний почек МКБ составляет от 30 до 45 %.

В последнее время на первое место вышел альтернативный метод удаления конкрементов мочевыводящей системы — контактная литотрипсия. Эта методика в настоящее время занимает одно из ведущих мест в лечении конкрементов мочевыводящих путей (МВП). Дальнейшее усовершенствование этой методики позволило выполнять литотрипсию на всех уровнях МВП, сократить длительность оперативного вмешательства и уменьшить количество послеоперационных осложнений. Использование уретеропиелоскопов небольшого диаметра способствовало достижению конкрементов в полостной системе почек и мочеточников от 90% (средняя треть и верхняя треть) до 97–98 % (нижняя треть) и их фрагментации с уменьшением осложнений, а также снижением стоимости операции.

Цель: оценить эффективность использования гольмиевого лазера «Фотэк» 30 Вт в урологической практике при лечении МКБ и стриктурах МВП.

Материалы и методы. С 01.11.2012 года по 30.04.2014 года в урологическом отделении УГОКБ лазерная контактная литотрипсия была произведена 95 пациентам (49 мужчин и 46 женщин), а также лазерное рассечение стриктуры уретры — 5 мужчин. Ретроспективно проведен анализ историй болезней этих пациентов. Возраст пациентов был от 17 до 86 лет.

Показанием для контактной лазерной литотрипсии явились: 1. Наличие конкрементов полостной системы почки, мочеточников.

2. Наличие конкрементов, которые из-за длительного пребывания в мочевыводящих путях обросли уротелием, что нарушило уродинамику и привело к ухудшению функции почек.

3. Противопоказания для дистанционной литотрипсии, неэффективность ее и наличие «каменных дорожек» после ее использования.

4. Нефролитиаз у беременных.

5. Стриктуры на всех уровнях мочеточников, которые привели к образованию вторичных конкрементов.

6. Рентгеннегативные конкременты мочевых путей.

По данным обследований локализация патологии справа была в 49 случаях, слева — в 38, двусторонняя — в 8.

По поводу конкрементов верхних МВП пролечено 9 пациентов, из них: с конкрементами при стриктурах мочеточников — 1 (операция с лазерным рассечением стриктуры в комбинации с литотрипсией), с конкрементами в уретероцеле — 2, беременные (24–36 недель) — 7, с обструктивными ануриями при единственной почке — 19.

В 8 случаях была выполнена двусторонняя уретеролитотрипсия и в 6 — двусторонняя пиелолитотрипсия с дренированием почек стентами.

В 6 случаях выполнялась пиелокаликотрипсия, при этом почка дренировалась стентом в 4 случаях, в 2-х случаях нефростомой.

В остальных случаях использовалась уретеролитотрипсия (в верхней трети — 9, средней трети — 6, нижней трети — 80) из них в 40 случаях почка дренирована стентом. В остальных случаях проводилась катетеризация почки.

После проведения контактной лазерной литотрипсии выполнялось дренирование мочевых путей (стентирование, катетеризация, нефростомия) в сроки от 3 дней до 8 недель в зависимости от показаний.

Как правило, после операции пациенты были выписаны на амбулаторное лечение через 5–7 дней, за редким исключением.

Были отмечены следующие технические особенности и осложнения операций:

- 6 (6,3 %) случаев миграции конкрементов в нижнюю чашку.
- 2 (2,1 %) случая явились показанием к нефростомии при невозможности стентирования почки в связи с девиацией мочеточника.
- 14 (14,7 %) случаев сопровождались обострением пиелонефрита и были купированы консервативно.

Результаты и обсуждение

Проведение лазерной контактной эндоскопической литотрипсии оказалось успешной у 90 пациентов (95 %).

В зависимости от состава конкремента и при рассечении врожденных и приобретенных стриктур мочеточников проводилась коррекция режима работы лазера.

Дренирование почки стентом № 5 — 6 Fr выполнялось при: рассечении стриктур, длительном стоянии конкремента в мочеточнике, больших конкрементах 2–3 см, в полостной системе почки, двухсторонней патологии почек, ануриях, единственной почке.

Все пациенты были выписаны из стационара на амбулаторное лечение, как правило, через 5–7 дней после проведенной операции.

Выводы

Лазерная гольмиевая система «Фотэк 30W» позволяет эффективно проводить контактную литотрипсию на всех уровнях мочевыделительной системы, особенно при невозможности четкой визуализации конкремента и невозможности выполнить ДЛТ.

Ее применение позволяет сократить срок лечения, что позволяет значительно повысить качество оказания специализированной урологической помощи населению.

Ж. Н. КАЛИНОВСКАЯ, Е. И. МИХАЙЛОВА, Ж. В. ШУЛЯК

ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА IL28B НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»
УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) — широко распространенное во всем мире инфекционное заболевание, вызываемое вирусом гепатита С (HCV), которым инфицировано примерно 170 млн. человек.

Общепринятым способом терапии пациентов с ХВГС в настоящее время является комбинированная терапия пегилированным интерфероном альфа и рибавирином (PegIFN/RBV). Индивидуальный подход к лечению, своевременная профилактика и коррекция нежелательных явлений повышают эффективность лечения, однако почти в 40 % случаев противовирусная терапия оказывается неэффективной. Предполагают, что одной из причин такого исхода являются неблагоприятные генотипы пациентов по гену интерлейкина 28В (IL28В), которые определяют низкую чувствительность иммунной системы пациента к стимуляции интерфероном. Прогностически неблагоприятными генотипами, не позволяющими достичь ответа на противовирусную терапию, являются СТ и ТТ по сравнению с СС в локусе rs12979860 и ТG и GГ относительно ТТ в локусе rs8099917.

Цель: изучить особенности генетического полиморфизма гена IL28В в участках rs12979860 и rs8099917 у пациентов с ХВГС, проживающих в Юго-Восточном регионе Республики Беларусь (РБ).

Материалы и методы. В исследование вошли 28 пациентов с хроническим гепатитом С. Качественное и количественное определение РНК HCV, а также выявление полиморфизма единичных нуклеотидов в локусах rs8099917 и rs12979860 гена IL28В осуществлялось с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Аналитическая чувствительность количественной ПЦР при определении РНК HCV составляла не менее 15 МЕ/мл.

Статистическую обработку результатов исследования проводили в операционной среде «Windows-XP» с использованием пакета прикладных программ «MedCalc», Бельгия. Статистически значимыми считали различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Установлено, что в полиморфизме rs12979860 генотип СТ встречался в 50,0 % случаев, ТТ — в 25,0 % случаев, СС — в 25,0 % случаев. Неблагоприятные варианты генотипа (СТ и ТТ), отвечающие за сниженный ответ на интерферонотерапию, встречались в 75,0 % случаев, а благоприятные — 25,0% случаев. В полиморфизме rs8099917 генотип ТG имел место в 33,3 % случаев, GГ — в 8,4 % случаев, ТТ — в 58,3 % случаев. Неблагоприятные варианты генотипа (ТG, GГ) обнаруживались в 41,7 % случаев, благоприятные варианты генотипа (ТТ) — в 58,3 % случаев. Различий в частоте встречаемости благоприятных и неблагоприятных генотипов при сравнении полиморфизмов rs12979860 и rs8099917 не установлено ($P = 0,21$).

Благоприятный генотип СС в полиморфизме rs12979860 гена IL28B ассоциирован с высокой вирусной нагрузкой, соответствующей $> 800\ 000$ МЕ/мл ($\tau = -0,41$; $P = 0,048$). Благоприятный генотип ТТ в полиморфизме rs8099917 гена IL28B ассоциирован не только с высокой вирусной нагрузкой ($\tau = -0,48$; $P = 0,02$), но и более высоким уровнем аланинаминотрансферазы, что соответствует более высокой активности воспалительного процесса в печени ($\tau = 0,52$; $P = 0,01$).

При сравнении частот встречаемости генотипов СС, СТ и ТТ в полиморфизме rs12979860 у пациентов с ХВГС, проживающих в Юго-Восточном регионе РБ, и 642 европеоидов, страдающих тем же заболеванием и участвовавших в исследовании Grebely J. с соавторами [5], достоверных статистических отличий не выявлено (25%, $p = 0,080$; 50%, $p = 0,556$; 25%, $p = 0,069$, соответственно). Полученные результаты по встречаемости генотипов ТТ, TG и GG в полиморфизме rs8099917 у пациентов с ХВГС в Юго-Восточном регионе РБ не имеют достоверных статистических отличий от данных по обследованию 226 лиц европеоидной расы с той же патологией, представленных в базе GenBank [National Center for Biotechnology Information, USA; http://www.ncbi.nlm.nih.gov/projects/SNP/snp_ref.cgi?rs=8099917] (58,3%, $p = 0,326$; 24,8%, $p = 0,504$; 2,7%, $p = 0,307$, соответственно).

Заключение

Частота встречаемости благоприятных и неблагоприятных генотипов в полиморфизмах rs12979860 и rs8099917 гена IL28B у пациентов с ХВГС, проживающих в Юго-Восточном регионе РБ, не имела достоверных статистических различий.

Генетический полиморфизм гена IL28B в участках rs12979860 и rs8099917 у изучаемой группы пациентов соответствовал таковому у европеоидов, страдающих той же патологией.

Благоприятные генотипы в обоих полиморфизмах были ассоциированы с более тяжелым поражением печени у пациентов с хроническим гепатитом С.

А. И. КВАЧ, О. А. КАШЛАЧ, Д. А. НАУМЕНКО, Д. Б. ДЕГТЯРЕВ **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНУС-ОРАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ**

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Хирургическое лечение синус-оральных свищей (СОС) у пациентов является технически сложной и тонкой работой, сопровождающейся частыми рецидивами. Они развиваются как осложнение при неправильно выбранной тактике и грубых манипуляциях по удалению верхних зубов, а также при анатомо-топографических особенностях.

Целью работы является изучение результатов лечения СОС у пациентов и выбор оптимального метода их хирургического лечения.

Материалы и методы

За период 2013 г. в отделении челюстно-лицевой хирургии УГОКБ было пролечено 16 пациентов с СОС и хроническим одонтогенным синуситом.

Длительное существование СОС приводит к изменениям в слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи (ВЧП), преимущественно в области бухты альвеолярного отростка, которые приобретают характер хронического воспаления и, в большинстве случаев, проявляются развитием полипозных и полипозно-гнойных форм, трудно поддающихся консервативному лечению. При наличии свища между верхнечелюстной пазухой и полостью рта требуется его пластическое закрытие в сочетании с операцией на пазухе, т.к. одно лишь закрытие свища ведет к рецидиву и отсутствию эффекта от опе-

рации. Поэтому при лечении данной категории пациентов, наряду с устранением дефекта нижней стенки пазухи, необходимо осуществлять и ее санацию.

Методика. Нами в отделении производится циркулярное иссечение краев СОС, осуществляется подготовка ложа для трансплантата и измеряются размеры прободения. Затем, начиная от передне-задних краев перфорации, формируется трапециевидный слизисто-надкостничный альвеолярно-щечный лоскут с основанием на 5–7 мм выше переходной складки свода преддверия полости рта. Лоскут отсепаровывается от кости сверху, обнажается передняя стенка верхне-челюстной пазухи (ВЧП). При вскрытии передней стенки ВПЧ формируется и осторожно извлекается покрытая изнутри слизистой оболочкой костная пластинка (несколько превышающая размеры перфорации) с таким расчетом, чтобы ее можно было использовать в качестве трансплантата. Содержимое ВПЧ аспирируется, уточняется характер и степень выраженности воспалительного процесса. В случаях обнаружения инородных тел, грануляций, полипов последние удаляются при максимально щадящем отношении к макроскопически неизменной слизистой оболочке. Осматривается область нахождения естественного соустья и, при необходимости, восстанавливается его проходимость. На заключительном этапе костно-слизистый трансплантат «подгоняется» под форму и размеры подготовленного ране по краям прободения в альвеолярном отростке ложа. Трансплантат помещается со слизистой оболочкой в сторону ВЧП на края прободения таким образом, чтобы он, полностью закрывая отверстие, не проваливался в полость оперируемой пазухи. Закрытие раневой поверхности трансплантата осуществляется сформированным на начальном этапе операции слизисто-надкостничным трапециевидным лоскутом, для повышения мобильности которого производится дополнительное поперечное рассечение надкостницы у его основания. Это позволяет устранить сопротивление надкостницы и снять напряжение по ходу послеоперационных швов. При этом надкостница полностью прикрывает обнаженную наружную поверхность трансплантата. Фиксация лоскута осуществляется узловыми швами. Хорошо адаптированный в костной ране костный трансплантат препятствует воздействию раневого экссудата и переменного давления из верхнечелюстной пазухи на раневую поверхность лоскута, предотвращает «втягивание» лоскута в костную рану, что способствует сохранению оголенных интактных зубов, восстановлению конфигурации альвеолярного отростка верхней челюсти и полноценной ортопедической реабилитации пациента.

Результаты и обсуждение

Причиной появления СОС у пациентов явилось удаление шестых верхних моляров у 9 пациентов, седьмых зубов – у 6 и пятых зубов — у 1. 13 пациентам было произведено пластическое устранение СОС лоскутом со слизистой оболочки щеки, из них у 3-х — наблюдался рецидив заболевания. Еще 3 пациентам с СОС была произведена трансплантация фрагмента кости (аутокань) в область дефекта с закрытием слизисто-надкостничным лоскутом, рецидива при этом не отмечалось.

Выводы

Метод трансплантации фрагмента кости (аутокань) в область дефекта с закрытием слизисто-надкостничным лоскутом оперативного лечения позволяет по нашим данным снизить число рецидивов синус-оральных свищей, сформировать достаточной ширины и высоты альвеолярный гребень (для последующего успешного ортопедического лечения); приводит к восстановлению нижней стенки верхне-челюстной пазухи; способствует сохранению рядом расположенных интактных зубов с обнаженными корнями.

Более длительное наблюдение за этими пациентами и увеличение числа случаев позволят более качественно оценить результативность и доступность данной методики.

С. И. КИРИЛЕНКО, В. В. РОЖИН

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНДИЛОЛИСТЕЗОВ ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Спондилолистез — общий термин для состояний которые сопровождаются смещением позвонков друг относительно друга в сагиттальной плоскости. Чаще всего спондилолистез возникает в поясничном (пояснично-крестцовом переходе) отделе позвоночника. По видам выделяют: 1) Дегенеративный спондилолистез 2) Диспластический спондилолистез (врожденный) 3) Истмический (за счет поражения межпозвонковых суставов) 4) Травматический спондилолистез 5) Инволюционный (на фоне остеопороза) 6) Ятрогенный. В большинстве случаев дегенеративный спондилолистез выявляется в сочетании со стенозом СМК. В преобладающем большинстве случаев возникает антелистез пятого поясничного позвонка (по данным разных литературных источников в 80–90 % случаях), гораздо реже возникает антеспондилолистез четвертого и третьего поясничных позвонков (20% – 5% соответственно). Хирургическое лечение при спондилолистезах используется в 5–10 % случаев.

Целью данной работы было изучение результатов хирургического лечения пациентов со спондилолистезом поясничных позвонков в ортопедо-травматологическом отделении УГОКБ.

Методы и материалы. На базе УГОКБ в период с 02.01.2013 по 01.08.2014 было пролечено с дегенеративным спондилолистезом 12 пациентов, 5 пациентов с диспластическим спондилолистезом, 2 пациента с травматическим спондилолистезом. В подавляющем большинстве случаев выполнялась задняя (задне-боковая) декомпрессия позвоночного канала с последующей стабилизацией системой транспедикулярной фиксации.

Из клинических проявлений спондилолистеза у пациентов наблюдались болевой синдром, чувствительные и двигательные нарушения, вегетативные нарушения. Болевой синдром складывается из различных по интенсивности и длительности болей, как правило, усиливающихся после физической нагрузки, двигательные нарушения проявляются чаще парезами, реже параличами, а нарушение вегетативной иннервации вызывают нарушение функций тазовых органов по типу неудержания/задержки.

При диагностике уделяли внимание анамнезу (события повлекшие возникновение/усиление болей), клинике (включая физикальный осмотр), далее как первый этап инструментальной диагностики — рентгенографии позвоночника в двух проекциях, а в последующем при необходимости оперативного лечения (или для уточнения диагноза при несоответствии клиники результатам исследований) выполняли КТ, МРТ, миелографию.

В послеоперационном периоде пациентам рекомендовали ограничение физической нагрузки (исключить подъем тяжестей) до 6 месяцев, ношение корсета на поясничный отдел позвоночника (до 1 мес.), контрольный осмотр через 7 дней, 1 месяц, 3–6 месяцев, 1 год после операции (с контрольными рентгенограммами), продолжать консервативное лечение у невролога включая, кроме медикаментозных средств, физиотерапевтическое лечение.

Результаты и обсуждение. У 15 пациентов наблюдался листез L5 позвонка кпереди, у двух пациентов L4 кпереди. У 14 пациентов листез сочетался со стенозом позвоночного канала.

Степень восстановления функции оценивалась согласно шкале Oswestry, у большинства пациентов отмечено улучшение (84% пациентов отметили значительное улучшение состояния, т.е. перешли на одну-две группы в сторону улучшения соци-

альной адаптации, 3 пациента остались на прежнем уровне, как и до оперативного вмешательства).

Интраоперационных и послеоперационных осложнений не наблюдали.

Выводы

В настоящее время в УГОКБ внедрено и активно используются современные хирургические методы лечения пациентов со спондилолистезом поясничного отдела позвоночника.

В Гомельской области на сегодняшний день созданы условия для своевременной полной диагностики и лечения спондилолистезов поясничных позвонков.

С. Н. КОВАЛЬ, О. В. ДЖЕЛИЛОВА, В. Г. ТАРГОНСКАЯ., А. А. БАТЮК

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОКОРТИЗОНА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В ЛЕЧЕНИИ СЕПСИСА С РАННИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Одной из наиболее частых причин рождения недоношенного ребенка являются бактериальные инфекции. Реализация инфицирования может протекать с нарушениями макро- и микроциркуляции, развитием шока и высокой летальностью. Ранняя коррекция гемодинамических нарушений способствует повышению выживаемости.

Цель. Обеспечить эффективную гемодинамическую ситуацию в первые сутки после рождения у инфицированных недоношенных новорожденных (родившихся от матерей с хориоамнионитом) с очень низкой массой тела при рождении (ОНМТ, менее 1500 граммов), уменьшить дозировку необходимой инотропной поддержки. У детей с ОНМТ при рождении имеется относительная недостаточность коры надпочечников, дефицит кортизола, нарушена регуляция адренергических рецепторов, вследствие отсутствия достаточной ауторегуляции мозгового кровотока, зависимости церебральной гемодинамики от системной. Использование высоких дозировок вазопрессоров влияет на частоту развития внутрижелудочковых кровоизлияний и последующую инвалидизацию. Сохраняющаяся гипотензия способствует росту летальности.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй развития 27 недоношенных новорожденных (находились на лечении в ОАРИТ АН УГОКБ с 01.01.2009 по 01.07.2014 г.), у которых отсутствовала нормализация артериального давления на фоне адекватной инфузионной терапии и инотропной поддержки (добутамин 2–25 мкг/кг/мин, n = 22, или комбинация добутамина/дофамина, 2–15/2–10 мкг/кг/мин, n = 5) на фоне врожденного сепсиса с ранними проявлениями (начало менее 72 часов после рождения). Срок гестации детей: $29,5 \pm 4,2$ недель, постнатальный возраст — первые сутки. Гидрокортизон (Solu-Cortef, внутривенно, первое введение 2 мг/кг, затем — 1 мг/кг через 6 часов, со вторых суток - 4 мг/кг/сутки, с третьих суток — 3 мг/кг/сутки на 3 введения; длительность курса — 5–8 суток) применяли при необходимости в инотропной поддержке (добутамин более 7 мкг/кг/мин, добутамин/дофамин соответственно 5/4 мкг/кг/мин) для поддержания АД в пределах, позволяющих обеспечить отсутствие нарушений микроциркуляции, поддержание диуреза более 1 мл/кг/час, нормализацию уровня лактата в крови. Допплерсонография мозгового кровотока с оценкой абсолютных скоростей кровотока и индекса резистентности проводилась 3–4 раза в сутки с подбором дозировок инотропной поддержки.

Результаты и обсуждение. Среднее артериальное давление после введения гидрокортизона возрастало через 2 часа после введения гидрокортизона с $28,6 \pm 5,4$ до $35 \pm 2,9$, в течение первых суток — до $38 \pm 5,4$ мм рт. ст., оставаясь стабильным в дальнейшем. Полученные данные индекса резистентности: менее 0,5 — нарушения систолического и диасто-

лического кровотока; 0,6–0,75 (0,8) — нормальные показатели; более 0,9–1,0 — нарушения диастолического кровотока с ишемическими поражениями головного мозга.

Выводы

Назначение гидрокортизона у недоношенных новорожденных с ОНМТ позволяет обеспечить быструю стабилизацию гемодинамики с уменьшением дозировки необходимой инотропной поддержки, снизить частоту развития бронхолегочной дисплазии у недоношенных, рожденных от матерей с хорионамнионитом.

Особая интерпретация индекса резистентности необходима при наличии открытого артериального протока и использовании высокочастотной осцилляторной вентиляции.

Дальнейших исследований требует изучение влияния применяемого в терапии гидрокортизона на отдаленное развитие неврологических изменений у ребенка.

И. М. КОЖАН, О. А. РУСАЛЕНКО, А. Е. ВОЛКОВА, А. И. КАСИМ

ЧРЕЗКОЖНАЯ ПУНКЦИОННАЯ НЕФРОСТОМИЯ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ КАК МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Обструкция верхних мочевых путей является следствием нарушения пассажа мочи. Опасность данного состояния при присоединении патогенной инфекции связана с возможностью возникновения таких грозных осложнений как гнойный обструктивный пиелонефрит и сепсис. Профилактика этих осложнений и восстановление пассажа мочи является основным показанием для проведения мероприятий, направленных на устранение причин нарушения оттока мочи с помощью применяемых малоинвазивных методов декомпрессии чашечно-лоханочной системы. Одним из таких методов является чрезкожная пункционная нефростомия (ЧПН), которая позволяет не только восстановить пассаж мочи, но и выполнить антеградную пиелоуретерографию с целью уточнения уровня и причины обструкции и в дальнейшем помогает выбрать наиболее оптимальный метод последующего лечения.

Актуальность данной темы обусловлена тенденцией к стремлению уменьшить травматичность хирургического вмешательства и осуществить хирургическое пособие в необходимом объеме с минимальными нарушениями гомеостаза у пациента.

Цель. Провести анализ собственных результатов лечения пациентов с обструкцией верхних мочевых путей и оценить эффективность чрезкожной нефростомии под ультразвуковым контролем как малоинвазивного способа профилактики осложнений, вызванных нарушением уродинамики.

Материалы и методы

В работе представлен анализ результатов лечения 68 пациентов, из них 7 детей, с обструкцией верхних мочевых путей, которым выполнялась ЧПН под ультразвуковым (УЗ) — контролем, и которые находились на лечении в урологическом отделении УГОКБ в период с 01.01.2011 по 31.07.2014 г. Диагноз был верифицирован на основании комплексного обследования, включавшего данные клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики. У пациентов, страдающих мочекаменной болезнью (МКБ), поводом для ЧПН являлись классические признаки обструктивного пиелонефрита: изменение структуры стенки лоханки, изменение структуры центрального эхокомплекса, очаговые или диффузные изменения в паренхиме, увеличение размеров почки, отек и экссудация паранефральной клетчатки. В результате комплексной оценки указанных выше диагностических критериев определялись показания для дренирования чашечно-лоханочной системы – наличие у пациента обструктивного пиело-

нефрита. При выборе способа дренирования предпочтение отдавалось ЧПН под УЗ-контролем, как малоинвазивному методу дренирования.

Описание методики. ЧПН под УЗ-контролем выполнялась на аппарате SIEMENS G50 с помощью пункционного адаптера для конвексного мультичастотного датчика 4–6 МГц. Для дренирования чашечно-лоханочной системы использовался набор для чрескожной нефростомии фирмы «BALTON» или «BRAUN» 9F (5F у детей). Положение пациента на валике на боку с отведенной за голову рукой на стороне дренирования. ЧПН проводилась под месной анестезией раствором новокаина, у детей – под эндотрахеальным наркозом. После дренирования выполнялась визуальная оценка полученной из лоханки через дренаж мочи, которая отправлялась для биохимического, бактериологического исследования. При невозможности эхоскопически и рентгенологически определить уровень и причину обструкции и невозможности установки внутреннего мочеточникового стента пациентам выполнялась антеградная пиелоуретерография – контрастирование верхних мочевых путей через ранее установленный дренаж. Минимальный срок нахождения дренажа составил 5 суток, максимальный — 18 суток.

Результаты и обсуждение. ЧПН под УЗ-контролем, как указывалось ранее, было выполнено 68 пациентам, 7 из которых дети в возрасте от восьми месяцев до 11 лет. Из них лиц мужского пола 46, женского-34. ЧПН на правой почке проводилась у 22 пациентов, на левой — у 53 пациентов. У одного пациента ЧПН была выполнена с двух сторон в недельном временном промежутке. Причиной обструкции верхних мочевых путей у 50 пациентов являлись камни мочеточника, у 7 пациентов — врожденная аномалия развития, у 11 пациентов обструкция была обусловлена злокачественным опухолевым процессом (3-я и 4-я клинические группы). Всем пациентам, страдающим МКБ, после проведения ЧПН и купирования острого обструктивного пиелонефрита были выполнены следующие оперативные вмешательства: дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛТ) — 41, уретероскопия с экстракцией конкремента — 6, открытая пиелолитотомия — 1, открытая уретеролитотомия — 2. Пациентам с врожденной аномалией развития, после декомпрессии ЧЛС, были выполнены реконструктивные операции. 11 пациентов выписаны с функционирующей нефростомой. При этом ЧПН была выполнена либо как первый этап перед радикальной операцией, либо как паллиативная операция.

За время наблюдения зарегистрировано одно осложнение после выполнения ЧПН–паранефральная гематома, которая разрешилась консервативно.

Выводы

Применение чрескожной пункционной нефростомии под ультразвуковым контролем является эффективным методом дренирования чашечно-лоханочной системы и надежным способом профилактики гнойных осложнений, а для пациентов с обструкцией верхних мочевых путей и тяжелой сопутствующей патологией, пациентов с единственной функционирующей почкой и онкологических пациентов — является методом выбора.

Наличие таких современных малоинвазивных способов лечения мочекаменной болезни как дистанционная ударно-волновая литотрипсия и уретероскопия позволяет в сочетании с чрескожной пункционной нефростомией практически полностью исключить выполнение травматичных открытых операций.

Важность момента исследований была обусловлена высоким процентом рецидива мочекаменной болезни и большой вероятностью при этом проведения повторных оперативных вмешательств. Минимальная травматичность, дешевизна, простота, экономическая выгода выше указанного метода позволяют более широко использовать его в урологической практике.

И. А. КОРБУТ¹, В. В. АВДАШКОВА¹, И. А. ПРЯДИХИНА²

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ЛОХИОМЕТРЫ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет»

²Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Лохиометра — осложненное течение послеродового периода, характеризующееся задержкой лохий в полости матки. Лохии — физиологический раневой секрет, состоящего из крови, слизи, перерожденных и распавшихся органических элементов, который представляет собой хороший субстрат для размножения микробной флоры, что может вызывать инфицирование этого содержимого. В случае отсутствия своевременного лечения могут присоединиться эндометрит и другие осложнения, вплоть до генерализованной инфекции. Предрасполагающими факторами к развитию лохиометры в послеродовом периоде могут быть: высокий паритет беременностей и родов, отягощенный гинекологический анамнез (ИППП, эрозия шейки матки), отягощенный акушерский анамнез (медицинский аборт), преждевременное излитие околоплодных вод, родоиндукция, аномалии родовой деятельности, крупный плод, родоразрешение путем кесарева сечения.

Цель: проанализировать частоту основных факторов, предрасполагающих к развитию лохиометры в послеродовом периоде.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй родов 60 пациенток УГОКБ за период 01.08.13 г. — 31.12.2013 г. Группа I (основная группа) — пациентки с лохиометрой в послеродовом периоде (n = 30), II (группа сравнения) — пациентки без указанной патологии (n = 30). Статистическая обработка качественных признаков путем вычисления Me (25;75 перцентилей), количественных признаков — $p \pm sp$ %, $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Возраст обследованных женщин в I группе составил 26,5 (23,5; 29,0) лет, во II — 23,5 (22,7; 29,0) года. Паритет беременностей: в группе I — 2 (1,0; 2,0), в группе II — 2,0 (1,0; 2,0). Паритет родов: в основной группе — 1,0 (1,0; 2,0), в группе сравнения — 1,0 (1,0; 2,0).

У 18 (60,0 ± 8,94 %) пациенток I группы наблюдалась эрозия шейки матки, в группе II — в 7 (23,33 ± 7,72 %) случаях, $\chi^2 = 2,618$, $p < 0,01$. Это может быть связано с нарушением гормонального фона при эрозии и наличием локального воспаления во влагалище. Медицинский аборт отягощал анамнез у 19 (63,33 ± 8,8 %) женщин основной группы и у 7 (23,33 ± 7,72 %) — группы сравнения, $\chi^2 = 2,865$, $p < 0,005$. Полученные результаты сопоставимы с данными литературы, подтверждающими концепцию нарушения сократительной способности матки после кюретажа [2]. У обследованных обеих групп ИППП (хламидиоз, мико- и уреоплазмоз) были диагностированы в сопоставимой доле случаев: в 11 (36,67 ± 8,81 %) и 10 (33,33 ± 8,61 %), соответственно. Роды осложнялись преждевременным разрывом плодных оболочек у 13 (43,33 ± 9,05 %) рожениц I группы и у 7 (23,33 ± 7,72 %) — II группы. Родоиндукция проводилась 17 (56,67 ± 9,05 %) пациенткам основной группы и 13 (43,33 ± 9,05 %) пациенткам группы сравнения. Аномалии родовой деятельности по типу слабости встречались у 6 (20,0 ± 7,3 %) рожениц I группы и у 3 (10,0 ± 5,48 %) рожениц II группы. Масса новорожденного > 4 кг была у 15 (50,0 ± 9,13 %) родильниц основной группы и у 4 (13,33 ± 6,21 %) родильниц группы сравнения, $\chi^2 = 2,775$, $p < 0,01$, что также может способствовать субинволюции матки и как следствие — развитию лохиометры.

Вывод

В ходе нашего анализа установлено, что основными статистически значимыми факторами, способствующими развитию лохиометры в послеродовом периоде являются: эрозия шейки матки ($p < 0,01$); медицинский аборт в анамнезе ($p < 0,005$) и масса плода > 4 кг ($p < 0,01$).

Клинический случай

И. А. КОРБУТ¹, Т. Н. ЗАХАРЕНКОВА¹, А. И. КРАВЧЕНОК², С. Е. МАЛЬЦЕВА²

**К ВОПРОСУ О ВАЖНОСТИ СОБЛЮДЕНИЯ
КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ**

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет»

²Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Самопроизвольный аборт — самое частое осложнение беременности. Частота его составляет от 10 до 20 % всех клинически диагностированных беременностей. Около 80% выкидышей происходит до 12 недель беременности. Среди частых причин его развития это связано с хромосомными дефектами, реже выделяют — анатомические, эндокринные, инфекционные, иммунные факторы.

Последствия этого могут быть серьезными, иногда необратимыми. Поэтому, следует всегда помнить, что при прерывании беременности женщина рискует своим здоровьем, будущим материнством и своим женским счастьем.

Цель: показать на данном клиническом случае эффективность принятых протоколов ведения пациентов с данной патологией в РБ.

Материалы и методы: Пациентка З., 32 лет, была переведена в отделение гинекологии УГОКБ в экстренном порядке из ЦРБ с жалобами на боли в нижних отделах живота и слабость.

