

Бюллетень медицинских Интернет-конференций

Bulletin of Medical Internet Conferences

2011
Том 1
Выпуск 1



2011
Volume 1
Issue 1

Бюллетень медицинских Интернет-конференций

2011. Том 1. Выпуск 1 (Март)

Учредитель журнала – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и Инновации» (Россия, Саратов)

Главный редактор

В.М. Попков, ректор Саратовского государственного медицинского университета (Россия, Саратов)

Зам. главного редактора

Ю.В. Черненко, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Ответственный секретарь

А.Р. Киселев, канд. мед. наук (Россия, Саратов)

Редакционный совет

В.Ф. Киричук, засл. деятель науки РФ, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов),
А.И. Кодочигова, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов),
А.П. Ребров, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов),
Ю.Г. Шапкин, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов).

Редакционная коллегия

Е.В. Андронов, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов),
Е.А. Анисимова, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов),
В.И. Гриднев, докт. мед. наук (Россия, Саратов),
И.В. Нейфельд, канд. мед. наук (Россия, Саратов),
О.М. Посненкова, канд. мед. наук (Россия, Саратов),
С.Н. Потахин, канд. мед. наук (Россия, Саратов),
И.Е. Рогожина, доцент, канд. мед. наук (Россия, Саратов).

Руководитель Интернет-проекта

И.М. Калмыков (Россия, Саратов)

Технический редактор

В.А. Шварц (Россия, Саратов)

Адрес редакции:

410033, г. Саратов, просп. 50 лет Октября, 101.
E-mail: info@medconfer.com

Электронная версия журнала – на сайте www.medconfer.com

Общественное рецензирование публикуемых материалов осуществляется на сайте www.medconfer.com в ходе проведения Интернет-конференций.

Материалы публикуются в авторской редакции.

Сведения обо всех авторах находятся в редакции.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2011

Bulletin of Medical Internet Conferences

2011. Volume 1. Issue 1 (March)

Publisher – Limited Liability Company "Science and Innovation" (Saratov, Russia)

Editor-in-Chief

V.M. Popkov, Rector of Saratov State Medical University (Saratov, Russia)

Deputy Chief Editor

Y.V. Chernenkov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Executive Secretary

A.R. Kiselev, Ph.D., MD (Saratov, Russia)

Drafting Committee

V.F. Kirichuk, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia),
A.I. Kodochigova, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia),
A.P. Rebrov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia),
Yu.I. Shapkin, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia).

Editorial Board

E.V. Andronov, D.Sc., MD (Saratov, Russia),
E.A. Anisimova, D.Sc., MD (Saratov, Russia),
V.I. Gridnev, D.Sc., MD (Saratov, Russia),
I.V. Neyfeld, Ph.D., MD (Saratov, Russia),
O.M. Posnenkova, Ph.D., MD (Saratov, Russia),
S.N. Potakhin, Ph.D., MD (Saratov, Russia),
I.E. Rogojina, Ph.D., MD (Saratov, Russia).

Head of the Internet Project

I.M. Kalmikov (Saratov, Russia)

Technical Editor

V.A. Schwartz, MD (Saratov, Russia)

E-mail: info@medconfer.com

URL: www.medconfer.com

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2011

**1-я Открытая Интернет-конференция молодых
ученых Саратовского государственного
медицинского университета
"Горизонты науки-2011"**

***The 1st Open Internet Conference
"Science Horizons 2011" of the young scientists of
Saratov State Medical University***

Акушерство, гинекология и неонатология	6
Тролукова А.Н., Тролукова Е.Н. Эффективность сохраняющей терапии при самопроизвольном аборте в I триместре беременности у женщин коренной национальности Республики Саха (Якутия)	6
Глебов Н.В. Значение антифосфолипидного синдрома в профилактике невынашивания беременности	9
Ильина О.Ю., Столярова У.В. Агонисты гонадотропин–рилизинг–гормона в предоперационной подготовке больных с миомой матки	11
Бороздина Е.С. Влияние ретрохориальной гематомы на исход беременности	13
Гриценко Е.В. Причины развития синдрома гиперстимуляции яичников	14
Еремчук Т.И. Роль инфекционного фактора в генезе апоплексии яичника	15
Иванова Н.Н. Морфологические особенности аппендицита при беременности	16
Магаева М.М. Значение трофобластического β -1-гликопротеина при синдроме мертвого плода	17
Проданова Е.В. Оценка эффективности нормобарической гипокситерапии в акушерской практике	18
Рылеева Ю.В. Миома матки и инфекция: есть ли связь?	19
Филиппова И.Ю. Особенности родоразрешения и исход беременности у женщин с миомой матки	20
Парфёнов А.А. Бесплодие, связанное с гиперпролактинемическим гипогонадизмом	21
Сидорова А.А. Анализ клинико-лабораторных данных и гистоструктуры соскобов эндометрия при кровотечениях у женщин репродуктивного возраста	22
Биологическая и общая химия	23
Косарев А.В., Студенцов В.Н. Густосшитые полимеры: структура, термодинамика, экологичность	23
Внутренние болезни	27
Киселев А.Р., Посненкова О.М. Динамические оценки спектра variability сердечного ритма у больных ишемической болезнью сердца с гемодинамически значимыми коронарными стенозами	27

Шварц В.А. Клиническая эффективность динамического наблюдения за больными артериальной гипертонией в амбулаторных условиях с использованием мобильной телефонной связи	31
Мун О.Р. Нарушение суточного ритма артериального давления — фактор риска развития когнитивных нарушений у больных с артериальной гипертонией.....	32
Мун О.Р. Применение эналазида для лечения артериальной гипертонии I и II степени.....	33
Гигиена	34
Михеева Ю.А., Забродина З.А. Фотометрическое определение формальдегида в материалах бытового назначения	34
Турлакова Т.В., Хворостухина А.И. Анализ заболеваемости острых кишечных инфекций у детей раннего возраста в г. Саратове	38
Инфекционные болезни и микробиология	39
Шведова Н.М., Михайлова Е.В. Гемореологические нарушения при тяжелой форме Эбштейна – Барр вирусного мононуклеоза у детей, методы коррекции	39
Михайлова Е.В., Чехонацкая М.Л., Дубовицкая Н.А., Левин Д.Ю., Каральский С.А. Состояние здоровья новорожденных, рожденных от женщин, перенесших грипп А(Н1N1/09) во время беременности	40
Медико-биологические проблемы	41
Антонова А.В., Козлова О.В., Фролова Н.А. Сравнительная характеристика микрофлоры толстого кишечника у здоровых детей и детей с атопиями.....	41
Морфология	43
Клыков А.И., Дудуня Т.Т., Новикова А.В. Ген GFP и «мозговая радуга»	43
Общая и клиническая психология.....	45
Черепкова Н.В., Чугункин С.А. Социально-психологический климат как неотъемлемая часть трудового процесса в коллективе	45
Хирургия	49
Гергенретер Ю.С. Хирургическое лечение при эхинококкозе печени.....	49
Артюшкова Д.В. Дисгормональная мастопатия с кистозным компонентом	50
Конищева О.М, Никитин В.А. Лазерный эндоскопический гемостаз: новые данные.....	51
Лазарева Е.Н. Постинъекционные осложнения у наркоманов.....	52
Николашина О.П. Лактационный мастит	53
Панова К.В. Эффективность малых ампутаций при облитерирующем атеросклерозе сосудов нижних конечностей.....	54
Щербакова Ю.В. Рецидивирующее язвенное кровотечение.....	55
Язбек Мохаммад Хусейн. Неклостридиальный некротизирующий целлюлит в хирургической клинике	57
Рассолова Л.Б. Холецистэктомия	58
Стативко О.В. Нерешенные вопросы лечения синдрома диабетической стопы	59

Давлятшина Л.Р. Синдром диабетической стопы	61
Жданова А.С. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	63
Кулагина С.А., Шанченко Ю.Н. Предраковые заболевания органов желудочно-кишечного тракта.....	64
Усачева И.С. Мониторинг желудочной секреции при гастродуоденальных кровотечениях	65
Кутейникова Е.В. Особенности течения рожи	67
Менлажиева Ю. Фиброаденома молочной железы	68
Артамонова Е.А., Хмара Н.М. Дифференциальная диагностика рожистого воспаления	69
Гаврилова К.П., Жукова О.А. Прогноз клинического течения острого панкреатита	70
Дронина Н.Г. Объективизация диагностики острого аппендицита	71
Дышеков А.М. Выбор объёма хирургической операции при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки	72
Иноземцева В.И. Трахеостомия у нейрохирургических больных	73
Клевцов М.А. Кишечная непроходимость при опухолях толстой кишки	74
Копылов Д.Е. Критерии оценки тяжести состояния и прогноза у больных с перитонитом	75
Манджи К.А. Малоинвазивные методы лечения механической желтухи.....	76
Омарова А.Р. Лапароскопическая холецистэктомия: причины конверсии	77
Перегородиев И.Н. Пути улучшения результатов хирургического лечения гнойных осложнений деструктивного панкреатита.....	78
Попова И.А. Изучение лазерной фенестрации печени в эксперименте	79
Протасов М.Е. Аспекты антибиотикотерапии в гнойной хирургии.....	80
Савилов А.М., Кабардаев Р.М. Выбор хирургической тактики лечения при сочетанных повреждениях	81
Свиридов Н.Н. Раннее прогнозирование уровня некрэктомии при глубоком отморожении	82
Тхакохов М.М. Проблемы безопасности пациента при оказании медицинской помощи в хирургическом стационаре	83
Фролов И.А. Оксид азота как прогностический фактор при острых эрозивно-язвенных гастродуоденальных поражениях, осложненных кровотечением.....	84
Ширшов В.В. Эндоскопическое лечение гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии.....	85

Акушерство, гинекология и неонатология Obstetrics, gynecology and neonatology

ID: 2011-01-257-A-1158

Оригинальная статья

Тролукова А.Н., Тролукова Е.Н.

Эффективность сохраняющей терапии при самопроизвольном аборте в I триместре беременности у женщин коренной национальности Республики Саха (Якутия)

*Медицинский институт, Северо-Восточный Федеральный университет им. М.К. Аммосова,
г. Якутск*

Ключевые слова: беременность, самопроизвольный аборт, сохраняющая терапия

Введение

Невынашивание беременности по своей медицинской значимости до сих пор относится к наиболее актуальным проблемам акушерства и гинекологии, так как влечет за собой не только снижение показателей рождаемости, но и оказывает отрицательное влияние на репродуктивное здоровье женщин.

Вопросы сохранения желанной беременности у женщин чадородного возраста на фоне продолжающегося снижения уровня деторождения становятся особенно актуальными. Несмотря на достижения современной медицины, качество здоровья женщин снижается уже с ранней репродуктивной декады в силу различных причин часто связанных между собой: интенсификация нагрузки антропогенного влияния среды региона Крайнего Севера как абиотического, так и биотического характера, накопления негативного генетического багажа, откладывания деторождения на более поздний репродуктивный период, снижения качества здоровья мужской половины населения.