Из анамнеза установлено, что первый день последней менструации — 29 сентября 2013 г. Менструации с 14 лет по 5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Беременностей не было. С сентября 2013г. по январь 2014 г находилась в туристической поездке. В ноябре 2013 г. на фоне отсутствия менструации был выполнен тест на беременность — положительный, обратилась к врачу (госпиталь Ангра Дош, Бразилия), выставлен диагноз «Беременность 7 недель», УЗИ не проводилось. С 10 декабря 2013 г появились кровянистые выделения из половых путей, обратилась к врачу, выставлен диагноз «Беременность 7 недель, аборт в ходу», кюретаж полости матки не выполнялся. Мажущие кровянистые выделения сохранялись до 8 января 2014 г, обратилась к гинекологу в ЦРБ. После осмотра был выставлен диагноз «Неразвивающаяся шеечная беременность» и была предпринята попытка выскабливания полости матки, вызвавшая обильное кровотечение, остановленное консервативно — трансфузия СЗП, инъекции этамзилата натрия и тампонада влагиалища перед транспортировкой в ГОКБ.

УЗИ малого таза от 09.01.2014 (МГЦ) — матка 56×42×54 мм, контуры четкие, ровные, миометрий однородный. В цервикальном канале определяется хориальная ткань с обильным кровоснабжением 23×17×25 мм. Мышечный слой шейки матки истончен до 5,8 мм. Полость матки по передней стенке без четких контуров, повышенной эхогенности толщиной 9 мм. Левый яичник 56×44×43 мм с желтым телом 46×42×43 мм. Правый яичник 44×32×34 мм с желтым телом 35×30×31 мм. Заключение: развивающаяся беременность в цервикальном канале? аборт в ходу? шеечная беременность?

КТ (10.01.2013) Заключение: картина объемного образования матки. Кисты обоих яичников. Нельзя исключить трофобластическую болезнь и сопутствующие ей лютеиновые кисты яичников.

УЗИ органов брюшной полости (11.01.14) — эхоскопически без патологии.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки (14.01.14) — легочной рисунок усилен. Корни легких структурные. Срединная тень не смещена. Синусы свободные.

Лабораторные исследования: анемия легкой степени (гемоглобин 102 г/л) и *St. aureus* 107 КОЕ в посеве из ц/канала.

Результаты выбранной тактики. Консилиумом в УГОКБ был выставлен диагноз: Неполный самопроизвольный аборт (плацентарный полип шейки матки). Вагинит.

По решению консилиума 15.01.2014 был выполнен коретаж слизистой цервикального канала и полости матки, из цервикального канала удалены остатки плацентарной ткани, из полости матки – сгустки крови. Материал был отправлен на патологистологическое исследование. Продолжено консервативное лечение: диаферрум по 1 т. 2 р/сутки внутрь, санация влагалища тержинаном, ципрофлоксацин по 250 мг/ 3 р/сутки внутрь.

Патологистологическое заключение: кровь, фрагменты некротизированных тканей, похожих на децидуальную.

После проведенного курса антианемической и антибактериальной терапии, УЗИ контроля пациентка была выписана домой в удовлетворительном состоянии. Следующая менструация прошла обычно. В настоящее время женщина проходит прегравидарную подготовку.

Заключение

Согласно клиническим протоколам, принятым в РБ:

— после обследования у акушера-гинеколога пациентка с клиническими признаками беременности направляется на УЗИ (в сроке гестации 10–12 недель);

— диагноз «Аборт в ходу» является показанием для *abrasio cavii uteri* и последующим УЗ-контролем.

Тактика ведения этой пациентки в гинекологическом отделении УГОКБ позволила сохранить ей репродуктивную функцию с хорошим прогнозом, шансом стать матерью.

И. А. КОРБУТ¹, К. А. РУДЕНКОВА¹, Т. В. АНИСКЕВИЧ²

КИСТЫ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет»

²Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Киста яичника — полое образование, возникновение которого зачастую сопряжено с гормональным сбоем в организме.

Цель: проанализировать диагностику и лечение опухолевых образований яичника.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ 60 историй болезни женщин репродуктивного возраста с кистами яичников, находившихся на лечении в отделении гинекологии УГОКБ за период 01.01.2013 – 31.03.2014 гг.

Статистическая обработка: программа «Statistica 6.0». Количественные данные описаны с помощью медианы и интерквартильного размаха, качественные признаки — доли и ошибки доли.

Результаты исследования и их обсуждения: Средний возраст обследованных составил 33,5 (23,0; 43,0) г. У 50 (83,3 ± 4,9 %) женщин продолжительность менструального цикла 21–28 день, у 10 (16,7 ± 4,9 %) — 28–35 дней. Клинические проявления заболевания наблюдались у 39 (65,0±6,6%) женщин, и у 21 (35,0 ± 6,2 %) — кисты были выявлены при проведении УЗИ-скрининга, $\chi^2 = 8,02$, $p = 0,005$. Клинические проявления в виде периодических болей внизу живота, усиливающихся перед менструацией, альгодисменореи и диспареунии преобладали у пациенток с эндометриодными кистами — 18 (30,0 ± 6,0 %). Это объясняется имплантацией клеток эндометрия в ткань яичников, при ретроградном заносе менструальной крови в брюшную полость и распространении ее на органы и ткани. Слабость и боли внизу живота были у женщин с разрывом кисты желтого тела 10 (16,7 ± 4,9 %), что совпадает с литературными данными [2]. Ощущение распирания и тяжести внизу живота наблюдались у обследованных с пар-

овариальными кистами, зрелыми тератомами и серозными цистаденомами — 10 (16,7 ± 4,9 %). Оперативное лечение было проведено всем пациенткам: у 31 (51,6±6,6%) — лапароскопия и 29 (48,3 ± 6,5 %) операций — открытым доступом $\chi^2 = 7,24$, $p = 0,01$. Выбор оперативного доступа был обусловлен возрастом женщины и размерами опухоли.

Гистологическая структура удаленных опухолевых образований представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Структура и доля прооперированных кист яичников, (n, P ± Sp %)

Гистологическая структура	Количество
Эндометриоидная	18 (30,0±6,0%)
Цистаденома	14 (23,3± 5,5%)
Киста желтого тела	10 (16,7±4,9%)
Пароовариальная	10 (16,7±4,9%)
Зрелая тератома	5 (8,3± 3,6%)
Фолликулярная	3 (5,0± 2,8%)

Выводы

Кисты яичников имеют клинические проявления, однако диагностическая ценность УЗИ в скрининге патологии также важна, $\chi^2 = 8,02$, $p = 0,005$.

У женщин, прооперированных в УГОКБ по поводу опухолевых образований яичников, наиболее часто встречались эндометриодные кисты яичников и серозные цистаденомы, реже — кисты желтого тела и пароовариальные, намного реже — зрелые тератомы и фолликулярные кисты.

Ю. К. КОСС

РЕВИЗИОННОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Учреждение « Гомельская областная клиническая больница »

Нестабильность первичного эндопротеза тазобедренного сустава (ТБС), сопровождающаяся болью, нарушением опорности конечности и другими признаками, приводит к необходимости выполнения ревизионного протезирования данного сустава.

Ревизионное эндопротезирование ТБС на сегодня является одной из наиболее серьезных и трудных проблем травматологии и ортопедии. Тактику ревизионного протезирования выбирают в зависимости от компонента первичного протеза, подвергшегося нестабильности, который можно определить путем КТ, рентгенологических и сцинтиграфических исследований. Критерий оценки нестабильности эндопротеза универсален и позволяет не только определять показания к ревизионному протезированию, но и контролировать результаты выполненных манипуляций.

Цель работы состоит в решении вопроса о возможных причинах, приведших к нестабильности первичного эндопротеза ТБС и оценке эффективности ревизионного эндопротезирования ТБС при различных вариантах нестабильности первичного эндопротеза.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты анализа клинической документации пациентов, находившихся на лечении в ортопедо-травматологическом отделении УГОКБ в период 2011–2013 гг. Было проанализировано 15 историй болезни пациентов, которым потребовалось выполнение ревизионного протезирования ТБС.

Изучение клинической симптоматики дополнялось результатами инструментального исследования. В обязательный перечень обследования входили: рентгенография ТБС в двух проекциях; компьютерная томография ТБС; сцинтиграфия костей скелета для уточнения локализации патологического процесса в суставе, подозреваемом на нестабильность; пациентам с повторяющимися вывихами выполнялась электромиография с последующим осмотром невролога.

Результаты исследования и обсуждение. Из числа пациентов группы исследования мужчин было 7, женщин – 8. Возраст пациентов составил от 26 до 84 лет.

При первичном протезировании пациентам были выполнены следующие операции:

А) Однополюсное протезирование по Остин-Мур — у 3 пациентов;

Б) Тотальное эндопротезирование — у 12.

Сроки между первичной и ревизионной операциями составляли от 6 месяцев до 12 лет. Распределение сроков функционирования представлены на рисунке 1.

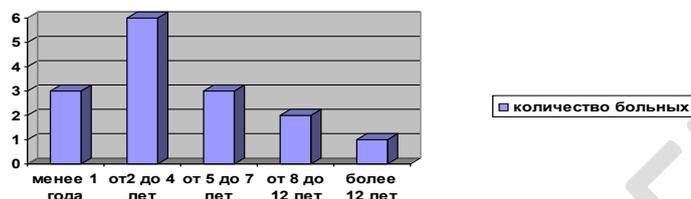


Рисунок 1 — Сроки функционирования первичного протеза

В ходе обследования данных пациентов были выявлены следующие варианты нестойкости первичного эндопротеза ТБС:

- хондролит вертлужной впадины при однополюсном протезировании — у 4,
- нестабильность бедренного компонента эндопротеза — в 8 случаях,
- нестабильность вертлужного компонента эндопротеза — в 4 случаях.

В ходе данных объективного осмотра обращало внимание наличие выраженной мышечной гипотрофии и снижение силы в конечности. В ходе определения амплитуды активных и пассивных движений в 7 случаях выявлены мышечные контрактуры ТБС II ст, в 4 случаях — контрактура 3 ст. У 8 пациентов наблюдалась болезненность в ТБС при осевой нагрузке.

В 8 случаях обследованием было установлено, что причиной нестабильности явился бедренный компонент эндопротеза. У всех пациентов после протезирования по Остин-Муру наблюдался хондролит вертлужной впадины, так как соприкосновение разнородных поверхностей эндопротеза типа «кость — металл» в последующем привело к разрушению менее прочной поверхности кости.

Во всех 15 случаях были выполнены ревизионные хирургические вмешательства с последующими вмешательствами:

- тотальная реимплантация протеза — в 7 случаях,
- замена вертлужного компонента — у 3,
- полная замена бедренного компонента — у 2,
- замена составных частей одного компонента (головка, вкладыш) — у 5,
- костная аллотрансплантация в область дефектов кости — у 3 пациентов.

Особенностью операций ревизионного протезирования в УГОКБ является использование моделей протезов для первичного протезирования тазобедренного сустава с заменой меньшего размера протеза на больший либо замена протеза бесцементной фиксации на протез цементной фиксации. При повторяющихся вывихах, связанных с несоответствием размеров компонентов протеза, выполнялась лишь замена данного компонента, например замена головки размера L на X, а также замена вкладыша.

После ревизионного эндопротезирования осложнения развились у 4 пациентов. Из них в раннем послеоперационном периоде в 2 случаях наблюдались вывихи головок эндопротеза, которые были устранены консервативно. У 1 пациента была диагностирована невропатия, которая была купирована консервативными мероприятиями и на исход лечения не повлияла. Перипротезный перелом бедренной кости произошел у 1 пациента через 1 месяц после операции и был связан с дополнительной травмой, после дополнительной иммобилизации перелом консолидировался в обычные сроки.

Летальных исходов в результате ревизионного протезирования тазобедренного сустава не было.

Все пациенты при выписке отмечали исчезновение болей и оценивали результат ревизионного протезирования как удовлетворительный.

Выводы

- Наиболее информативными методами в диагностике нестабильности первичного эндопротеза тазобедренного сустава являются компьютерная томография и сцинтиграфия костей скелета.

- Ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава, как любая повторная операция, гораздо сложнее и проблематичнее первичного эндопротезирования из-за произошедших местных изменений, значительно осложняющих как планирование, так и саму операцию.

- Ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава нестандартная и сугубо индивидуальная операция в каждом конкретном случае. При подготовке к ней необходимо планировать различные варианты ее выполнения, возможный переход от одного из них к другому, использование самых различных материалов и металлоконструкций, высокий риск интраоперационных осложнений.

На заметку практическому врачу

А. А. КУДРЯ

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В УГОКБ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Согласно данным Министерства здравоохранения (решение ЛКС МЗ РБ от 11.07.2012 г. № 6.1) на протяжении последних 5 лет в Республике Беларусь наблюдается рост общей заболеваемости болезнями органов пищеварения. Также за последние 15 лет отмечается неуклонный рост смертности от болезней органов пищеварения, в том числе среди лиц трудоспособного возраста.

Для предотвращения возникших неблагоприятных тенденций необходимо осуществление комплекса мероприятий, направленных на улучшение организации гастроэнтерологической помощи населению Республики Беларусь, одним из которых является внедрение на областном уровне современных, специфических и наиболее информативных лабораторных тестов для выявления и мониторинга заболеваний органов пищеварения.

Цель: оценить перечень и возможности проводимых в УГОКБ специфических лабораторных исследований и для диагностики болезней органов пищеварения.

Материалы и методы. Специфические лабораторные исследования для диагностики заболеваний органов пищеварения, проводимые в УГОКБ, в зависимости от метода, лежащего в основе определения, разделяются на:

- биохимические: определение меди, церулоплазмина (ЦП), ферритина, иммуноглобулинов М, А, G, липазы, белковых фракций и др. в сыворотке крови;

- иммунохроматографические: определение кальпротектина, лактоферрина, трансферрина, скрытой крови в кале; определение Toxin A/B Clostridium difficile и ротавирусов в кале;

- иммуноферментные: определение ANA, ANCA, AMA-M2, sp-100, a-LKM, ASCA, антител к ВРІ, антител к глиадину и тканевой транслугтаминазе, суммарных антител к *H. pylori*.

Обсуждение. Определение специфических биохимических показателей направлено на диагностику болезни Вильсона-Коновалова (медь и ЦП), опухолевых заболеваний печени (ферритин), гемахроматоза (ферритин), гепатита, цирроза, панкреатита. Использование данных показателей в совокупности с рутинными биохимическими исследованиями (ферменты, билирубин, пробы коллоидоустойчивости и др.) позволяют оценивать функциональное состояние печени и поджелудочной железы, дифференциро-

вать основные клиничко-лабораторные печеночные синдромы, отслеживать лабораторную динамику состояния пациента.

Из иммунохроматографических исследований для диагностики болезней органов пищеварения в УГОКБ проводится определение Toxin A/B Clostridium difficile в кале для диагностики антибиотик-ассоциированной диареи (псевдомембранозного колита). Обнаружение ротавирусов в кале находит свое применение при дифференциальной диагностики ротавирусной инфекции с неинфекционными заболеваниями кишечника и принятии решения о госпитализации пациента с соответствующей клинической картиной. Определение скрытой крови и трансферрина в кале являются обязательными исследованиями для скрининга колоректального рака.

В 2013 г. в лаборатории УГОКБ было внедрено определение кальпротектина и лактоферрина в кале. Данные тесты являются высокочувствительными лабораторными маркерами воспалительных заболеваний кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит (НЯК)). Отмечается высокая сопоставимость данных лабораторных исследований с результатами проведенных биопсий. Данные тесты особенно могут быть востребованы в детской практике и при наличии ограничений для выполнения колоноскопии.

Определение суммарных антител к *H. pylori* в крови является неинвазивным методом определения хеликобактерной инфекции. Благодаря оснащению лаборатории УГОКБ автоматическим анализатором ИФА Alegria (Orgentec, Германия) в 2013 г. стало возможным проведение целого ряда специфических исследований:

- ANA: комплексная диагностика аутоиммунных заболеваний;
- ANCA, VPI, ASCA: высокоинформативная лабораторная диагностика (в том числе и дифференциальная) болезни Крона и НЯК;
- AMA-M2, sp-100: диагностика первичного билиарного цирроза;
- a-LKM: диагностика АИГ II типа.
- антитела к глиадину и тканевой трансглутаминазе: лабораторная диагностика целиакии.

Существующие в УГОКБ возможности открывают перспективы дальнейшего внедрения в практику специфических лабораторных тестов, направленных на диагностику болезней органов пищеварения.

Заключение

1. В УГОКБ проводится комплекс лабораторных исследований для выявления и мониторинга основных болезней органов пищеварения, в том числе генетических и редких заболеваний.

2. Простота и быстрота выполнения, высокая чувствительность и специфичность — делают иммунохроматографические тесты удобным и востребованным инструментом для диагностики заболеваний органов пищеварения, доступными для учреждения любого уровня.

3. При болезни Вильсона-Коновалова лабораторное обследование на областном уровне может быть дополнено определением меди в суточной моче (при наличии специальных зарегистрированных в РБ наборов реагентов) и anti-SLA как высокоспецифического маркера АИГ I типа.

4. Проведенные комплексные клинические исследования пациентов с болезнями органов пищеварения смогут показать степень информативности и эффективности полученных результатов проводимых лабораторных методов с результатами функциональных и инструментальных методов исследований.

*О. Г. КУПРЕЕВА, М. А. НОВИКОВА, Д. М. АДАМОВИЧ, С. В. КУПЧЕНЯ,
С. А. КАНЮШИК, А. Г. ТИШКЕВИЧ, Е. В. ТАРАСЮК, А. И. СТРЕЛЬЧУК.*

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ВЗРОСЛЫХ

Острый аппендицит (ОА) является одной из частых нозологических форм острой хирургической патологии, госпитализируемой в хирургические отделения. Для своевременной постановки диагноза и определения тактики ведения пациентов при сложностях интерпретации клинических данных в настоящее время приобретает особое значение использование неинвазивных инструментальных методов диагностики, одним из которых является ультразвуковое исследование (УЗИ). Чувствительность методики по данным литературы составляет до 89%, специфичность — до 95 %.

Цель: оценить возможности применяемого сонографического метода диагностики ОА у взрослых пациентов на базе УГОКБ.

Материалы и методы. Были изучены истории болезни и протоколы ультразвукового исследования органов брюшной полости пациентов с подозрением на ОА, госпитализированных в первое хирургическое отделение УГОКБ за период 01.01.2014 г. — 01.08.2014 г. Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica 8.0». Результаты выражали в виде М (25;75) %.

Результаты и обсуждение. За вышеуказанный период было госпитализировано и затем прооперировано 123 пациента с клинической картиной ОА. При госпитализации УЗИ органов брюшной полости с целью выявления измененного червеобразного отростка, проведения дифференциальной диагностики острой урологической и гинекологической патологии было выполнено 109 (88,6 %) пациентам. Мужчин было 54 (49,5 %), женщин — 55 (50,5 %). Средний возраст пациентов составил 32 года (22,0;54,0). ИМТ — 25 (21;29). Сроки заболевания ОА в среднем составили около 21 часа (11;36).

При ультразвуковом исследовании был обнаружен измененный червеобразный отросток у 59 (54 %) пациентов. Особенности расположения ОА при дооперационной УЗ-визуализации и интраоперационного обнаружения представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Сравнительная оценка до- и интраоперационных результатов

Локализация аппендикса в брюшной полости	УЗ- визуализация до операции	Интраоперационная визуализация
* в правой подвздошной области	48 (44 %)	39 (66,5 %)
* в мезогастррии справа	4 (3,7 %)	12 (20,3 %)
* ретроцекальное	3 (2,8 %)	2 (3,3 %)
* в малом тазу	3 (2,8 %)	2 (3,3 %)
* за илеоцекальным углом	1 (0,9 %)	2 (3,3 %)
* подпеченочно	—	2 (3,3 %)

У 50 (46 %) пациентов при УЗИ червеобразный отросток не был визуализирован. Хотя в 27 случаях (54 %) интраоперационно выявлено типичное расположение отростка, у 10 (20%) – ретроцекальное, у двух (4%) — за илеоцекальным переходом, ретроперитонеальное — 3 (6 %), подпеченочное — 3 (6 %), малый таз — 5 (10 %). Гистологически на операции у 35 (70 %) пациентов был выявлен флегмонозно измененный аппендикс, у 4 (8 %) — гангренозный, у 5 (10 %) — гангренозный с осложнениями и у 6 (12 %) — катаральная форма. При выполнении УЗИ у этих пациентов наблюдалась пневматизация кишечника, а также возникли сложности визуализации за счет атипичного (46 %) расположения отростка, а также отсутствие его обнаружения, несмотря на характерную локализацию боли, обусловленную тифлитом, мезаденитом.

Выводы

На вышеуказанных примерах показана безопасность и высокая информативность УЗИ в комплексном обследовании пациентов с подозрением на острый аппендицит.

Качество диагностики ОА при этом будет также определяться человеческим фактором врача-диагноста и имеющимися техническими возможностями аппаратуры, подготовленностью пациента к исследованию, длительностью заболевания.

Преимущественное взаимодействие врача-хирурга и врача-УЗ-диагноста может явиться залогом выбора правильной и своевременной тактики в сложных ситуациях скрининга у пациентов с острым аппендицитом.

**С. В. КУПЧЕНЯ, О. Г. КУПРЕЕВА, Д. М. АДАМОВИЧ, М. А. НОВИКОВА,
С. А. КАНЮШИК, А. Г. ТИШКЕВИЧ, Е. В. ТАРАСЮК, А. И. СТРЕЛЬЧУК**

ЭХОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение «Гомельское областная клиническая больница»*

В последнее время для уточнения диагноза острого аппендицита (ОА) стали применяться неинвазивные инструментальные методы — УЗИ, КТ. Ультразвуковое исследование (УЗИ) сочетает в себе высокую информативность, неинвазивность, отсутствие лучевой нагрузки на пациента и врача. Ультразвуковыми аппаратами оснащены практически все стационары. Для визуализации червеобразного отростка при УЗ-диагностике могут использоваться любые современные ультразвуковые аппараты, работающие в режиме реального масштаба времени, оснащенные конвексными датчиками с частотными характеристиками от 3,5 до 5 МГц и линейными датчиками с частотой 7МГц. Диапазон чувствительности УЗИ в В-режиме колеблется от 33,3 до 89 %, специфичность — до 95 %.

Наиболее низкие показатели чувствительности УЗИ при этом отмечают по данным литературы при катаральной (до 33,3 %), флегмонозной и гангренозной (50 %) формах ОА. Наиболее высокая чувствительность — при эмпиеме червеобразного отростка и аппендикулярном инфильтрате (до 89%). Применение при этом режимов цветового доплеровского картирования повышает чувствительность ультразвука при катаральной (до 66,7 %) и флегмонозной (до 77,8 %) формах ОА, а также при диагностике периаппендикулярного абсцесса (до 89% по сравнению с 66,7 % в В-режиме).

Целью исследования явилась оценка эхоскопических признаков ОА у взрослых пациентов на базе УГОКБ.

Материалы и методы. Были изучены истории болезни и протоколы ультразвукового исследования органов брюшной полости пациентов, госпитализированных в первое хирургическое отделение УГОКБ за период 01.01.2014 г — 31.07.2014 гг. Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica 8.0». Результаты выражали в виде М (25;75) %. За указанный период было госпитализировано 123 пациента с клинической картиной ОА. Из них УЗИ органов брюшной полости было выполнено 109 (88,6 %) пациентам. Исследование производили на аппаратах высокого и среднего классов с использованием линейного, конвексного датчиков, или чаще их сочетания, с частотными характеристиками от 3,5 до 7 МГц.

Основными ультразвуковыми признаками воспаления червеобразного отростка являлось его визуализация, утолщение стенок, увеличение диаметра до 1 см и более, ригидность и отсутствие перистальтики в процессе исследования, визуализация его в виде «мишени» (в поперечном сечении) и др. Другим клиническим диагностическим приемом явилось усиление болей при компрессии датчиком выявленной структуры.

Некоторыми авторами также описываются такие косвенные признаки ОА: наличие жидкости в правой подвздошной области, утолщение стенки купола слепой кишки и пневматизация петель тонкой кишки в правой подвздошной области.

Результаты и обсуждение. Соотношение мужчин и женщин было 54 (49,5 %) и 55 человек (50,5 %). Средний возраст пациентов составил 32 года (22,0;54,0). ИМТ составил 25 (21;29). Сроки заболевания ОА в среднем до 21 часа (11;36).

При УЗИ измененный червеобразный отросток был визуализирован у 59 пациентов (54 %), которые и вошли в контрольную группу. Статистически достоверной зависимости его обнаружения от локализации не было отмечено. Из них у 19 пациентов наблюдался также выпот в брюшной полости, и у 4 отмечалось увеличение брыжеечных лимфоузлов. Среднее значение диаметра воспаленного аппендикса составило 12,5 мм (10,0;15,0), средняя толщина стенки — 3,0 мм (2,4;4,0).

У 4 пациентов, у которых при УЗИ аппендикс не был визуализирован, но наблюдались локальная болезненность при компрессии датчиком и выпот в брюшной полости.

Соотношение морфологических форм ОА как интраоперационной находки и имевших место интересующих эхопризнаков при УЗИ у пациентов контрольной группы представлены в таблице 1.

Также дополнительными эхопризнаками были инфильтрация окружающих тканей, наличие отграниченного жидкостного образования, инфильтрация стенок слепой кишки.

Таблица 1 — УЗ-параметры морфологических форм ОА в исследуемой группе

Морфологические формы ОА	Количество пациентов, чел.	Диаметр аппендикса, мм	Толщина стенки аппендикса, мм
Катаральная	2 (3 %)	15 (10;20)	3,5 (2,0;5,0)
Флегмонозная	36 (61 %)	12 (10;15)	3,0 (2,4;4,0)
Гангренозная	11 (19 %)	13,5 (12,5;15,0)	3,3 (2,0;4,0)
Гангренозная с осложнениями	10 (17 %)	14,5 (12,0;16,0)	3,3 (2,8;4,0)

Выводы

Хотя обнаружение основных ультразвуковых признаков воспаления червеобразного отростка наблюдалось лишь у половины обследованных и затем оперированных пациентов с острым аппендицитом, все равно нашим исследованием показана их высокая эффективность в скрининге патологии.

Совершенствование опыта хирургов и врачей УЗ-диагностов, технического обеспечения всегда будут повышать эффективность и своевременность диагностики острого аппендицита, а сроки заболевания, возраст и комплекция пациента, сопутствующая патология — ее затруднять.

Е. Л. ЛАШКЕВИЧ

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У ПАЦИЕНТОК С НЕДОНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Антибактериальные лекарственные средства (АБ-ЛС) применяются во время беременности наиболее часто. При этом используются лекарственные средства только с установленной безопасностью для беременных, с учетом срока беременности, наблюдением за состоянием матери и плода. Только соблюдение всех условий приводит к благополучному исходу беременности, снижает число неонатальных осложнений.

Цель работы — изучить особенности применения антибактериальных лекарственных средств у пациенток с недонашиванием беременности.

Материалы и методы. Нами обследовано 143 женщины, родившие через естественные родовые пути на базе роддома УГОКБ. Из них — 77 с преждевременными родами (основная группа) и 66 со срочными родами (контрольная группа). Анализировали применение АБ-ЛС у обследуемых пациенток. Данные представлены в виде доли (р, %) и стандартной ошибки доли (Sp, %). Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Во время беременности, в родах, в послеродовом периоде АБ-ЛС системно получали 74 пациентки, в том числе 56 ($75,68 \pm 4,99$ %, $\chi^2 = 37,00$, $p < 0,001$) в основной и 18 ($24,32 \pm 4,99$ %) в группе сравнения. Среди всех женщин с недонашиванием беременности АБ-ЛС назначали в $72,73 \pm 5,08$ % (56 из 77, $\chi^2 = 30,03$, $p < 0,001$), при срочных родах — в $27,27 \pm 5,48$ % (18 из 66, $\chi^2 = 25,48$, $p < 0,001$).

В течение беременности в основной группе системно АБ-ЛС получали 27 ($35,07 \pm 5,44$ %) пациенток, в группе сравнения — 14 ($21,21 \pm 5,03$), в перипартальном периоде 42 ($54,55 \pm 5,67$ %) и 7 ($10,61 \pm 3,79$ %) соответственно. Как при срочных, так и при преждевременных родах большинство пациенток получало монотерапию АБ-ЛС во время беременности — $85,71 \pm 9,35$ % и 100 % соответственно. У 3 ($11,11 \pm 6,05$ %) женщин, родивших преждевременно, дважды в течение беременности использовали одно и то же АБ-ЛС. При недонашивании беременности 2 и больше АБ-ЛС чаще ($p = 0,001$) применяли в перипартальном периоде. Наиболее часто во время беременности АБ-ЛС в обеих группах назначали с целью лечения инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) и дисбиотических/воспалительных процессов во влагалище — 13 ($48,15 \pm 9,62$ %) и 10 ($37,04 \pm 9,29$ %) соответственно при недонашивании беременности и 6 ($42,86 \pm 13,23$ %) и 3 ($21,43 \pm 10,97$ %) при родах в срок. Рецидив ИМВП наблюдали у 2 женщин основной группы и у 1 в контрольной. Санацию влагалища местными формами дополнительно проводили 21 ($77,78 \pm 8,0$ %) и 11 ($78,57 \pm 10,97$ %) пациенток соответственно.

Сроки применения АБ-ЛС по отношению к периодам гестации представлены в таблице 1. Накануне родов антибиотики назначали только в основной группе ($p = 0,016$), при этом в $78,57 \pm 10,97$ % у пациенток с недоношенной беременностью и длительным безводным промежутком с целью пролонгирования беременности для проведения профилактики РДС новорожденного.

Таблица 1 — Системное применение антибактериальных лекарственных средств во время беременности и в родах, n ($p \pm sp$, %)

Сроки	Преждевременные роды (N = 56)	Срочные роды (N = 18)
I триместр беременности	7 ($12,5 \pm 4,42$)	6 ($33,33 \pm 11,11$)
II триместр беременности	13 ($23,21 \pm 5,64$)	5 ($27,78 \pm 10,56$)
III триместр беременности	14 ($25,0 \pm 5,79$)	5 ($27,78 \pm 10,56$)
Накануне родов	14 ($25,0 \pm 5,79$)* $p=0,016$	0
В родах	16 ($28,57 \pm 6,04$)	2 ($11,11 \pm 7,41$)
1-е сутки после родов	39 ($69,64 \pm 6,14$) * $\chi^2=8,24$, $p=0,004$	5 ($27,78 \pm 10,56$)

*Примечание: * статистически значимо в сравнении со срочными родами.*

Во время беременности антибиотики пенициллиновой группы использовали у 15 ($55,56 \pm 9,56$ %) женщин с недонашиванием беременности и у 3 ($21,43 \pm 10,97$ %), родивших в срок (OR= 4,58, 95 % CI 1,04–20,24); цефалоспорины — 4 ($14,82 \pm 6,84$ %) и 9 ($64,29 \pm 12,81$ %, $\chi^2 = 8,26$, $p = 0,004$); макролиды — 7 ($25,93 \pm 8,43$ %) и 4 ($28,57 \pm 12,07$ %); АБ-ЛС из других групп — 6 ($22,22 \pm 8,0$ %) и 2 ($14,29 \pm 9,35$ %) соответственно.

Выводы

Почти три четверти пациенток с преждевременными родами применяли антибактериальные лекарственные средства во время беременности и родов с целью лечения различных инфекционно-воспалительных заболеваний.

Только при недонашивании беременности женщины получали антибиотики накануне родов, а двое из трех родильниц — в первые сутки после родов.

**В. В. ЛИН, З. А. ДУНДАРОВ, В. М. МАЙОРОВ, В. И. ЛЕОНЕНКО,
А. И. ХМЫЛКО, С. В. КУПЧЕНЯ, О. Г. КУПРЕЕВА**

МАЛОСИМПТОМНЫЕ ФОРМЫ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение «Гомельское областная клиническая больница»*

Острый холецистит (ОХ) занимает важное место в структуре хирургической патологии. На сегодняшний день объективно показано, что успехи современной антибактериальной и многоцелевой инфузионной терапии значительно изменяют клиническую картину заболевания, нивелируют острые проявления деструктивного холецистита, в том числе клиничко-лабораторные признаки эндогенной интоксикации, создают ложное впечатление о благоприятном прогнозе, что зачастую приводит к развитию малосимптомных гнойно-деструктивных форм ОХ.

Цель исследования: изучение ультразвуковой семиотики у пациентов с различными формами острого калькулезного холецистита.

Материалы и методы. В исследование включено 212 пациентов с различными формами ОХ, проходивших лечение в УГОКБ за период с 2006 по 2011 г. Мужчин было — 38 (17,9 %) , женщин — 174 (82,1 %). Средний возраст пациентов — $51,5 \pm 2,34$ лет. Всем в различные сроки от поступления была выполнена холецистэктомия одним из трех способов (открытая холецистэктомия, холецистэктомия из мини доступа и лапароскопическая холецистэктомия). Нами было выделено 4 группы. Первую составили пациенты с ОХ, оперированные в первые трое суток от начала заболевания ($n = 99$); во вторую группу включены пациенты с ОХ, оперированные позже трех суток от начала заболевания ($n = 41$) в третью вошли пациенты, поступившие для планового оперативного лечения по поводу хронического холецистита, у которых на основании интраоперационных данных и гистологического заключения были выявлены различные формы ОХ ($n = 39$); четвертая (контрольная группа) — лица с хроническим калькулезным холециститом ($n = 33$).

Результаты и обсуждение. Ультразвуковые признаки ОХ (утолщение стенки, изменения структуры стенки — «двойной контур», слоистость, деформация, увеличение размеров, наличие вклиненного камня в шейке желчного пузыря) присутствовали в 67 % в первой группе, в 75 % во второй и в 63 % случаев у больных со «скрытой» формой острого холецистита.

На основании данных УЗИ нами выделены четыре типичных варианта ультразвуковой картины ОХ. 1 вариант характеризовался увеличением размеров желчного пузыря, особенно поперечного размера (более 35 мм). Стенка желчного пузыря однородная, с ровным контуром, утолщена до 5 мм. 2 вариант характеризуется утолщением стенки желчного пузыря более 5 мм, она становится неоднородной и «слоистой», внутри стенки желчного пузыря имеются анэхогенные зоны, имеется размытый или неровный внутренний контур. При 3 варианте отмечалось наличие гиперэхогенных зон с нечеткими неровными контурами вокруг желчного пузыря при отсутствии свободной жид-

кости в брюшной полости. 4 вариант характеризуется деструкцией желчного пузыря с наличием жидкости в подпеченочном пространстве и других отделах брюшной полости. Для пациентов с малосимптомной формой ОХ в подавляющем большинстве характерен второй вариант УЗ картины.

Выводы

Диагностическими критериями малосимптомной формы острого холецистита следует считать отсутствие или крайне скудную клиническую картину острого калькулезного холецистита.

Наличие установленных вариантов УЗ-признаков острого калькулезного холецистита является маркером деструкции стенки желчного пузыря, что в совокупности с соответствующей клинической картиной должно являться основанием для принятия тактического решения о срочности оперативного вмешательства.

А. А. ЛИТВИН, А. З. НЕМТИН, О. Г. ЖАРИКОВ, И. Ю. ЧУМАЧЕНКО

КРИТЕРИИ ВЫБОРА СПОСОБА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Основным направлением современной хирургии грыж является применение методик пластики «без натяжения». При паховых грыжах такая пластика реализуется за счет применения сетчатых протезов лапароскопическим или открытым методом. Среди открытых операций преобладает методика I. L. Lichtenstein, которая имеет наилучшие результаты, а техническая простота и эффективность дают преимущество перед другими пластиками. Популярность методики послужила причиной появления большого количества ее модификаций. Одновременно нужно признать, что появление новых способов и предложение целого набора оригинальных протезных конструкций были вызваны сохраняющейся неудовлетворенностью хирургов результатами их применения.

Цель: улучшить результаты лечения пациентов с паховыми грыжами путем определения критериев выбора способа оперативного вмешательства в соответствии с данными Европейского общества герниологов.

Материалы и методы. Проанализирован опыт лечения 356 пациентов УГОКБ, оперированных по поводу неущемленной паховой грыжи в плановом порядке за период 2011–2013 гг.

Изучены результаты лечения пациентов с паховыми грыжами по данным Европейского общества герниологов.

Результаты и обсуждение

В структуре методов хирургического лечения пациентов с паховыми грыжами в УГОКБ лидирующие позиции занимает операция Лихтенштейна, которая была выполнена в 81 % случаев (288 пациентов). Пластика местными тканями была выполнена у 58 пациентов (16 %), преимущественно женщинам. Эндоскопическая пластика сетчатым протезом была применена в 10 случаях (3 %).

Выбор способа паховой герниопластики должен определяться прежде всего степенью разрушения задней стенки пахового канала и внутреннего пахового кольца, прогнозируемым риском рецидивирования, безопасностью операции (риском развития осложнений), сроками послеоперационного восстановления, степенью сложности методики и воспроизводимостью (в период освоения), затратами (госпитальные и социальные расходы).

Систематический анализ данных Европейского общества герниологов выявил убедительные доказательства того, что рецидивы грыж возникают реже после пластики

сетчатым протезом, чем после натяжных методик, при этом был проведен отдельный анализ для пластики по Шолдису.

После натяжной пластики возникновения рецидивов (в 9 % случаев) следует ожидать в течение нескольких лет после операции, при этом при увеличении продолжительности контроля вероятность рецидивирования повышается. При использовании различных способов пластики сетчатым протезом рецидивирование часто возникает на стадии раннего контроля, что связано с недостатками в технике проведения операции.

Биттнер установил, что не существует разницы в частоте рецидивирования между пластикой по Шолдису и эндоскопическими способами, в отличие от всех других натяжных методик. Частота рецидивов после пластики по Шолдису по нашим данным была значительно выше в сравнении с методикой Лихтенштейна (5,78 % и 2,72 %, соответственно).

При сравнении открытой и эндоскопической пластики сетчатым протезом выявлены значимые преимущества последней: более низкая частота развития раневой инфекции, гематом, более быстрое возвращение к нормальной жизнедеятельности или к работе (6 дней). Однако при этом высока частота редких, но серьезных осложнений со стороны крупных сосудов и внутренних органов (особенно мочевого пузыря). Применение трансабдоминального доступа может также вызывать более выраженный спаечный процесс, приводящий в небольшом числе случаев к обструкции кишечника.

Выводы

Техника герниопластики по Шолдису является лучшим способом среди натяжных методик.

Герниопластика по Лихтенштейну характеризуется меньшим числом рецидивов, чем натяжные методики.

Эндоскопические способы пластики паховой грыжи способствуют снижению частоты развития раневой инфекции, образования гематом и более раннему возвращению к труду. Однако они приводят к увеличению продолжительности времени операции и могут иметь риск развития серьезных осложнений со стороны крупных сосудов и внутренних органов.

Открытая пластика по Лихтенштейну и эндоскопический способ пластики паховой грыжи нами рекомендуются в качестве наилучших клинически подтвержденных вариантов хирургического лечения впервые возникшей односторонней грыжи при условии, что у хирурга достаточно опыта в проведении данной операции.

***Т. В. ЛЫЗИКОВА, С. Н. МУРАШКО, В. В. КУДРЯ, А. П. ТИХОМИРОВ,
М. Н. КАЗЫКАЛЕВИЧ, И. П. МИЩЕНКО***

ВТОРИЧНЫЙ МЕНИНГИТ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ВОЗБУДИТЕЛИ И ДИНАМИКА ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

УЗ «Гомельская областная клиническая больница»

Внутрибольничные инфекции, по оценкам Центров контроля и профилактики заболеваний, приводят к 99 000 смертям ежегодно в США, 25 000 случаев смертей в год в Европе, в России фиксируется около 30 тысяч случаев ежегодно. Вторичный менингит является социально-значимой проблемой, так как летальность в случае его развития возрастает практически вдвое, страдает преимущественно трудоспособное население.

Цель работы — изучить частоту развития вторичного посттравматического менингита у пациентов с черепно-мозговой травмой, видовой состав микроорганизмов, высевающихся из ликвора и их чувствительность к антибактериальным препаратам в динамике.

Материалы и методы. Изучены эпидемиология вторичного менингита и результаты посевов ликвора, взятых у пациентов с вторичным менингитом с января 2013 по июнь 2014 г. включительно в ОРИТ УЗ «ГОКБ».

Результаты и обсуждение. В 2013 г. в отделении находилось 213 пациентов с черепно-мозговой травмой, у 8(3,7 %) развился вторичный менингит, средний возраст 44,8 года, летальность в группе 37,5 %. Микробиологическое исследование ликвора в 4 случаях выявило *Acinetobacter*, в 2 случаях — *Klebsiella*, у оставшихся 2 пациентов ничего не высеялось. *Acinetobacter* в 100 % был чувствителен к цефоперазон/сульбактаму, в 50 % — к имипенему и ампициллин/сульбактаму. Высеянные штаммы *Klebsiella* были на 100 % чувствительны к имипенему и на 33 % — к ципрофлоксацину и амикацину. Резистентность в 100 % случаев наблюдалась к цефтазидиму, цефоперазону, цефепиму, цефоперазон/сульбактаму, ампициллин/сульбактаму, меропенему. Чувствительность к пиперациллин/тазобактаму не определялась.

С января 2014 по июнь 2014 в ОРИТ находилось 115 пациентов с черепно-мозговой травмой, из которых у 5(4,34%) развился вторичный менингит. Средний возраст данных пациентов составил 55 лет, летальность в группе 40 %. Результаты микробиологического исследования ликвора следующие: 3 случая *Acinetobacter*, по одному случаю *E.coli* и *Klebsiella*. Все штаммы *Acinetobacter* были в 100 % случаев чувствительны к цефоперазон/сульбактаму и ампициллин/сульбактаму, в 66 % чувствительны к пиперациллин/тазобактаму, в 33 % к цефтазидиму. 100% резистентность развилась к амикацину, левофлоксацину, цефепиму и меропенему. Высеянный штамм *E.coli* был чувствителен к имипенему, меропенему, цефоперазон/сульбактаму, пиперациллин/тазобактам не исследовался в этом аспекте; резистентен к амикацину, левофлоксацину, цефтазидиму, цефепиму, ампициллин/сульбактаму. *Klebsiella* показала чувствительность к амикацину, имипенему, меропенему, цефоперазон/сульбактаму, пиперациллин/тазобактаму; и резистентность к цефтазидиму и цефепиму, левофлоксацину, ампициллин/сульбактаму.

Выводы

1. Возбудителями вторичного менингита в ОРИТ является грамотрицательная аэробная флора, исследование ее на чувствительность к антибиотикам выявляет картину, характерную для всей внутригоспитальной флоры: резистентность к цефалоспоридам 3, 4 поколений, меропенему, фторхинолонам, аминогликозидам.

2. Среди возбудителей вторичного менингита лидирует *Acinetobacter*, который в динамике сохраняет чувствительность в 100 % случаев только к цефоперазон/сульбактаму и ампициллин/сульбактаму. Пиперациллин/тазобактам эффективен только в 33 % случаев. Имипенем в 2014 г. не тестировался (в 2013 г. резистентность была 50 %), но вследствие его плохого накопления в ликворе он не является препаратом выбора в данном клиническом случае.

3. В случае высеивания из ликвора *Klebsiella* ситуация была сложной в 2013 г., т. к. микроб был чувствителен на 100 % только к имипенему, который плохо проникает через гематоэнцефалический барьер, а ципрофлоксацин и амикацин были эффективны только в 33 % случаев. К 2014 г. следует отметить положительную динамику: микроорганизм снова чувствителен к меропенему, цефоперазон/сульбактаму, амикацину. Тазобактама (пиперациллин/тазобактам) в 2013 г. не тестировалась, по результатам 2014 г. данный препарат также может быть использован.

4. В случае применения эмпирической схемы антибактериальной терапии вторичного менингита на настоящий момент наиболее эффективны ингибитор-защищенные цефалоспорины и пенициллины: цефоперазон/сульбактам эффективен в 100 % случаев, ампициллин/сульбактам — в 75 %, пиперациллин-тазобактам — в 66,7 %.

Т. В. ЛЫЗИКОВА, С.Н. МУРАШКО, А. В. РУДЫХ, А. О. БАННИКОВ
ЛОКАЛЬНЫЙ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ
КАК ОСНОВА АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»*

В эпоху применения антибиотиков и развития устойчивости к ним выбор стартовой терапии при тяжелой инфекции имеет решающее значение. Подобранный схема должна влиять на все вероятные возбудители и предупреждать развитие резистентности. Тактика деэскалационной терапии с последующей коррекцией на основании ответа пациента и результатов микробиологического исследования снижает вероятность развития устойчивости и дает возможность перейти на схему менее дорогостоящую с более узким спектром действия. Кроме того, следует дифференцированно подбирать схемы АБТ внегоспитальной инфекции и инфекции, вызванной госпитальной флорой, так как возбудители имеют кардинальные отличия по видовому составу и чувствительности к антибиотикам.

Цель работы — изучить особенности микробного пейзажа ОРИТ УЗ «ГОКБ».

Материалы и методы. Изучены результаты посевов различных биологических сред, взятых у пациентов ОРИТ с января по июнь 2014 г. включительно.

Результаты и обсуждение. Основной микробный фон отделения составляет грамотрицательная аэробная флора. По результатам посевов лидируют представители семейства Enterobacteriaceae — суммарно 134 случая, из них *Klebsiella* spp. — 65, *Klebsiella pneumoniae* — 10, *E.coli* — 17, *Enterobacter* spp. — 20, *Proteus* spp. — 11 случаев. Второе место занимает *Acinetobacter* spp. — 98 случаев. Далее следуют псевдомонады — общим числом 56 (*P. aeruginosa* — 53, *Pseudomonas* spp. — 3). Остальная высеваемая флора — грамположительные кокки: 34 — *Staphylococcus* spp. (*aureus*, *epidermidis*, *haemolyticus*) и 33 случая *Enterococcus* spp. Результаты чувствительности к антибиотикам выявленных микроорганизмов выглядят следующим образом: семейство Enterobacteriaceae в 100 % случаев чувствительно к пиперациллин/тазобактаму, к цефоперазон/сульбактаму резистентно всего 2,6 % штаммов, к имипенему и меропенему резистентность (R) выявлена в 7,9 % и 11,4 % соответственно. Более скромные возможности показывают: цефтазидим — R = 26,3 %, цефепим — R = 33,3 %, амикацин — R = 35,9, левофлоксацин — R = 40 %, ампициллин/сульбактам — R = 63,6 %, ципрофлоксацин — R = 100 % (правда, количество исследований всего 4). Ввиду эпидемиологической значимости, аналогично исследован род *Klebsiella* spp.: имипенем — 3,9 %, меропенем — 7,8 %, пиперациллин/тазобактам — 19,4 %, цефоперазон/сульбактам — 22,1 %, левофлоксацин — 44,7 %, амикацин — 46,8 %, ампициллин/сульбактам — 67,6 %, цефепим — 74,7 %, цефтазидим — 77,9 %.

Резистентность *Acinetobacter* spp.: цефоперазон/сульбактам — 6 %, пиперациллин/тазобактам — 21,1 %, ампициллин/сульбактам — 32,3 %, ципрофлоксацин — 50 %, левофлоксацин — 53 %, амикацин — 74,7 %, имипенем — 79,6 %, цефтазидим — 83,2 %, цефепим — 82,2, меропенем — 87 % случаев.

Резистентность *Pseudomonas* spp.: пиперациллин/тазобактам — 2,4 %, амикацин — 41,8 %, цефтазидим и цефоперазон/сульбактам — 48,2 %, имипенем — 58,9 %, меропенем — 62,5 %, левофлоксацин — 78,2 %, цефепим — 80,4 %.

Профиль резистентности *Staphylococcus* spp.: ванкомицин — 0%, нитрофурантоин — 7,4 %, доксициклин — 17,1 %, пенициллин — 78,6 %, ципрофлоксацин — 34,3 %, клиндамицин — 28,6 %, кларитромицин — 34,3 %, оксациллин — 68,6 %%. *Enterococcus* spp.: линезолид, ванкомицин — резистентность 0 %, нитрофурантоин — 7,4 %, доксициклин — 9,7 %, пенициллин — 90 %, ципро-, норфлоксацин — 100 %.

Выводы

1) Оптимальная схема антимикробной терапии в отделении должна быть направлена на грамотициательную флору и наибольшей активностью обладают ингибитор-защищенные пенициллины и цефалоспорины, карбапенемы (имипенем и меропенем). Цефалоспорины III и IV поколения (цефтазидим, цефепим), аминогликозиды (амикацин) и фторхинолоны в качестве стартовой терапии недостаточно эффективны ввиду развития к ним резистентности.

2) В качестве основного антисинегнойного препарата в нашем случае следует использовать пиперациллин/тазобактам; в данной ситуации цефалоспорины и карбапенемы оказались недостаточно эффективны в виду высокой резистентности (особенно к цефепиму).

3) Для снижения антибиотикорезистентности возбудителей следует практиковать регулярную ротацию антибактериальных препаратов (определенные антибиотики используются для эмпирической терапии в течение нескольких месяцев, а затем заменяются следующей группой).

4) Возможность внедрения деэскалационной терапии зависит от эффективной работы микробиологической службы и степени доверия к ее результатам.

Л. К. МАКАРЕНКО, Г. А. ЯРОШЕВИЧ

ГБО В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

В связи с увеличением продолжительности жизни населения отмечается неуклонный рост дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава.

Эндопротезирование на современном этапе является наиболее эффективным методом лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний и последствий травм тазобедренного сустава.

Во время любого оперативного вмешательства происходит нарушение кровоснабжения и развивается локальная ишемия.

Гипербарическая оксигенация (ГБО) способствует увеличению доставки кислорода к тканям и тренировке функциональных систем организма. Следствием этого является мобилизация защитных сил организма и повышение устойчивости к неблагоприятным факторам. ГБО обладает также бактерицидным действием, что обеспечивает подавление развития воспаления в ране.

Цель: оценка эффективности применения гипербарической оксигенации в комплексной терапии раннего послеоперационного периода после эндопротезирования тазобедренного сустава.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 13 пациентов, которым в 2012–2014 гг. в отделении травматологии УГОКБ было выполнено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава и дополнительно к фоновой терапии был назначен курс ГБО. Возраст пациентов колебался от 53 до 76 лет. Преобладающее большинство — пациенты пенсионного возраста (92 %). В контрольную группу вошли 10 пациентов, которым в раннем послеоперационном периоде проводилась только базисная терапия. Сеансы проводились в барокамерах БЛКС-303 МК с мониторным наблюдением за показателями сердечно-сосудистой системы (ЧСС, ЭКГ). Курс лечения состоял из 7–8 сеансов продолжительностью по 40 минут при рабочем давлении 30–40 кПа. Как правило, давление повышалось со скоростью 10 кПа за минуту. Использовался индивидуальный подбор режимов терапии. Осложнений от проведения сеансов ГБО не отмечено.

Результаты и их обсуждение

Оценка результатов лечения осуществлялась по следующим группам показателей:

- локальные изменения в области послеоперационной раны (отек мягких тканей);
- динамика болевого синдрома;
- сроки активации пациентов.

У пациентов, получающих ГБО, отек в области послеоперационной раны уменьшался быстрее, чем у пациентов в контрольной группе.

Наблюдалось более выраженное купирование болевого синдрома (применение анальгетиков сокращалось с 7 до 5 суток).

Сокращался период активизации пациентов в послеоперационном периоде: ходьба по палате длилась 3–4 суток, вместо 4–5; ходьба по отделению сокращалась с 8 до 6 суток. Длительность послеоперационного лечения в стационаре сокращалась с 14 до 10 суток.

Выводы

Гипербарическая оксигенация, устраняя порочный круг «ишемия — отек — ишемия», ускоряет купирование послеоперационного отека, снижает напряжение сустава, восстанавливает нормальные условия его кровоснабжения, уменьшает боль, активирует биосинтез процессов, ведущих к заживлению послеоперационных ран.

Гипербарическая оксигенация в комплексной терапии пациентов в раннем послеоперационном периоде после эндопротезирования тазобедренного сустава является эффективным, патогенетически обоснованным, методом лечения.

С. Е. МАЛЬЦЕВА, О. А. ТЕСЛОВА

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРОМБОЗА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

В последние десятилетия во многих странах отмечается значительный рост числа тромбозов и тромбоэмболических осложнений не только при различных заболеваниях, но и во время беременности, в родах и в послеродовом периоде. До 50 % венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) у женщин в возрасте до 40 лет были связаны с беременностью. Венозные тромбозы возникают с одинаковой частотой во время беременности и после родов, тогда как тромбоз легочной артерии чаще развивается после родоразрешения. Ниже мы представляем клинический случай из нашей практики ведения родильницы с флотирующим тромбом нижней полой вены.

Клинический материал. Пациентка Н., 25 лет, проживающая в Петриковском районе, поступила в родильное отделение роддома УГОКБ 13 мая 2014 г. в связи с угрожающими преждевременными родами в сроке 35–36 недель беременности. В анамнезе: ОРВИ, ветряная оспа, хронический пиелонефрит, гастрит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, аппендэктомия. Настоящая беременность третья (2005 г. — медицинский аборт, 2012 г. — физиологические роды), протекала с явлениями угрожающего выкидыша в 8–9 недель, анемией легкой степени; пациентка активно курила на протяжении всей беременности. При поступлении состояние удовлетворительное, предъявляет жалобы на боли внизу живота ноющего характера. При вагинальном исследовании установлено, что шейка матки расположена эксцентрично, длиной 2,5 см, размягчена.

При обследовании согласно клиническим протоколам наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.10.2012 г. № 1182) были установлены отклонения от физиологических норм беременных: уровень гемоглобина составил 103 г/л, диагностирована анемия беременных легкой степени; определено ножное предлежание плода. На протяжении 3х суток пациентка получала сохраняющую беременность и противоанемическую терапию (диаферрум, раствор сернокислой магнезии).

16.05.2014 г. у пациентки появились жалобы на тошноту и однократную рвоту — была в экстренном порядке осмотрена хирургом и терапевтом: острая хирургическая патология была исключена, выставлен ДЗ: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, стадия нестойкая ремиссия; на УЗИ — выявлена гепатомегалия. Произведена коррекция схемы лечения (добавлены пентоксифиллин, омепразол) – в процессе наблюдалось улучшение субъективного самочувствия, при объективном обследовании — с положительной динамикой.

21.05.2014 г. в 22:30 появились жалобы на схваткообразные боли внизу живота. При акушерском обследовании диагностирована регулярная родовая деятельность, вагинально – шейка матки была сглажена, открытие акушерского зева 4 см., плодный пузырь цел, предлежание ножек плода. Было предложено родоразрешение операцией кесарева сечения в экстренном порядке.

Под спинальной анестезией выполнена лапаротомия по Пфанненштилю, типичное кесарево сечение в нижнем сегменте матки — за ножки был извлечен живой доношенный мальчик весом 3150 г. в удовлетворительном состоянии.

После отделения плаценты и выделения последа при ревизии органов малого таза были выявлены неполная перегородка полости матки и правосторонняя гематома параметрия широкой маточной связки диаметром 8×5×3 см. Интраоперационным консилиумом принято решение о перевязке восходящей ветви маточной артерии, артерий круглой связки и собственной связки яичника справа. Брюшная полость была дренирована дренажной трубкой в правой подвздошной области. Время операции составило 2 часа, общая кровопотеря — 700 мл.

22.05.2014 г. в 10:00 при проведении запланированного УЗИ брюшной полости был обнаружен флотирующий тромб в нижней полой вене длиной 7 см. Верхушка «хвоста» тромба находилась на расстоянии 9 см от места впадения нижней полой вены в правое предсердие.

Одномоментно выполнено ультразвуковое сканирование вен ног: данных за флелботромбоз нет, сердца: эхопатологии не выявлено. В экстренном порядке исследованы коагулограмма: АЧТВ — 25,4 с., ПТВ — 11,6 с., ПТИ — 0,99, фибриноген — 3,0 г/л, Д-димеры — 9,2 мг/л; общий анализ крови: лейкоциты — $14,4 \times 10^9$ /л, эритроциты — $3,88 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин — 13 г/л, тромбоциты — 156×10^9 /л, СОЭ — 28 мм /ч); биохимический анализ крови: СРБ — 36 мг/л, АСТ, АЛТ — в пределах физиологических норм. Проведен консилиум с участием врачей – ангиохирургов, было принято решение от хирургического лечения воздержаться, назначен строгий постельный режим, низкомолекулярные гепарины в лечебной дозе, троксерутин, реополиглюкин, пентоксифиллин, НПВС, эластичная компрессия ног, УЗИ сосудов в динамике. В схему лечения также были добавлены антибактериальные и утеротонические средства. Клинически послеоперационный период протекал без особенностей, лабораторные показатели соответствовали физиологическим нормам, по УЗ-данным тромб в динамике уменьшился в размерах до 5 см. К сожалению столкнулись с неадекватным поведением пациентки: не соблюдался постельный режим, курила, требовала выписки домой.

02.06.2014 г. с целью контроля была выполнена компьютерная томография органов брюшной полости с контрастированием: диагностирован тромбоз варикозно расширенной правой яичниковой вены с распространением тромба в просвет нижней полой вены, заподозрены дефект послеоперационного рубца на матке и объемное образование параметрия справа. Повторным консилиумом патология послеоперационного рубца на матке была исключена; объемное образование было интерпретировано как отек правой маточной трубы после перевязки собственной связки яичника.

С 05.06.2014 г. произведена коррекция тромболитической терапии – назначен прием непрямого антикоагулянта (варфарин). На УЗИ от 16.06.2014 г. в нижней полой вене лоцировались пристеночные тромботические массы; наблюдались признаки река-

нализации; эхопатологии органов малого таза не было найдено. 17.06.2014 г. пациентка по согласованию с ангиохирургами выписана домой.

Обсуждение. Согласно классификации степени риска развития ВТЭО С. Samata и М. Samata 1999 г., пациентка Н. относилась накануне родоразрешения к группе умеренного риска (планировалось кесарево сечение). Ретроспективно можно предположить, что в ходе интраоперационной ревизии органов малого таза хирурги расценили варикозно расширенные вены матки как гематому. Учитывая отсутствие признаков тромбоза при обследовании накануне родоразрешения, можно предположить, что тромбоз у пациентки Н. был спровоцирован спонтанно резвившейся родовой деятельностью или произошел во время операции кесарева сечения.

Заключение

Развитие тромбоза крупных вен бассейна нижней полой вены при беременности, в родах и послеродовом периоде — редкое, малосимптомное, потенциально витальное осложнение.

Благодаря мультидисциплинарному наблюдению за пациентками групп риска удается своевременно поставить правильный диагноз, начать своевременное лечение и избежать риск возможных осложнений, как для матери, так и для плода.

Д. А. МЕХОВ, А. Н. КОНДРАТЮК, Ю. А. ШЕВЫРЯЕВ

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КООГУЛЯЦИИ ПРИ УДАЛЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДКА

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Метод аргоноплазменной коагуляции (АПК) был разработан для остановки кровотечений из паренхиматозных органов и девитализации аномальных тканей. С появлением зондов, которые проходят через инструментальный канал эндоскопа, АПК стали применять и в оперативной эндоскопии. В настоящее время АПК широко применяется при различной патологии пищевода, желудка и толстой кишки.

Так, по данным Zlatanich J, Waye JD, Kim PS., кровотечения после петлевой эксцизии отмечали у 12,5 % пациентов, после АПК — у 3,3 %, а перфорацию кишки — у 3,1 % пациентов после петлевого удаления и не наблюдали перфорации полого органа после АПК.

Цель. Оценка эффективности применения АПК при доброкачественных неопластических состояниях слизистой оболочки желудка.

Материалы и методы. За период 01.01.2014–01.08.2014 гг. в отделении хирургической эндоскопии УГОКБ метод эндоскопической АПК был применен у 8 пациентов с полипами желудка, во всех случаях при видеоэзофагогастродуоденоскопии. АПК проводили с использованием высокочастотного генератора «ERBE VIO 200S» и зондов «ERBE». Скорость подачи аргона была от 0,5 до 2 л/мин, мощность — от 40 до 80 W. Выбор параметров коагуляции в каждом случае производился индивидуально с учетом локализации и характера патологического процесса, а также с учетом видимого эффекта от коагуляции. При проведении АПК соблюдались следующие меры предосторожности: коагуляция проводилась под визуальным контролем, не допускалось соприкосновение зонда с тканями, для предотвращения перерастяжения желудка использовали аспиратор, ограничивалась продолжительность воздействия на одну точку 2 секундами, а режимы работы генератора подбирались индивидуально.

Показаниями к применению АПК в случае выявления полипов были полипы размером до 5 мм включительно, стелющиеся аденомы. У всех пациентов с новообразованиями до начала коагуляции производился забор биопсийного материала. При стелющихся аденомах метод АПК являлся дополнением к традиционной петлевой полипэк-

томии. Известно, что такую аденому не всегда удастся захватить диатермической петлей, по причине чего ее часто удаляют фрагментарно, что повышает риск термического повреждения стенки пищеварительной трубки. Поэтому, в случаях, когда размеры оставшейся ткани полипа не превышали 5 мм, применяли АПК.

Результаты и обсуждение. АПК была выполнена 8 пациентам с полипами желудка размерами до 5 мм включительно. АПК проводили после забора биопсийного материала из полипов. Результаты патоморфологических исследований полипов приведены в таблице 1.

Контрольные гастроскопии выполнялись на 3 и 7-е сутки, в и двух случаях через 1 месяц после АПК полипов. Во всех случаях после проведения АПК осложнений не наблюдалось. Всем пациентам контрольные осмотры проводили с использованием цифровой обработки изображения (осмотр с изменением цветового раstra области удаления полипа). Во всех случаях остаточной ткани полипов выявлено не было.

Таблица 1 — Результаты патоморфологического исследования удаленных полипов желудка с применением АПК

Гистологическое заключение	Удаленные полипы желудка
Аденоматозный полип	2
Гиперпластический полип	6
Итого:	8

В качестве метода абляции сохранившейся после петлевого удаления ткани полипа нами (как и рядом авторов, в частности Zlatanovic J, Waye JD, Kim PS.) отдается предпочтение АПК перед дополнительной петлевой эксцизией. Отмечается сопоставимая эффективность обоих методов на уровне 50%, но наблюдается более значительная частота развития осложнений после дополнительной эксцизии в сравнении с АПК.

Выводы

Эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция является эффективным, малоинвазивным и более безопасным методом лечения доброкачественных новообразований желудка малых размеров.

А. Н. МИХАЙЛОВ, Т. Н. ЛУКЬЯНЕНКО

ЛУЧЕВАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ КОСТНЫХ СТРУКТУР ПОЗВОНОЧНЫХ СЕГМЕНТОВ ПРИ ШЕЙНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск,
Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»,*

Остеохондроз позвоночника – одно из самых распространенных хронических заболеваний человека. Проблема остеохондроза не только медицинская, но и социальная. Современная и качественная диагностика остеохондроза шейного отдела позвоночника (ОШОП) зависит от методики визуализации и квалифицированной оценки рентгенологического изображения позвоночно-двигательных сегментов (ПДС). Проблема объективизации визуальных изображений является на сегодняшний день насущной потребностью всей лучевой диагностики.

Цель. Оценка состояния костных структур позвоночных сегментов при шейном остеохондрозе.

Материалы и методы. С дегенеративно-дистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника в рентгеновском отделении УГОКБ было обследовано 175 человек в возрасте от 19 до 76 лет. Всем пациентам выполнено рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника, 95 пациентам проведена рентгеновская компьютерная томография (РКТ) шейного отдела позвоночника на компьютерном томографе

GE Light Speed 16 Pro (General Electric Medical Systems, США) по протоколу сканирования «С-spine». 30 пациентам (средний возраст $46,4 \pm 9$ лет), в том числе: 13 мужчин (средний возраст 45 ± 9 лет; 17 женщин (средний возраст $47,5 \pm 9,1$ лет), дополнительно выполнена количественная компьютерная томография шейного отдела позвоночника с целью анализа рентгеноденситометрических характеристик костных структур позвоночных сегментов и оценки минеральной плотности кости.