По данным литературы самопроизвольное прерывание беременности происходит в 15-20% от всех желанных беременностей [Кулаков В.И., Сидельникова В.М., 2001]. При этом до 50-75% прерываний приходится на первый триместр [Линева О.И. с соавт., 2002; Манухин с соавт., 2002; Коллегия Минздрава РФ, 2002]. Риск самопроизвольного прерывания беременности уменьшается с увеличением срока гестации с 25% на 5-6 неделях до 10% после 14 недель беременности [Саидова Р.Н., Семенова Ю.И., Макацария А.Д., 2004].

Этиопатогенетическая причина ранних спонтанных выкидышей в 50% случаях остается неясной. Причины спонтанных абортов разнообразны и не всегда четко обозначены. Условно их можно разделить на следующие основные группы: социально-биологические факторы, осложнения акушерско-гинекологического анамнеза и настоящей беременности, наличие соматической патологии. Широко распространенные мультифакториальные болезни вносят значительную лепту в ухудшение процесса вынашивания беременности. Известно, что персистирующая инфекция вирусной, бактериальной этиологии является одним из основных факторов невынашивания беременности.

Одним из механизмов отторжения плодного яйца с клиническими проявлениями (отслойка хориона, образование ретрохориальных гематом) являются тромбофилические нарушения, повышение антифосфолипидных антител (IgG, IgM) при антифосфолипидном синдроме. Нередко нарушения полноценной инвазии трофобласта закладываются в цикле зачатия. Подобный механизм характерен для врожденных тромбофилий, сенсбилизации к ХГЧ, прогестерону и других аутоиммунных процессов.

Патоморфологические признаки невынашивания беременности разнообразны, поскольку её этиология зависит от сочетанного действия многих факторов. По данным литературы, железистая и железисто-кистозная гиперплазия эпителия маточных желез может быть обусловлена нарушением соотношения эстрадиола и прогестерона в крови вследствие относительной гипопрогестеронемии и гипофункции желтого тела, нередкой

при данной патологии. Осложненный гинекологический анамнез ухудшает прогноз для вынашивания последующих беременностей.

Цель нашего исследования стало изучение эффективности проведения сохраняющей терапии при угрожающем и начавшемся самопроизвольном выкидышем в первом триместре беременности у женщин коренной национальности Республики Саха (Якутия).

Материал и методы

Ретроспективно изучены истории болезни у 52 женщин коренной национальности, поступивших в гинекологическое отделение с клиникой угрожающего самопроизвольного выкидыша в первом триместре беременности.

Результаты

Наиболее многочисленны были женщины второй фазы первой декады репродуктивного периода (20-24 лет) - 38,5%, 25-29 лет - 28,9%. Беременные до 19 лет составили 7,7%, 30-34 лет - 9,6%, старше 35 лет - 15,4%. Жительниц г. Якутска было 78,9%, сельской местности - 21,1%. Преобладали женщины, имеющие среднее образование - 44,2%, тогда как со средним специальным и высшим образованиями было 25% и 26,9% соответственно.

Анализ трудозанятости показал, что преобладающее большинство беременных работало - 59,6%, не работали в силу различных причин - 28,8%, учились - 11,5%.

Перенесенная экстрагенитальная патология выявлена практически у всех женщин. Анализ показал, что наиболее часто встречались острые респираторные, вирусные инфекции и заболевания верхних дыхательных путей - 34,6%, патология мочевыводящей системы (хронические пиелонефриты, циститы) - 25%. Аппендэктомия перенесли 17,3%, гепатит - 13,5%. Гинекологическая патология в анамнезе выявлена у 11,5% беременных.

По паритету первобеременные женщины от общего числа составили 34,6%, аборт в анамнезе встретились у 40,4%, самопроизвольные выкидыши - у 13,5%, роды - у 46,1%. Результаты клинических анализов показали, что наиболее распространенной сопутствующей патологией при данной беременности были анемии - 57,7%. Среди гинекологических заболеваний были воспалительные процессы гениталий (эрозии, цервициты, кольпиты), опухоли матки (миома), кисты яичников - 32,7%. Диагностика угрожающего состояния беременности основывалась на жалобах: на боли внизу живота, в пояснице различной интенсивности (46,1%), кровянистые выделения из половых путей (67,3%).

При ультразвуковом исследовании наблюдали гипертонус миометрия у 85,6%, участки отслойки хориона, плодного яйца, наличие ретрохориальных гематом, изменение формы плодного яйца - у 67,9% беременных. Гинекологическое исследование выявило изменения со стороны шейки матки у женщин сохранивших беременность - в 8% случаях, с прервавшейся беременностью изменения со стороны шейки матки отмечены в 40,7%. В результате проведения лечебных мероприятий беременность пролонгирована только у 48,1% женщин, в 51,9% случаях, несмотря на проводимую терапию, произошел ранний самопроизвольный выкидыш. Анализ показал, что в группе женщин с неблагоприятным исходом первобеременные составили 40,7%, тогда как в группе сохранивших беременность - 28%. Отмечено, что при сохранении беременности в клинике преобладали боли внизу живота - 56%, тогда как выделения из половых путей кровянистого характера встретились только в 44% случаях. У женщин со спонтанным абортом кровянистые выделения преобладали в 2 раза чаще - 88,9%, болевой синдром - 37%.

Дальнейшее ведение женщин с прервавшейся беременностью заключалось в выскабливании полости матки с последующим гистологическим исследованием и ультразвуковым контролем, назначением курса противовоспалительного лечения. Для гормональной коррекции функции яичников и предохранения от беременности рекомендовали применение оральных контрацептивов в течение 6 месяцев. Данные

гистологического исследования материала полученного при выскабливании полости матки показали, что наиболее частой причиной прерывания беременности явился инфекционный фактор, на втором месте недостаточность желтого тела.

Обсуждение

Таким образом, анализ клинических проявлений угрозы прерывания беременности показал, что лечение было более эффективным при наличии только болевого синдрома при неизменной шейке матки, тогда как наличие кровянистых выделений из половых путей при расширении наружного зева, укорочении шейки матки ухудшал прогноз для вынашивания беременности.

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости предгравидарной подготовки у женщин с невынашиванием беременности в анамнезе гормонального и инфекционно-воспалительного генеза. Прослеживается неблагоприятная тенденция ухудшения течения первой беременности у женщин второй фазы первой декады (20-24 лет). Необходимо включать в комплексное расширенное обследование беременных с несостоявшимся абортom в анамнезе, а также первобеременных групп риска (кариотипирование, инфекционный скрининг, диагностика гормональных нарушений, исследование системы гемостаза) с целью назначения корректирующей, сохраняющей терапии до появления клинических симптомов угрозы прерывания беременности.

ID: 2011-01-257-A-1181

Оригинальная статья

Глебов Н.В.

Значение антифосфолипидного синдрома в профилактике невынашивания беременности

*ГОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского
Минздравсоцразвития России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

Ключевые слова: антифосфолипидный синдром, невынашивание, беременность

Введение

По данным американских авторов частота антифосфолипидного синдрома (АФС) составляет 5 %, а среди пациентов с привычным невынашиванием беременности 27-42%. Важную роль в сохранении беременности является своевременная подготовка и лечение АФС до и во время беременности, т.к. без проведения лечения гибель эмбриона наблюдается у 85-90%. Важность терапии АФС связана с развитием тромбоза у беременных, при этом 24% всех тромботических осложнений приходится на период беременности и послеродовой период. Все это определяет актуальность данной проблемы.

Цель исследования: профилактика невынашивания беременности и сохранение беременности у женщин имеющие аутоантитела к фосфолипидам. Задачи исследования: Оценить эффективность проводимой терапии АФС по течению беременности и родового акта.

Материал и методы

Исследованы 28 пациенток с характерным анамнезом для АФС: венозные и артериальные тромбозы, невынашивание беременности, привычные выкидыши, раннее начало позднего гестоза. А также с положительными лабораторными данными, указывающими на АФС: наличие в крови антикардиолипинов Ig G, M в среднем и высоком титре, повышение волчаночного антикоагулянта, удлинение активированного частичного тромбопластинового время, невозможность коррекции ВСК, исключение ингибитора 8 фактора и др. У всех пациенток было установлено наличие антикардиолипинов Ig G, M в высоких титрах от 1:40 до 1:100. Клинически имело место угроза прерывания беременности с 10-12 недель беременности.

Результаты

При анализе ведения беременных выявлено у всех обследованных в анамнезе имело место самопроизвольные выкидыши на разных сроках беременности, у 15 пациенток хронический пиелонефрит, у 8 пациенток – тромбоз глубоких вен голени, у 2 - замершая беременность, у 1 пациентки - кровоизлияние в сетчатку глаза. Течение настоящей беременности осложнилось: УПБ – у всех пациенток, ретрохориальная гематома – у каждой четвертой пациентки, раннее начало гестоза у 6 пациенток, герпетическая генитальная инфекция у 12 пациенток. До беременности консультированы и проходили обследование в ревматологическом отделении на кафедре ревматологии 12 пациенток. У остальных пациенток АФС выявлен при настоящей беременности.

Группе женщин, обследованных до наступления беременности, при выявлении титра антикардиолипинов Ig G, M исключался генитальный герпес и определялись другие показатели тромбофилии (продукты деградации фибриногена, уровень тромбоцитов в динамике, удлинение времени фибринолитической активности и др.). Подготовка к беременности проводили в зависимости от причин развития АФС. В случае развития заболевания, связанного с герпетической инфекцией, вначале проводили противогерпетическую терапию (амиксин, панавир, эпиген-интим). В зависимости от состояния системы гемостаза и степени выраженности тромбофилического состояния назначали низкомолекулярные гепарины (фраксипарин) под контролем эффективности его введения по 10-14 дней на курс лечения. В перерывах – дезагреганты (аспирин, тромбоАСС, курантил). Глюкокортикоидная терапия при герпетической инфекции

проводилось по строгим показаниям. Наряду с этим проводилась иммуностимулирующая терапия, которая включала в себя индукторы интерферона, метаболическую терапию по Сидельниковой. Проводили терапию внутривенными введениями человеческого Ig по 3 инъекции на курс под контролем иммунограммы. При выраженном иммунодефиците и высоком содержании ЦИК (циркулирующие иммунные комплексы) назначали плазмоферез. При отсутствии герпетической инфекции и верифицированном АФС проводили тромбофилическое лечение в сочетании с иммуносупрессивной глюкокортикоидной терапией. Длительность проводимой терапии зависела от эффективности лечения и исчезновения маркеров тромбофилии. После чего разрешалась беременность. У 10 пациенток беременность закончилась самопроизвольными родами, а у 2 пациенток – путем операции кесарево сечение по акушерским показаниям. Признаков нарушения маточно-плацентарного кровотока – не выявлено.

Во второй группе женщин – АФС был диагностирован в процессе беременности, были выявлены тромбофилические осложнения, проводилась коррекция вышеописанными способами. У всех пациенток с 20 недель беременности диагностировалось нарушение маточно-плацентарного кровотока 1А степени. Женщины постоянно находились в стационаре, где им проводился контроль за состоянием плода (КТГ, доплерометрия). Беременность заканчивалась в 37-38 недель путем операции кесарево сечения без осложнений. Оценка новорожденных по Апгар 7-8 баллов.

Заключение

Таким образом, раннее выявление женщин с характерным анамнезом для АФС, выявление маркеров тромбофилии лабораторным путем и коррекции системы гемостаза вне беременности дает лучший результат, чем диагностика и лечение АФС в процессе беременности (уменьшение время пребывания в стационаре, использования меньшего количества лекарственных препаратов, отсутствие нарушения маточно-плацентарного кровотока).