Результаты и обсуждение. При проведении спондилографического исследования имеется определенная сложность оценки рентгенологических симптомов, которые характеризуют изменения костной структуры в рентгеновском изображении при шейном остеохондрозе, что может быть обусловлено как недостаточностью достоверных критериев оценки состояния костной ткани при шейном остеохондрозе, так и наличия субъективности восприятия получаемых изображений, а также порой качеством выполнения рентгенологического исследования.

При анализе рентгенограмм I стадия шейного остеохондроза была выявлена у 18 человек (10,3 %), II стадия — у 65 человек (37,2 %), III стадия — у 54 человек (46,8 %), IV стадия — у 38 (21,7 %).

У пациентов с ОШОП, в соответствии с классификацией И.С.Абельской и соавторов (2003), определяются следующие рентгенологические признаки: выпрямление физиологического лордоза, нарушение функции позвоночно-двигательных сегментов (ПДС), снижение высоты межпозвонковых дисков, склероз замыкательных пластинок, субхондральный склероз, краевые костные разрастания, спондилоартроз, деформирующий ункоартроз, сужение межпозвонковых отверстий и сужение позвоночного канала.

При проведении компьютерной томографии у пациентов с ОШОП II стадия была выявлена у 30 человек (31,6 %), III стадия у 32 человек (33,7 %), IV стадия у 33 (34,7 %).

Метод рентгеновской компьютерной томографии позволяет визуализировать структурные изменения позвонков, грыжи межпозвонковых дисков, «вакуум-феномен», определить стеноз позвоночного канала, изменения в атлanto-осевом сочленении, артроз полулунных и суставных отростков, изменения связочного аппарата, но и оценить архитектуру и состояние костной ткани как качественно, так и количественно.

При анализе данных минеральной плотности кости ($\text{мг}/\text{см}^3$) у пациентов с ОШОП нами установлено, что значения минеральной плотности кости возрастают от уровня С3 к С4 позвонку и достигают максимальных значений на уровне С4 ($414,2 \pm 64,6 \text{ мг}/\text{см}^3$ у женщин и $393,7 \pm 61,5 \text{ мг}/\text{см}^3$ у мужчин), а от уровня С5 и дистальнее, отмечается снижение этих показателей в порядке убывания, достигая минимальных значений на уровне С7 ($274 \pm 44,3 \text{ мг}/\text{см}^3$ у женщин, а у мужчин $291,7 \pm 44,1 \text{ мг}/\text{см}^3$), что может свидетельствовать об изменении точек и направления воздействия нагрузки на элементы ПДС в связи со смещением центра нагрузки и выпрямления шейного лордоза.

Выводы

Применение компьютерной томографии позволяет определить не только характер и распространенность поражения позвоночника на уровне исследования, но и анализировать рентгеноденситометрические характеристики костных структур позвоночных сегментов при шейном остеохондрозе, что дает возможность объективно судить о состоянии трабекулярной и кортикальной костной ткани.

Рентгеноденситометрические исследования, по нашему мнению, в дальнейшем могут помочь в разработке объективных критериев оценки изменений костных структур позвоночных сегментов у пациентов с шейным остеохондрозом, а также определить их роль в развитии рентгенологической стадийности дегенеративно-дистрофического процесса.

А. Н. МИХАЙЛОВ, Т. Н. ЛУКЪЯНЕНКО

СПОСОБ УСТАНОВКИ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ РЕНТГЕНОДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ КОСТНЫХ СТРУКТУР ПОЗВОНОЧНЫХ СЕГМЕНТОВ И БИОМЕХАНИКОЙ ПРИ ШЕЙНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск,
Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»,*

Сложные анатомические взаимоотношения в области позвоночно-двигательных сегментов шейного отдела позвоночника (ШОП), создают порой полиморфизм оценки изменений состояния костной ткани, что может быть обусловлено как недостаточностью достоверных критериев оценки состояния костной ткани позвоночно-двигательных сегментов (ПДС), так и наличием субъективности восприятия получаемых изображений.

Количественная компьютерная томография (ККТ) дает возможность количественного анализа минеральной плотности кости в единицах объемной плотности. Данный метод позволяет анализировать губчатую и кортикальную костную ткань. Оценка параметров кости, включая количественную оценку макроструктурных (геометрия кости) и микроструктурных (объем, количество костных трабекул) может позволить более четко высказаться об архитектонике костных структур.

Шейный отдел позвоночника представляет собой один из сложных отделов опорно-двигательного аппарата человека с точки зрения биомеханики. Анатомо-биомеханические особенности его обуславливают функциональную подвижность и единый стабильный комплекс. Сложная геометрия шейного отдела позвоночника обеспечивает полиморфность движений, в результате чего многократные точки воздействия нагрузки могут быть направлены как к каждому позвонку, так и на шейный отдел позвоночника в целом.

Для современной и квалифицированной диагностики остеохондроза шейного отдела позвоночника (ОШОП) необходим комплексный подход к анализу полученных данных.

Цель работы: оценка и анализ рентгеноденситометрических характеристик костных структур позвоночных сегментов при шейном остеохондрозе и установление корреляционных связей между плотностью костной ткани и биомеханикой позвоночных сегментов при остеохондрозе шейного отдела позвоночника.

Материалы и методы. С дегенеративно-дистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника в рентгеновском отделении УГОКБ было обследовано 175 человек в возрасте от 19 до 76 лет. Всем пациентам было выполнено рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника, 95 пациентам была проведена рентгеновская компьютерная томография (РКТ) шейного отдела позвоночника на компьютерном томографе GE Light Speed 16 Pro (General Electric Medical Systems, США). Группе из 30 пациентов (средний возраст $46,4 \pm 9$ лет), в том числе: 13 мужчин (средний возраст 45 ± 9 лет; 17 женщин (средний возраст $47,5 \pm 9,1$ лет), дополнительно была выполнена количественная компьютерная томография шейного отдела позвоночника с целью анализа рентгеноденситометрических характеристик костных структур позвоночных сегментов и оценки минеральной плотности кости (программное обеспечение системы денситометрии и аналитических процедур изображения измерения минеральной плотности кости (quantitative computed tomography (QCT-5000) Bone densitometry procedures for the measurement of bone mineral density (BMD))).

Результаты и обсуждение. При измерении и оценке плотностных показателей губчатого вещества тел позвонков отмечается, что средние значения их были выше в области средних отделов на уровне С3, С4 позвонков, тогда как в телах С6, С7 более высокие денситометрические показатели определяются в передних отделах, а в телах позвонков С2 и С5 эти значения в равных долях были отмечены как в переднем, так в среднем и задних отделах. На уровне тел С3-С6 отмечалось различие денситометриче-

ских показателей трабекулярной костной ткани в центральных отделах тел справа и слева на 11–75 %, что чаще ассоциировалось с изменениями клинического характера (правосторонняя или левосторонняя цервикобрахиалгия, синдром плечо-кость). Изменения первоначальной формы элементов ПДС под действием продолжительных нагрузок ведет к изменению внутренней архитектуры кости что, как вторичный эффект, приводит и к изменению внешней формы, то есть кость постепенно приспосабливается к новым статическим требованиям, изменяя свою внутреннюю структуру.

При анализе данных минеральной плотности кости (мг/см^3) у пациентов с ОШОП нами было установлено, что значения минеральной плотности кости возрастают от уровня С3 к С4 позвонку и достигают максимальных значений на уровне С4 ($326,9 \pm 62,3 \text{ мг/см}^3$ у женщин и $285,8 \pm 54,6 \text{ мг/см}^3$ у мужчин), а от уровня С5 и дистальнее, отмечается снижение этих показателей в порядке убывания, достигая минимальных значений на уровне С7 ($260,1 \pm 50,4 \text{ мг/см}^3$ у женщин, а у мужчин $217,1 \pm 52,1 \text{ мг/см}^3$), что может свидетельствовать об изменении точек и направления воздействия нагрузки на элементы ПДС в связи со смещением центра нагрузки и выпрямления шейного лордоза.

При измерении и оценке плотностных показателей костных структур ПДС при КТ-денситометрии по шкале Хаунсфилда (НУ) у пациентов с ОШОП отмечается корреляция этих данных.

Во всех случаях при оценке рентгеноденситометрических характеристик костных структур позвоночно-двигательных сегментов у пациентов с ОШОП отмечается корреляция данных между плотностными показателями костной ткани в центральных отделах тел позвонков и дужками на уровне С3 ($r = 0,4$; $p = 0,08$), С4 ($r = 0,5$; $p = 0,006$), С5 ($r = 0,4$; $p = 0,044$), С6 ($r = 0,6$; $p = 0,001$), С7 ($r = 0,5$; $p = 0,006$), что также свидетельствует о закономерностях, существующих между биомеханикой и морфологией костной ткани, в результате многократного воздействия функциональной нагрузки.

Плотность компактного слоя костной ткани была выше в задних ($470,5 \pm 48,5 \text{ НУ}$) по сравнению с передними отделами тел позвонков ($375,4 \pm 52,2 \text{ НУ}$), что может свидетельствовать о множественном приложении сил механической энергии. Векторы действия внутренних сил механической энергии в монолитном компактном костном слое боковых поверхностей тел позвонков и в губчатом веществе влияют на трансформацию архитектоники костной ткани и изменения формы тела позвонка. Костные трабекулы перестраиваются соответственно траекториям воздействия нагрузки, что ведет к перестройке костной ткани с наличием как участков остеопороза, так и остеосклероза, что свидетельствует о «ремоделирующей силе кости». Кость изменяет свою внутреннюю архитектуру посредством внутритканевого роста и непосредственной перестройки трабекул, а механические факторы оказывают решающее влияние на формирование внешней формы кости.

Выводы

Применение компьютерной томографии позволяет определить оценить рентгеноденситометрические характеристики костных структур позвоночных сегментов при шейном остеохондрозе и их корреляцию от биомеханических особенностей при шейном остеохондрозе.

Рентгеноденситометрические исследования, по нашему мнению, в дальнейшем могут помочь в разработке объективных критериев оценки макро- и микроструктурных изменений элементов позвоночных сегментов у пациентов с шейным остеохондрозом.

Е. И. МИХАЙЛОВА, Ж. Н. КАЛИНОВСКАЯ, Ж. В. ШУЛЯК

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА IL28В В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

В последние годы во всем мире значительное внимание уделяется изучению генетического полиморфизма гена IL28B, который оказывает значительное влияние, как на предрасположенность к развитию хронического гепатита С (ХГС), так и эффективности его терапии интерферонами.

Цель: изучить частоту встречаемости полиморфизмов гена IL28B в участках rs12979860 и rs8099917 у пациентов с ХГС и установить влияние его полиморфных вариантов на предрасположенность к развитию заболевания.

Материалы и методы. В исследование вошли 22 пациента с хроническим гепатитом С. Диагноз заболевания выставлен на основании клинико-лабораторных данных и обнаружения рибонуклеиновой кислоты (РНК) HCV методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Выявление полиморфизма единичных нуклеотидов в локусах rs12979860 и rs8099917 гена интерлейкина-28B произведено методом сиквенс-специфических праймеров, ПЦР.

Результаты и их обсуждение. В группе пациентов с ХГС в полиморфизме rs12979860 гена IL28b генотип СТ встречался у 9 (42,9 %) пациентов, ТТ — у 7 (33,3 %), генотип СС имел место у 5 (23,8 %) человек. Неблагоприятные варианты генотипа (СТ и ТТ), отвечающие за сниженный ответ на интерферонотерапию, встречались в 76,2 % случаев, а благоприятный (СС) — в 23,8 % случаев.

Результаты сравнения частот встречаемости генотипов СС, СТ и ТТ в полиморфизме rs12979860 у пациентов с ХГС, проживающих в Республике Беларусь, и 92 здоровых европеоидов, изученных в 2011 г. Козиной А. и соавт. [1], представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Частота встречаемости различных генотипов в полиморфизме rs12979860 гена IL28b в группе пациентов с ХГС и здоровыми добровольцами.

Показатели	Частота генотипов (%)		χ^2 , p
	Группа пациентов	Группа сравнения	
СС	23,8	56,0	5,56; 0,02
СТ	42,9	37,0	0,00; 0,95
ТТ	33,3	7,0	13,47; 0,00

Частота встречаемости неблагоприятных генотипов человека СТ и ТТ полиморфизма rs12979860 гена IL28b выше среди больных ХГС, в то время как благоприятный вариант генотипа СС данного полиморфизма регистрируются достоверно чаще у здоровых доноров.

В общей группе пациентов с ХГС в полиморфизме rs8099917 гена IL28b генотип GT встречался у 8 (38,1 %) пациентов, GG — у 2 (9,5 %), генотип ТТ имел место у 11 (52,4 %) человек. Неблагоприятные варианты генотипа (GT и GG), отвечающие за сниженный ответ на интерферонотерапию, встречались в 47,6 % случаев, а благоприятный (ТТ) — в 52,4 % случаев.

Результаты сравнения частот встречаемости генотипов ТТ, GT и GG в полиморфизме rs8099917 у пациентов с ХГС, проживающих в Республике Беларусь, и 92 здоровых европеоидов, изученных в 2011 г. Козиной А. и соавт. в 2011 г., представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Частоты встречаемости различных генотипов в полиморфизме rs8099917 гена IL28b в группе пациентов с ХГС и здоровыми добровольцами.

Показатели	Частота генотипов (%)		χ^2 , p
	Группа пациентов	Группа сравнения	
ТТ	52,4	77,0	4,02; 0,04
GT	38,1	21,0	1,87; 0,17
GG	9,5	2,0	1,09; 0,30

Выводы

Частота встречаемости неблагоприятных генотипов человека GT и GG полиморфизма rs8099917 гена IL28b выше среди больных ХГС, в то время как благоприятный вариант генотипа TT данного полиморфизма регистрируются достоверно чаще у здоровых доноров.

Полученные данные согласуются с результатами исследований Thomas D. L. и Tilmann H. L., которые подтверждают, что у больных ХГС по сравнению со здоровыми донорами реже выявляются благоприятные генотипы CC и TT в полиморфизмах rs12979860 и rs8099917, соответственно, очевидно за счет того, что именно у пациентов с наличием таких генотипов чаще происходит спонтанная элиминация вируса и реже происходит хронизация инфекции.

Следовательно, неблагоприятные генотипы CT и TT полиморфизма rs12979860 и GT и GG полиморфизма rs8099917 гена IL28b чаще встречаются у пациентов с ХГС и могут считаться предикторами этого заболевания.

А. В. МОЗГОВА, А. А. КУДРЯ, А. А. ЛИТВИН

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ KLEBSIELLA spp. В УГОКБ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Klebsiella spp. является одним из ведущих грамотрицательных возбудителей нозокомиальных инфекций. Возрастающая резистентность клебсиелл к антибиотикам представляет собой серьезную проблему антибактериальной терапии. Одним из основных клинически значимых механизмов антимикробной резистентности клебсиелл является выработка β-лактамаз расширенного спектра (БЛРС). Для рационального использования антибактериальных препаратов (АБП) при инфекциях, вызванных *Klebsiella* spp., необходимо учитывать национальные и локальные данные микробиологического мониторинга.

Цель: обосновать рациональный выбор АБП для терапии инфекций, вызванных *Klebsiella* spp. в отделениях УГОКБ, с учетом данных локального мониторинга.

Материалы и методы. Микробиологический мониторинг и анализ антибиотикорезистентности проводился с помощью компьютерной программы Whonet 5.6. Анализ базы данных проводился за период 2012 г. — 1 полугодия 2014 г. Анализировались штаммы *Klebsiella* spp., выделенные из клинического материала, полученного от пациентов УГОКБ, за указанный период времени.

Результаты и обсуждение. Были выявлены существенные различия в частоте выделения и уровне антибиотикорезистентности клебсиелл в различных отделениях. Наиболее часто клебсиеллы выделялись в отделениях реанимации (43 %), 4 детском отделении (отделение выхаживания недоношенных детей) (16 %), урологическом отделении (9 %), ЛОР-отделении (5 %). Биологический материал, в котором наиболее часто определялись клебсиеллы: содержимое интубационных трубок (34 %), моча (23 %), задняя стенка глотки (16 %), шейка матки (7 %).

В таблице 1 приведены обобщенные данные антибиотикочувствительности *Klebsiella* spp. в УГОКБ. Штаммы *Klebsiella* spp., выделенные в отделениях УГОКБ, отличаются высоким уровнем резистентности к пенициллинам: резистентность к амоксиклаву составила 62 %, ампициллин-сульбактаму 75,4 %, цефалоспорином 3–4 поколений — цефоперазон (51,9 %), цефтазидим (51,7 %), цефепим (57,5 %), фторхинолонам — офлоксацин (76,2 %), левофлоксацин (49,4 %), ципрофлоксацин (39,3 %). Низкая активность цефалоспоринов 3–4 поколений позволяет предположить высокую час-

тоту продуцентов БЛРС среди исследованных штаммов. Высокую активность в отношении клебсиелл проявили карбапенемы, цефоперазон-сульбактам.

Таблица 1 — Чувствительность к АБП штаммов *Klebsiella spp.*, выделенных из биологического материала пациентов УГОКБ, 2012 г. — 1 полугодие 2014 г.

АБП	Количество определений	% R	% S
403	62	37,5	
341	12,6	86,5	
69	75,4	23,2	
186	18,3	80,1	
316	51,9	48,1	
646	51,7	48,1	
411	49,1	50,4	
638	57,5	42,3	
655	2,6	97,1	
245	16,3	83,7	
631	42	58	
463	39,3	60,3	
170	49,4	50	
21	76,2	23,8	
146	32,2	66,4	

где R — устойчивость, S — чувствительность

Согласно полученным данным штаммы *Klebsiella spp.*, вызывающие инфекции в ОРИТ УГОКБ, характеризуются высоким уровнем резистентности к цефалоспорином III-IV поколений: цефтриаксону (83,6 %), цефтазидиму (77,7%), цефоперазону (87,7 %), цефепиму (77,9 %), аминогликозидам — амикацину (53,1 %), фторхинолонам — цiproфлоксацину (81,2 %), левофлоксацину (45 %).

Наибольшая чувствительность *Klebsiella spp.* отмечалась в отношении цефоперазон/сульбактама 86,5 %, пиперациллин /тазобактама 80,1 %, карбапенемов (имипенем 97,1 %, меропенем 83,7 %).

Наиболее активные антибиотики в отношении клебсиелл в 4 детском отделении: цефоперазон/сульбактам, цiproфлоксацин, нитрофурантоин, имипенем.

Уровень антибиотикорезистентности клебсиелл в ЛОР-отделении является допустимым. Все группы антибиотиков разрешены для использования.

При выделении клебсиелл в урологическом отделении рекомендованы к использованию цефоперазон/сульбактам, аминогликозиды, карбапенемы. Пенициллины (в т.ч. защищенные), фторхинолоны, цефалоспорины, нитрофурантоин неэффективны.

Выводы

1. Клебсиеллы являются широко распространенным родом микроорганизмов, обнаруживаемым в клиническом материале пациентов всех отделений УГОКБ. Частота обнаружения широко варьирует в зависимости от профиля отделения и вида клинического материала.

2. При терапии инфекций, вызванных клебсиеллами, необходимо учитывать результаты чувствительности данного микроорганизма к антибиотикам. До получения результата антибиотикограммы при назначении антибиотиков необходимо руководствоваться данными локального мониторинга.

3. В случае тяжелой инфекции, вызванной клебсиеллой, препаратами выбора могут явиться карбапенемы (имипенем, меропенем), цефоперазон/сульбактам, пиперациллин/тазобактам.

И. А. ОДНОКОЗОВ, О. Г. ХОРОВ

**ДОЛГОСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ
ГОРТАНОГЛОТОЧНОГО РЕФЛЮКСА У ПАЦИЕНТОВ
С ОДНОСТОРОННИМ ПАРЕЗОМ ГОРТАНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ
НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ МЕТОДОМ КИНЕЗИТЕРАПИИ**

*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»
УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

Гортаноглоточный рефлюкс (ГГР) — хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное патологическим рефлюксом желудочного или дуоденального содержимого через верхний пищеводный сфинктер в гортаноглотку, гортань, трахею. ГГР является наиболее значимым проявлением внепищеводной гастроэзофагальной рефлюксной болезни. Односторонние парезы гортани (ОПГ) после операций на щитовидной железе (ЩЖ) — важная, но до конца неизученная проблема в оториноларингологии. Частота их возникновения зависит от объема хирургического вмешательства, а так же кратности операций и составляет по разным источникам от 0,2 % до 21 % случаев.

У пациентов с односторонними парезами гортани после операций на ЩЖ проявления ГГР более выражены, вероятно, и из-за послеоперационного нарушения периферической иннервации верхнего пищеводного сфинктера.

В настоящее время большинство ларингологов для диагностики и оценки симптомов ГГР в динамике используют индекс симптомов рефлюкса (ИСР) и шкалу оценки рефлюкса (ШОР), комплекс субъективных и объективных симптомов, коррелирующих с двойным 24 часовым рН-мониторингом.

Термин кинезитерапия — лечение движением, существует давно. В настоящее время кинезитерапия — это строго алгоритмизированная система планомерного избавления человека от хронических заболеваний через многократные повторения специально подобранных движений, воздействующих на мышцы.

Большинства пациентов с ОПГ в долгосрочном плане отмечает изменения качества жизни не из-за нарушения голоса или разделительной функции гортани, а из-за проявлений ГГР. Поэтому мы разработали комплекс кинезитерапии для лечения ГГР у пациентов с ОПГ после операций на ЩЖ на основании рефлексов, повышающих тонус ВПС и диафрагмы.

Цель: определение эффективности лечения проявлений гортаноглоточного рефлюкса у пациентов с ОПГ после операции на ЩЖ методом кинезитерапии.

Материалы и методы. На базе Гомельского областного фониатрического кабинета УГОКП было пролечено 64 пациента с ОПГ после операции на ЩЖ с проявлениями ГГР в возрасте от 28 до 54 лет за период с января 2011 по июнь 2014 гг. включительно. Пациенты были разделены на две группы по 32 человека. До операции на ЩЖ пациенты ни разу не обращались к терапевту или к гастроэнтерологу по поводу симптомов гастроэзофагальной рефлюксной болезни, не обследовались. Всем пациентам давались рекомендации по питанию и образу жизни. В первую группу вошли пациенты, которым проводилась общепринятая методика лечения ОПГ с проявлениями ГГР и дополнительно — комплекс кинезитерапии. Во вторую группу вошли лица с аналогичной картиной заболевания, у которых не было возможности выполнять комплекс кинезитерапии.

Всем пациентам до и после лечения, а также через 3-4 месяца и через год определялся индекс симптомов рефлюкса, а также по шкале оценки рефлюкса анализировалась видеоларингоскопическая картина выраженности восьми наиболее значимых ларингоскопических симптомов ГГР.

Результаты и обсуждение. Большинство пациентов обеих групп за время лечения избавились от симптомов ГГР (ШОР \leq 7; ИСР \leq 13). Полностью избавиться от симптомов ГГР за

курс лечения не удалось 2 пациентам I группы (6,25 %) и 3-м пациентам (9,38 %) II группы. Однако у них отмечалось значительное снижение выраженности признаков ГГР.

Оценка результатов лечения через 3–4 месяца после лечения выявила, что ремиссия ГГР наблюдалась у 22 из 30 пациентов I группы (73,33 %) достигших ремиссии во время курса лечения и у 19 пациентов II группы (65,52%) из 29 достигших ремиссии во время лечения, а через год и более выявилось, что ремиссия сохранялась у 19 пациентов I группы (63,33 %) и у 12 пациентов (41,38 %) II группы соответственно. Все пациенты I группы периодически повторяли упражнения комплекса кинезитерапии после основного курса лечения в течение всего периода наблюдения.

Заключение

Применение комплекса кинезитерапии у пациентов с односторонним парезом гортани способствует стабилизации достигнутых в процессе лечения результатов путем исключения влияния гортаноглоточного рефлюкса на состояние функции гортани.

И. А. ОДНОКОЗОВ, О. Г. ХОРОВ

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОДНОСТОРОННЕГО ОГРАНИЧЕНИЯ ПОДВИЖНОСТИ ГОРТАНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛЕТОЧНОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ АДИПОЦИТОВ

*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»
УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

Ежегодно в Гомельский областной фониатрический кабинет обращаются около 50 пациентов с парезами гортани, фиксацией и артрозом черпало-перстневидного сочленения после операций на щитовидной железе.

Большинство пациентов лица трудоспособного возраста, а профессионалами голоса являются примерно 64 % от числа обратившихся. В настоящее время количество таких пациентов не снижается.

Эффективность различных методов хирургической медиализации обсуждается. На наш взгляд хирургическая клеточная аутотрансплантация адипоцитов (ХКАТА) в голосовую складку — наиболее физиологическая и эффективная методика, выполняемая в амбулаторных условиях.

В литературе, практически, нет данных о долгосрочных (более 3 лет) результатах. По нашему мнению ХКАТА в голосовую складку имеет значительные преимущества перед имплантацией синтетических субстанций. Для аутотрансплантации мы выбрали адипоциты, выделенные и приготовленные по собственному методу. Первую хирургическую клеточную аутотрансплантацию адипоцитов в голосовую складку мы провели более 14 лет назад.

Цель. Определение эффективности хирургической клеточной аутотрансплантации адипоцитов в голосовую складку у пациентов с односторонним ограничением подвижности гортани через 3 года.

Материалы и методы. Обследованы 23 пациента в возрасте 27–64 лет с односторонним ограничением подвижности гортани до и после производившейся хирургической клеточной аутотрансплантации адипоцитов в голосовую складку, проведенную не менее 3 лет назад. 17 пациентов — с односторонним парезом гортани, 3 — с патологией перстнечерпаловидного сустава и 3 пациента с комбинированным нарушением подвижности. Давность нарушений подвижности гортани до ХКАТА от 3 месяцев до 3 лет. В 17 случаях хирургическая клеточная аутотрансплантация адипоцитов в голосовую

складку производилась после двухэтапного консервативного лечения. У 6 пациентов перед операцией консервативная терапия практически не проводилась.

ХКАТА в голосовую складку проводилась по двум методикам, в зависимости от расположения неподвижной голосовой складки во фронтальной плоскости.

В контрольную группу вошли 23 пациента, схожих по возрасту и полу, пришедших на профилактический осмотр.

До и после операции, а также не менее чем через 3 года проводилась эндоскопическая ларингоскопия, видеоларингостробоскопия, экспертная оценка охриплости, субъективная самооценка «потерянных» функций гортани по визуальной аналоговой 100 миллиметровой шкале, определение максимального времени фонации и индекса закрытия голосовой щели.

Результаты и обсуждение. Голосовая складка до ХКАТА у всех пациентов была белесовата, эскавирована, тоньше противоположной. У 15 пациентов находилась выше, у 8 — ниже симметричной складки. По положению к медианной оси, неподвижная голосовая складка была у 5 пациентов в латеральном положении, у 14 — в интермедианном и у 4 — в парамедианном положении. Хочется отметить, что у 6 пациентов не проходивших консервативного лечения до ХКАТА неподвижная голосовая складка была значительно смещена по вертикальной оси; в 4 случаях в латеральном и в 2 — интермедианном положении.

У 18 пациентов с дооперационным максимальным временем фонации (МВФ) более 9 секунд, показатели функций гортани и субъективная самооценка через три года после хирургической клеточной аутотрансплантации адипоцитов в голосовую складку достоверно не отличался от контрольной группы. У 5 пациентов с дооперационным МВФ от 4 до 9 сек. объективные и субъективные показатели значительно улучшены.

Выводы

Хирургическая клеточная аутотрансплантация адипоцитов в голосовую складку — универсальная и эффективная амбулаторная операция для восстановления функций гортани при синдроме одностороннего ограничения подвижности гортани после операции на щитовидной железе у пациентов с максимальным временем фонации более 4 сек.

М. В. ОЛИЗАРОВИЧ, А. С. КРАВЧЕНКО, Е. В. ТЕСНОВЕЦ

ИЗМЕНЕНИЕ РАЗМЕРА ГРЫЖ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПО ДАННЫМ КТ И МРТ

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»*

Неврологические проявления при поясничном остеохондрозе характеризуются ремитирующим течением. При этом величина выпячивания межпозвонкового диска не всегда отражается на клинической симптоматике. В связи с этим, только проведение КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника в динамике может верифицировать прогрессирующее формирование грыжи межпозвонкового диска.

Цель. Анализ величины выпячивания поясничных межпозвонковых дисков в динамике.

Материал и методы. Проведена оценка компьютерно-томографических заключений 40 пациентов с неврологическими проявлениями остеохондроза поясничного отдела позвоночника, лечившихся или консультированных в нейрохирургическом отделении УГОКБ за период 2008–2013 гг. Анализировался наибольший сагиттальный размер выпячивания.

В данной группе 16 (40,0 %) пациентам выполнена МРТ и 24 (60,0 %) — КТ пояснично-крестцового отдела позвоночника. Временной интервал между исследованиями составил от 6 мес до 8 лет, средний — $2,9 \pm 1,4$ г. Оценке подлежали межпозвонковые диски LIV–LV и LV–SI.

Результаты и обсуждение. Исследованная группа состояла из 21 (77,4 %) мужчины и 19 (22,6 %) женщин в возрасте от 27 до 64 лет, средний возраст составил $44,6 \pm 7,2$ лет. Городских жителей было 29 (72,5 %) чел.

Изменение размеров выпячивания межпозвоночных дисков в позвоночный канал на уровне LIV–LV представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Динамика изменения размеров межпозвоночных грыж на уровне LIV–LV у пациентов исследуемой группы в процессе лечения.

Динамика размера грыж, мм	Уменьшение размера				Увеличение размера			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	п	%	п	%	п	%	п	%
1–2	2	5,0	4	10,0	7	17,5	1	2,5
3–4	0	0	0	0	3	7,5	0	0
5–6	0	0	3	7,5	0	0	0	0
10 и более	0	0	0	0	1	2,5	0	0

Как следует из таблицы, увеличение размеров протрузии на данном уровне с течением времени было более характерно для мужчин (11 чел. — 27,5 %). Превалировало увеличение до 2 мм. Уменьшение размера выявлено преимущественно у женщин (7 чел. — 17,5 %). Стабильная томографическая картина отмечена у 11 (27,5 %) женщин и 8 (20,0 %) мужчин.

Динамика размеров выпячивания пульпозного ядра межпозвоночного диска на уровне LV–SI представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Изменение размеров выпячивания пульпозного ядра межпозвоночного диска на уровне LV–SI

Динамика размера выпячивания пульпозного ядра, мм	Уменьшение размера				Увеличение размера			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	п	%	п	%	п	%	п	%
1–2	4	10,0	3	7,5	6	15,0	2	5,0
3–4	0	0	1	2,5	4	10,0	3	7,5
5–6	0	0	0	0	2	5,0	1	2,5
7–9	0	0	1	2,5	1	2,5	0	0

Согласно полученным данным, прогрессирование процесса чаще встретилось у мужчин (13 чел. — 32,5 %), чем у женщин (6 чел. — 15,0 %). Отсутствие динамики на этом уровне было у 8 (20,0 %) женщин и 4 (10,0 %) мужчин.

Выводы

1. На уровне LIV–LV увеличение размеров протрузии межпозвоночного диска с течением времени было наиболее характерно для мужчин. Склонность к регрессии выпячивания межпозвоночного диска наблюдалась преимущественно у женщин.

2. На уровне LV–SI уменьшение размеров выпячивания пульпозного ядра межпозвоночного диска не имело убедительного гендерного преобладания (у женщин 12,5 % против 10,0 % у мужчин).

О. А. ПАВЛЮЩЕНКО

ABC/VCN-АНАЛИЗ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТДЕЛЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ УГОКБ ЗА I ПОЛУГОДИЕ 2014 г.