Библиографический список

1. Макацария А.Д. и др. Антифосфолипидный синдром в акушерской практике. М: Russo, 2001.
2. Кидралиева А.С. Тактика ведения женщин с привычным невынашиванием беременности с антифосфолипидным синдромом: канд. дисс..., М., 1994.
3. Агаджанова А.А. Антифосфолипидный синдром при привычном невынашивании беременности (профилактика и комплексная терапия с использованием плазмофереза) – докт. дисс..., М., 1999.
4. Макацария и соавтр - Антифосфолипидный синдром – иммунная тромбофилия в акушерстве и гинекологии – М., «Триада-Х», 2007.
5. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. М: Триада-Х, 2002.
6. Макацария А.Д., Бицадзе В.О. Тромбофилии и противотромбическая терапия в акушерской практике. М: Триада-Х, 2003.
7. Матвеева Т.Е. Вопросы патогенеза и профилактики синдрома потери плода у беременных с тромбофилией. М., 2002.

ID: 2011-01-257-A-1183

Оригинальная статья

Ильина О.Ю., Столярова У.В.

Агонисты гонадотропин–рилизинг–гормона в предоперационной подготовке больных с миомой матки

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им.В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

Ключевые слова: агонисты гонадотропин–рилизинг–гормона, миома матки, предоперационная подготовка

Введение

В структуре гинекологических заболеваний миома матки занимает второе место после воспалительных процессов [1]. Среди женщин репродуктивного возраста частота данной патологии составляет 25-50% [2]. В последние десятилетия отмечается значительное «омоложение» лейомиомы матки. Все это приводит к тому, что данная патология все чаще является причиной нарушения репродуктивной функции женщин, которая проявляется бесплодием или невынашиванием беременности.

На актуальность клинической проблемы указывает то, что в настоящее время по поводу миомы матки выполняется до 50–70% оперативных вмешательств в гинекологических стационарах [3].

Цель: Определить роль А-ГнРГ в схеме предоперационной подготовки больных с миомой матки, оценить возможность сохранения репродуктивной функции, возможность минимизации объёма оперативных вмешательств, улучшить результаты консервативной терапии.

Материал и методы

Из 37 пациенток 15 женщин получали гормональную терапию различными препаратами в течении 4-6 месяцев, 22 женщины находились на диспансерном учете. С целью предоперационной подготовки все пациентки получали А-ГнРГ: люкрин или бусерелин 1 раз в 28 дней в дозе 3,75 мг/м в течение 4-6 месяцев.

Результаты

При назначении А-ГнРГ у 23 пациенток (62%) на фоне лечения отмечались побочные эффекты в виде приливов, в связи с чем назначалась Add-back терапия. Add-back терапия назначалась через 1-1,5 месяца от момента первой инъекции. В качестве терапии прикрытия применялся фемостон 1/5 по 1таб в сутки в непрерывном режиме. Отмена Add-back терапии происходила через 28 дней от последней инъекции А-ГнРГ.

Так же до применения А-ГнРГ болевой синдром, зарегистрированный у 8 пациенток в процессе лечения А-ГнРГ полностью купировался. Менструальный цикл возобновился в течении 3-4 месяцев после последней инъекции. Во всех случаях после прекращения лечения первые менструации были безболезненные, последующие циклы регулярные. На фоне проводимого лечения отмечалась нормализация показателей красной крови.

Заключение

Проведенное исследование показало, что на фоне лечения А-ГнРГ происходит уменьшение размера матки и диаметра миоматозных узлов в среднем на 2,5 см. На фоне лечения А-ГнРГ полностью купировался болевой синдром, отмечаемый у 8 пациенток до лечения. Все последующие менструальные циклы были регулярные, безболезненные. Так же отмечалась стабилизация показателей красной крови.

Таким образом, применение А-ГнРГ дает возможность сохранить репродуктивную функцию у больных, отказаться от выполнения радикальных операций, улучшить результаты консервативной терапии.

Библиографический список

1. Савельева Г.М. Диферелин - шаг в новое тысячелетие: Тезисы докладов Международного симпозиума. - М., 2001.
2. Кочарян А.А., Тихомиров А.Л. Возможности снижения интраоперационной кровопотери при органосохраняющем хирургическом лечении миомы матки // РМЖ. - 2007. - Т 15, №3.
3. Татарчук Т.Ф., Косей Н.В. Сучасні принципи діагностики та лікування лейоміоми матки // Сімейна медицина. - 2005. - № 4. - С. 67-73.

ID: 2011-01-257-T-1117

Тезис

Бороздина Е.С.

Влияние ретрохориальной гематомы на исход беременности

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

Цель исследования: Изучение течения беременности у пациенток с отслойкой хориона в первом триместре с образованием внутриматочной гематомы.

Обследовано 42 беременных, от 22 до 35 лет. Срок гестации 8 – 14 недель. Всем проводилось клинико-лабораторное обследование, УЗИ с доплерометрией.

По результатам УЗИ ретрохориальная гематома выявлена у 64,2% (n=27), корпоральная – у 35,8% (n=15). Клиническими проявлениями в 21,4% (n=9) были боли в низу живота, кровянистые выделения из половых путей наблюдались у 30,9% (n=13) и у 61,9% (n=26) клинические проявления сочетались. Объем гематомы был в пределах от 0,32 до 44,1 см³, в среднем составил 7,3 см³. Гипертонус матки наблюдался по данным УЗИ у 55,4% (n=23). В 26,2% (n=11) желточный мешок не визуализировался, при этом у 6 пациенток срок гестации составлял 12-14 недель, что соответствует регрессу желточного мешка. Объемы хориальной и амниальной полостей в 92,1% (n=39) соответствовали сроку беременности и лишь в 7,1% (n=3) – гипоплазия амниальной полости. Единичные цветовые локусы выявлены в 28,6% (n=12), множественные – в 64,3% (n=27) и в 7,1% (n=3) – локусов васкуляризации не наблюдалось. Всем пациенткам назначалась комплексная сохраняющая терапия.

Результаты проведенной терапии: у 64,3% (n=27) беременность прогрессировала, процент преждевременных родов в группе женщин с пролонгированной беременностью составил 11,9% (n=5). В 35,7% (n=15) беременность закончилась самопроизвольным абортom при сроках гестации от 10 до 16 недель. Необходимо отметить, что неблагоприятный исход беременности имел место при больших размерах гематомы (8,7 - 9,9 см³), корпоральной локализации по УЗИ.

Таким образом, при угрозе прерывания беременности, осложнившейся отслойкой хориона с образованием внутриматочной гематомы, необходимо учитывать локализацию, объем гематомы, оценивать объем экстраэмбриональных структур, желтого тела яичника и его васкуляризацию для выбора рациональной тактики ведения беременной.

ID: 2011-01-257-T-1118

Тезис

Гриценко Е.В.

Причины развития синдрома гиперстимуляции яичников*ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

Частота бесплодия в РФ составляет 10-15%. Именно по этой причине вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) выходят на первый план в системе оказания помощи бесплодным парам. В то же время в программе ВРТ имеют место и такие серьезные осложнения, как синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ).

Цель исследования – уточнить причины развития синдрома СГЯ у женщин участвующих в программе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Под наблюдением находилось 80 пациенток с бесплодием, которые обратились для участия в программе ЭКО. Основную группу (n=30) составили женщины, которым накануне стимуляции овуляции был проведен курс специфической антибактериальной, противовирусной терапии, с использованием иммуномодуляторов. В группу сравнения (n=50) вошли пациентки без соответствующей терапии. При стимуляции овуляции в обеих группах использовалась стандартная схема (Диферелин®).

При анализе анамнестических данных во всех случаях был выявлен хронический воспалительный процесс гениталий. Микроскопическое исследование мазков показало наличие бактериального вагиноза у 87% женщин (n=70). Результаты обследования на Torch-инфекцию позволили диагностировать в 60% – урогенитальный хламидиоз (n=48), в 62% – уреаплазмоз (n=50), в 88% – вирус простого герпеса (n=71) и в 50% – цитомегаловирусную инфекцию (n=40). Необходимо отметить, что в каждом случае было характерно сочетание нескольких возбудителей Torch-комплекса, в то время, как признаков активизации воспалительного процесса не наблюдалось.

В ходе проведения стимуляции овуляции в основной группе СГЯ легкой степени развился у 1 пациентки (3,3%). В группе сравнения СГЯ был диагностирован в 37 наблюдениях (74%), при этом СГЯ легкой степени составил 34% (n=17), средней степени – 24% (n=12), тяжелой степени – 16% (n=8).

Все вышеизложенное свидетельствует о немаловажном значении инфекционного фактора в развитии СГЯ и диктует необходимость тщательного обследования и проведения специфической терапии обоих половых партнеров в программе ВРТ.

ID: 2011-01-257-T-1119

Тезис

Еремчук Т.И.

Роль инфекционного фактора в генезе апоплексии яичника

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

Целью настоящего исследования явилось изучение роли инфекционного фактора в развитии апоплексии яичника.

Под наблюдением находились 83 пациентки репродуктивного периода, поступившие в МУЗ «Перинатальный Центр» (г. Энгельс) с диагнозом: Апоплексия яичника. Основную группу составили 59 женщин, прооперированных в экстренном порядке (71,1%). В группе сравнения (n=24) при поступлении, с учетом отсутствия признаков нарастающего внутрибрюшного кровотечения, была назначена стандартная консервативная терапия.

Всем пациенткам проводился комплекс клинико-лабораторных исследований, УЗИ, при обследовании на TORCH-инфекцию использовался метод ПЦР.

Анализ историй болезни показал, что в основной группе размеры кистозных образований яичников (по протоколам операций) варьировали от 4 до 6 см, при этом общая кровопотеря составляла от 250 до 1000 мл. В группе сравнения по данным УЗИ размеры кист яичников находились в пределах от 4 до 10 см. На фоне лечения в большинстве случаев (n=19; 79,2%) отмечена положительная динамика и уменьшение размеров образований по УЗИ в 1,5 раза. В тоже время 5 женщин группы сравнения (20,8%) были оперированы в связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии. Кровопотеря в этих наблюдениях составила 100-250 мл.

Результаты обследования на TORCH-инфекцию позволили выявить хламидийную инфекцию у 50 пациенток основной группы (84,7%) и 19 – в группе сравнения (79,2%), уреаплазмы – соответственно у 24 (40,7%) и 13 (54,2%), герпесвирусная инфекция диагностирована в основной группе у 10 женщин (16,9%), а в группе сравнения – у 5 (20,8%). Отрицательный результат обследования на TORCH-инфекцию констатирован в основной группе в 3 случаях (5,1%), в группе сравнения – в 2 (8,3%).

Таким образом, деструктивные процессы, развивающиеся в яичнике при апоплексии, являются результатом активации хронического воспалительного процесса, вызванного в абсолютном большинстве случаев хламидиями и уреаплазмами, что требует проведения специфической реабилитации при данной патологии.

ID: 2011-01-257-T-1120

Тезис

Иванова Н.Н.