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

ABC (англ. Activity Based Costing)-анализ — метод функционального учета затрат. Данный вид клинико-экономического анализа позволяет изучить структуру используемых ле-

карственных средств, а также соответствие расходов на лекарственные средства степени их необходимости. Выделяют А, В, С — классы лекарственных средств (ЛС) на которые затрачено до 80 %, 15% и 5 % объема финансирования соответственно. VEN-анализ — это распределение ЛС по степени жизненной важности, где буква V (англ.Vital) — жизненно важные, E (англ.Essential) — необходимые, N (англ.Non-essential) — второстепенные.

Цель. Провести ABC/VEN-анализ антибактериальных препаратов (АБП) внутри одной фармакотерапевтической группы и оценить соответствие использования АБП с учетом микробного пейзажа отделений хирургического профиля УГОКБ за период I полугодия 2014 г.

Материалы и методы. Инструкция МЗ РБ «Применение фармакоэкономических и фармакоэпидемиологических методов при разработке лекарственного формуляра государственной организации здравоохранения» регистрационный номер 256–1210 от 29.12.2010 г.

Сведения о количестве использованных антибактериальных препаратов в отделениях хирургического профиля и их стоимость по ценам РУП Белфармация за период январь–июнь 2014 г. (по тендерным ценам на 2013–2014 г) были предоставлены аптекой УГОКБ.

Микробиологический мониторинг проводился с помощью компьютерной программы Whonet 5.3. База данных анализировалась за период 01.01.2014–30.06.2014 г.

Результаты и обсуждение.

В отделениях хирургического профиля УГОКБ была проведена качественная и количественная оценка микробного спектра, встречающаяся у пациентов, лежащих в основе врачебных назначений антибактериальной терапии (рисунок 1, 2, 3, 4).

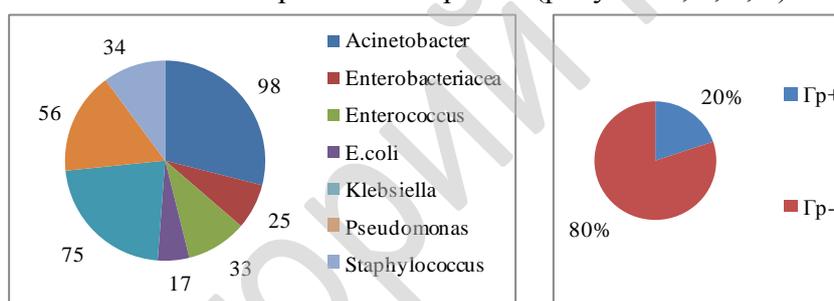


Рисунок 1 — Характеристика «микробного пейзажа» у пациентов ОАРИТ УГОКБ (январь-июнь 2014 г).

Общие затраты на АБП (36 наименований) за указанный период составили 299 млн 990 тыс 480 рублей. Класс А (235 млн 705 тыс 376 рублей) — вошло 7 наименований АБП (стизон, имицинем, меропенем, дорипрекс, линезолид, коломицин) — 19,4 % от общего количества АБП в ОАРИТ (таблица 1).

Таблица 1

Лекарственное средство	V E N	Фор- ма вы- пуска	Кол- во	Эконо- мич. затраты	Стои- мость упаковки	Доля (%) в об- щих расхо- дах	До- лей (%)	А В С
Стизон 1 г/1 г	Е	фл	500	71920305	143840	24	24	А
Имицинем-ТФ 500/500 мг 10мл № 5	Е	уп	96	39889600	415517	13	37	
Меропенем-ТФ 1000 мг №5	Е	уп	74	33391450	451236	11	48	
Дорипрекс 500 мг №10	Е	уп	90	33166752	368519	11	59	
Линезолид-ТЕВА 2 мг/ мл 300 мл № 10	Е	уп	11	22558129	2050739	7,5	66,5	
Линезолид 2 мг/мл 300 мл № 1	Е	фл	40	11671560	291789	3,9	70,4	
Коломицин 200 тысМЕ №10	Е	уп	7	11631830	1661690	3,87	74,27	
Ванкомицин-ТФ 1000 мг № 5	Е	уп	55	11475750	208650	3,82	78,09	

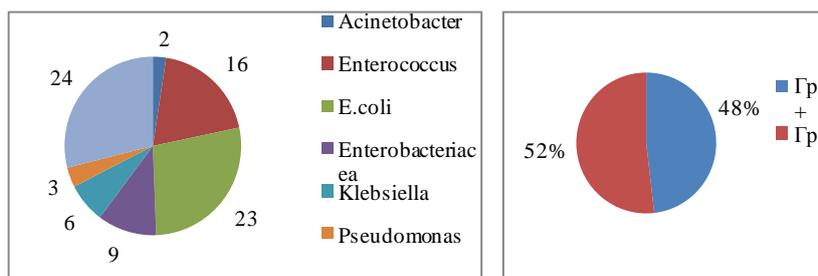


Рисунок 2 — Характеристика микробного пейзажа пациентов 1 X/O ГОКБ (январь-июнь 2014 г.).

Общие затраты на АБП (24 наименования) за указанный период составили 221 млн 407 тыс 220 рублей. Класс А (171 млн 631 тыс 301 руб) — вошло 4 наименования АБП (имицинем, стизон, цефтриаксон, флуконазол) — 16,6 % от общего количества АБП в 1 X/O (таблица 2).

Таблица 2

Лекарственное средство	VEN	Форма выпуска	Кол-во	Экономич. затраты	Стоимость упаковки	Доля (%) в общих расходах	Долей (%)	А В С
Имицинем-ТФ 500/500 мг 10 мл № 5	Е	уп	214	85789176	400884	38,7	38,7	А
Стизон 1 г/1 г № 1	Е	фл	375	53644595	143052	24,2	62,9	
Цефтриаксон 1,0 г	Е	фл	2970	20020770	6741	9	71,9	
Флуконазол 2 мг/мл 100 мл	Е	фл	450	12176760	27059	5,5	77,4	

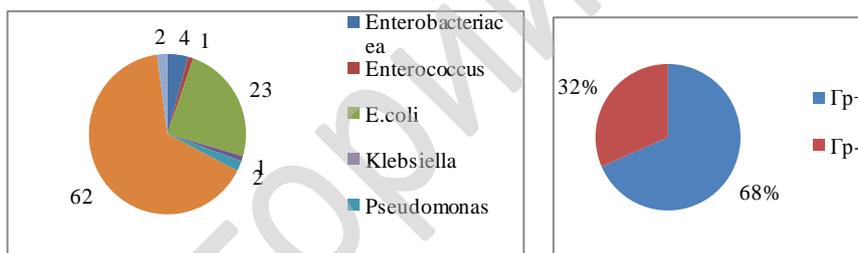


Рисунок 3 — Характеристика микробного пейзажа пациентов ДХО УГОКБ (январь-июнь 2014 г.).

Общие затраты на АБП (13 наименований) за указанный период составили 28 млн 797 тыс 476 рублей. Класс А (22 млн 068 тыс 034 руб) — вошло 2 наименования АБП (цефотаксим, цефтриаксон) — 15,3 % от общего количества АБП в ДХО (таблица 3).

Таблица 3

Лекарственное средство	VEN	Форма выпуска	Кол-во	Экономич. затраты	Стоимость упаковки	Доля (%) в общих расходах	Долей (%)	А В С
Цефотаксим 1 г	Е	фл	3399	15461854	4549	53,7	53,7	А
Цефтриаксон 1,0 г	Е	фл	980	6606180	6741	22,9	76,6	

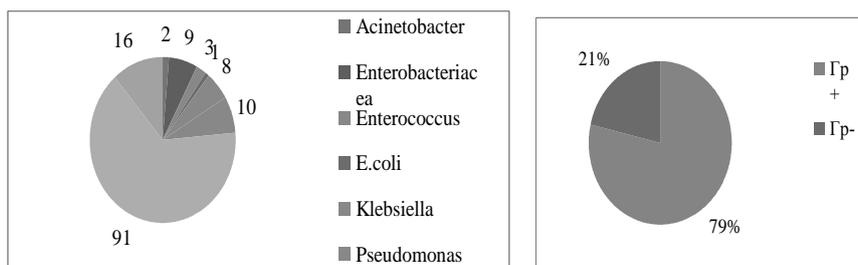


Рисунок 4 — Характеристика микробного пейзажа пациентов ЛОР-отделения УГОКБ (январь-июнь 2014 г.).

Общие затраты на АБП (22 наименования) за указанный период составили 79 млн 501 тыс 590 рублей. Класс А (53 млн 635 тыс 460 руб) — вошло 3 наименования АБП (тейкопланин, цефоперазон, цефотаксим) — 13,6 % от общего количества АБП в ЛОР-отделении (таблица 4).

Таблица 4

Лекарственное средство	V E N	Форма выпус- ка	Кол- во	Экономич. затраты	Стои- мость упаковки	Доля (%) в общих расходах	Долей (%)	А В С
Тейкопланин-ТФ 200 мг№ 5	Е	уп	18	22302000	1239000	28,05	28,05	А
Цефоперазон 1 г	Е	фл	304	16589280	54570	20,8	48,85	
Цефотаксим 1 г	Е	фл	3275	14744180	4502	18,5	67,35	

Вывод

1. Посредством ABC/VEN-анализ установлено, что больше затрат на лекарственные средства класса А пришлось на ОАРИТ и 1-е хирургическое отделение УГОКБ, значительно меньше всех — на отделение детской хирургии.

2. Из антибактериальных препаратов в класс А для ОАРИТ УГОКБ вошли — стизон, имицинем, меропенем, дорипрекс, линезолид, коломицин; для 1-го хирургического отделения: имицинем, стизон, цефтриаксон, флуконазол; для ДХО: цефотаксим, цефтриаксон; для ЛОР: тейкопланин, цефоперазон, цефотаксим.

3. Проведенный анализ показал, что выбор врачами антибактериальных препаратов в отделениях хирургического профиля УГОКБ за период I полугодия 2014 г, определялся качественными и количественными особенностями микробного спектра заболеваний в отделениях.

Е. С. ПЕТРЕНКО, С. Н. КОВАЛЬ, Н. Е. МОЗГОВ, Л. А. АЛЕКСЕЕВА.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ

*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»
УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

Полноценное обезболивание после кесарева сечения позволяет рано активизировать родильницу, ускоряет заживление операционных швов и инволюцию матки, является частью профилактики пареза кишечника, гнойно-воспалительных и тромбоемболических осложнений. При проведении спинальной анестезии помимо основного анестетика для улучшения качества нейроаксиального блока и продления анестезии в послеоперационном периоде в качестве адъювантов используют опиоидные анальгетики. Однако интратекальное введение значительных доз морфина помимо продления анестезии приводит сопряжено с риском развития побочных эффектов, таких как, тошнота, рвота, брадикардия, избыточная седация, зуд кожи, задержка мочеиспускания, нарушение терморегуляции, отсроченное угнетение дыхания.

Цель исследования показать, как соотносится с действительностью послеоперационное анальгетическое действие морфина, вводимого в минимальных дозах в качестве адъюванта при операциях кесарева сечения под спинальной анестезией; оценить выраженность побочных эффектов и безопасность применения; оценить эффективность дополнения обезболивания нестероидными противовоспалительными средствами.

Материалы и методы. Проведено исследование качества послеоперационного обезболивания у 72 родильниц в возрасте 18–39 лет, перенесших операцию кесарева сечения при сроках беременности 38-40 недель в родильном отделении роддома УГОКБ с 01.01.2013 г. по 31.05.2014 г. Функциональное состояние всех пациенток соответствовало I-II классу по шкале ASA (классификация американской ассоциации ане-

стезиологов). Критерием включения в исследование было отсутствие у них акушерской и экстрагенитальной патологии в стадии декомпенсации. Пациентки были разделены на три группы случайным образом в зависимости от избранной методики послеоперационного обезболивания. Группы не отличались по возрасту, сроку гестации, классу по ASA, объему и продолжительности операции.

Во всех группах выполняли спинальную анестезию на уровне L₃–L₄ в положении сидя. В первой группе (n = 24) интратекально вводили 0,5% раствор бупивакаина (Magcain Spinal Heavy) в дозе 11–15 мг. В послеоперационном периоде обезболивание осуществляли комбинированным применением промедола 20мг в/м и анальгина 1 г в/в 4 раза в сутки. Во II (n = 26) и III (n = 22) группах введение бупивакаина в дозе 11–13 мг сочетали с применением адъюванта, в качестве которого использовали морфина гидрохлорид в дозе 50–100 мкг. Во II группе для послеоперационного обезболивания использовали в/м инъекции кеторолака (Борисовский ЗМП) по 30 мг 4 раза в сутки. В III группе обезболивание проводили чередованием инъекций кеторолака 2–3раза в сутки и внутривенной инфузии парацетамола 1 % 100 мл (СПОО «Фармлэнд») через 8–12 часов. Первую инфузию парацетамола проводили в конце операции в течение 15–20 мин. Все пациентки в течение первых послеоперационных суток находились в палате интенсивной терапии. В течение первых суток послеоперационного периода помимо стандартного мониторинга контролировали частоту дыхания, следили за уровнем сознания. Качество послеоперационной анальгезии оценивали по интенсивности болевого синдрома в покое и при активации родильницы, используя 10-балльную визуально-аналоговую шкалу (ВАШ), а также по необходимости дополнительного введения анальгетиков в ответ на просьбу пациентки. Отслеживали также частоту побочных реакций и послеоперационных осложнений.

Результаты и обсуждение. В первые сутки у родильниц первой группы, несмотря на значительный расход анальгетиков, отмечались достоверно более высокие оценки по ВАШ в первые часы послеоперационного периода и при активизации ($p < 0,05$) по сравнению с пациентками II и III групп. Достоверных различий оценки по ВАШ между пациентками II и III не было, однако у пациенток III группы отмечалась тенденция к более низким оценкам, чем во II группе ($p > 0,05$). Дополнительное введение анальгетиков пациенткам III группы не проводилось, а во II группе потребовалось у 2 (7,7 %) пациенток. Побочные эффекты интратекального введения морфина в виде озноба встречались в 2 % случаев, в виде тошноты и/или рвоты наблюдались у 6,5 % пациенток и носили большей частью эпизодический, однократный характер. Побочных эффектов применения НПВС не отмечено.

Выводы

Интратекальное введение морфина в дозе 50-100мкг в качестве адъюванта значительно улучшило качество обезболивания после кесарева сечения.

Количество побочных эффектов введения морфина в такой дозе незначительно и не влияет на удовлетворенность женщин качеством обезболивания.

Выявленная тенденция к преимуществу дополнения обезболивания комбинацией кеторолака и внутривенной инфузии парацетамола требует более широкого исследования.

О. Ю. ПОДГУРСКАЯ, А. Ф. СТЕПАНОВА

ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АНТИЭРИТРОЦИТАРНЫХ АНТИТЕЛ В ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗОПАСНОСТИ ГЕМОТРАНСФУЗИЙ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Аллоиммунизация антигенами клеточных и плазменных элементов крови – естественный непрерывный процесс. Аллоиммунные антитела появляются вследствие гемотрансфузий, беременностей, контакта с группоспецифическими субстанциями растительного, животного и бактериального происхождения. Чаще всего это антитела к антигенам системы Резус, Келл, Даффи и др. Частично этим феноменом можно объяснить высокую частоту мужчин среди носителей антител — 19,5 % (Донсков С. И.).

Выявление антиэритроцитарных антител у доноров и реципиентов - необходимый этап для обеспечения безопасности гемотрансфузий. Скрининг антител обязателен у доноров при каждой кроводаче и у пациентов перед каждым переливанием эритроцитосодержащих сред, у беременных женщин.

Цель: провести оценку выявления неполных аллоиммунных антител у доноров и пациентов путем скрининга за период 2012–2013 гг., изучить результаты исследований по выявляемости аллоантител.

Материалы и методы: Согласно инструкции «Порядок выполнения иммуногематологических исследований крови доноров и различных категорий реципиентов» №123–1108 от 13.11.2010 г. МЗ РБ в отделении переливания крови УГОКБ наряду с определением групповой и резус-принадлежности у доноров и пациентов проводится исследование крови на наличие аллоиммунных антител. Для выявления антиэритроцитарных неполных антител нами используется желатиновая методика.

За 2012–2013 гг. лабораторией ОПК был проведен скрининг аллоиммунных неполных антител в сыворотке крови у 4745 доноров и 24338 пациентов.

Результаты и обсуждение. Результаты исследований были выражены в виде «не выявлены» и «выявлены» с указанием титра антител (таблица 1).

Таблица 1 — Результаты обследования пациентов и доноров для скрининга аллоиммунных неполных антител в сыворотке крови в отделении переливания крови УГОКБ за период 2012–2013 гг.

Обследуемые	Количество исследований	Число положительных результатов («выявлены»)	Удельный вес, %
Пациенты	24338	62	0,25%
Доноры	4745	2	0,04%

В результате проведенных исследований 2 донора отстранены от дачи крови в связи с наличием в их сыворотке аллоиммунных антител, так как компоненты крови, заготовленные от данных доноров, для предотвращения гемолиза эритроцитов реципиентов в лечебные отделения не выдаются.

Для профилактики посттрансфузионных осложнений 62 пациентам с выявленными аллоантителами был рекомендован индивидуальный подбор донорских компонентов крови при необходимости проведения гемотрансфузии.

Все доноры, пациенты и беременные женщины были проинформированы о выявлении у них в сыворотке крови аллоантител для использования этой информации при возможных переливаниях компонентов крови или беременностей в будущем.

Выводы

Выявление аллоиммунных антител в сыворотке крови доноров позволило провести профилактику развития гемотрансфузионных осложнений у возможных реципиентов.

Более тщательное наблюдение и индивидуальный подбор донорских компонентов для реципиентов, имевших аллоиммунные антитела в сыворотке крови, позволили минимизировать или предотвратить развитие у них гемотрансфузионных осложнений.

Выявление и информирование лиц, имеющих аллоиммунные антитела в сыворотке крови, позволит снизить или исключить риск развития гемотрансфузионных осложнений при лечении патологии, требующей переливания компонентов крови, улучшить прогноз течения беременности.

В. В. РАДЮК, П. В. ГОРНОСТАЙ, А. З. НЕМТИН, А. А. ЛИТВИН

**РАЗРАБОТКА ФОРМ ГОТОВЫХ БЛАНКОВ
ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТОВ
НА МЕДИЦИНСКИЕ МАНИПУЛЯЦИИ И ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
В ОТДЕЛЕНИИ ПЛАНОВОЙ ХИРУРГИИ**

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Основным нормативным актом медицинского права РБ является закон Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435–XII «О здравоохранении», содержащий перечень прав пациентов. Одним из основных прав пациента является право на *«получение в доступной форме информации о состоянии собственного здоровья, применяемых методах оказания медицинской помощи, а также о квалификации лечащего врача, других медицинских работников, непосредственно участвующих в оказании ему медицинской помощи»*. Обеспечивать данное право призван институт добровольного информированного согласия. Данный вопрос является одним из основных в системе юридического обеспечения медицинской деятельности.

Медицинские работники, в процессе оказания медицинской помощи, сталкиваются с целым рядом проблем при получении информированного добровольного согласия пациента. В значительном количестве «медицинских дел», рассматриваемых судами выявляются ошибки в процедуре получения или содержании информированного согласия. Если они и не несут серьезных юридических последствий, то отнимают время на их разбор, стоят значительных моральных сил и создают общее негативное впечатление о профессионализме работника в глазах пациента и органов надзора.

С постепенным изменением парадигмы отношений врача и пациента, возрастающей юридической грамотностью и активностью граждан и неуклонной коммерциализацией медицины стала очевидной необходимость использования и развития института добровольного информированного согласия применительно к отечественной практике. Это нашло отражение в законе Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435–XII «О здравоохранении» и различных подзаконных нормативных актах, однако до сих пор существует ряд законодательных пробелов и спорных положений, которые могут стать причиной конфликтов и судебных исков.

Цель исследования: изучение уровня развития медицинского права в РБ в аспекте получения согласия пациента на оперативное вмешательство и разработка форм готовых бланков добровольного информированного согласия пациентов на определенные виды оперативного лечения, проводимые в условиях отделения плановой хирургии УГОКБ.

Материалы и методы исследования. Произведен теоретический анализ и синтез данных из источников юридического права, отечественных и зарубежных публикаций на данную тему. Были изучены данные отечественной и зарубежной практики с целью выявления спорных и юридически недостаточно проработанных аспектов информирования пациента.

Обсуждение. Впервые в белорусском законодательстве гражданам было предоставлено право на добровольное согласие, предваряющее всякое медицинское вмешательство (не только хирургическое), законом Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435–XII «О здравоохранении». Однако термин «информированное согласие» законом не опре-

делен. В статье 44 лишь отмечается, что оказанию медицинской помощи должно предшествовать обязательное *предварительное согласие* совершеннолетнего пациента, что является недостаточным с точки зрения международного медицинского права.

Согласно ст. 44 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» согласие на простое медицинское вмешательство дается устно пациентом либо его законными представителями, а отметка о согласии делается медицинским работником в медицинской документации. Однако письменные отметки ввиду своей предельной формальности отражают только добровольность согласия, но никак не достаточную информированность пациента, устная же форма не позволяет впоследствии доказать, что информация пациенту была предоставлена в достаточном объеме для адекватного понимания пациентом ситуации. Так же многократное повторение одного и того же текста при поступлении каждого пациента — тяжелая психическая нагрузка на врача, снижающая его работоспособность и изматывающая его. Отсутствие же разъяснений — заведомое лишение пациента права на информацию.

Законодательство РБ не имеет критериев, позволяющих разграничить надлежащее и ненадлежащее предоставление информации пациенту. Это существенно ограничивает возможности реализации и защиты своих прав в случае их нарушения.

Проблемой является отсутствие дифференциации форм согласия в зависимости от категории медицинского вмешательства (гинекологического, хирургического и пр.).

Заключение

С целью разработки нормативной базы для совершенствования работы УГОКБ, были разработаны готовые бланки добровольного информированного согласия на оперативное вмешательство и опробованы на базе хирургического отделения № 2 УГОКБ.

В бланках представлена базовая информация о предстоящем оперативном вмешательстве, его технике, основных осложнениях, сути оперативного лечения, а так же предложена новая письменная формулировка согласия пациента на операцию, более корректная и допускающая меньше разночтений, чем ныне используемая. Был выбран формат в 2 страницы формата А4 для удобства использования и простоты восприятия пациента, чтобы не перегружать его информацией и настроить на адекватное ее восприятие.

Использование бланков показало их мотивирующее и воспитательное влияние на пациента. После ознакомления с информацией пациенты осознаннее и более ответственно подходили к предоперационной подготовке, а так же уважительнее относились к медицинским работникам, осознавая сложность и ответственность предстоящего вмешательства.

О. И. САВЧЕНКО, Т. Н. КРАВЧУК, Д. В. ТАПАЛЬСКИЙ, В. А. ФИЛИППОВА

ОСОБЕННОСТИ ПРОТИВОМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ КАТИОНОВ НЕКОТОРЫХ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ

*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»
УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

К тяжелым металлам относят более 40 металлов периодической системы Д. И. Менделеева. Некоторые из них относятся к биогенным элементам, необходимым для функционирования ферментных систем прокариотной клетки. Бактерицидное и бактериостатическое действие катионов и наночастиц ряда тяжелых металлов широко используется в медицинской практике.

Цель исследования

Изучить бактерицидные свойства катионов серебра, меди, свинца, кобальта, железа и цинка в отношении тест-культур золотистого стафилококка (*S.aureus*) и синегнойной палочки (*P.aeruginosa*).

Материалы и методы. Методом разведений в бульоне определены минимальные подавляющие концентрации (МПК) и минимальные бактерицидные концентрации (МБК) солей металлов. Кинетику роста и отмирания *S.aureus* и *P.aeruginosa* изучали в бульонной питательной среде в присутствии катионов металлов в концентрациях, в 4 раза превышающих минимальную бактерицидную концентрацию.

Результаты и их обсуждение. Наиболее эффективное ингибирование роста исследуемых микроорганизмов произошло под воздействием катионов серебра и кобальта.

МПК катионов серебра составило менее 0,15 мкмоль/мл для обеих культур, МПК катионов кобальта — 1,25 мкмоль/мл для *S.aureus* и 2,5 мкмоль/мл для *P.aeruginosa*.

Эти же металлы характеризовались минимальными значениями МБК в отношении как *S. Aureus* — ATCC 25923, так и *P.aeruginosa* — ATCC 27853.

Кинетика гибели клеток указанных штаммов микроорганизмов изучалась в присутствии катионов четырех металлов, для которых при определении МБК была установлена наибольшая бактерицидная активность: серебра (I), меди (II), хрома (III) и кобальта (II). На основании полученных данных были составлены кинетические кривые роста и гибели клеток *P.aeruginosa* и *S.aureus* в полулогарифмических координатах. Полученные данные позволили рассчитать удельные скорости гибели клеток микроорганизмов под воздействием катионов тяжелых металлов.

Чтобы исключить различия, связанные с неодинаковыми концентрациями катионов серебра, меди, кобальта и хрома в средах, были рассчитаны эффективные удельные скорости гибели клеток, соответствующие содержанию катионов металлов, равных 1 мкмоль/мл (таблица 1).

Таблица 1 — Сравнительный анализ скорости роста и гибели клеток синегнойной палочки и золотистого стафилококка под действием тяжелых металлов.

№ п/п	Катион металла	Содержание катионов, мкмоль/мл	Удельная эффективная скорость гибели синегнойной палочки $\times 10^4$, с-1	Удельная эффективная скорость гибели золотистого стафилококка $\times 10^4$, с-1
1	Ag+	1,00	2,46	0,992
2	Cu+2	1,00	1,43	0,245
3	Cr+3	1,00	0,153	0,124
4	Co+2	1,00	0,0765	0,0569

Как следует из данных таблицы 1, гибель клеток *P.aeruginosa* и *S.aureus* быстрее всего происходит под воздействием катионов серебра.

Было изучено влияние окислительно-восстановительных потенциалов (ОВП) катионов серебра, меди, хрома и кобальта на скорость гибели клеток синегнойной палочки и золотистого стафилококка (рисунок 1). С ростом ОВП возрастает эффективность ингибирующего действия катионов металлов на рост культур *P.aeruginosa* и *S.aureus*.

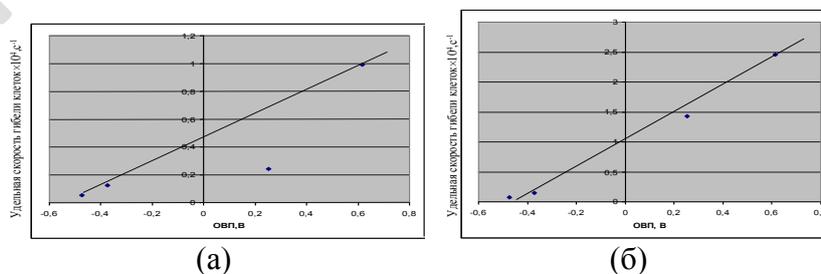


Рисунок 1 — Влияние окислительной способности катионов тяжелых металлов на удельную скорость гибели (а) синегнойной палочки и (б) золотистого стафилококка

Выводы

Катионы тяжелых металлов обладают высокой ингибирующей активностью по отношению к росту клеток микроорганизмов *P. aeruginosa* и *S. aureus*.

Исследование выявило, что наиболее выраженным микробицидным действием обладают катионы серебра и меди.

Была установлена прямая зависимость эффективности ингибирующего действия катионов тяжелых металлов на рост культур синегнойной палочки и золотистого стафилококка от увеличения их окислительной способности.

В. И. САДОВСКИЙ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКА ЛЕКОКЛАР XL ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ СИНУСИТОВ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Инфекционно-воспалительные заболевания ОНП (околоносовых пазух) являются наиболее частой патологией в практике оториноларинголога и ведущим показанием к назначению антибактериальных препаратов.

Основными возбудителями инфекционно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов являются вирусы, бактерии, грибы и их ассоциации: внеклеточные Грамм+ (стрептококки, стафилококки, протей) и Грамм– (гемофильная палочка, моракселла) бактерии; внутриклеточные вирусы гриппа, аденовирусы, риновирусы и некоторые бактерии (хламидии, микоплазмы, легионеллы, листерии и др.). Бактериальное инфицирование нередко развивается после острой вирусной инфекции при нарушении локальных и системных механизмов защиты стерильных зон (ОНП, полости среднего уха, паратонзиллярная клетчатка). Инфицирование ОНП имеет риногенную природу, поэтому бактериальная флора, высеваемая при риносинуситах и средних отитах, примерно одинакова.

По данным многих авторов острые воспаления ЛОР органов вызываются стрептококком пневмонии (20–43 %), гемофильной палочкой (22–35 %), моракселлой (2–23 %), анаэробами (48 %), хронические — золотистым стафилококком, клебсиеллой пневмонии, энтерококками, кишечной палочкой, энтеробактером, синегнойной палочкой, анаэробами, грибами (аэробы — 48 %, анаэробы (52 %)). Многие бактерии, вызывающие инфекционно-воспалительные заболевания ЛОР органов продуцируют b-лактамазы: золотистый стафилококк — 90 %, моракселла — 70–90 %, гемофильная палочка — 2–38 %, энтеробактер — 100 % и образуют биопленки.

При выборе антибактериального препарата необходимо учитывать эпидситуацию, возраст пациента, наличие сопутствующих заболеваний, предшествующее лечение, переносимость препарата, оптимальный спектр антибактериальной активности, токсичность, частоту приема, накопление в очаге воспаления.

Своевременная и рациональная антибиотикотерапия является исключительно важным фактором, предотвращающим, как осложнения, так и риск хронизации процесса.

Целью нашего исследования явилась оценка клинической эффективности антибактериального лекарственного средства Лекоклар XL. В отличие от кларитромицина он менее изучен. Не претендуя на научный уровень доказательности мы провели клиническую оценку действия Лекоклар XL при лечении гнойных заболеваний ОНП. Лекоклар XL (компания Novartis) — это «необычный кларитромицин», кларитромицин пролонгированного действия, таблетка содержит 500 мг кларитромицина. Он обеспечивает равномерные эффективные концентрации препарата в течение суток, дополнительный противовоспалительный эффект, двойной путь выведения, отсутствие кумуляции, независимость от приема пищи. Механизм действия препарата направлен на образование в печени активного метаболита — 14 гидрооксикларитромицина, ингибирование синтеза бактериального протеина, проникновение в клетку воспаленного очага, повышение активности нейтрофилов и Т-киллеров, ингибирование продукции цитокинов.

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились 30 пациентов в возрасте 18–50 лет, находящихся на стационарном лечении в ЛОР отделении УГОКБ и осмотренные в кабинете микроэндоскопической диагностики и лазерной хирургии нашего отделения по поводу гнойно-воспалительных заболеваний за период июля-августа 2012 г. Для диагностики использовались стандартные методы исследования, а также оптическая риноскопия и рентгенотомография. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (15 — пациенты с острыми гнойными риносинуситами (получавших эмпирическое лечение) и обострениями хронических, 2-я (15 человек) — пациенты с обострениями хронических полипозно — гнойных риносинуситов (в т. ч. — оперированных ранее) с чувствительностью микрофлоры к кларитромицину.

Препарат назначался по 0,5 × 1 раз в сутки перорально в составе комплексной терапии: пункции околоносовых пазух, промывании 0,5–1 % р-ром диоксида, орошении полости носа, ингаляций, наложении синус-катетера «Ямик», назначении сосудосуживающих капель или аэрозолей в нос, гипосенсибилизирующих препаратов, муко- и секретолитиков, УВЧ, ультразвука, лазера — и магнитотерапии.

Результаты и обсуждение. Показателями эффективности лечения явились: исчезновение болевого синдрома, нормализация температуры тела, уменьшение заложенности носа, характера и количества выделений из носа, улучшение риноскопической, фарингоскопической картины, нормализация общего состояния и показателей крови. При отсутствии эффекта в течение 5 суток лекарственное средство Лекоклар XL отменяли, при положительной динамике лечение продолжалось 7–10 дней с последующим микробиологическим исследованием. Излечение и улучшение наблюдалось у 27 пациентов (90 %) (в 1 группе — у 14, во 2-й — у 13).

Побочными проявлениями были отмечены у 3 человек: по одному случаю наблюдались тошнота, головная боль, диарея.

Выводы

Лекарственное средство Лекоклар XL является эффективным препаратом при лечении легких и среднетяжелых форм гнойных заболеваний околоносовых пазух, обусловленных стафилококковой, Грам– и анаэробной инфекцией. Почти у всех пациентов выздоровление было отмечено к 10 дню.

Препарат можно назначать стационарно и амбулаторно эмпирически и целенаправленно с учетом общего состояния пациента, предшествующего лечения и этапного бактериологического исследования.

Возможные побочные эффекты при лечении препаратом встречались у каждого десятого пациента, в основном были связаны с нарушением правил приема препарата (при имевшихся в анамнезе заболеваниях ЖКТ), быстро купировались добавлением в схему лечения пробиотика.

В. И. САДОВСКИЙ, А. В. ЧЕРНЫШ, А. А. СУХАРЕВ

ХРОНИЧЕСКИЙ СМЕШАННЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ: НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛЕРГОДИЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Аллергический ринит — одно из наиболее распространенных и быстро растущих заболеваний человека (до 40 % населения в большинстве стран мира), что обуславливает большие расходы на лечение и потерю дней нетрудоспособности.

Несмотря на то, что симптомы АР не угрожают жизни, они, тем не менее, очень неприятны и могут снижать качество жизни, влиять на социальную, профессиональную, эмоциональную и физическую активность и работоспособность человека. Реальная распространенность АР в 5–10 раз выше, чем при сравнении с данными по обращаемости.

В настоящее время Международным консенсусом по АР предложены следующие формы АР: сезонная, круглогодичная, профессиональная и смешанная. Смешанная форма является более серьезным заболеванием, как в диагностике, так и лечении.

Хронический смешанный аллергический ринит может быть в состоянии обострения, ремиссии и непрерывно — рецидивирующим (интермитирующий и персистирующий). В имеющейся литературе мы не нашли описания методик лечения подобной формы хронического ринита.

Цель исследования: дальнейшая клиническая апробация препарата Аллергодил с целью повышения эффективности лечения смешанной аллергической формы хронического ринита.

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились данные лечения пациентов оториноларингологического отделения и кабинета микроэндоскопической диагностики и лазерной хирургии УГОКБ за период 1 половины 2014 г. Всего проведено 2600 оптических риноскопий по поводу жалоб со стороны носа и ОНП у 2250 пациентов. В исследуемую группу были включены 42 пациента, которым было проведено комплексное обследование и лечение, с применением препарата Аллергодил.

Основными методами диагностики форм АР были оптическая риноскопия, аллергологические, бактериологические, морфологические, рентгенологические и иммунологические исследования.

В зависимости от предполагаемого фактора мы использовали различные методы лечения: консервативное, хирургическое или смешанное. При наличии деформаций наружного носа, носовой перегородки, аномалий внутриносовых структур и явлений смешанного ринита после проведения тщательного обследования мы проводим хирургическую коррекцию под эндоскопическим контролем с одновременной УЗД или лазерной фотокоагуляцией нижних или средних носовых раковин. После выписки и улучшения носового дыхания использовали топический антигистаминный препарат Аллергодил по 2 орошения в обе половины носа утром и вечером в течение 14 дней.

При сочетании аллергического ринита с инфекцией лечение начинаем с назначения антибактериальных (по чувствительности микробов), противовоспалительных антиаллергических препаратов: полидекса (изофра) по 2 орошения в обе половины носа 3 раза в сутки в течение 10–14 дней, биопарокса по 2 орошения 4–6 раз в сутки, лазерное облучение полости носа или лазероманнитотерапию до 10 сеансов. После снятия симптомов гнойного обострения рекомендовали пациенту применение Аллергодила в вышеуказанной дозе.

Результаты исследования. Явления хронического ринита были выявлены у 721(32 %) пациента, смешанная форма — у 265(36,7 %).

Факторами, способствующими развитию хронического смешанного ринита, явились: деформации носовой перегородки (113–42,6 %), аллергия (33–12,4 %), воспаления слизистой оболочки полости носа (32–12,1 %), длительное использование сосудосуживающих препаратов (17–6,4 %).

Из 42 пациентов прошедших комплексное лечение у 32 (71,6 %) мы получили хорошие результаты в течение 6 месяцев, у 6 (14,2) — удовлетворительные, у 4 (9, %) пациентов улучшения не наступило, что было более детально отражено в таблице 1.

Таблица 1 — Динамика изменения клинических симптомов у пациентов с хроническим смешанным аллергическим ринитом.

Клинические симптомы (n = 30)	Первичный осмотр	Отсутствие симптома 7 дней	Отсутствие симптома 14 дней
Заложенность носа	27	9 (30 %)	20 (66.6 %)
Зуд в носу	21	7 (23,3 %)	19 (63,3 %)
Чихание	22	6	18

Ринорея	26	12 (40%)	17
Конъюнктивит	14	10 (33,3%)	11

Только комплексный подход к диагностике и лечению смешанного ринита позволяет добиться определенного успеха в лечении.

Выводы

1. Смешанная форма хронического ринита может быть выделена среди других форм непосредственно, как «смешанная» (часто встречающаяся, с морфологическим подтверждением) у 36,7 %, из которой часть можно рассматривать и как «смешанную аллергическую» у 12,4 % пациентов с АР.

2. Наиболее частыми причинами способствующими развитию хронического смешанного ринита по данным нашего исследования явились деформации носовой перегородки, аллергия, синуситы, гнойные риниты и их сочетания.

3. Лечение хронического смешанного аллергического ринита должно быть комплексным и на определенном этапе включать топические антигистаминные лекарственные средства (Аллергодил) или кортикостероиды.

4. Назначение топического антигистаминного препарата Аллергодил не противопоказано при лечении гнойной инфекции носа.

В. И. САДОВСКИЙ, А. В. ЧЕРНЫШ, Н. П. ЧЕЛЕБИЕВА, Г. Л. ГАРБАРОВА

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ГОРТАНИ У НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ (1971–2013 гг.)

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»,

Учреждение «Гомельский областной клинический диспансер»

Проблема заболеваемости раком гортани (РГ) для Гомельской области чрезвычайно актуальна и в 2013 г.: высокий уровень заболеваемости (6,0.), высокая смертность (3,1), поздняя обращаемость (с III стадией — 63,7 %), диагностические ошибки (длительность обследований, ограниченное использование современных методов, несвоевременность консультативной помощи), недостаток диагностической аппаратуры в районах области, низкий уровень настороженности при проведении профилактических осмотров (54,4 %) и диспансеризации, низкая 5-летняя выживаемость пациентов (56,5 %), недостаточная профилактика и борьба с курением и алкоголизмом (42 % населения Гомельской области курит, около 2 % официально состоит на учете по поводу алкогольной и наркотической зависимости).

РГ в Беларуси занимает 1-е место среди новообразований головы и шеи, 1,7% в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями. За последнее 10 лет увеличения заболеваемости РГ в Гомельской области не отмечается (в 2002 г. — 6,0 на 100 тыс. населения, а в 2013—6,1). Абсолютное число первичных пациентов в 2013 г. составило 93 (в 2002 г. — 89). Чаще встречается у мужчин (96%) в возрасте 40–60 лет (86 %). В III стадии РГ выявляется в 63,7 % случаев (вестибулярный отдел — 65,2 %, редко в складочном — 3.1 %).

Большинство пациентов обращаются за помощью в стадии Т3-Т4. Морфологическое подтверждение РГ достигается в 94 %. Наиболее часто наблюдаются формы плоскоклеточного рака (97–98 %) различной степени дифференцировки. Другие виды опухолей встречаются в 1,5–3 %.

Многочисленными эпидемиологическими исследованиями в различных странах мира убедительно показано, что основными факторами риска развития РГ служат курение табака и употребление алкоголя. Риск многократно увеличивается при совместном

воздействии этих факторов. Алкоголь имеет большее значение для возникновения рака верхнего отдела гортани, а курение - для поражения ее среднего и нижнего отделов.

Цель работы: сравнительно показать динамику заболеваемости РГ населения Гомельской области до и после аварии на Чернобыльской АЭС.

Материалы и методы. Изучены статистические отчеты о заболеваниях злокачественными новообразованиями гортани за период 1971–2013 гг. по Гомельской области, данным Гомельского областного клинического онкологического диспансера.

С целью изучения заболеваемости РГ до и после аварии на АЭС населения Гомельской области. Все районы Гомельской области были разделены на 3 группы по географическому и радиоэкологическому факторам (1971–2013 гг.).

Первая группа — южные районы (ближе расположенные к ЧАЭС), подвергшиеся радиационному загрязнению, такие как: Брагинский, Лоевский, Хойникский, Наровлянский, Ельский, Лельчицкий (плотность загрязнения — 5–40 Ки/км²). **Вторая группа — восточные районы** (более удаленные от ЧАЭС), подвергшиеся радиационному загрязнению: Ветковский, Добрушский, Чечерский, Кормянский, Буда-Кошелевский (плотность загрязнения — 5–40 Ки/км²). **Третья группа – остальные районы**, подвергшиеся радиационному загрязнению (отдаленные) в меньшей степени: Гомельский, Житковичский, Калинковичский, Мозырский, Октябрьский, Петриковский, Рогачевский, Речицкий, Светлогорский (плотность загрязнения — 5–40 Ки/км².)

Результаты. Из таблицы 1 видно, что в заболеваемости раком гортани в Гомельской области в целом с 1971 г. до 1985 г. наблюдался постепенный рост с 2,1 случаев на 100 тыс. населения в год до 3,6. После аварии на Чернобыльской АЭС в 1986 г. уровень заболеваемости РГ в области сразу увеличился до 4,5 и продолжал расти до 2000 г. — до 6,1. Однако после 2000 г. до 2013 г. дополнительного роста заболеваемости не было отмечено.

Таблица 1 — Заболеваемость злокачественными новообразованиями гортани населения различных групп районов Гомельской области в период 1971–2013 гг.

Группы районов	Заболеваемость раком гортани у населения								
	1971–1975	1976–1980	1981–1985	1986–1990	1991–1995	1996–2000	2001–2005	2006–2010	2011–2013
Южные	1,8	3,1	2,9	6,3	6,6	7,0	8,9	7,6	6,3
Восточные	1,8	4,0	4,7	7,7	9,2	9,4	9,1	6,9	11,7
Остальные	2,3	2,9	3,6	3,8	5,4	5,5	12,7	11,1	5,3
Гомельская область (вся)	2,1	3,0	3,6	4,5	5,9	6,1	6,1	5,7	6,0
РБ Беларусь									6,4

I группа (южные районы) — уровень радиации — плотность загрязнения — 5–40 Ки/км². Изначальный уровень заболеваемости (1971–1975 гг.) — 1,8 до 1986 г. вырос до 2,9, с 1986 г начал быстро расти, достигнув максимум к 2001–2005 г. — 8,9, а к 2013 снизился до 6,3. За период с 1971 г. до 1985 г. уровень заболеваемости вырос в 1,6 раза, а за период 1971–2000 гг. в 3,6 раза, максимальный рост наблюдался с 2001 г. по 2005 г. в 4,9 раза, к 2013 г. снизился в 3,5 Во.

II группе районов (восточные) преобладающим уровнем радиации 1–15 Ки/и до 40 Ки/км² в отдельных населенных пунктах. Заболеваемость раком гортани с 1971 по 1986 г. увеличилась в 2,6 раза, а за период до 2000 г., 5,2 ., максимальный рост — 2013 г. (в 6,2 раза).

III группа районов, уровень радиации 1–5 Ки/км². Начальный уровень заболеваемости 2,3, вырос в 1,5 раза, а до 2000 г. — в 2,3 раза, максимальный рост к 2005 г. — в 5 раз.

Выводы

Исходя из исследования следует, что в группах районов подвергшиеся радиационному загрязнению в большей степени (южные и восточные) наблюдается значительное увеличение заболеваемости раком гортани после аварии на ЧАЭС.

Значительное увеличение «числа заболеваемости» после 1986 г. также может быть связано с повышением настороженности и улучшением технических средств диагностики патологии, увеличением числа специалистов.

Е. И. САЛИВОНЧИК

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОНЗИЛЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПРОСНИКА SF-36

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Единственно эффективным методом лечения хронического декомпенсированного тонзиллита (ХДТ) является тонзиллэктомия (ТЭ). Выполнение этой операции сопровождается рядом особенностей, которые влияют на непосредственного ее участника – пациента. Однако оценка качества жизни (КЖ) как интегральной характеристики физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека у таких пациентов проводится редко и в литературе отражена недостаточно.

Цель работы: провести оценку КЖ пациентов после ТЭ.

Материалы и методы. За период 2005–2011 гг. в ЛОР-отделении УГОКБ было выполнено 158 ТЭ по поводу ХДТ. Пациенты случайным образом были распределены в 2 группы. В 1 группу (основная, $n = 81$; 32 мужчины и 49 женщин, средний возраст $24,6 \pm 7,2$ года) вошли пациенты, которым ТЭ выполнена при помощи биполярного коагулятора в нашей модификации (КоТЭ) под эндотрахеальным наркозом; во 2 группу – пациенты, которым выполнена классическая ТЭ (контрольная, $n = 77$; 25 мужчин и 52 женщины, средний возраст $26,7 \pm 9,8$ года), сопоставимые по половозрастному принципу, $p > 0,05$. Пациенты обеих групп были трижды интервьюированы при помощи опросника SF-36: перед ТЭ, к 7-м суткам и через 1 месяц после ТЭ. Определены контрольные параметры: определение физического функционирования (PF), ролевого физического функционирования (RP), ролевого эмоционального функционирования (RE), жизненной активности (VT), психического здоровья (MH), социального функционирования (SF), интенсивности боли (BP), общего здоровья (GH), интегральный показатель физического компонента здоровья (PH), интегральный показатель психологического компонента здоровья (MH). Цифровые результаты могут колебаться от 0 (максимальное нарушение функции) до 100 (максимальное здоровье).

Результаты и их обсуждение

Исходные параметры в основной и контрольной группах согласно данным таблицы 1 статистически достоверно не различались, $p > 0,05$.

Таблица 1 — Динамика показателей опросника КЖ SF-36 у пациентов с ХДТ в течение 30 дневного наблюдения между основной (А, $n = 81$) и контрольной (В, $n = 77$) группами, ($M \pm \sigma$)

Параметры	Исходно	1 неделя после ТЭ	4 недели после ТЭ
PF (А)	80,9±14,6	70,9±20,2 ²	83,2±10,2 ¹
PF (В)	81,8±9,2	59,2±15,1	78,5±6,5
RP (А)	58,9±25,7	55,4±28,5 ²	77,5±20,4 ²
RP (В)	62,3±16,5	35,1±25,7	61,6±15,9
RE (А)	64,6±26,5	59,5±31,8 ²	77,9±20,9 ²
RE (В)	63,7±19,2	39,4±22,8	64,6±18,2
VT (А)	59,4±12,1	57,6±14,9 ²	65,8±11,4 ²

VT (B)	60,8±10,1	44,3±11,6	56,6±7,8
MH(A)	63,2±12,2	65,3±14,2 ²	71,2±8,6 ²
MH(B)	64,4±9,6	51,8±12,7	60,2±7,9
SF (A)	74,8±13,2	62,5±22,4 ²	78,5±14,3 ²
SF (B)	72,9±9,4	41,6±19,8	68,4±11,9
BP (A)	71,8±21,1	54,5±22,1 ²	71,5±19,8 ²
BP (B)	75,2±14,6	29,4±18,1	50,9±16,6
GH(A)	54,7±10,9	56,0±14,4 ²	64,2±8,5 ¹
GH(B)	60,3±35,7	45,1±11,2	59,7±8,2
IMH (A)	66,6±12,3	59,4±16,1 ²	74,1±11,4 ²
IMH (B)	68,7±7,95	42,3±14,6	62,6±7,2
IPH (A)	65,2±13,2	61,3±17,1 ²	73,6±11,9 ²
IPH (B)	65,7±7,7	43,9±12,5	62,3±7,2

Примечание: ¹Статистическая достоверность различий между группами, $p < 0,01$; ² $p < 0,001$

Однако при анализе показателей КЖ у пациентов основной группы (А, коагуляционная ТЭ) через неделю после выполнения ТЭ отмечена положительная достоверная динамика показателей по всем изучаемым параметрам опросника SF-36 по сравнению с контрольной группой (В, классическая ТЭ), $p < 0,01$. Более того, более высокий уровень показателей КЖ зафиксирован и по истечению 4-х недель наблюдения после оперативного вмешательства, $p < 0,001$.

Выводы

Использование опросника SF-36 при опросе пациентов, перенесших тонзилэктомию, позволило оценить исходные параметры качества жизни, их динамику в послеоперационном периоде, а также эффективность применяемых методов оперативного вмешательства.

Более высокое качество жизни было отмечено после выполнения пациентам по показаниям коагуляционной тонзилэктомии.

В. Г. СЕМАК, Т. В. СЕМАК

ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНЫХ ФОРМ ПРОСТАГЛАНДИНА E₂ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В АКУШЕРСТВЕ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Подготовка шейки матки — это комплекс мероприятий, направленных на созревание шейки матки при отсутствии или недостаточной ее готовности к родам. Одним из методов родоподготовки является использование местных форм простагландина E₂ в виде интрацервикального геля «Препидил» и интравагинального геля «Простин E₂». Простагландин E₂ (динопростон) является стимулятором родовой деятельности. Механизм действия основан на увеличении миграции нейтрофилов и повышение синтеза коллагеназы в шейке матки.

Цель. Изучить применение местных форм простагландина E₂ для подготовки шейки матки к родам.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе отделения патологии беременности (ОПБ) роддома УГОКБ. Было проведено ретроспективное обследование 545 пациенток отделения за период 01.01.2014 г. – 30.06.2014 г. Основную группу составили женщины, которым проводилась родоподготовка местными формами простагландина E₂ (N = 382). В контрольную группу были включены те, у которых указанный метод родоподготовки не применялся (N = 163). В работе использовались параметриче-

ские и непараметрические методы статистики. Сравнение частоты встречаемости признака проведено с использованием критерия χ^2 . Статистически значимыми считали результаты при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Особенности течения родов представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Особенности течения родов у пациенток основной и контрольной группы, за период 01.01.2014 г. – 30.06.2014 г (n; P %)

Параметры оценки	Родоподготовка местными формами простагландина E ₂	
	проводилась	не проводилась
Общее количество	382	163
Закончились самостоятельно	340 (89,0%)	133 (81,6%)
Закончились кесаревым сечением	31 (8,1%)	23 (14,1%)
Возникла родовая слабость	11 (2,8%)	10 (6,1%)
ХВУГП, декомпенсация	12 (3,1%)	7 (4,3%)
Клинически узкий таз	8 (2,2%)	6 (3,7%)
Вакуум-экстракция	11 (2,9%)	7 (4,3%)
Отмечена слабость потуг	7 (1,8%)	4 (2,5%)
Острая гипоксия плода	4 (1,1%)	3 (1,8%)

При анализе результатов исследования статистически значимых особенностей течения родов при предварительной родоподготовке местными формами простагландина E₂ выявлено не было. Однако наблюдается уменьшение в 2,2 раза количества операций кесарево сечение по поводу слабости родовой деятельности в основной группе по сравнению с контрольной (2,8 % и 6,1 % соответственно). Это продемонстрировано на рисунке 1.



Рисунок 1 — Частота встречаемости слабости родовой деятельности в основной и контрольной группах.

Выводы.

1. В результате проведенного исследования статистически значимых особенностей течения самих родов при проведении предварительной родоподготовки местными формами простагландина E₂ не было выявлено.

2. Наблюдалось уменьшение в 2,2 раза случаев развития слабости родовой деятельности в основной группе, потребовавшей выполнения операции кесарева сечения.

3. Проведение родоподготовки путем интрацервикального и интравагинального введения препаратов простагландина E₂ достоверно позволяет снизить процент родоразрешения оперативным путем.

4. Несколько реже отмечалось развитие острой гипоксии плода при проведении предварительной родоподготовки местными формами простагландина E₂.

**А. П. СКОРОПАДСКИЙ, Д. М., АДАМОВИЧ, Л. В. СУХАРЕВА,
О. А. ПАВЛЮЩЕНКО, В. В. ЗЕЗЮЛЯ, О. Е. ЦИТРИНОВА**

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

При сахарном диабете (СД) риск развития сердечно-сосудистых заболеваний возрастает в 2–3 раза. Если к СД присоединяется артериальная гипертензия (АГ), риск этих осложнений возрастает еще в 2–3 раза даже при удовлетворительном контроле метаболических нарушений. [А. С. Аметов, 2005]. При СД 1-го типа развитие АГ на 90 % связано с прогрессированием патологии почек — диабетической нефропатии (ДН), повышение АД отмечается, как правило, спустя 10–15 лет от дебюта СД. При СД 2-го типа развитие АГ в 50–70 % случаев предшествует нарушению углеводного обмена.

Цель: изучить изменения артериального давления у пациентов синдромом диабетической стопы в зависимости от сроков заболевания и степени гнойно-некротического поражения стоп.

Материалы и методы. Изучены истории 136 пациентов с клиникой диабетической стопы (СДС) с Wagner II–Wagner V, находившихся на лечении в УГОКБ за период 2009–2013 гг. При госпитализации пациенты были осмотрены дежурным хирургом, терапевтом, в последующем консультированы эндокринологом. Длительность заболевания устанавливали анамнестически, или по сопровождающим документам. Всем поступившим в приемном отделении измеряли артериальное давление, выполняли подсчет пульса, выполняли ЭКГ.

Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica 8.0». Результаты выражали в виде M (25;75) %.

Результаты и обсуждение. Из госпитализированных пациентов мужчин было — 66 (48,5 %), женщин — 70 (51,5 %). Средний возраст составил 66 (58;73) лет. СД I типа был у 4 пациентов, у остальных — II типа. По длительности заболевания диабетом пациенты были разделены на 6 групп: 1 группа — пациенты с впервые выявленным СД и до года (19,3 %), 2 группа — 1–5 лет (21,0 %), 3 группа — 6–10 лет (19,3 %), 4 группа — 11–15 лет (16,8 %), 5 группа — 16–20 лет (11,8 %), 6 группа — длительность СД более 21 года (11,8 %). Полученные результаты отражены в таблице 1.

Таблица 1 — Гемодинамические показатели (пульс, АД) у пациентов с синдромом диабетической стопы в зависимости от срока заболевания СД

Показатель	По срокам заболевания СД					
	1 группа n = 23	2 группа n = 25	3 группа n = 23	4 группа n = 20	5 группа n = 14	6 группа n = 14
Ps	91(85;100)	92 (85;102)	94 (78;100)	88 (82;100)	96 (92;100)	84 (75;96)
САД, mmHg	130 (120;150)	145 (130;170)	140 (130;160)	150 (135;165)	145 (130;160)	155 (145;160)
ДАД, mmHg	80 (70;80)	90 (80;90)	85 (80;90)	90 (80;95)	95 (80;100)	90 (90;90)

При анализе результатов выявлены статистически достоверные отличия по следующим показателям: пульс: между 1 и 5 группами ($p = 0,041$), и 4 и 5 группами ($p = 0,036$); САД: 1 и 2 ($p = 0,018$), 1 и 4 ($p = 0,015$), 1 и 6 ($p = 0,004$); ДАД: 1 и 6 ($p = 0,004$), 1 и 2 ($p = 0,018$), 1 и 4 ($p = 0,015$).

Также были изучены вышеуказанные показатели в зависимости от степени гнойно-некротического поражения при синдроме диабетической стопы. Полученные результаты отражены в таблице 2.

Таблица 2 — Гемодинамические показатели (пульс, АД) у пациентов с синдромом диабетической стопы по степени поражения (Wagner).

Показатели	По Wagner			
	W-II	W-III	W-IV	W-V
Ps	80 (73;88)	94 (86;100)	91 (82;100)	91 (88;100)
САД, mmHg	150 (140;160)	140 (130;170)	140 (130;155)	130 (120;140)
ДАД, mmHg	90 (80;90)	90 (80;100)	85 (80;90)	80 (78;90)

Статистически достоверные отличия в этом случае были получены по следующим показателям: пульс: W-II и W-III ($p = 0,002$), W-II и W-V ($p = 0,015$), W-II и W-V ($p = 0,008$); САД: W-II и W-V ($p = 0,027$), W-III и W-V ($p = 0,0329$); ДАД: W-I и W-V ($p = 0,027$), W-III и W-V ($p = 0,0329$).

Выводы

Исходя из полученных результатов, коррекция АД у пациентов с сахарным диабетом, болеющих более 1 года, и наличием синдрома диабетической стопы, является одной из первостепенных задач в практике терапевта с целью снижения риска сердечно-сосудистых осложнений.

Также выявлена обратная тенденция изменения АД в зависимости от степени гнойно-некротического поражения при синдроме диабетической стопы, что необходимо учитывать при назначении гипотензивной терапии этим пациентам.

***А. П. СКОРОПАДСКИЙ, Д. М. АДАМОВИЧ, Л. В. СУХАРЕВА,
О. А. ПАВЛЮЩЕНКО, В. В. ЗЕЗЮЛЯ, О. Е. ЦИТРИНОВА***

ПРОЯВЛЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»
Учреждение «Гомельское областная клиническая больница»*

Распространенность диабетической нефропатии достигает 75 % лиц с сахарным диабетом [Игнатова М. С., 1989]. Патогенез диабетической нефропатии сложен, связан с нарушением метаболизма и гемодинамики, обусловленной гипергликемией на фоне генетической предрасположенности [Ефимов А. С., 2007]. Бессимптомное течение заболевания на ранних стадиях приводит к запоздалой диагностике диабетической нефропатии на поздних стадиях с последующим развитием ХПН.

Цель: изучить проявления диабетической нефропатии у пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС).

Материалы и методы. Изучены истории болезни находившихся на стационарном лечении пациентов в УГОКБ с синдромом диабетической стопы за период 2009–2014 гг.

Статистическая обработка данных проведена с использованием статистической программы «Statistica 8.0». Результаты выражали в виде М (25;75) %.

Результаты и обсуждение. За период 2009–2014 гг. на стационарном лечении в УГОКБ находилось 136 пациентов с диабетической стопой II–V степенью по Wagner. При госпитализации в первые сутки пациентам выполняли лабораторное исследование: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови. Длительность заболевания устанавливали по сопровождающим документам, или анамнестически.

Мужчин было — 66 (48,5 %), женщин — 70 (51,5 %). Средний возраст пациентов составил 66 (58;73) лет. Сахарный диабет (СД) I типа был у 4 пациентов, у остальных пациентов — СД II типа. По длительности заболевания СД пациенты были разделены на 6 групп: 1 группа: пациенты с впервые выявленным СД и до года (23 пациента, или 19,3 %), 2 группа: 1–5 лет (25 пациентов, или 21,0%), 3 группа: 6–10 лет (23 пациента, или

19,3 %), 4 группа: 11–15 лет (20 пациентов, или 16,8 %), 5 группа: 16–20 лет (14 пациентов, или 11,8 %), 6 группа: длительность СД более 21 года (14 пациентов, или 11,8 %). Не установлена длительность заболевания у 17 пациентов.

Плотность мочи в среднем составила 1017 (1012;1022), статистически значимые отличия по плотности мочи отмечены у пациентов 1 и 6 группы ($p = 0,049$), 3 и 5 группы ($p = 0,040$). Содержание белка в анализе мочи 0,06 (0,25;0,72) г/л, выявлены отличия у пациентов 1 и 6 группы ($p = 0,045$), 1 и 2 ($p = 0,036$), 1 и 4 ($p = 0,030$). В среднем в 50 % случаях отмечено наличие сахара в крови. Наличие эритроцитов в поле зрения равнялось 7 (3;17), а также лейкоцитов 2 (0;5) в поле зрения — без статистически значимых отличий этих показателей в группах. В биохимическом анализе крови количество общего белка равнялось 69,4 (65,3;74,0) г/л, имелись статистические отличия у пациентов 1 и 2 группы ($p = 0,005$), 2 и 3 группы ($p = 0,028$), 2 и 6 группы ($p = 0,013$). Уровень мочевины составил 7,9 (6,3;10,0) ммоль/л, статистические различия выявлены у пациентов 2 и 4 групп ($p = 0,022$), 1 и 5 групп ($p = 0,044$), 1 и 6 групп ($p = 0,005$) пациентов. Уровень креатинина 94,0 (83,5;117,0) мкмоль/л и статистически значимых различий в указанных группах выявлено не было.

При изучении вышеперечисленных показателей в зависимости от степени тяжести гнойно-некротического процесса при синдроме диабетической стопы были получены результаты, отраженные в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты обследования функции почек у пациентов с разной степенью гнойно-некротического поражения диабетической стопы

Степени поражения при СДС Показатели	Общие	W-II	W-III	W-IV	W-V
	n = 136	n = 17	n = 57	n = 41	n = 21
Плотность мочи	1017 (1012;1022)	1015 (1012;1017)	1019 (1012;1023)	1017 (1010;1021)	1020 (1015;1026)
Белок мочи, г/л	0,06 (0,25;0,72)	0,00 (0,00;0,095)	0,086 (0,00;0,29)	0,038 (0,00;0,184)	0,219 (0,025;0,374)
Сахар в моче, % пациентов	50,0%	52,9%	54,4%	48,8%	33,3%
Эритроц., в моче, в п/зр.	7,0 (3,0;17,0)	1 (0;2)	2 (0;5)	2 (0;5)	3 (0;20)
Лейк., в моче, в п/зр.	2 (0;5)	3 (2;3)	6 (3;11)	8 (4;23)	15 (8;29)
Общий белок крови, г/л	69,4 (65,3;74,0)	70,7 (68,8;74,0)	70,8 (66,3;75,5)	68,3 (64,1;74,3)	65,8 (61,6;68,1)
Мочевина, моль/л	7,9 (6,3;10,0)	8,2 (6,8;10,0)	7,1 (5,9;9,6)	7,5 (5,9;8,9)	10,8 (7,5;16,6)
Креатинин, мкмоль/л	94,0 (83,5;117,0)	91,4 (85,6;97,7)	91,9 (81,5;119,0)	94,0 (81,0;104,0)	116,7 (97,1;182,7)

При оценке полученных данных статистически значимые значения выявлены по следующим показателям: плотность мочи W-II и W-III ($p = 0,039$), W-II и W-V ($p = 0,016$); количество белка в моче: W-II и W-V ($p = 0,019$); количество лейкоцитов в моче (в п/зр): W-II и W-III ($p = 0,00008$), W-II и W-V ($p = 0,0003$), W-II и W-V ($p = 0,00007$), W-III и W-V ($p = 0,016$); эритроцитов в поле зрения: W-II и W-III ($p = 0,033$), W-II и 4 ($p = 0,033$), 2 и 5 ($p = 0,033$); количество общего белка в анализе крови: W-II и W-V ($p = 0,002$), W-III и W-V ($p = 0,005$); уровень мочевины в крови: W-II и W-V ($p = 0,049$), W-II и W-V ($p = 0,001$), W-IV и W-V ($p = 0,002$); уровень креатинина: W-I и W-V ($p = 0,002$), W-III и W-V ($p = 0,003$), W-IV и W-V ($p = 0,003$). При анализе результатов, выявлено несколько тенденций: с увеличением степени по Wagner, отмечается увеличение содержания количества белка в моче, эритроцитов и лейкоцитов в моче. Вместе с тем, количество пациентов, у которых при поступлении имелся сахар в моче — уменьшается. В биохимиче-

ском анализе крови количество белка наоборот уменьшается с увеличением степени гнойно-некротического процесса, а уровень креатинина имеет тенденцию к увеличению.

Выводы

При синдроме диабетической стопы у пациентов наблюдается поражение почек в виде диабетической нефропатии.

При анализе полученных результатов наиболее явно проявления отмечаются при рассмотрении ее в зависимости от степени выраженности синдрома диабетической стопы по Wagner, когда, соответственно, с увеличением степени гнойно-некротического поражения увеличивается и степень нарушения функции почек.

Это требует комплексного и преемственного лечения пациентов специалистами хирургического и терапевтического профиля.