Морфологические особенности аппендицита при беременности*ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

Острый аппендицит продолжает занимать одно из ведущих мест в неотложной хирургии. Диагностика острого аппендицита во время беременности более сложна и ответственна, чем у небеременных, поскольку от нее, в конечном счете, зависит прогноз для матери и плода.

Целью работы явилось изучение особенностей морфологической структуры острого аппендицита при беременности.

Под нашим наблюдением находилось 35 беременных, прооперированных по поводу острого аппендицита при сроках гестации от 7 до 30 недель (основная группа). Возраст больных колебался от 18 до 30 лет. В зависимости от срока беременности пациентки были распределены следующим образом: до 12 недель – 9 беременных (26%), от 14 до 20 недель – 12 (34%), 22-30 недель – 14 (40%). Группу сравнения (n=19) составили небеременные женщины с острым аппендицитом.

Длительность заболевания до госпитализации в стационар в основной группе превышала 12 часов (n=20; 57%), в то время как в группе сравнения женщины обратились за медицинской помощью в первые 3 часа от момента заболевания (n=18; 95%). При поступлении пациенткам проводился комплекс лабораторных и инструментальных исследований, в том числе УЗИ и лапароскопия по показаниям. Морфологическое исследование операционного материала проводилось по стандартной методике.

Во всех случаях пациентки были прооперированы в течение первых суток пребывания в стационаре.

По результатам морфологического исследования при беременности преобладали деструктивные формы аппендицита (80%): у 21 беременной выявлена флегмона червеобразного отростка, у 2 – флегмонозно-язвенная форма, у 3 – гангренозная и у 2 – гангренозно-перфоративная форма. Катаральная форма аппендицита чаще диагностировалась в группе сравнения (79%), а в основной группе - в 7 случаях (20%).

Все вышеизложенное позволяет предположить, что преобладание деструктивных форм аппендицита при беременности связано со стертым клиническим течением заболевания на фоне физиологической гестационной иммуносупрессии.

ID: 2011-01-257-T-1121

Тезис

Магаева М.М.

Значение трофобластического β -1-гликопротеина при синдроме мертвого плода

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им.В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

Целью работы явилось изучение роли трофобластического β -1-гликопротеина (ТБГ) в формировании патологической инертности матки при мертвом плоде.

Обследовано 104 женщины с неразвивающейся беременностью (основная группа) при сроках гестации от 16 до 30 недель. 1 основную подгруппу составили беременные с задержкой погибшего плода в матке до 3 недель ($n=63$), 2 подгруппу – более 3 недель ($n=41$). В контрольную группу вошли 39 пациенток без осложнений гестации, группу сравнения – 43 женщины с клиникой самопроизвольного прерывания беременности.

Концентрацию ТБГ в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом, с помощью коммерческого набора реагентов фирмы «Вектор-Бест».

Результаты исследования показали, что сывороточная концентрация ТБГ у больных 1 основной подгруппы была снижена, по сравнению с контрольными данными в 1,6-2,7 раза. В то же время, средние цифровые значения плазменного уровня плацентарного белка продолжали оставаться на достаточно высоком уровне (3,15 мкг/мл), что способствовало сохранению иммунологической (58,13 толерантности материнского организма к неразвивающемуся плодному яйцу. Об этом свидетельствовала положительная корреляционная связь между уровнем ТБГ и активностью Т-супрессоров ($r=0,398$; $P<0,02$). Резкое снижение (в 4,3-8,6 раза) ТБГ отмечалось у беременных 2 подгруппы и достоверно не отличалось от сопоставимых величин в группе сравнения ($P>0,05$). Манифестная регрессия сывороточной концентрации ТБГ коррелировала положительно с рефрактерностью Т-супрессоров ($r=0,439$; $P<0,01$), отрицательно - с повышенной активностью Т-хелперов ($r=-0,501$; $P<0,01$) и эффективностью СДМ ($r=-0,642$; $P<0,01$).

Таким образом, блокирующее иммуносупрессорное свойство ТБГ, направленное на сохранение и развитие беременности, исчезает при снижении содержания белка в материнской крови в 8-18 раз, когда с возрастанием иммунологической реактивности организма беременной происходит отторжение плодного яйца как генетически детерминированного аллотрансплантата.

ID: 2011-01-257-T-1122

Тезис

Проданова Е.В.

Оценка эффективности нормобарической гипокситерапии в акушерской практике*ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

Основной проблемой современного акушерства в условиях постоянного роста осложнений у беременных и перинатальной заболеваемости является увеличение медикаментозной нагрузки. Нормобарическая гипокситерапия предлагается нами в качестве альтернативного метода повышения адаптационных возможностей внутриутробного плода.

Пациентки, принявшие участие в исследовании, сопоставимы по возрасту, акушерско-гинекологическому анамнезу, соматическому анамнезу и течению данной беременности. Распределение по группам осуществлялось случайным образом. 34 беременные составили основную группу, пациенткам которой проводилась нормобарическая гипокситерапия в циклическом режиме: 5 минут вдыхание гипоксической смеси, затем 5 минут отдых с постепенным увеличением числа циклов с 4 до 6 и постепенным снижением концентрации кислорода во вдыхаемой смеси - с 13% до 10%. Общее число сеансов — 10, в сроки 20-24 и 30-32 недели беременности. 39 беременных составили контрольную группу. Проводилась сравнительная оценка новорожденных: масса при рождении и оценка по Апгар на 1 и 5 минутах.

В основной группе средняя масса новорожденного $3397,82 \pm 376,04$ г. достоверно выше ($p < 0,05$) средней массы новорожденного в контрольной группе. Так же новорожденные основной группы получили достоверно более высокие оценки по шкале Апгар на 1 и 5 минутах ($p < 0,05$). На 1 минуте оценка новорожденного в основной группе составила $7,82 \pm 0,39$ баллов, в контрольной группе — $7,49 \pm 0,72$ балла. На 5 минуте, соответственно $8,61 \pm 0,5$ и $8,21 \pm 0,57$ баллов.

Полученные данные свидетельствуют об улучшении внутриутробных условий и повышении адаптационных возможностей плода, что подтверждает эффективность нормобарической гипокситерапии.

ID: 2011-01-257-T-1123

Тезис

Рылеева Ю.В.

Миома матки и инфекция: есть ли связь?

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

Цель исследования: изучить значение инфекционного фактора в генезе миомы матки.

Под нашим наблюдением находилось 82 пациентки с миомой матки, имеющие показания для консервативного лечения.

Всем пациенткам проводилось стандартное клинико-лабораторное обследование, ультразвуковое сканирование, раздельное лечебно-диагностическое выскабливание с гистологическим исследованием соскобов. Для обнаружения антител IgG и IgM к возбудителям урогенитальных инфекций использовался иммуноферментный анализ (ИФА).

Анализ полученных данных показал, что возраст женщин с миомой матки колебался от 24 до 50 лет и в среднем составил $34,5 \pm 1,3$ года. Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен хроническими воспалительными процессами гениталий у 71 (86,6%) женщины, нарушениями оварияльно-менструального цикла (гиперменорея, полименорея, альгодисменорея, мено- и метроррагия) – у 63 (76,8%); абортами – у 31 (37,8%); использованием внутриматочных контрацептивов – у 4 (4,9%).

По результатам УЗИ размеры матки колебались от 6-7 до 12 недель беременности. Наиболее часто встречалась субсерозно-интерстициальная локализация узлов (58,5%) и интерстициальная (31,7%), реже – субсерозная (9,8%). При гистологическом исследовании соскобов эндоцервикса, эндометрия гиперпластический процесс (железистая и железисто-кистозная гиперплазия эндометрия) выявлен у 53 женщин (64,6%), полип эндометрия – у 4 (4,9%). Данные иммуноферментного анализа крови позволили выявить хламидийную инфекцию у 64 обследованных женщин (78,1%); уреаплазменную – у 67 (81,7%); трихомонадную – у 29 (35,4%); герпетическую – у 15 (18,3%). Необходимо отметить, что ассоциации возбудителей констатированы в 65 случаях (79,3%).

Все вышеизложенное свидетельствует о немаловажном значении инфекционного фактора в генезе миомы матки, что диктует необходимость более детального обследования женщин с данной патологией, с целью коррекции консервативной терапии и повышения ее эффективности.

ID: 2011-01-257-T-1124

Тезис

Филиппова И.Ю.

Особенности родоразрешения и исход беременности у женщин с миомой матки*ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им.В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

Целью работы явилось изучение особенностей родоразрешения и исхода беременности у женщин с миомой матки.

Проведен анализ 53 историй родов. Среди беременных с миомой матки преобладали пациентки в возрасте от 30 до 39 лет - 38 (71,6%). Первородящих - 55% (n=29). У 33 женщин миома матки была обнаружена до беременности, у 20 - в ранние сроки гестации. Из соматической патологии у 13 беременных (24%) отмечена миопия различной степени тяжести, у 5 (11%) – гипертоническая болезнь, у 18 (51%) – вегетососудистая дистония, у 11 (20%) – увеличение щитовидной железы, у 23 (65%) – ожирение и анемия – у 39 (74%).

Беременность в сочетании с миомой матки у 35 женщин закончилась родами в срок через естественные родовые пути (66%). В то же время в 40% случаев (n=14) роды осложнились преждевременным излитием вод и нарушениями сократительной деятельности матки. В 1 наблюдении (2,9%) проводилось ручное обследование матки в послеродовом периоде. Все дети в этой группе рождены с оценкой по Апгар 8-9 баллов, массой от 2950 до 4040 г.

Оперативное родоразрешение имело место у 18 беременных (34%), из них в 12 случаях операция кесарева сечения выполнена в плановом порядке. Показаниями к операции в данном случае являлись: перешеечное расположение миоматозного узла, тазовое предлежание плода, рубец на мате, фетоплацентарная недостаточность, миопия высокой степени. В экстренном порядке были прооперированы 6 женщин (33%) в связи с аномалиями родовой деятельности и гипоксией плода. Во время хирургического вмешательства в 3-х наблюдениях выполнена консервативная миомэктомия. Вес новорожденных находился в пределах от 2770 до 3890 г. Оценка по Апгар составила 8-9 баллов у 16 новорожденных, 2 ребенка были извлечены в состоянии гипоксии.

Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости индивидуального подхода при родоразрешении женщин с миомой матки с учетом размеров и локализации миоматозных узлов, особенностей течения беременности, а также наличия осложнений гестации.

ID: 2011-01-257-T-1179

Тезис

Парфёнов А.А.

**Бесплодие, связанное с гиперпролактинемическим
гипогонадизмом**

*ГОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского
Минздравсоцразвития России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

В современном обществе бурная урбанизация сама по себе негативно влияет на фертильность, что связано как с повышенными стрессовыми нагрузками, так и с неблагоприятными экологическими факторами. Хронический стресс имеет очевидную связь с отклонениями гипоталамогипофизарной регуляции репродуктивной системы, провоцирующими возникновение эндокринного бесплодия. Вопросы лечения бесплодия при гиперпролактинемическом гипогонадизме блестяще освещены в монографических работах отечественных эндокринологов (Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Романцова Т.И., 2004). Тем не менее и сегодня приходится сталкиваться с рядом диагностических и клинических ошибок, заключающихся, прежде всего с «пропуском» транзиторных форм гиперпролактинемии, вследствие большой вариабельности колебания уровня пролактина в крови в течение суток, в необоснованно широком использовании пролактин снижающих препаратов у пациенток с гипотиреозом, СПКЯ, других состояниях, когда речь идет о вторичной, сопутствующей, основному заболеванию, гиперпролактинемии.

Таким образом, для адекватной диагностики и лечения бесплодия связанного с гиперпролактинемическим гипогонадизмом необходимо:

- исключить другие формы бесплодия
 - исключить патологические состояния и процессы, вызывающие повышение уровня пролактина в крови
 - осуществлять забор крови для исследования уровня пролактина в ранние утренние часы двукратно с проведением пробы с метоклопрамидом с целью выявления транзиторных форм гиперпролактинемии
 - исследование уровня ТТГ, Т3, Т4 для выявления гипотиреоза
 - при назначении пролактин снижающих препаратов подбор дозы для снижения пролактина до средне нормальных значений.
- Практическая значимость заключается в том, что данный алгоритм позволяет:
- сократить сроки обследования
 - снизить экономические затраты связанные с гипо-/гипердиагностикой а следовательно не обоснованным назначением дополнительных методов исследования и медикаментозных препаратов
 - снизить вероятность «ухода» диагностического поиска причины бесплодия по ложному пути.

ID: 2011-01-257-T-1180

Тезис

Сидорова А.А.

Анализ клинико-лабораторных данных и гистоструктуры соскобов эндометрия при кровотечениях у женщин репродуктивного возраста*ГОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского
Минздравсоцразвития России, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС*

Маточные кровотечения остаются самой частой причиной обращения к гинекологу женщин всех возрастных групп. Отсутствие нарушений менструального цикла при нормальных по длительности и количеству теряемой крови менструациях является свидетельством нормального состояния эндометрия. С целью диагностики этиологии кровотечения широко используют диагностическое выскабливание эндометрия и последующее гистологическое исследование полученного материала.

Цель исследования: провести анализ клинических и лабораторных данных у женщин репродуктивного возраста с маточными кровотечениями и сопоставить их с гистоструктурой соскобов из полости матки.

Материалы и методы: проведен анализ 80 историй болезни с установленным диагнозом кровотечения в репродуктивном периоде. Проведен анализ соматической, гинекологической патологии, лабораторных данных. Соскобы из полости матки в 100% подвергались морфологическому обследованию. Средний возраст больных составил 38 лет. Сопутствующая соматическая патология: ожирение - 38 (47,5%), артериальная гипертензия - 4 (5%), аппендэктомия - 6 (7,5%), пиелонефрит в анамнезе - 3 (3,75%), МКБ - 1 (1,25%), удаление опухоли молочной железы - 2 (2,25%), заболевания ЖКТ - 6 (7,5%), анемия - 31 (38,7%). Сопутствующая гинекологическая патология: эрозия шейки матки - 12 (15%), кольпит - 15 (18,35%), аденомиоз - 2 (2,25%), СПКЯ - 1 (1,25%), миома матки - 16 (20%), ретенционная киста яичника - 3 (3,75%), бесплодие в анамнезе - 4 (5%).

При анализе гистологических результатов выявлено: децидуальная ткань - 8 (10%), фаза пролиферации - 20 (25%), фаза секреции - 9 (11,25%), фаза десквамации - 5 (6,25%), плацентарный полип - 1 (1,25%), атрофические изменения эндометрия - 4 (5%), хронический эндометрит - 2 (2,5%), простая железистая ГПЭ - 17 (21,25%), железисто-кистозная ГПЭ - 2 (2,5%), железисто-фиброзный полип - 6 (7,5%), аденокарцинома эндометрия - 1 (1,25%), атипичная железистая ГПЭ - 1 (1,25%).

Заключение. В структуре причин аномальных маточных кровотечений наиболее значимое место занимают гиперпластические процессы эндометрия. Тем не менее маточные кровотечения зачастую имеют место и при нормальной гистоструктуре эндометрия. Своевременная диагностика и лечение причин маточных кровотечений приводят к снижению числа осложнений.

Биологическая и общая химия Biological and general chemistry

ID: 2011-01-35-R-1140

Обзор

Косарев А.В., Студенцов В.Н.

Густосшитые полимеры: структура, термодинамика, экологичность *Саратовский государственный технический университет*

Резюме

Настоящая работа посвящена актуальной с точки зрения прикладной экологии теме-определению критериев экологичности густосшитых полимеров. Актуальность этой темы обусловлена широкой сферой применения этих материалов в различных областях промышленности. Между тем, вопрос о количественной оценке экологической безопасности этих полимеров не разработан еще в достаточной мере.

В нашей работе проведен анализ структурных и термодинамических свойств густосшитых полимеров, а также исследована взаимосвязь этих свойств между собой. Установлено, что критериями экологичности густосшитых полимеров являются их упруго-деформационные свойства. Результаты работы имеют практическое значение для решения многих задач медицинской биохимии, а также прикладной экологии и химической технологии.

Ключевые слова: терморектопласты, термодинамика, конфигурация, прикладная экология.

Густосшитые полимеры сегодня находят широкое применение во многих отраслях промышленности: медицине и фармакологии, пищевой и химической технологии, строительстве, приборо- и автомобилестроении, в легкой промышленности при изготовлении товаров широкого потребления. Увеличивающийся ежегодно объем применения полимерных материалов обусловлен высокой функциональностью этих материалов и легкостью переработки в товары промышленного назначения по сравнению с другими материалами, применяемыми в данных отраслях (металлы, минеральные строительные материалы и др.). Между тем, спектр экологических проблем, связанных с производством, переработкой, эксплуатацией и утилизацией данных компонентов достаточно широк.

Основные экологические проблемы эксплуатации полимерных объектов сводятся к образованию токсичных компонентов в результате их химической и механической деструкции. Густосшитые полимеры являются неплавкими и нерастворимыми материалами, что сильно сокращает возможности их вторичной переработки. Практически единственным возможным способом вторичной переработки таких полимеров является их диспергирование путем механического измельчения. Основными факторами токсичности реактопластов являются процессы их термо- и фотодеструкции, а также их механическая деструкция под действием внешних нагрузок. При этом происходит изменение структуры полимера и происходят деполимеризационные процессы, в ходе которых образуются низкомолекулярные компоненты, обладающие высокими токсичными свойствами – мономеры и олигомерные компоненты. Кроме того, в результате миграционных процессов в окружающую среду попадают пластификаторы, модификаторы, стабилизаторы, красители и др. [1]. На химизм образования экотоксикантов оказывают влияние также условия протекания процесса (температура, давление), среда (кислотность, влажность и др.) и способ переработки (действие окислителей, сжигание и др.). Влияние оказывают также процессы механической деформации структуры полимера в полях напряжений. Токсичными свойствами могут обладать не только продукты, мигрирующие из полимера, но и сам полимерный материал, в тех случаях, когда он имеет сообщение с организмом

либо с пищевыми продуктами [1]. В таком случае для оценки экологичности полимерных материалов применяются физико-гигиенические методы [1], реализация которых требует знания изменения структуры материала в результате его эксплуатации. Поэтому является актуальной задача оценки влияния структуры густосшитого полимера на его экологические свойства с применением деформационно-механического подхода.

Следует отметить, что ключевой является закономерность: чем меньше модуль упругости подвергается упругой деформации, тем выше его способность к деполимеризационным процессам и ниже экологичность. Кроме того, чем выше средняя функциональность узлов густосшитого полимера, тем ниже его способность к деформации и выше экологичность. На деформационную активность влияет способ упаковки межузловых полимерных цепей. Степень подвижности межузловых участков цепи влияет на интенсивность миграционных процессов с участием остаточных молекул мономеров и олигомеров, а также на их распределение в объеме полимерного образца. С одной стороны повышение молекулярной массы и энтропии межузловых цепей свидетельствуют о невысокой степени трехмерной упорядоченности полимера и формировании эластомерной структуры, а с другой- о повышении содержания остаточного олигомера в нем, которое обусловлено понижением его свободной энергии Гиббса по сравнению с таковыми, находящимися в густосшитой структуре полимера. В этом плане информативны данные по оценке изменения энтропии в процессе деформации, которые являются мерой жесткости упаковки полимерных цепей в ячейке. При этом данные о конформации межузловых цепей позволяют проводить оценку диффузионной способности мономерных и олигомерных молекул из полимерного образца. Таким образом, упруго-механические характеристики, такие как напряжение, модуль упругости, работа деформации, а также термодинамические данные об энтропии, задающей статистику конформации полимерной системы, несут информацию об экологичности полимера. Также деформационно-механическое моделирование в сочетании с термодинамическим подходом предоставляет информацию о влиянии имеющихся низкомолекулярных и олигомерных примесей в сетчатой структуре полимера на его экологические свойства. Актуальной задачей является определение взаимосвязи вязкостных свойств полимера и концентрации остаточного мономера и олигомеров в нем.

Химический потенциал остаточных олигомеров, включенных в полимерную систему, определяется не только конформацией их микроокружения, но и кинетикой отверждения исходной олигомерной системы. Это обусловлено присутствием в системе соединений-отвердителей, которые обладают токсичностью (алифатические и ароматические первичные и вторичные амины, алифатические полиамиды, ангидриды, в состав которых, как правило, входят эпокси-группы) [1]. Токсичность мономеров и олигомеров, мигрирующих из полимерной системы, определяется наличием сопряженных углерод-углеродных связей, центров формирования радикалов, ароматических фрагментов, полициклических и гетероатомных структур, а также ряда функциональных группировок. Также на токсичность оказывает влияние расположение данных молекулярных групп в молекулах. Кроме того, если отверждение осуществляется по механизму иницирования отверждения, то дополнительно в систему водятся соединения инициаторы (например, перекись метилэтилкетона), ускоритель и соускоритель распада инициатора (например, нафтенат кобальта), если же процесс протекает с участием катализатора, то в системе могут присутствовать соединения олова, титана, свинца, железа, а также аммиак, фенолы, спирты, альдегиды, кетоны [1].

Катализаторы остаются в трехмерной структуре густосшитого полимера и оказывают влияние на его свойства [1]. Наличие данных соединений обуславливает канцерогенную и мутагенную активность как исходной, так и отвержденной олигомерной смолы. Экологический риск воздействия сетчатых полимеров на окружающую среду является функцией химических потенциалов остаточного мономера и олигомеров, катализаторов, инициаторов, а также упруго-деформационных параметров полимера. Высокую роль в отношении экологичности густосшитых полимеров несет влажность. Ее роль проявляется с одной стороны на стадии синтеза сетчатого полимера из олигомерной смолы, а с другой – на стадии эксплуатации. В первом случае влага, содержащаяся в отверждаемом

субстрате, аккумулируется в структуре полимера и удерживается в нем за счет эффекта гидратации полярных групп полимера. Второй случай реализуется при длительной эксплуатации полимерной системы в условиях действия влажной атмосферы или при контакте с водой. При этом первоначально вода адсорбируется в поверхностном слое полимера, после чего происходит ее диффузия в трехмерную структуру полимера и гидратация полярных групп полимера. Это вызывает ослабление молекулярного взаимодействия в полимере и увеличивает подвижность его молекул [2]. Это приводит к изменению упруго-деформационных свойств полимера, а именно: к снижению разрушающего напряжения при растяжении, предела текучести, модуля упругости и др. [2]. Это может сопровождаться деструкцией сетчатой структуры полимера и выделением продуктов распада в окружающую среду. Контроль влажности сетчатого полимера задается на стадии анализа свойств исходной олигомерной смолы. Экологичность полимера также определяется его устойчивостью к действию кислот и щелочей. Взаимодействие полимера с этими соединениями приводит к разрушению его трехмерной структуры и приводит к миграции продуктов деструкции в окружающую среду. Эта характеристика зависит от наличия функциональных групп в молекулах полимера, активных в отношении указанных компонентов и возрастает при увеличении степени сшивки полимера.