**О. А. ТЕСЛОВА^{1,2}, И. А. КОРБУТ^{2,3}, И. Н. СТРУПОВЕЦ¹,
С. Е. МАЛЬЦЕВА², Е. Н. ПАШКЕВИЧ², Г. В. ВОРОНОВИЧ²**

ВОЗМОЖНОСТИ АНТЕНАТАЛЬНОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

УЗО Гомельского областного исполнительного комитета

²Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

³УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Врожденная пневмония является тяжелым осложнением неонатального периода: по результатам исследований E.D. Barnet и J.O. Klein частота этой патологии при младенческой смертности составляет 20–63 %, при мертворождениях — 10–38 %. Ежегодный глобальный вклад врожденных пневмоний в фето-инфантильные потери составляет, по мнению T. Duke, от 750 тыс. до 1,2 млн. случаев. Ранее прогнозирование развития пневмоний по нашему мнению позволит более эффективно планировать диагностические и лечебные мероприятия и улучшить перинатальные исходы.

Цель: выявить клинически значимые антенатальные предикторы развития врожденной пневмонии у недоношенных новорожденных.

Материалы и методы. Сплошным методом сформирована выборка из 50 пар матерей при преждевременных родах гестационным сроком от 191 до 252 дней, произошедших в родовом и обсервационном отделениях роддома УГОКБ за период 2013 года.

Превалентность пневмоний у новорожденных составила 40%, из этих 20 случаев сформирована основная группа. Группу сравнения составили 30 пар, в которых диагноз врожденной пневмонии у новорожденного был исключен. Полученные количественные и качественные признаки сравнены с использованием точного критерия Фишера, критерия Крускала-Уоллиса, проведены логистический регрессионный и ROC-анализ.

Результаты и обсуждение. На основании первичного анализа данных установлено, что наиболее значимыми факторами, определяющими прогноз развития пневмонии недоношенного, являются: гестационный срок, наличие вагинита и лейкоцитоз крови матери перед родами (таблица 1).

Таблица 1 — Клинико-лабораторная характеристика групп.

Признаки	Основная группа (n = 20)	Группа сравнения (n = 30)	Значимость различий
I. Клинически установленные			
1. Гестационный срок, дн., Me [25-75%]	219,5 [222,5–245,8]	235,5 [222,5–245,8]	Z _T =5,94, p=0,015
2. Преждевременное излитие околоплодных вод, n (%)	11 (55,0%)	19 (63,3%)	P=0,571
3. Антенатальное применение дексаметазона, n (%)	11 (55,0%)	14 (46,7%)	P=0,773

4. Вагинит перед родами, n (%)	14 (70,0%)	10 (33,3%)	P=0,020
5. Хориоамнионит, n (%)	3 (15,0%)	0 (0,0%)	P=0,058
II. Лабораторно подтвержденные			
1. Уровень лейкоцитов крови матери, $\times 10^9/\text{л}$, Me [25–75 %]	15,0 [11,4–17,6]	11,9 [8,5–14,9]	$Z_T=4,32$, $p=0,038$
2. Уровень СРБ крови матери, г/л, Me [25–75 %]	28,0 [12,0–95,0]	34,0 [9,5–48,0]	$Z_T=0,07$ $p=0,791$
3. Положительный результат культурального исследования отделяемого из влагалища матери, n (%)	9 (45,0%)	21 (70,0%)	P=0,089
III. Признаки, характеризующие состояние новорожденного			
1. Вес, г, Me [25–75 %]	1800 [1348–2253]	2093 [1843–2525]	$Z_T=3,00$ $p=0,083$
2. Оценка по шкале Апгар, баллы на 1-й мин., Me [25–75 %]	6 [6–7]	6 [6–7]	$Z_T=2,96$ $p=0,086$
3. Оценка по шкале Апгар, баллы на 5-й мин., Me [25–75 %]	7 [7–7]	7 [7–8]	$Z_T=3,08$ $p=0,080$
4. Уровень лейкоцитов крови при рождении, $\times 10^9/\text{л}$, Me [25–75 %]	12,4 [9,7–20,6]	11,7 [9,8–14,0]	$Z_T=0,52$ $p=0,469$
5. Концентрация гемоглобина крови при рождении, г/л, Me [25–75 %]	153,5 [145,0–82,8]	169,0 [161,3–196,0]	$Z_T=0,47$ $p=0,494$
6. Уровень тромбоцитов крови при рождении, $\times 10^9/\text{л}$, Me [25–75 %]	234,5 [194,5–265,8]	198,5 [169,0–230,0]	$Z_T=2,01$ $p=0,157$
7. pH крови при рождении, Me [25–75 %]	7,304 [7,261–7,389]	7,306 [7,287–7,347]	$Z_T=0,01$ $p=0,921$
8. Положительный результат культурального исследования отделяемого дыхательных путей, n (%)	14 (70,0%)	13 (43,3%)	P=0,086

Были установлены критические значения гестационного возраста и уровня лейкоцитов крови матери перед родами для развития пневмонии у новорожденного, составившие ≤ 217 дней (AUC 0,705 [0,559–0,825]; Se = 55,0 %, Sp = 86,7 %) и $> 13,5 \times 10^9/\text{л}$ (AUC 0,675 [0,528–0,801]; Se = 65,0 %, Sp = 66,7 %; $p = 0,028$). Шансы развития пневмонии у новорожденного в гестационном возрасте ≤ 217 дней в 3,78 [0,91–15,76] раз выше, чем в более позднем возрасте, при лейкоцитозе матери $> 13,5 \times 10^9/\text{л}$ — в 3,72 [1,13–12,23] раза по сравнению с меньшими показателями уровня лейкоцитов крови.

При недоношенной беременности сочетание вагинита с лейкоцитозом крови матери $> 13,5 \times 10^9/\text{л}$ повышает шансы развития пневмонии у новорожденного до OR = 5,32 [1,35–20,99] ($p = 0,017$). Вагинит матери в сроке беременности при родоразрешении ≤ 217 дней ассоциирован с шансами пневмонии у новорожденного OR = 21,65 [1,12–417,28] ($p = 0,042$).

Выводы

Наиболее неблагоприятным предсказательным значением в отношении развития пневмонии у недоношенных новорожденных по нашим данным обладают сочетания у матери вагинита с лейкоцитозом $> 13,5 \times 10^9/\text{л}$ ($p = 0,017$) и с гестационным сроком ≤ 217 дней ($p = 0,042$). Указанные клинико-лабораторные предикторы могут быть использованы для экспресс-оценки риска развития пневмонии у недоношенных новорожденных и планирования объемов их обследования и лечения.

О. А. ТОЛКИНА

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ И МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОГО РЕГИОНА ЗА 2013 ГОД

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Эпилепсия — хроническое, полиэтиологическое прогрессирующе заболевание головного мозга.

Распространенность активной эпилепсии в мире — 0,5–1 %, а ежегодная заболеваемость — 20–120 случаев на 100 тысяч населения. Однократный припадок в возрасте до 20 лет переносят 5–6 % населения, а если учитывать появление фебрильных судорог, то 8–10 %.

Цель: провести анализ распространенности и клинических проявлений эпилептических припадков у детей, оценить эффективность проводимого лечения.

Методы и материалы. Ретроспективно проведена оценка историй болезни 158 пациентов, прошедших лечение в детском неврологическом отделении УГОКБ за период 2013 г. Всем пациентам было проведено комплексное неврологическое, нейрофизиологическое обследование, нейровизуализация головного мозга, согласно протоколам лечения.

Всем пациентам была впервые назначена или сделана коррекция проводимой терапии, включающей антиэпилептические препараты.

Результаты и обсуждение. Возраст наших пациентов колебался от 1 года до 16 лет.

Применяемые схемы терапии в зависимости от варианта эпилепсии и возраста пациентов приведены в таблице 1.

Таблица 1 — Структура форм эпилепсии у пациентов, находившихся на лечении в детском неврологическом отделении УГОКБ в 2013 г. и проводимые схемы лечения

Форма эпилепсии или тип приступов	Кол-во детей	По возрасту			Схемы лечения (где Д — Депакин)
		1–4 года	5–10 лет	11–15 лет	
Эпилепсия с наличием тонико-клонических припадков	18	4	3	11	Д Финлепсин Д хроносфера+топамакс
Эпилепсия с наличием полиморфных припадков	17	3	3	11	Д Д+топамакс Д+карбамазепин
Эпилепсия с наличием парциальных припадков	5	-	3	2	Д Д+ламиктал
Эпилепсия с наличием сложных абсансов	4	-	2	2	Д
Эписиндром тонико-клонических припадков	56	8	26	22	Карбамазепин (финлепсин) Д
Эписиндром с наличием простых абсансов	15	2	9	4	Д
Эписиндром вторично генерализованный	15	1	8	6	Топамакс Карбамазепин
Эписиндром с наличием простых и сложных парциальных припадков	13	-	6	7	Карбамазепин Д
Эписиндром с наличием полиморфных припадков	7	4	1	2	Финлепсин (карбамазепин) Д
Эписиндром с наличием сложных абсансов	5	-	3	2	Д
Синдром Леннокса -Гасто	3	3	-	-	Д+кепра+клоназепам Д хроносфера+топамакс

Отмечено статистически значимое преобладание числа детей с тонико-клоническими припадками: 74 ребенка (46,8 %), из них с эписиндромом 56 (35,4 %). Реже встречались пациенты с парциальными припадками — 33 ребенка (21 %), из них у 5 детей (3 %) выставлен диагноз эпилепсия. В 15,2 % случаев (24 ребенка) был выявлен полиморфный характер припадков, включавший разнообразные по проявлениям генерализованные и парциальные припадки. Абсансы выявлены у 19 детей (12 % случаев). Частота пациентов с синдромом Леннокса-Гасто составила 1,9 %.

Показатель встречаемости данной патологии у детей в возрастных группах 5–10 лет и 11–15 лет отличался незначительным динамическим приростом, соответственно 40,5 % и 43,7 %.

По данным исследования монотерапию препаратами вальпроевой кислоты получали 69 пациентов, иминостильбены (карбамазепин) — 36 пациентов, топамакс — 2 пациента, 51 пациент получал политерапию (дуотерапию — 48 детей, 3 ребенка с синдромом Леннокса — Гасто получали 3 антиконвульсанта). Вальпроаты чаще применялись при генерализованных формах эпилепсии, эффективность составила 78 %. При фокальных формах эффективность лечения достигала 66 %.

Все пациенты после курса стационарного лечения были выписаны на амбулаторное наблюдение и дальнейшее превентивное лечение с положительной динамикой.

Выводы

Эпилепсия и эписиндромы у детей являются одной из частых причин для обращения за неврологической помощью.

Чаще у детей встречались парциальные и тонико-клонические припадки.

При лечении наилучший эффект наблюдается при применении депакина, карбамазепина (финлепсина).

Л. М. ТУЗОВА

ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ УГОКБ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Антибактериальные препараты создали иллюзию победы над инфекционными заболеваниями, но также обусловили возникновение резистентных и атипичных форм большинства возбудителей, послужили причиной появления большого количества осложнений. По данным литературы, 30 % госпитализированных пациентов имеют побочные реакции на лекарства, причем частота побочных реакций при антибактериальной терапии колеблется от 1 до 50 %. Патогенез этих проявлений разнообразен, как реакция на экзогенные и эндогенные факторы.

Клиническая картина побочных реакций при применении антибактериальных лекарственных средств характеризуется полиморфизмом. Иногда трудно заметить отрицательные проявления антибиотикотерапии, но это не означает, что их нет.

Актуальность обсуждаемой проблемы заключается в распознавании и предупреждении возможных побочных эффектов антибактериальной терапии, знание их врачами, тщательное наблюдение за пациентами, постоянной настороженности клиницистов с целью раннего выявления и ликвидации возникших осложнений.

Целью работы явилось изучение частоты и характера побочных реакций при антибактериальной терапии у пациентов детского нефрологического отделения УГОКБ.

Материалы и методы

Материалом исследования явились медицинские карты, листы врачебных назначений стационарных пациентов детского нефрологического отделения в период 2012–

2013 г. Всего изучено 800 случаев. Распределение по возрасту и полу не было. Все дети получали антибактериальную терапию комплексно или в моноварианте по поводу инфекций мочевыводящих путей (циститы, пиелонефриты), инфекционных нефропатий, различных гломерулярных болезней.

Результаты и обсуждение

Применяемые варианты АБ-терапии пациентам нефрологического отделения УГОКБ приведены в таблицы 1. Длительность применения АБ-препаратов не превышала допустимые сроки.

Таблица 1 — Применяемые схемы лечения у пациентов нефрологического отделения за период 2012–2013 гг.

Варианты АБ-терапии, группы препаратов	Количество пациентов
А) Монотерапия АБ-препаратами	
пенициллиновый ряд антибиотиков (амоксциллин)	25
макролиды (эритромицин, кларитромицин)	15
цефалоспорины (цефазолин, цефтриаксон, цефотаксим, цефтазидим)	180
аминогликозидами (амикацин)	70
сульфаниламиды	60
нитрофураны (фурамаг, фурадонин, фуразолидон)	120
Б) Комбинированная АБ-терапия	
а) цефалоспорины + аминогликозиды	60
б) цефалоспорины + нитрофураны	270

Развившиеся побочные реакции у пациентов фиксировались в медицинской документации и служили причиной пересмотра дальнейшей схемы лечения. Структура побочных действий препаратов антибактериальной терапии распределились следующим образом, представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Развившиеся побочные эффекты после АБ-терапии у пациентов нефрологического отделения за период 2012–2013 гг.

Клинические признаки	Общее количество пациентов	Вызвавшие осложнения препараты	Количество пациентов
— нейротоксичные			
а) головная боль	20	цефалоспорины	4
		нитрофураны	16
б) возбудимость, раздражительность	5	нитрофураны	5
в) тошнота, рвота	36	цефалоспорины в/в	5
		нитрофураны per os	31
г) парестезии	1 (с ХПН)	фурадонин	1
— кожные проявления (сыпь)	11	ко-тримоксазол	6
		фурадонин	4
		цефотаксим в/в	1
— гемолитическая анемия	2	ко-тримоксазол	1
		фурамаг	1
— снижение сопротивляемости			
а) кандидоз слизистых	18	амоксциллин	8
		цефалоспорины	6
		макролиды	4
б) кишечный дисбиоз	17	цефалоспорины	14
		макролиды	3

У пациентов с развившейся гемолитической анемией в последующем, при дообследовании, был выявлен дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы.

Клинически развившийся кишечный дисбиоз на фоне использования антибактериальных лекарственных средств наблюдался при применении цефалоспоринов (у 4 — развилась компенсированная форма, у 10 — субкомпенсированная) и макролидов (у всех субкомпенсированная форма).

Анафилактического шока у наших пациентов не было отмечено.

Таблица 3 — Частота побочных реакций при антибактериальной терапии у пациентов детского нефрологического отделения за 2012–2013 гг.

Препараты/ Пациенты	Пенициллиновый ряд	Макролиды	Аминогликозиды	Сульфаниламиды	Нитрофураны	Цефалоспорины	Комбинация АБ-препаратов	
							Цефалоспорины + аминогликозиды	Цефалоспориновый + нитрофураны
Всего получавших, чел.	25	15	180	60	120	70	60	270
Имели побочные реакции, чел.	6	7	41	8	16	—	6	38
% побочных реакций от числа всех пациентов	0,75	0,86	5,13	1	2	—	0,75	4,75
% побочных реакций от числа получавших данный препарат	24	46,7	22,8	13,3	13,3	—	10	14,01

Из таблицы 3 видно, что побочные реакции чаще наблюдались при монотерапии макролидами (кишечный дисбиоз, кандидоз слизистых), реже — при лечении амоксициллином (кандидоз слизистых), еще реже — при монотерапии цефалоспоринами (головная боль, рвота, кожная сыпь, кандидоз слизистых, кишечный дисбиоз).

У исследуемой группы пациентов за период лечения не было зафиксировано никаких побочных реакций при применении амикацина.

Выводы

Все более широкое использование антибактериальных лекарственных средств требует дальнейшего изучения как положительного, так и отрицательного влияния их на организм человека, а также проведения превентивных мер, упреждающих развитие осложнений.

К наиболее значимым профилактическим мероприятиям относят исключение полипрогмазии и проведения неоправданного приема антибактериальных лекарственных средств, ограничение самолечения, тщательное изучение фарманамнеза у пациента при назначении терапии, выбор препарата с наибольшим профилем безопасности, рациональный выбор комбинаций антибактериальных лекарственных средств с учетом чувствительности микрофлоры, имеющейся сопутствующей патологии.

Д. В. УГОЛЬНИК, А. И. ХМЫЛКО

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИНТУБАЦИИ КИШЕЧНИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Назогастроинтестинальная интубация (НГИИ) при острой кишечной непроходимости (ОКН) до сих пор остается спорным вопросом в экстренной хирургии. Отсутст-

вует единое мнение о показаниях и продолжительности к НГИИ. На территории СНГ НГИИ проводят с целью шинирования кишечника при повторных операциях по поводу ОКН, распространенном перитоните, парезе кишечника, резекции кишки с анастомозом при ОКН. Однако существует широкий спектр довольно разноречивых взглядов. В англоязычных источниках НГИИ имеет ограниченные показания; отмечают высокую частоту опасных осложнений и их связь с ней.

Цель: провести ретроспективную оценку результатов НГИИ у пациентов с ОКН в 1х/о УГОКБ за 2010–2012 гг.

Материалы и методы. Изучены данные анамнеза, клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования у 48 пациентов с ОКН, находившихся на лечении в УГОКБ в период 2010–2012 гг. Данные лабораторных анализов исследовали при поступлении, на 2–3 и 4–5 сутки после операции. Оценку степени эндогенной интоксикации проводили с использованием индекса лейкоцитарной интоксикации по Кальф-Калифу (ЛИИ). Все пациенты были разделены на 2 группы: первая — пациенты, которым проводилась НГИИ, во второй группе НГИИ не выполняли. Полученные данные обработаны с использованием программного обеспечения «Statsoft (USA) Statistica 8.0». Анализ с использованием критерия (U) Манна-Уитни. Частотный анализ в таблицах сопряженности проводили с использованием двухстороннего точного критерия Фишера (F) и Хи-квадрата (χ^2). Параметры описательной статистики для качественных показателей представлены в виде процентов (%), для количественных приведены медиана и квартили — Me (Q1;Q3). Различия между показателями считали статистически значимыми при $p < 0,05$. различий в двух независимых группах по количественным показателям проводился

Результаты и обсуждение. Из 48 пациентов НГИИ проводилась 25 пациентам с ОКН. Медиана возраста у пациентов первой группы составил 50 (43;55) лет, второй — 54 (36;75) г. Сопутствующие заболевания выявлены у 52,6 % пациентов. Из них патология сердечно-сосудистой системы была у 55,6 % пациентов группы с НГИИ, патология дыхательной системы — 20,4 %, мочевыделительной системы — 31,5 %. Койко-дни в стационаре у пациентов с первой группы с НГИИ составила 12,0 (10,0;14,0) дней, во второй 11,0 (9,0;13,0) дней. При сравнении двух групп по срокам пребывания в хирургическом отделении и реанимации, продолжительности операции, ЛИИ, уровня билирубина, АсТ, АлТ, мочевины статистически значимых различий между группами выявлено не было. В первой группе пациентов уровень креатинина был на 27,4 % ниже, чем во второй на 4–5 сутки после операции, различия статистически значимы ($p < 0,05$), однако оставался в пределах нормы. Это может быть связано с изначально более тяжелым состоянием пациентов, которым проводилась НГИИ. При анализе частоты встречаемости послеоперационных осложнений между группами статистически значимых различий выявлено не было.

86,6 % пациентов были оперированы по поводу спаечной ОКН, 10,5 % — странгуляционной (ущемление), 2,6 % — obturационной. Резекция кишки была выполнена в 23,7 % случаев, у 76,3 % пациентов с ОКН потребовалось проведение висцеролиза. При анализе различий между первой и второй группой выявлено, что вид непроходимости не являлся обязательным показанием к интубации кишки. Большинство пациентов (59 %) поступило в хирургическое отделение в первые 12 часов от начала заболевания. При проведении частотного анализа выявлено, что НГИИ была выполнена 24 % пациентов, поступившим позже 72 часов от начала заболевания, 8,7 % прооперированных пациентов по поводу ОКН интубация кишечника не проводилась.

Выводы

Пациенты, которым проводилась назогастроинтестинальная интубация поступали в стационар в более поздние сроки от начала клинической картины ОКН, и в большинстве случаев имели тяжелую сопутствующую патологию.

Назогастроинтестинальная интубация не оказала влияния на продолжительность пребывания пациента в стационаре, степень эндогенной интоксикации и не увеличила частоту послеоперационных осложнений.

На заметку врачу

В. А. ФЕДОТЕНКО, В. Л. КОРХОВ, Е. С. ПЕТРЕНКО

РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ И ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ВРАЧА В ОАРИТ АН С ПОМОЩЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Доля эмпирического подхода при лечении детей намного меньше, чем взрослых, вследствие больших различий в весе пациентов, зависимости дозировок препаратов и объема проводимой инфузии от суток жизни и большой вариабельности протекания патологических процессов.

При написании листа назначений новорожденному ребенку, находящемуся на лечении в отделении реанимации, выполняется много простых вычислений, которые отнимают у врача время. В среднем, производится около 30–40 арифметических вычислений на одного пациента. Написание одного листа назначений занимает около 20 минут рабочего времени. Причем время тратится не на анализ и синтез, а на работу с калькулятором. Один врач в среднем занимается лечением трех-четырёх пациентов, иногда количество пациентов на врача возрастает до восьми-девяти. Как видно до трех часов рабочего времени тратится преимущественно на выполнение расчетов. Это приводит к ослаблению внимания к пациентам, и может привести к поздней диагностике отрицательных сдвигов в динамике состояния пациента.

Материал исследования.

Вес новорожденных детей, пролеченных в ОАРИТ АН за период 2014 г., колебался от 700 до 4300 грамм. Объем вводимой жидкости к 6-м суткам жизни возрастает вдвое. При парентеральном питании каждый день изменяется потребность в нутриентах. Все это исключает использование «стандартных заготовок» и обуславливает необходимость индивидуального подхода в расчете объема инфузии, дозах антибактериальных препаратов, глюкозы, липидов, аминокислот и электролитов.

В компьютерной программе для работы с электронными таблицами Microsoft Excel был сделан лист назначений. В его основу был положен стандартный лист назначения нашего отделения. Это упростило его восприятие средним медицинским персоналом.

Результаты и обсуждение.

Заполнение первого листа занимает около 5 минут, каждого последующего около 2-х минут. Расчет доз препаратов происходит по формулам, которые заложены в сам электронный документ. Вводные данные можно разделить на две группы: т. е, которые вводятся однократно, при написании первого листа назначений, и те, которые вводятся ежедневно и являются корректирующими. Однократно заполняется паспортная часть (Ф. И. О, номер истории болезни, срок гестации и т. д.), вес при рождении, дата рождения. В дальнейшем вводятся потребности в электролитах и нутриентах (примерно 5–7 значений). При необходимости корректируется объем вводимой парентерально жидкости.

Выводы

Применение компьютера в работе врача анестезиолога-реаниматолога в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии акушерства и неонатологии значительно уменьшило бы время, необходимое для работы с медицинской документацией и исключило/минимизировало вероятность ошибки в назначениях вследствие «человеческого фактора».

Врач получает возможность больше уделять внимание пациентам в первой половине рабочего дня, когда обычно он был занят выполнением рутинной работы.

Ф.И.О. ребенка	Маслюковой В. В.	Дата	26.07.2014	Дата и время рож.	18.07.2014	Сутки жизни	10	Срок госпитализации	15-36	Лист	3
Группа и статус ребенка	Группа и статус ребенка		Вес при рож.		2,34 кг	Масса на час	2,835	Длина веса	-40		
На истории	1354	Пол	жен	Числится за год	р. Заг	Смена ДК	30 Май	Палата	4	Врач	Федотенко В. А.

Мониторинг	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	Анализы
Артериальное давление, мм. рт.ст.	Систолическое																								Температура	
	Диастолическое																								Сатурация	
SpO2, %																									Сатурация	
Частота сердечных сокращений, мл-1																									Частота дыхания, мл-1	
Температура тела, гр. Цельсия																									Температура	
ЦВД, мм. водн. ст.																									ЦВД	
Диурез, мл																									Диурез	
Стул																									Стул	
Ревизия желудка																									Ревизия желудка	
Кормление																									Кормление	

Назначения	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8
Цестраваксон 10,0%	0,9																								
Амикацин	0,9%		0																						
Винасол 1%	0,2 мл/в/вен																								
Этамивилат 12,5%	0,3 мл/в/вен																								
Триазолин хлорид 5%	0,1 мл/в/вен																								
Аскорбиновая кислота 5%	0,3 мл/в/вен																								
Паридаксина хлорид 5%	0,1 мл/в/вен																								
Преланс	3 мл, р/г/г/г/г																								
Диализ	2 доз, р/г/г/г/г																								

Параметры ИВЛ	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8
Аппарат/режим																									
ЧД апп./спонт./общ.																									
Tinsp/Rampre																									
Pinsp/PEEP																									
FiO2, %																									
Поток, л/мин																									
R/C																									
eтСО2																									

Масляной с № 1354

Объем жидкости в сутки	100 % Vml + 30 мл/кг	483 мл/сут	Интервално	70 мл	49,0 Ккал	Всего	86,3 Ккал/кг*сут
			Парентерально	413 мл	170 Ккал		

Доза	Единицы	Назначения	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7							
0,50 г/л/час	Глюкоза	10%	183,7 мл																						Всего	30,487/сут	121,92 Ккал/сут						
3,30 ммоль/л/сут	Глюкоза	20%	60,9 мл																						Объем	382,4 мл							
1,00 ммоль/л/сут	Кальция хлорид 7,5%		10,2 мл																						Скорость	18,5 мл/час							
0,50 ммоль/л/сут	Магния сульфат 25%		0,3 мл																														
ммоль/л/сут	Натрия хлорид 0,9%		40,0 мл																														
3,00 г/л/сут	Аминовен Инфант 10%		76,2 мл																														
	СОЛУБИТ		2,9 мл																														
2,0 г/л/сут	Липовенос 20%		25,4 мл																						Всего	5,17/сут	48,26 ккал/сут						
	Витамины		3,0 мл																						Всего	28,3/сут	1,30 мл/час						
0,00			3																														
0,00			3																														
0,00			3																														
0,00			3																														
Уход, физиотерапия и местное лечение:																																	
Саниция ТВД(т), ротоглотки(о) и нос(а)и																																	
Фототерапия																																	
Обработка кожи																																	

врач: Федотенко В. А.

Медсестра:	Гидробаланс	Введено (мл)	В вену	Интервално	Всего		
		Выделено (мл)	Диурез	До потери	Всего	мл	%

Рисунок 1 — Вид распечатанного листа назначений в ОАРИТ АН УГОКБ. Две стороны.

**А. И. ХМЫЛКО, В. В. МИХАЙЛОВ, И. Ю. ЗЕМЛЯНСКИЙ,
Н. П. МЕЛЬНИКОВА, А. В. ЛУТКОВ, В. М. МАЙОРОВ**

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРОТОКОЛОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ В РБ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»
УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Актуальность работы обусловлена широким распространением гастродуоденальных кровотечений язвенного генеза, а также высокой летальностью при данной патологии. Раз-

работка протоколов диагностики и лечения, основываясь на опыте отечественных и зарубежных специалистов, является важной задачей в диагностике и лечении данной патологии.

Цель: сравнить протоколы РБ с протоколами РФ с целью нахождения оптимальных путей по улучшению результатов лечения пациентов с гастродуоденальным кровотечением в многопрофильном стационаре неотложной помощи.

Задачи:

- 1) Изучить протоколы диагностики и лечения по данной нозологии.
- 2) Сравнить последовательность различных методов диагностики источников гастродуоденального кровотечения, выявить координатные различия.
- 3) Сравнить комплекс тактических мероприятий по консервативной терапии, в т.ч. эндоскопической, у пациентов с гастродуоденальным кровотечением.
- 4) Сравнить показания и объем хирургического вмешательства.
- 5) Сравнить этиопатогенетически обоснованные программы профилактики гастродуоденальных кровотечений.

Материал и методы. Для исследования были взяты национальные протоколы диагностики и лечения РБ, РФ.

Результаты и обсуждение. Отличия протоколов РБ от протоколов РФ:

1. Указание кратности лабораторных исследований: в протоколах РФ: Ег, Нб, Нт каждые 6 ч в первые сутки, затем 2 раза в сутки до достижения Нб до 100 г/л. В протоколах РБ (ПрРБ) кратность устанавливается по показаниям.

2. Эндоскопические критерии оценки источника и интенсивности кровотечения: в протоколах РФ (ПрРФ) критерии оценки строго по J. Forrest, 1989. В ПрРБ не указана единая для всех схема.

3. Расхождение по указанию обязательных инструментальных методов исследования: в ПрРФ рентгеноскопия желудка — обязательный метод исследования с уточнением ее выполнения: при избрании консервативной тактики лечения на 3–5 сутки при уже установленном источнике кровотечения. Целью рентгеноскопии является установление факта пенетрации или малигнизации язвенного процесса. В ПрРБ рентгеноскопия желудка — как дополнительный метод исследования без уточнения по его выполнению.

4. Отмывание кишечника от крови как обязательное составляющее консервативного лечения. В ПрРФ: сифонные клизмы до «чистой воды» с 1-х суток поступления до появления стула коричневого цвета. Цель: профилактика повышения температуры тела, параза кишечника. В ПрРБ: не указано.

5. Отличия в факторах высокого риска рецидива кровотечений. В ПрРФ временной фактор: кровотечение с давностью до 2-х суток. В ПрРБ анатомический фактор расположение язвы в зоне «сосудистой ахиллесовой пяты» желудка, которая находится на 2–3 см от средней линии малой и большой кривизны (зона входа в подслизистый слой перфорантных сосудов)

6. Отличия в сроках оперативного вмешательства по срочным показаниям. В ПрРФ длительность предоперационной подготовки 4–6 часов с последующей операцией. В ПрРБ длительность предоперационной подготовки не более 24 часов с последующей операцией.

Выводы

Отличительной особенностью протоколов диагностики и лечения язвенных кровотечений, принятая в РБ, является ставка на минимализм диагностических процедур с максимальным сжатием сроков между диагностикой и лечением (в т. ч. оперативным), то есть основной акцент направлен на временной фактор.

Протоколы РФ акцентируют внимание на морфологическом субстрате кровотечения (рентгеноскопия желудка). Преимущественным моментом является принятая единая эндоскопическая оценка по Forrest, значительно повышающая преемственность между эндоскопистами и хирургами в оценке источника и интенсивности кровотечения, что упрощает принятие решения по тактике дальнейшего лечения.

**А. И. ХМЫЛКО, С. В. СВИСТУНОВ, В. В. МИХАЙЛОВ, В. М. МАЙОРОВ,
Н. П. МЕЛЬНИКОВА, И. П. СУШКИН, А. В. ЛУТКОВ**

**МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ОСТРОГО
ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА (ОДП)**

*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»
УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

Парапанкреатит до сих пор продолжает оставаться нерешенной проблемой, выступающий в качестве самостоятельного источника интоксикации и причины летальных исходов при развитии у пациентов гнойно-септических осложнений. При значительной вариабельности цифр (5–85 %) общей летальности от этого заболевания уровень диагностики и тактики лечения далек от совершенства. Максимально раннее лечебное воздействие на поджелудочную железу при остром деструктивном панкреатите (ОДП) не гарантирует от летального исхода от парапанкреатита, и такая формулировка проблемы означает безусловную актуальность патологических процессов в парапанкреатическом пространстве независимо от их давности и локализации.

Цель. Изучить возможности применения малоинвазивных методов при лечении гнойно-септических осложнений ОДП.