Также следует отметить, что повышение степени сшивания полимера увеличивает его устойчивость в отношении органических растворителей, что также снижает поступление в окружающую среду мономеров и олигомеров. Важным критерием экологичности полимера является его атмосферное старение, которое может быть количественно определено как время, в течение которого наступает необратимое изменение свойств полимера под действием факторов внешней среды, таких как температура окружающего воздуха, его влажность, наличие кислорода, воздействие солнечного света [1]. При этом происходит испарение пластификаторов, включаются химические процессы, результатом которых становится понижение упруго-деформационных характеристик материала, в частности возникновение предельных поперечных деформаций в условиях действия продольной нагрузки, что завершается растрескиванием полимера. Кроме того примеси инициаторов и катализаторов полимеризации, содержащихся в материале, обуславливают возникновение фотохимических процессов деструкции, поставляющих в окружающую среду токсичные продукты окисления.

Следует отметить, что старение полимера является свойством, значительно зависящим от условий окружающей среды, а именно: вышеупомянутых климатических факторов, а также времени года, освещенности территории и др. [1].

Мерой упруго-деформационных свойств материала, отражающих его экологичность, является усталостная прочность материала, т.е. напряжение, при котором происходит усталостное разрушение полимера после действия определенного числа циклов нагрузки [2]. В зависимости от вида прилагаемой нагрузки различают деформацию изгиба, растяжения, сжатия и др., в каждом из них происходит изменение структуры полимерной системы. Допустимый срок службы изделия, тесно связанный с экологичностью полимера, увеличивается с повышением плотности полимера [2]. Кроме того, существенным фактором является густота сшивки, увеличение которой снижает вероятность растрескивания полимера. Кроме того, к факторам структуры, влияющим на экологичность полимерной системы, следует отнести уменьшение числа свободных концов макроцепей в структуре полимера, так как свободные объемы между концами соседних цепей могут служить местами формирования трещин [2]. Важным эколого-эксплуатационным параметром полимера является разность между энергией химических связей в цепях полимера и энергией деформации. Чем выше эта разность, тем ниже число актов деструкции полимера в условиях приложенной нагрузки и тем ниже количество продуктов деструкции, попадающих в окружающую среду. Важную роль в экологическом отношении несут дефекты переработки полимера, такие как углубления, надрезы, микротрещины, нарушение целостности материала, поскольку они концентрируют напряжения и являются вероятными центрами разрушения структуры полимера, что приводит к вышеотмеченным последствиям [2].

Экологические свойства густосшитых полимеров являются, таким образом, функцией параметров синтеза (температуры, давления, наличия катализаторов, инициаторов), параметров переработки (содержания и структуры пластификаторов), а с другой стороны, зависят от факторов внешней среды. К упруго-деформационным и физико-химическим характеристикам, определяющим экологичность полимера, относятся усталостная прочность материала, атмосферное старение, влажность, прочностные параметры, предела текучести. Они, в свою очередь зависят от молекулярных параметров системы, а именно: молекулярной массы, конформации и конфигурации межузловых цепей, плотности, густоты сшивки, количества свободных концов полимерных молекул, адсорбционной способности поверхности материала, а также от параметров структуры мономеров и олигомеров.

Библиографический список

1. Энциклопедия Полимеров. в 3 т. /Ред. коллегия: В.А. Кабанов (глав. ред.) и др. Т.2. Л-П. М.: Советская энциклопедия, 1974.-1032 с; Т.3. П-Я. 1977.-1152 с.
2. Калинин Э.Л., Саковцева М.Б. Выбор пластмасс для изготовления и эксплуатации изделий: Справ. изд. Л.: Химия, 1987.-416 с.

Внутренние болезни Internal Diseases

ID: 2011-01-8-A-1147

Оригинальная статья

Киселев А.Р., Посненкова О.М.

Динамические оценки спектра вариабельности сердечного ритма у больных ишемической болезнью сердца с гемодинамически значимыми коронарными стенозами

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Минздравсоцразвития России

Kiselev A.R., Posnenkova O.M.

Dynamic evaluation of heart rate variability spectrum in coronary heart disease patients with hemodynamically significant coronary stenoses

Saratov Research Institute of Cardiology

Резюме

Цель: изучение особенностей вегетативной регуляции сердца у больных ИБС с гемодинамически значимыми коронарными стенозами и без них. **Методы:** В исследование включено 143 пациента с ИБС, возраста 49 ± 8 лет: 88 чел. с наличием хотя бы одного коронарного стеноза более 50%, 55 чел. - без таких стенозов. Ритмограммы регистрировались в покое и в ходе велоэргометрических (ВЭМ) проб с нагрузкой 25 и 50 Вт в течение 6 мин на каждой ступени: первые 3 мин – при спонтанном дыхании, последние 3 мин – при управляемом дыхании периодом 10 сек. Вычислялась частотная мощность спектра ВСП в высокочастотном (HF) и низкочастотном (LF) диапазонах. Принималось, что мощность LF-диапазона в параметрическом спектре обусловлена мощностью 0,1Гц-колебаний в ВСП. **Результаты:** Динамика мощности LF-диапазона спектра ВСП на этапах ВЭМ пробы при спонтанном дыхании достоверно не различалась между больными ИБС с наличием коронарных стенозов более 50% и без таковых. При переходе от спонтанного дыхания к управляемому выявлено достоверно большее увеличение мощности LF-диапазона у больных ИБС с коронарным стенозом менее 50% в состоянии покоя и при нагрузке 25 Вт. Динамика мощности HF-диапазона спектра в ходе ВЭМ пробы повторяла изменения в LF-диапазоне, но не имела достоверных межгрупповых различий. **Вывод:** Выраженность вегетативной дисфункции детерминирована наличием гемодинамически значимых коронарных стенозов.

Ключевые слова: вариабельность ритма сердца, коронарный стеноз.

Summary

It is considered that 0.1 Hz-oscillations in heart rate variability (HRV) are determined by features of the central part of system of autonomic regulation. **Aim** – to study characteristics of autonomic heart regulation in patients with coronary heart disease (CHD) associated with hemodynamically significant and insignificant coronary stenoses. **Methods** – 143 patients with CHD aged 49 ± 8 years were enrolled in the study. 88 patients had at list one coronary artery stenosis of more then 50%. 55 CHD patients had no such stenoses. Rhythmograms at rest and during veloergometric test (VET) with exercise of 25 and 50 Wt were registered during 6 minutes at each stage. The first 3 minutes were registered at spontaneous breathing. The last 3 minutes were registered at controlled breathing with 10 seconds period. Frequency power of HRV spectrum in low-frequency (LF) and in high-frequency (HF) ranges was estimated. It was assumed that the power of LF-range in a parametric spectrum determined by the power of 0.1 Hz oscillations in HRV. **Results** – the dynamic of power of LF- range of HRV spectrum during the stages of VET at spontaneous breathing did not differ reliably in CHD patients with coronary stenoses of more then 50% and without such stenoses. Reliably higher increase of LF-range power under switching from the spontaneous to the controlled breathing was revealed at rest

and at exercise of 25 Wt in CHD patients with coronary stenosis of less than 50%. The dynamic of power of HF-range of HRV spectrum during VET repeated the changes in LF-range. Any reliable intergroup differences were not revealed. **Conclusions** – the evidence of autonomic dysfunction is associated with hemodynamically significant coronary stenoses.

Key words: heart rate variability, coronary stenoses.

Введение

Одной из признанных теорий вегетативной регуляции сердца является модель, основанная на представлении о наличии в вариабельности сердечного ритма (BCP) колебаний на частоте около 0,1 Гц, обусловленных свойствами центрального звена системы вегетативной регуляции [1-6]. Известно, что при ИБС наблюдается снижение BCP [7, 8].

Целью данного исследования являлось изучение особенностей вегетативной регуляции сердца у больных ИБС с одно-, двух- и трехсосудистым атеросклеротическим поражением коронарного русла на основе представлений о наличии 0,1 Гц-колебаний в BCP.

Материал и методы

В исследование включено 143 пациента мужского пола с ИБС, возраста 49 ± 8 лет, находившихся на лечении и обследовании в клинике Саратовского НИИ кардиологии. Все испытуемые дали добровольное согласие на включение их в исследование. В исследование не включались больные с клапанными пороками сердца, нарушениями ритма сердца и проводимости, препятствующими анализу BCP, с эндокринной патологией, с симптоматическими артериальными гипертензиями, с нарушением периферического кровообращения, хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, почек, других органов и систем в стадии обострения.

Для изучения особенностей вегетативной регуляции сердца у больных ИБС при наличии и отсутствии гемодинамически значимых атеросклеротических стенозов коронарных артерий были выделены две группы: группа А - с наличием хотя бы одного коронарного стеноза более 50% (88 чел.; 49 ± 8 лет) и группа В - без таких стенозов (55 чел.; 46 ± 9 лет). Внутри группы А выделены подгруппы с наличием коронарного стеноза более 50% в одной артерии (49 чел.; 49 ± 7 лет), в двух артериях (29 чел.; 50 ± 7 лет) и в трех артериях (10 чел.; 45 ± 5 лет).

Всем больным проводились инструментальные исследования: 12-канальная электрокардиография, доплер-эхокардиография, велоэргометрическая (ВЭМ) проба, селективная коронарография по методике М. Jadkins.

Регистрация ритмограмм производилась в состоянии покоя и в ходе ВЭМ проб с нагрузкой 25 и 50 Вт в течение 6 минут на каждой ступени нагрузки, при этом первые 3 минуты этапа нагрузки регистрировались при спонтанном дыхании, а последние 3 минуты – в условиях управляемого дыхания периодом 10 секунд. Применение управляемого дыхания периодом 10 секунд позволяет контролировать значительную часть информации на входе в систему вегетативной регуляции сердца и изучать собственные свойства 0,1 Гц-механизмов регуляции посредством резонансного отклика в области 0,1 Гц-компоненты спектра BCP [7, 9]. При спонтанном дыхании можно оценивать реализацию механизмов вегетативной регуляции в BCP в условиях естественного взаимодействия сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Выбор уровня нагрузки в 25 и 50 Вт обусловлен низкой информативностью спектрального анализа BCP при физических нагрузках высокой интенсивности [10, 11]. Все функциональные пробы проводились в утренние часы (9.00-11.00).

Частотные оценки BCP получали параметрическим методом построения спектра временного ряда R-R интервалов на основе авторегрессионной модели (Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № 980656 от 12.11.1998 г.). Частотная мощность спектра BCP (в мс^2) вычислялась в низкочастотном (LF: 0,04-0,15 Гц) и высокочастотном (HF: 0,15-0,4 Гц) диапазонах [8]. Принималось, что спектральная мощность LF-диапазона в параметрическом спектре обусловлена мощностью 0,1 Гц-колебаний в BCP. Для спектрального анализа отбирались трехминутные ритмограммы, не содержащие помех, экстрасистол, выраженного линейного тренда и переходных процессов.