Материал и методы исследования. Представлен материал, основанный на анализе 87 случаев лечения пациентов с гнойно-септическими осложнениями ОДП с использованием малоинвазивных технологий под сонографическим контролем в сочетании с традиционными хирургическими методами за период 2010 — июня 2014 года. Из них мужчин — 64 (73,6 %), женщин — 23 (26,4 %). В результате обследования больные были распределены следующим образом: 1-я группа — пациенты с оментобурситом; 2-я группа — нагноившаяся киста парапанкреатической клетчатки; 3-я группа — забрюшинная флегмона. В зависимости от показаний на фоне общеукрепляющего и симптоматического лечения применялся пункционно-дренажный, лапароскопический, традиционный хирургический методы лечения.

Результаты и обсуждение. При оментобурситах полное излечение без дополнительных хирургических вмешательств наступило у 24 (72,7 %) человек. Группу пациентов с отрицательным результатом составили 5 человек. Всем им были произведены лапаротомия, секвестрэктомия, дренирование парапанкреатической клетчатки и сальниковой сумки. Одна пациентка после оперативного лечения скончалась через сутки на фоне полиорганной недостаточности. Наиболее эффективное применение малоинвазивных технологий было отмечено при лечении нагноившихся кист парапанкреатической клетчатки. Во всех 30 случаях излечение произошло без дополнительных хирургических вмешательств, что связано с наличием сформированной, плотной капсулы, ограничивающей гнойное содержимое от брюшной полости. Наиболее тяжелым осложнением ОДП явилась флегмона забрюшинной клетчатки (ФЗК). Основным источником инфицирования зон забрюшинного некроза служит кишечник, основные пути инфицирования — лимфо- и гематогенный, а основной механизм инфицирования заключается в транслокации бактерий через кишечную стенку. В результате проводимого лечения улучшение состояния наступило у всех 24 пациентов, однако полное излечение наступило у 10 человек (41,7 %), у 5 (20,8 %) — наступила стойкая стабилизация процесса, характеризующаяся уменьшением явлений интоксикации, нормализацией температурной реакции на уровне субфебрильных цифр, что позволило в последующем произвести операцию по удалению секвестров в благоприятных условиях. У 9 пациентов (37,5 %) после кратковременного улучшения на фоне проведенного малоинвазивного вмешательства вновь наступило

ухудшение состояния, вследствие чего им были выполнены лапаротомия, секвестрэктомия, дренирование забрюшинной клетчатки. Несмотря на все усилия, у двух пациентов прогрессировала отрицательная динамика с развитием летального исхода.

Выводы

Малоинвазивные хирургические методики служат методом выбора при ограниченных панкреатогенных гнойниках.

При распространенной забрюшинной флегмоне ценность малоинвазивной санации становится зависимой не только от количественного, но и от качественного критерия, а именно удельного веса жидкого гноя и секвестров в гнойно-некротической полости.

Л. А. ХМЫЛКО, Т. А. ЛАТОХО, С. К. ЛОЗОВИК

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»
УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

Болезнь Крона (БК) — это хронический воспалительный процесс, который потенциально может поражать любую часть кишечной трубки (от слизистой рта до ануса). Существенной специфической особенностью этой патологии является локальность, чередование пораженных сегментов с неизменными.

Язвенный колит (ЯК) представляет собой хроническое воспалительное заболевание кишечника неуточненного генеза, склонное к рецидивированию с периодами кровавой диареи и патоморфологически — диффузным воспалительным процессом в стенке толстой кишки.

Хронические воспалительные заболевания кишечника (ХВЗК) хотя и не лидируют среди гастроэнтерологической патологии, однако по тяжести течения, частоте осложнений, инвалидизации в молодом возрасте и летальности занимают одну из главенствующих позиций. В настоящее время распространенность ХВЗК у детей составляет 2,2–6,8 случаев на 100 тыс. детского населения. Клиническая картина ХВЗК включает в себя кишечные и внекишечные проявления, а также общие признаки воспаления. Дифференциальный диагноз ХВЗК сложен.

Прогноз в отношении выздоровления — неблагоприятный, а в отношении продолжительности жизни более благоприятен при ЯК. Современные методы лечения ХВЗК позволяют достичь клинической ремиссии заболевания, улучшить качество жизни пациентов.

Цель. Изучить особенности клиники язвенного колита и болезни Крона у детей, проживающих в Гомельской области.

Материалы и методы. Нами ретроспективно проанализировано 42 истории болезни детей, находившихся на стационарном лечении в детском гастроэнтерологическом отделении УГОКБ по поводу язвенного колита и болезни Крона в 2011–2013 гг. Всем детям было проведено клиничко-лабораторное и инструментальное обследование.

Результаты и обсуждение

В исследуемую группу был включен 21 человек в возрасте от 1 до 16 лет, 13 (61,9 %) девочек и 8 (38,1 %) мальчиков. Проживают в городе 17 (81 %) детей, в сельской местности — 4 (19 %).

В 2011 г. на стационарном лечении по поводу ХВЗК находились 2 девочки (14 летняя с БК и 4 летняя с ЯК); в 2012 г. — 11 человек (в том числе и вышеназванные дети повторно); в 2013 г. — 16 детей. 10 пациентов в течение 3 лет находились на стационарном лечении 2 и более раз. В 2013 г. заболевание выявлено впервые у 4 детей (2 мальчика и 2 девочки); в 3

случаях БК, у 1 — ЯК. Отличить ЯК от БК (гранулематозный колит) только по клиническим признакам не представляется возможным. Для верификации диагноза проводилась колоноскопия с биопсией слизистой оболочки кишечника у всех детей исследуемой группы.

ЯК был диагностирован у 7 (33,3 %) детей (4 мальчика, 3 девочки); БК — у 14 (66,7 %) (4 мальчика, 10 девочек). В возрасте 1–6 лет было 5 (23,8 %) детей (3 мальчика, 2 девочки): в 4 случаях ЯК низкой степени активности, легкое течение; у 1 девочки в возрасте 6 лет впервые диагностирована БК. В возрасте 10–13 лет 6 (28,6 %) детей (3 мальчика, 3 девочки), из них 5 человек с БК и 1 мальчик с ЯК. В возрасте 14–16 лет 10 (47,6 %) детей (БК — 2 мальчика и 6 девочек; ЯК — 2 девочки).

Клинические проявления ХВЗК: частой жалобой были боли в животе — у 18 (85,7 %) детей, редко отмечалась тошнота — у 6 (28,6 %), рвота — у 2 (9,5 %), запоры — у 5 (23,8 %), диарея — у 9 (42,9 %), тенезмы — у 1 (4,8 %). Чаще обнаруживалась кровь в кале — у 9 (42,9 %) детей, реже — слизь в кале — у 5 (23,8 %), детальная структура приведена в табл. 1. Примесь слизи и крови в стуле разной консистенции отмечались как у пациентов с ЯК, так и с БК.

Таблица 1 — Частота клинических проявлений при болезни Крона и язвенном колите у пациентов в исследуемой группе.

Клинические признаки \ Формы ХВЗК	Болезнь Крона (14 чел)		Язвенный колит (7 чел)	
	чел.	%	чел.	%
Боли в животе	12	85,7	6	85,7
Тошнота	5	35,7	1	14,3
Рвота	1	7,1	1	14,3
Диарея	6	42,9	3	42,9
Запор	4	28,6	1	14,3
Тенезмы	0	0	1	14,3
Кровь в кале	4	28,6	5	71,4
Слизь в кале	2	14,3	3	42,9

Гипохромная анемия была диагностирована у 8 (38,1 %) детей (ЯК — 4, БК — 4), причем у 7 из них наблюдалась примесь крови в кале. Из них анемия легкой степени тяжести (гемоглобин 99–115 г/л) была выявлена в 87,5 % случаев: у 4 девочек и 3 мальчиков (ЯК — 4, БК — 3); анемия тяжелой степени (гемоглобин 69 г/л) у 1 девочки с ЯК высокой степени активности, тяжелым течением.

Лейкоцитоз ($9,5-16,5 \times 10^9/\text{л}$) был у 7 (33,3 %) детей (ЯК — 4, БК — 3), лейкопения (менее $4,0 \times 10^9/\text{л}$) — у 1 (4,8 %) ребенка с БК.

Отягощенная наследственность болезнями ЖКТ (язвенная болезнь, хронический гастрит, хронический холецистит, желчнокаменная болезнь) анамнестически установлена у 8 (38,1 %) детей, в т. ч. 1 случай саркомы толстой кишки у родной сестры.

Физическое развитие девочек исследуемой группы было: гармоничное — у 7 человек (среднее 6, высокое — 1), дисгармоничное — у 6 (обусловленное дефицитом массы тела I степени: среднее — 4, высокое — 2). Физическое развитие мальчиков было: гармоничное — у 2 (среднее — у 1, выше среднего — у 1), дисгармоничное — у 6 человек (среднее и ниже среднего с дефицитом массы тела II степени — у 3 детей, высокое с избытком массы тела I степени — у 3).

Полученные нами данные не противоречат литературным, а наша работа требует дальнейшего продолжения клинических наблюдений.

Выводы

1. Наблюдается постепенный рост числа хронических воспалительных заболеваний кишечника в детском и подростковом возрасте; болезнь Крона по данным нашего исследования при этом встречается в 2 раза чаще, чем язвенный колит.

2. Заболевания наблюдаются преимущественно у детей, проживающих в городе, чаще у лиц пубертатного возраста, чаще у девочек. Характерных особенностей физического развития детей с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника не выявлено.

3. Основными клиническими симптомами хронических воспалительных заболеваний кишечника являются боли в животе, наличие диареи с примесью крови и слизи.

4. Примерно у трети детей с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника в период обострения наблюдаются изменения в анализе крови (анемия и лейкоцитоз).

Е. Л. ЦИТКО¹, О. С. ГОВРУШКО¹, Е. В. ЦИТКО²

АУТОЛИКВОРОХИМИОТЕРАПИЯ С ИММУНОМОДУЛЯЦИЕЙ ПРОДИГИОЗАНОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»¹

Учреждение «Гомельская городская клиническая больница № 3»²

Первичные опухоли центральной нервной системы (ЦНС) составляют 1,4 % от всех злокачественных опухолей и 2,4 % от онкологической летальности. Проблема лечения пациентов со злокачественными глиальными опухолями остается в значительной степени нерешенной, а результаты малоутешительными — средняя выживаемость не превышает 14 месяцев. Особый интерес, на сегодняшний день, вызывают методы loco-региональной аутоликворохимиотерапии (АЛХТ).

Цель. Оценить ближайшие результаты аутоликворохимиотерапии с использованием индуктора эндогенного интерферона — продигиозан, в комплексном лечении первичных глиальных опухолей головного мозга.

Материалы и методы. За период 2011–2013 гг., метод АЛХТ с курсом системной иммунотерапии индуктором эндогенного интерферона использовался у 14 пациентов с первичными глиальными супратенториальными опухолями. Во всех случаях первым этапом лечения выполнялось тотальное или субтотальное удаление опухоли. Распределение по типу гистологического строения следующее: глиомы I–II степени злокачественности 57,1 % (n = 8), III–IV степени анаплазии 42,9 % (n = 6). Средний возраст пациентов составил 50 ± 13 лет. Мужчин было 71,4 %, женщин 28,6 %.

Методика АЛХТ включала проведение люмбальной пункции на уровне L3–L4 позвонков с забором 10 мл ликвора, который соединяли с цисплатином в дозе 0,2 мг. После инкубации смеси в термостате при температуре 37 °C с экспозицией 30 мин, ее медленно вводили интратекально. В рамках одного курса проводили две процедуры АЛХТ с интервалом 5 дней, суммарно выполнялось 3 курса эндолюмбальной химиотерапии на аутологичной среде (ликвор).

За 48 часов до курса АЛХТ начинался курс системной иммунотерапии продигиозаном: внутримышечно 30 мкг один раз в сутки по схеме 2, 6 и 10 сутки курса.

Изучение токсичности АЛХТ проводилось согласно рекомендациям ВОЗ по критериям CTC-NCIC. Адаптационные реакции оценивались по интегральному показателю — процентному содержанию лимфоцитов в лейкоцитарной формуле (Гаркави Л.Х. и соавт, 2003).

Статистический анализ результатов исследования выполнялся с помощью пакета STATISTICA 6.0 (StatSoft, Inc. USA). При сравнении результатов статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения

Прогрессирование опухолевого процесса после 3 курсов АЛХТ с продигиозаном за 2 летний период обнаружено в 21,4 % (n = 3) случаев. Нейротоксические осложнения

I и II степени (головокружение, головная боль, бессонница, перепады настроения) не были выраженными и составили 6,9 %, 4,9 %, 3,9 % и 2,8 % соответственно. Низкий уровень токсических осложнений связан с опосредованным противовоспалительным и ноотропным эффектом продигиозана через систему цитокинов.

Анализируя динамику неспецифических адаптационных реакций было установлено, что исходно у пациентов преобладала «реакция тренировки» (уровень лимфоцитов 22–28%). В последующем, на протяжении 3 курсов АЛХТ с продигиозаном, развития реакции стресса выявлено не было. В начале АЛХТ интегральный показатель составил $28,7 \pm 1,41$ и оставался без существенной динамики на протяжении всего курса $27,9 \pm 1,26$ ($p > 0,05$).

Изучение динамики уровня кальция в ликворе показало несущественные его колебания от $1,18 \pm 0,06$ в начале курса АЛХТ до $1,19 \pm 0,08$ после третьего курса ($p > 0,05$). Стабильный уровень содержания кальция в ликворе при АЛХТ с продигиозаном свидетельствует о низком раздражающем действии интратекальной химиотерапии с применением иммуномодуляторов.

Выводы

Метод аутоликворохимиотерапии совместно с применением индуктора эндогенного интерферона — продигиозана обладает менее выраженными нейротоксическими проявлениями, что улучшает качество жизни пациентов на фоне интратекальной химиотерапии вследствие хорошей переносимости.

Введение цисплатина разведенного на аутологичной жидкости (ликвор) и подключение в схему иммунотерапии способствует увеличению биоадаптационного потенциала адъювантной химиотерапии.

Стабильный уровень кальция в ликворе при АЛХТ с продигиозаном свидетельствует о низком раздражающем действии цисплатина и стабилизирующем действии индукторов эндогенного интерферона на гематоэнцефалический барьер.

П. Н. ЧЕНЦОВА, Т. И. ЖЕЛОБКОВА, Т. Н. ЗАХАРЕНКОВА, Г. В. ВОРОНОВИЧ **ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ ГИПОКСИИ У ПЛОДА**

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Гипоксия плода — патологическое состояние, развивающееся под влиянием кислородной недостаточности во время беременности и в родах. В общем количестве родов она составляет 10,5 %. В настоящее время проблема гипоксического состояния плода остается актуальной, так как данная патология занимает ведущее место в структуре перинатальной смертности. Внутриутробная гипоксия ведет к нарушению развития или повреждению ЦНС в 60–80 %, увеличивая частоту соматической и инфекционной заболеваемости, снижая адаптацию новорожденных в раннем неонатальном периоде, приводя к нарушению психомоторного и интеллектуального развития детей.

Цель: установить факторы риска развития гипоксии плода, особенности течения беременности, сопровождающейся гипоксией плода, влияние способа родоразрешения на степень тяжести асфиксии.

Материалы и методы исследования. Нами был проведен ретроспективный анализ 82 историй родов observationalного отделения роддома УГОКБ за период 2012 г. В 1-ю группу вошли 52 пациентки, дети которых имели при рождении низкую оценку по шкале Апгар (3–7 баллов на 1 минуте), во 2-ю группу — 30 пациенток, новорожденные которых были оценены на 1 минуте на 8–9 баллов по шкале Апгар.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы MedCalc с.13.0.6.0, различия между группами оценивались по Chi-squared test. Статистически значимое значение $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. Факторами риска развития гипоксии плода были следующие: вредные привычки (курение, употребление алкоголя) во время беременности выявлены у 10 пациенток из 1 группы (19,2 %), у 7 (23,3 %) из 2 группы ($p = 0,87$); отягощенный акушерско-гинекологический анамнез в 1 группе – у 44 пациенток (84,6 %), во 2 группе — 22 (73,3 %), ($p = 0,34$); инфекции, передающиеся половым путем выявлены у 13 пациенток (25 %) в 1 группе, у 3 (10 %) во 2 группе ($p = 0,17$); сопутствующую экстрагенитальную патологию имели 17 пациенток (32,7 %) 1 группы, 14 (46,7 %) 2 группы ($p = 0,3$); изменения со стороны плаценты (хориодецидуит, хориоамнионит, петрификаты) наблюдались у 40 пациенток (76,9 %) из 1 группы, у 9 (30 %) — из 2 группы ($p = 0,0001$). Мекониальные околоплодные воды были обнаружены в 1 группе у 14 рожениц (26,9 %), во 2 группе у 2 рожениц (6,7 %), $p = 0,05$.

Таблица 1 — Способы родоразрешения в зависимости от степени тяжести асфиксии

Степень асфиксии /число новорожденных	Способ родоразрешения
Асфиксия легкой степени тяжести (7 баллов на 1 минуте по шкале Апгар), n=4 (7,7 %)	Оперативные роды — 1 (25 %) Per vias naturalis — 3 (75 %)
Асфиксия средней степени тяжести (5-6 баллов на 1 минуте по шкале Апгар), n=43 (82,7 %)	Оперативные роды — 27 (62,8 %) Per vias naturalis — 16 (37,2 %)
Асфиксия тяжелой степени тяжести (3-4 балла на 1 минуте по шкале Апгар), n=5 (9,6 %)	Оперативные роды — 3 (60 %) Per vias naturalis — 2 (40 %)

Общее число родов, закончившихся оперативно в 1 группе было значимо больше, чем во 2-ой (31 (59,6 %) против 3 (10 %), $p < 0,0001$); per vias naturalis в 1 группе — 21 (40,4 %), во 2 группе — 27 (90 %), тем не менее зависимости степени тяжести асфиксии от способа родоразрешения выявлено не было ($p = 0,34$).

Выводы

Основными факторами риска асфиксии новорожденного являются воспалительные и инволютивно-дистрофические изменения со стороны плаценты (хориодецидуит, хориоамнионит, петрификаты) и наличие мекониальных околоплодных вод.

Наличие асфиксии при рождении не было связано с влиянием хронических факторов во время беременности, а степень тяжести асфиксии не зависела от способа родоразрешения.

Ю. М. ЧЕРНЯКОВА, Г. В. ДИВОВИЧ

НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВИЧНОГО ШВА СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ: ПРИЧИНЫ, ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Повреждения сухожилий пальцев сопровождают около 3 % ранений кисти. Ургентное восстановление сухожилий в 37,8–47 % случаев имеет неудовлетворительные функциональные результаты, обусловленные в 82–86 % ошибками хирургического и реабилитационного лечения. Повторные операции выполняют в случаях выраженного нарушения движений при рубцовой контрактуре пальца или при разрыве сшитого сухожилия. Повторное восстановление сгибательного аппарата пальца является технически сложным вмешательством, поскольку выполняется в неблагоприятных условиях выраженного рубцевания фиброзно-синовиального канала, дегенеративных изменений

разорванного сухожилия и его укорочения. Объем каждой повторной операции окончательно определяется во время ревизии тканей, устанавливается возможность выполнения повторного шва сухожилия либо его одно- или многоэтапной пластики.

Цель работы состояла в установлении причин несостоятельности первичного шва сухожилий глубоких сгибателей в зоне фиброзно-синовиальных каналов пальцев кисти и при повторном восстановлении сгибательного аппарата пальцев.

Материалы методы. С 01.01.2013 г. по 31.05.2014 г. нами выполнены ревизионные операции у 13 пациентов, перенесших открытые повреждения 17 сухожилий глубоких сгибателей и их первичный шов в зоне фиброзно-синовиальных каналов пальцев кисти.

Все пациенты — мужчины в возрасте от 24 до 47 лет были прооперированы в условиях районных больниц в первые сутки после травм и в течение 3–4 недель им выполнялась иммобилизация гипсовыми повязками. После иммобилизации у всех наблюдалось ограничение активного сгибания, а также активного и пассивного разгибания в суставах пальцев, поэтому они направлялись на реабилитационное лечение. 10 пациентов получали массаж и лечебную физкультуру в поликлиниках по месту жительства, 3 выполняли разгибание пальцев самостоятельно. Несостоятельность первичного шва возникала в сроки от 4 недель до 1,5 месяцев после операций и проявлялась отсутствием активного сгибания ногтевых фаланг оперированных пальцев. Повторные операции были выполнены через 2–4 недели после разрыва швов в условиях УГОКБ.

Результаты и обсуждение. При повторных операциях в области первичных повреждений были выявлены грубые рубцовые изменения мягких тканей и фиброзно-синовиальных каналов, потребовавшие их иссечения, а также диастаз концов сухожилий глубоких сгибателей от 3 до 7 см. В дегенеративно-измененных концах сухожилий обнаружены разорванные неабсорбируемые или разрушенные абсорбируемые нити № 2/0–4/0. После иссечения концов сухожилий, тенолиза и редрессации мышц удалось достигнуть сближения с незначительным натяжением 9 сухожилий и выполнить их вторичный шов. Сшивание 8 сухожилий оказалось невозможным из-за их натяжения и диастаза концов. Их целостность была восстановлена путем пластики дефекта трансплантатом из сухожилия поверхностного сгибателя того же пальца или поверхностного сгибателя 4 пальца. После послойного шва ран пальцы фиксировали в положении сгибания гипсовыми повязками на срок 5 недель после повторного шва и 6 недель после пластики сухожилия глубокого сгибателя. Через 6 месяцев после повторных операций хорошие и удовлетворительные функциональные результаты отмечены в 9, неудовлетворительные (связанные с рубцовыми контрактурами) — в 8 случаях, операции тенолиза были выполнены на 6 сухожилиях.

Ревизионные операции и данные анамнеза пациентов выявили дефекты первичных вмешательств и послеоперационного ведения: шов сухожилий абсорбируемыми нитями значительно увеличивает риск разрывов в ходе реабилитации; грубое исполнение шва и деформация зоны анастомоза блокируют скольжение сухожилия в фиброзно-синовиальном канале, попытки преодолеть механическую и рубцовую блокаду приводят к разрыву швов и анастомоза; срок иммобилизации менее 4 недель недостаточен для формирования в зоне шва прочной соединительной ткани; неадекватная реабилитация — пассивное резкое форсированное разгибание пальцев рвет нити и незрелый регенерат сухожилия в области шва.

Выводы

Несостоятельность первичного шва сухожилий отмечена после операций, выполненных в ургентной обстановке несоответствующими шовными материалами, с нарушением требований атравматичности шва, а также кратковременной иммобилизации и грубой реабилитации.

Операции на кисти должны выполняться подготовленным специалистом при наличии условий для анатомического восстановления сухожилий. При отсутствии условий операция может быть отсрочена до двух недель.

Реабилитация пациентов требует индивидуального контроля лечащим врачом и может длиться до 4 месяцев. После этого срока, если нормальный объем активных движений в пальце не достигнут, требуется повторная операция — тенолиз.

**С. В. ШАЙДУЛИН, Ю. В. ДМИТРИЕВ, С. Ю. БАРАНОВ, Н. В. АЧИНОВИЧ,
А. Н. БАРОВСКИЙ, С. Н. ПРЕДКО, Л. В. НЕКРАШЕВИЧ**

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

До 30–40 % всех форм приобретенной кишечной непроходимости у детей составляет спаечная кишечная непроходимость (СКН), развивающаяся после предшествовавших стандартных лапаротомных вмешательств, характеризуется острым или хроническим течением.

Цель работы состояла в оценке результатов применения лапароскопического адгезиолиза, как варианта современных способов лечения СКН.

Материалы и методы. Ретроспективно по унифицированным схемам был проведен анализ 50 историй болезни детей, оперированных по поводу СКН в отделении детской хирургии УГОКБ за период 2008–2013 гг.

При поступлении в наш стационар все пациенты с СКН получали согласно протоколам обследования: стандартное клиническое обследование, выполнялась обзорная рентгенография брюшной полости и УЗИ брюшной полости, по показаниям — пассаж бария по кишечнику. Лечение начинали (кроме случаев странгуляционной формы СКН и позднего поступления с выраженным парезом кишечника) с комплекса консервативных мероприятий: назогастральный зонд, клизма, спазмолитики, инфузионная терапия для коррекции метаболических нарушений. Отсутствие эффекта от консервативной терапии в течение 2–4 часов являлось показанием к операции. Под интубационным наркозом накладывали пневмоперитонеум в максимально удаленной от рубцов точке (чаще в левой подвздошной области). При выраженном парезе кишечника в 3 случаях был использован метод открытой лапароскопии и в 1 случае место удаленного дренажа было использовано для введения лапароскопа.

При первичной лапароскопии производилась оценка локализации и выраженности спаечного процесса, состояния пораженной кишки и наличия воспалительных изменений со стороны брюшины, определялись точки введения необходимых троакаров. При дальнейшей ревизии кишечника определялась локализация уровня непроходимости. Операция начиналась, при необходимости, с отделения петель кишечника от передней брюшной стенки, затем выполнялось разделение висцеро-висцеральных и висцеро-париетальных сращений. При поздней СКН (ПСКН) разделение спаек проводилось острым путем с применением ножниц и моно- и биполярной коагуляции, при ранней СКН (РСКН) — тупым путем. Операцию заканчивали ревизией, санацией и дренированием брюшной полости (по показаниям). После операции пациенты проходили курс противоспаечной терапии (медикаментозная и электростимуляция перистальтики кишечника, ранняя ЛФК, курс ГБО, электрофорез с лидазой, прием купренила внутрь).

Результаты. Из числа пациентов с СКН мальчиков было 36, девочек — 14. Распределение по возрасту составило: до 1 года — 2 человека, от 1 до 5 лет — 15, от 6–10 лет — 16, от 11 до 16 лет — 17.

Диагноз РСКН был выставлен у 17 детей, ПСКН — у 33. Сроки развития РСКН в основном приходились на 2–9 сутки; развитие ПСКН приходилось на период от 1,5 месяцев до 8 лет (чаще в период первых 6 месяцев) после первичных вмешательств.

Консервативные мероприятия оказались эффективными при ПСКН у 8 пациентов. Позже им, через 3–9 дней, в плановом порядке был выполнен лапароскопический адгезиолизис (ЛА).

При РСКН ЛА был выполнен у 13 пациентов (при ревизии спаечный процесс I ст. наблюдался у 1 пациента, II ст. — у 12), лапароскопически ассистированная операция у 1 пациента этой группы и в 3 случаях – релапаротомия (в 1 случае — для резекции подвздошной кишки и в 1 — для декомпрессии кишечника). Санация брюшной полости выполнялась 14 пациентам. Осложнений не было.

При острой форме ПСКН ЛА был использован в 17 случаях (спаечный процесс I ст. был выявлен у 6 пациентов, II ст. — у 10, III ст. — у 1). Интраоперационно у 8 пациентов была обнаружена фиксация петель кишечника и сальника к рубцу, у 6 — единичные спайки — «штранги». Участие большого сальника (БС) в спаечном процессе было отмечено в 4 случаях. У 8 пациентов потребовалась конверсия в лапаротомные доступы: у 5 — из-за выраженного пареза кишечника и сомнения в жизнеспособности кишки, в 1 случае для резекции деформированного участка кишки, в 2 — при врожденном пороке (незавершенном повороте кишечника) и выраженном парезе.

При хронической форме ПСКН ЛА был выполнен 8 детям (спаечный процесс II ст. наблюдался у 7 пациентов, III ст. — у 1). Вовлечение БС в спаечный процесс отмечалось у 3 пациентов; фиксация петель кишечника и сальника к рубцу — у 5. Всем пациентам ЛА выполнено без конверсии, последующих осложнений не наблюдалось.

Средний койко — день после лапароскопического вмешательства составил 13,3 суток, после лапаротомий — 19,3 суток.

Выводы

Применение лапароскопической техники в диагностике и лечении различных форм спаечной кишечной непроходимости у детей является методом выбора на современном этапе развития хирургии.

При соблюдении методики данный метод диагностики и лечения становится высокоинформативным, малотравматичным и отдаленно прогностически более результативным по сравнению с традиционными открытыми методиками

О. Л. ЮРКОВ, Д. В. ХОХА, А. В. ЧЕРНЫШ

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ В УРГЕНТНОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Пациенты с кровотечением в ургентной ЛОР практике занимают весомое место, составляя 22 % от всех экстренных случаев обращения. Как правило, остановка кровотечения достигается путем тампонады источника кровотечения в сочетании с гемостатической терапией. Но, в особо сложных случаях, приходится прибегать к перевязке питающих артерий на протяжении, что наряду с остановкой кровотечения нарушает кровоснабжение близлежащих, не вовлеченных в патологический процесс, структур.

Цель: оценить ближайшие результаты эмболизации ветвей наружной сонной артерии.

Материалы и методы. За период с января 2011 по июнь 2014 г. (включительно) в ЛОР отделении УГОКБ нами было пролечено 5 пациентов с рецидивирующими кровотечениями различной этиологии, сопровождающимися анемией различной степени тя-

жести. Во всех случаях первым этапом лечения выполнялась тампонада источника кровотечения, проводилась гемостатическая терапия. При отсутствии надежной остановки кровотечения вторым этапом проводилась эмболизация ветвей наружной сонной артерии.

Распределение по нозологиям: 1 пациент с травматическим кровотечением, у 4-х пациентов геморрагия опухолевого генеза. Возраст пациента с травматическим повреждением был 17 лет, у пациентов с онкопатологией средний возраст составил 61+14 лет. Мужчин было 80 %, женщин 20 %.

Методика включала проведение селективной катетеризации наружной сонной артерии (НСА) и суперселективной катетеризации ветвей НСА с последующей эмболизацией. Эмболизация проводилась частицами коллагеновой губки, калиброванными ПВА (поливинилалкоголь) сферами. Операции проводились в условиях рентгенэндоваскулярной операционной с применением ангиографа Allura X-Per FD20, Philips. После процедуры эмболизации выполнялась контрольная ангиография.

Результаты и обсуждение. Во всех случаях была достигнута остановка кровотечения. Ангиографическая картина варьировала: от замедления кровотока до полной остановки кровотечения. В случае с травматическим носовым кровотечением наступило полное выздоровление у 17-летнего пациента. В отдаленном послеоперационном периоде рецидивов геморрагий у него не было отмечено. В данном случае проводилась эмболизация конечных ветвей НСА гемостатической коллагеновой губкой. У 2-х пациентов с онкопатологией в течение всего периода наблюдения 4–6 месяцев после операции рецидивов кровотечения не отмечалось. У 1 пациента с распадающейся опухолью гортани дважды отмечались рецидивы кровотечений в отдаленном послеоперационном периоде. В 1 случае с распространенной опухолью гортаноглотки пациент умер в результате возникшего интраоперационного осложнения – эмболического ишемического инсульта (эмболизация в данной ситуации проводилась частицами коллагеновой губки).

Следует отметить, что применение калиброванных ПВА микросфер позволило проводить суперселективную эмболизацию любых интересующих сосудов от 100 мкм до 1200 мкм.

Выводы

1. Метод эмболизации в ургентной оториноларингологии позволяет достичь надежного гемостаза в сложных случаях. Процедура характеризуется миниинвазивностью, проводится под местной анестезией и может быть применена у пациентов в тяжелом состоянии.

2. Применение современных расходных материалов (микрокатетеры, микропроводники, калиброванные ПВА микросферы) позволяет селективно эмболизировать сосуды 2 и 3 порядков, что приводит к значительному снижению риска осложнений, длительности процедуры и лучевой нагрузки на пациента и медперсонал по сравнению с использованием обычных диагностических катетеров и гемостатической губки.

3. Сохраняется только высокая стоимость расходных материалов для процедуры. Снижением их стоимости обеспечит большую доступность и внедряемость процедуры.

Научное издание

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ
ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Материалы ежегодной
научно-практической конференции
г. Гомель, 10 октября 2014 г.**

**Редактор *Т. М. Кожемякина*
Компьютерная верстка *Ж. И. Цырыкова***

Подписано в печать 30.09.2014.
Формат 60×84¹/₈. Бумага офсетная 80 г/м². Гарнитура «Таймс».
Усл. печ. л. 7,12. Уч.-изд. л. 6,51. Тираж 80 экз. Заказ 347.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.