При статистической обработке данных применялись следующие программные пакеты: «Excel MS Office-2003» и «Statistica 6.1». Выявлено, что распределение значений параметров ВСР не описывается законом нормального распределения, поэтому дальнейший анализ производился методами непараметрической статистики. Сравнения переменных выполнялись при помощи критерия парных сравнений Вилкоксона. Сравнение групп проводилось с использованием U-критерия Манна-Уитни. Данные представлены в виде медианы (Me) и значений квартильного диапазона (25%, 75%). Надежность используемых статистических оценок принималась не менее 95%.

Результаты

Клинико-anamnestическая картина обследованных больных ИБС отражает закономерное увеличение тяжести клинических проявлений стенокардии при увеличении числа стенозированных коронарных артерий. Изучаемые группы больных ИБС сопоставимы по состоянию глобальной сократительной функции миокарда, частоте инфарктов миокарда в анамнезе.

При анализе динамики мощности LF-диапазона спектра ВСР в группах больных ИБС выявлено достоверное ($p < 0,01$) снижение его мощности на этапах ВЭМ пробы при нагрузке 25 и 50 Вт, относительно исходного состояния покоя, как при спонтанном, так и при управляемом дыхании периодом 10 секунд, но при управляемом дыхании данная динамика происходит при достоверно ($p < 0,05$) больших абсолютных значениях спектральной мощности LF-диапазона.

Динамика абсолютных значений HF-диапазона спектра ВСР в ходе ВЭМ пробы в исследуемых группах повторяла изменения в LF-диапазоне, но не имела достоверных межгрупповых различий в условиях спонтанного и управляемого дыхания ($p > 0,05$). При увеличении нагрузки, отмечалось достоверное ($p < 0,001$) повышение уровня частоты сердечных сокращений (ЧСС) и АД, сопоставимое во всех исследуемых группах (рис.).

Мощность и профиль динамики мощности LF-диапазона спектра ВСР на этапах ВЭМ пробы при спонтанном дыхании достоверно не различались между больными ИБС с наличием стенозов коронарных артерий более 50% и без таковых (рис.). При анализе прироста мощности 0,1Гц-компоненты спектра ВСР при переходе от спонтанного дыхания к управляемому в данных подгруппах выявлено, что увеличение мощности LF-диапазона при 10-секундном дыхании, относительно спонтанного, достоверно ($p < 0,05$) выше у больных ИБС с коронарным стенозом менее 50% в состоянии покоя и при нагрузке 25 Вт. При нагрузке 50 Вт прирост мощности 0,1Гц-компоненты достоверных различий не имел ($p > 0,05$) и был достоверно ($p < 0,05$) ниже такового в покое и при нагрузке 25 Вт (рис.).

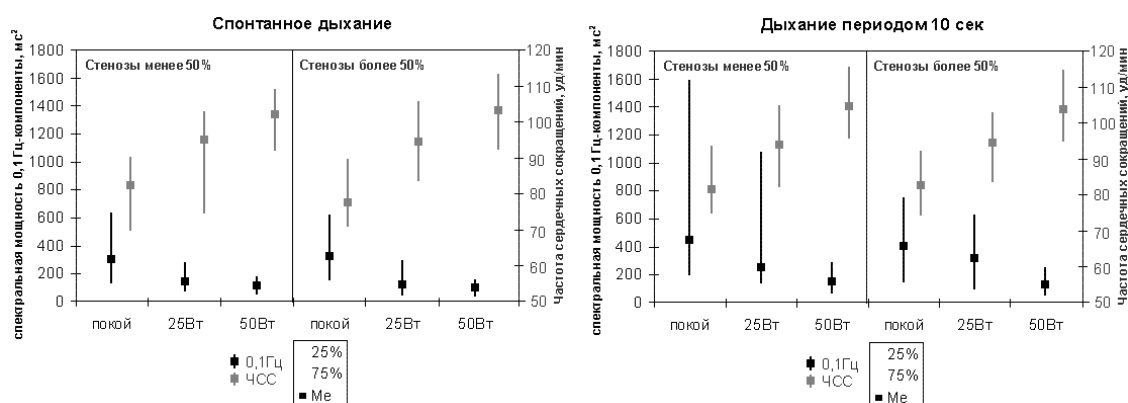


Рис. Динамика мощности 0,1 Гц-компоненты спектра ВСР и ЧСС в группах больных ИБС с наличием коронарных стенозов более 50% и без них в ходе ВЭМ проб при спонтанном дыхании и управляемом дыхании.

Обсуждение

Полученные данные свидетельствуют о низкой динамической устойчивости 0,1 Гц-колебаний ВСР у больных ИБС к повышению уровня нагрузки, что обусловлено снижением

адаптационного диапазона вегетативной регуляции сердца, что согласуется с результатами ранее проводимых нами исследований [7].

Выявлено, что выраженность вегетативной дисфункции у больных ИБС, в том числе проявляющаяся снижением динамической устойчивости 0,1 Гц-колебаний в ВСР, зависит от наличия гемодинамически значимых атеросклеротических стенозов в коронарном русле. У больных ИБС без гемодинамически значимых коронарных стенозов выявлены более высокие адаптационные возможности механизмов центральной вегетативной регуляции сердца, однако при увеличении нагрузки до 50 Вт происходит срыв адаптации вегетативной регуляции в данной группе.

Наличие хотя бы одного коронарного стеноза более 50% ассоциировано со снижением адаптационных возможностей вегетативной регуляции при минимальных нагрузках и усугубляется при дальнейшем повышении уровня физических нагрузок.

Заключение

1. ишемическое поражение сердца обуславливает дисфункцию центральных 0,1 Гц-механизмов вегетативной регуляции сердца со снижением их адаптационных возможностей,
2. выраженность дисфункции и снижение адаптационных возможностей центральных 0,1 Гц-механизмов вегетативной регуляции сердца детерминированы наличием гемодинамически значимых коронарных стенозов.

Библиографический список

1. De Boer R.W., Karemaker J.M., Stracker J. Relationships between short-term blood pressure fluctuations and heart variability in resting subjects. I: A spectral analysis approach // *Med. Biol. Eng. Comput.* 1985. Vol. 23. № 4. P. 352-358.
2. De Boer R.W., Karemaker J.M., Stracker J. Relationships between short-term blood pressure fluctuations and heart variability in resting subjects. II: A simple model // *Med. Biol. Eng. Comput.* 1985. Vol. 23. № 4. P. 359-364.
3. De Boer R.W., Karemaker J.M., Stracker J. Hemodynamic fluctuations and baroreflex sensitivity in humans: a beat-to-beat model // *Am. J. Physiol.* 1987. Vol. 253. № 3. P. 680-687.
4. Low frequency oscillations in arterial pressure and heart rate; a simple computer model / J.B. Madwed, P. Albrecht, R.G. Mark, R.J. Cohen // *Am. J. Physiol. (Heart Circ. Physiol.)*. 1989. Vol. 256. P. 1573-1579.
5. Pagani M., Malliani A. Interpreting oscillations of muscle sympathetic nerve activity and heart rate variability // *J. of Hypertension*. 2000. Vol. 18. Iss. 12. P. 1709-1719.
6. Physiology and pathophysiology of heart rate variability in humans: is power spectral analysis largely an index of baroreflex gain? / P. Sleight, M.T. La Rovere, A. Mortara [et al.] // *Clin. Sci.* 1995. Vol. 88. Iss. 1. P. 103-109.
7. Использование показателей чувствительности и устойчивости низкочастотной компоненты спектра вариабельности сердечного ритма в клинической практике / А.Р. Киселев, В.И. Гриднев, О.М. Кожирина, В.Ф. Киричук // *Российский кардиологический журнал*. 2004. № 4. С. 18-22.
8. Heart Rate Variability. Standards of Measurement, Physiological Interpretation and Clinical Use // *Circulation*. 1996. Vol. 93. P. 1043-1065.
9. Изучение природы периодических колебаний сердечного ритма на основе проб с управляемым дыханием / А.Р. Киселев, В.Ф. Киричук, О.М. Кожирина, В.И. Гриднев // *Физиология человека*. 2005. Т.31. № 3. С. 76-83.
10. Гриднев В.И., Довгалевский П.Я., Котельникова Е.В. Анализ вариабельности сердечного ритма больных ишемической болезнью сердца при физической нагрузке // *Вестник аритмологии*. 1998. № 7. С. 42-45.
11. Применение характеристик вегетативной регуляции сердечного ритма для повышения диагностической эффективности велоэргометрической пробы у больных ишемической болезнью сердца / П.Я. Довгалевский, В.И. Гриднев, Е.В. Котельникова, А.А. Моржаков // *Кардиология*. 1999. №7. С. 21-25.

ID: 2011-01-8-T-1142

Тезис

Шварц В.А.

Клиническая эффективность динамического наблюдения за больными артериальной гипертонией в амбулаторных условиях с использованием мобильной телефонной связи

ФГУ «Саратовский НИИ кардиологии Минздравсоцразвития России», Саратов

Цель работы. Изучить клиническую эффективность динамического наблюдения за больными артериальной гипертонией (АГ) в амбулаторных условиях с использованием компьютерной Internet-системы и мобильной телефонной связи.

Материалы и методы исследования. Предложен качественно новый способ наблюдения за больными АГ в амбулаторном звене на основе компьютерной Internet-системы и мобильной телефонной связи. Предложенный способ наблюдения обеспечивает динамическую постоянную связь «врач-пациент» дистанционно, посредством обмена формализованных SMS между пациентом и компьютерной системой, управляемой врачом. В наблюдение были включены 97 больных АГ (53 мужчины и 44 женщины), в возрасте $49 \pm 11,3$ лет, с подтвержденным диагнозом АГ. Больным проводилось необходимое клиническое обследование, назначена антигипертензивная терапия. Всем больным назначался мониторинг АД посредством автоматического sms-опроса компьютерной системой. Длительность периода наблюдения составила 12 месяцев. Контрольные точки: 1, 6 и 12 месяцев. На каждой контрольной точке подсчитывалась доля больных достигших целевое АД, определялась доля больных, выбывших из-под наблюдения, анализировались причины выбытия.

Результаты. Целевое АД через 1 месяц наблюдения было достигнуто у 84% больных (ДИ, 75%-93%). Через 6 месяцев наблюдения доля пациентов, у которых поддерживалось целевые значения АД, составляла 77% больных (ДИ, 67%-88%), через 12 месяцев - 71% (ДИ, 60%-83%) соответственно. Из 97 больных АГ, по истечению 1 месяца наблюдения выявлено, что регулярно отвечали на sms-запросы 82 пациента (84,5%), 15 человек (15,5%) выбыло из исследования. Через 6 месяцев продолжили наблюдение 63 пациента (65%), выбыло всего 34 (35%) человек, через 12 месяцев – 62 (64%) и 35 (36%) соответственно. Основными причинами прекращения наблюдения оказались утрата мотивации в дальнейшей терапии, а также технические сложности (трудности при наборе sms-ответов, смена номера телефона, поломка телефона).

Выводы. Предложенный способ наблюдения за больными АГ в амбулаторном звене на основе компьютерной Internet-системы и мобильной телефонной связи позволяет достигать и поддерживать целевые значения АД в течение года у большинства больных АГ. Приверженность больных АГ динамическому наблюдению таким образом остается высокой в течение всего периода исследования. Основными факторами со стороны пациента, приводящими к отказу от наблюдения являлись технические сложности, в долгосрочном периоде - нормализация самочувствия.

ID: 2011-01-8-T-1153

Тезис

Мун О.Р.

Нарушение суточного ритма артериального давления — фактор риска развития когнитивных нарушений у больных с артериальной гипертонией*Ташкентская Медицинская Академия*

Цель исследования. Определить состояние когнитивной функции у больных артериальной гипертонией (АГ) в зависимости от суточного профиля артериального давления. (АД).

Материал и методы. Обследовано 66 пациентов обоего пола с АГ I- III степени, (средний возраст $53,6 \pm 5,8$ г.), 2 и 3 категории риска. Особенности суточного ритма артериального давления изучали аппаратом BPLab® (Россия) с компьютерной обработкой данных. В зависимости от степени ночного снижения АД выделили: «dipper» (25 больных), «non-dipper» (18), «over-dipper» (12), «night-peaker» (11). Психологическое тестирование проводилось с использованием шкалы оценки когнитивного дефицита (Mini-Mental State Examination — MMSE; Folstein et al., 1975), которая позволяет оценить внимание, краткосрочную и отсроченную слухоречевую память, счет, письмо, праксис, зрительно-пространственную ориентацию. За неделю до начала исследования больным отменяли антигипертензивную терапию и препараты, воздействующие на нейрофизиологический статус.

Результаты. При психологическом тестировании выявлено значимое снижение когнитивных функций у «night-peaker» (25,5 [25; 27]) и «over-dipper» (26,5 [25; 27,5]) по сравнению с «nondipper» (27,5 [26; 28]) ($p = 0,004$, $p = 0,02$, соответственно) и «dipper» (28 [27; 30]) ($p = 0,002$, $p = 0,004$, соответственно). Различия по группам «non-dipper» и «dipper» не достоверны. В целом по группе больных АГ «night-peaker» и «over-dipper» оценка психического статуса соответствует преддементным когнитивным нарушениям.

Выводы. Больные АГ с чрезмерным ночным снижением АД и ночной гипертензией характеризуются выраженным ухудшением когнитивной функции головного мозга, и составляют группу высокого риска по развитию деменции.

ID: 2011-01-8-T-1155

Тезис

Мун О.Р.

Применение эналазида для лечения артериальной гипертензии I и II степени

Ташкентская Медицинская Академия

Цель: оценить эффективность терапии эналазидом (препарата фирмы «Фармак») у больных с артериальной гипертензией (АГ) I и II степени. Материалы и методы: под наблюдением находилось 32 больных с АГ I и II степени (13 мужчин и 19 женщин) в возрасте 27-64 лет. Исследование проводилось в течение 20 недель.

Эналазид назначался в дозировке от 12,5 до 25 мг/сутки. Контроль АД осуществлялся по уровню «офисного» АД и данным суточного мониторирования АД (СМАД). Для проведения СМАД использовался прибор BPLab® (Россия) с компьютерной обработкой данных. Мониторирование проводилось в амбулаторных условиях исходно: в условиях «чистого фона» (не менее чем через две недели после отмены предшествующей антигипертензивной терапии), через 4 недели и 20 недель лечения. Интервалы между измерениями составляли 15 минут днем и 30 минут ночью. Определяли средние показатели АД за сутки, день, ночь, суточный индекс (СИ – процент снижения АД в ночные часы), величину подъема АД в ранние утренние часы (разницу между максимальным и минимальным АД в период с 4 до 10 часов утра) и его скорость (отношение величины подъема ко времени, за которое он произошел). Результаты: у большинства больных (75%) на фоне терапии эналазидом отмечалось клиническое улучшение состояния, проявляющееся в уменьшении головных болей, головокружения, улучшения работоспособности, нормализации сна. Отмечено достоверное снижение САД за сутки, день, ночь. Ночная гипертензия является фактором риска развития гипертрофии миокарда левого желудочка. Эналазид воздействует на ночную фазу суточного ритма АД, о чем свидетельствует достоверное увеличение перепада день-ночь, отмечавшееся в исследуемой группе больных.

Наибольшее количество сердечно-сосудистых катастроф наблюдается в ранние утренние часы. Одной из причин этого феномена является повышение АД в период с 4 до 10 часов утра, выраженное у больных АГ, в связи с чем контроль АД в утренние часы является важной задачей лечения. На фоне монотерапии эналазидом отмечено достоверное снижение скорости роста САД в ранние утренние часы.

Гигиена Hygiene

ID: 2011-01-977-A-1200

Оригинальная статья

Михеева Ю.А., Забродина З.А.

Фотометрическое определение формальдегида в материалах бытового назначения

Саратовский государственный технический университет

Micheeva U.M., Zabrodina Z.A.

Photometric determination of formaldehyde in materials of household assignment

Saratov state technical university

Резюме

В текстильной промышленности формальдегид входит в состав аппретов, используемых для придания тканям несминаемости, малоусадочности и формоустойчивости. В работе представлены результаты исследования по определению свободного формальдегида в хлопчатобумажных и льняных тканях российских производителей с помощью метода спектрофотометрии. Установлено содержание формальдегида в ряде детских изделий различных производителей. Выявлено соответствие исследуемых тканей и детских изделий международной системе тестирования и сертификации изделий из текстильных материалов Oeko-Tex Standard 100.

Ключевые слова: формальдегид, хлопчатобумажные ткани, льняные ткани, текстильные изделия, фотометрическое определение.

Summary

In the textile industry formaldehyde is part of the dressing used to make fabrics wrinkle resistance, and shape stability malousadochnosti. The paper presents the results of a study to determine free formaldehyde in cotton and linen Russian producers using the method of spectrophotometry. Established the content of formaldehyde in some children's products from different manufacturers. Identified compliance studied tissues and baby products international system testing and certification of products from textiles Oeko-Tex Standard 100.

Key words: formaldehyde, cotton fabrics, linen fabrics, textiles, photometric determination.

Введение

На российском рынке в последние 15 – 20 лет отмечается негативная динамика развития текстильной отрасли [1]. Значительная доля российского потребительского рынка принадлежит иностранным производителям: это и постельное белье, и полотенца и, одежда импортного производства. Качество импортных тканей, особенно азиатского происхождения, с каждым годом улучшается, но все равно оно более низкое, нежели у отечественных производителей. По данным Центрального научно-исследовательского института комплексной автоматизации легкой промышленности, в пробах тканей зарубежных производителей очень часто можно увидеть повышенное содержание формальдегида по сравнению с нашими стандартами [1,2].

Акцентирование внимания на содержание в текстильном изделии именно формальдегида обусловлено двумя основными причинами:

- во-первых, формальдегидные препараты представляют собой одну из наиболее емких групп текстильно-вспомогательных веществ и,
- во-вторых, остаточное содержание формальдегида оговорено во многих стандартах на текстильную продукцию, как в российских, так и зарубежных [3,4].

В текстильной промышленности формальдегид входит в состав аппретов, используемых для придания тканям несминаемости, малоусадочности и формоустойчивости [1,2].

Для тканей из целлюлозных волокон широко используются сочетания химических и физико-механических способов отделки, для чего применяют аппретовы различных видов: - смываемые аппретовы, которые удаляются с тканей в процессе первой стирки. В качестве таких смываемых аппретов используют крахмал, декстрины, желатин, клей; - малосмываемые аппретовы на основе термопластичных полимеров. Широкое применение здесь находят полиэтиленовая и поливинилацетатная эмульсии, эмульсии на основе полиакриловых соединений, латексы на основе каучуков и другие; - несмываемые аппретовы на основе термоактивных смол. Для создания таких аппретов используют различные соединения, в том числе и на основе формальдегидсодержащих смол.

Так, например, предконденсат мочевиноформальдегидной смолы используют для придания изделиям из целлюлозных волокон свойств наполненности, малоусадочности, малосминаемости, формоустойчивости. С его помощью достигается устойчивость эффектов тиснения, лощения, серебристо-шелковистой отделки [1,2].

Методы количественного определения формальдегида в текстильных изделиях основаны на его высокой реакционной способности, характерных свойствах его производных и восстановительной способности формальдегида в щелочной среде [5]. Все эти методы классифицируются на четыре группы: титриметрические, гравиметрические, фотометрические и инструментальные (газовая и газожидкостная хроматография). Первые два метода обычно используют для определения формальдегида в больших концентрациях, а два последних применяют в случае малых концентраций формальдегида, вплоть до следовых количеств [5].

На территории России действует ГОСТ Р 50729-95 «Материалы текстильные. Предельно допустимые концентрации свободного формальдегида», который устанавливает допустимые концентрации свободного формальдегида для материалов бытового назначения (ткани и изделия льняные, полульняные, хлопчатобумажные и смешанные) (таблица 1) [4].

Таблица 1. Допустимые концентрации свободного формальдегида (Ф) в материалах бытового назначения

Группа I содержание Ф до 1000 мкг/г	Группа II содержание Ф до 300 мкг/г	Группа III содержание Ф до 75 мкг/г	Группа IV без содержания Ф
для изделий пальтово-костюмного ассортимента	для изделий платьевоблузочного ассортимента и сорочек верхних	для нательного и постельного белья, в том числе для детей всех возрастных групп, кроме детей в возрасте до 1 года	для детей в возрасте до 1 года

Целью нашей работы было фотометрическое определение формальдегида в текстильных изделиях российских производителей.

Материал и методы

В качестве объектов исследования были использованы 4 вида тканей: ситец, фланель, бязь и лен, выработанные тремя российскими производителями: «Шуйские ситцы», «Ярцевский хлопчатобумажный комбинат» и Чебоксарский хлопчатобумажный комбинат. Все ткани были бельевого назначения.

Определение количества свободного формальдегида в выбранных тканях нами проводилось по ГОСТу 25617-83 «Ткани и изделия льняные, полульняные, хлопчатобумажные и смешанные. Методы химических испытаний» [3]. В ходе эксперимента было исследовано 12 образцов различных тканей. Также исследовалось содержание свободного формальдегида в некоторых детских изделиях, произведенных отечественными и зарубежными производителями.

Результаты

Результаты эксперимента представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы, в ситце, выработанном на предприятие «Шуйские ситцы» количество свободного формальдегида составило 4 мкг/г, в ситце ООО «Ярцевского хлопчатобумажного комбината» – 8 мкг/г, в ситце Чебоксарского хлопчатобумажного комбината – 7 мкг/г.

Следующим объектом исследования была фланель тех же производителей. В среднем, количество свободного формальдегида в данном виде хлопчатобумажной ткани у всех исследуемых производителей составило 23,5 мкг/г.

Количество свободного формальдегида в бязях составило 34 мкг/г в шуйской бязи, 22 в ярцевской и 33 мкг/г в чебоксарской бязи.

Последним объектом нашего исследования были льняные ткани. Предприятие «Шуйские ситцы» не выпускает льняные ткани, и мы приобрели лен фирмы «Русский ситец» г.Иваново. Результаты исследования показали, что количество свободного формальдегида в льняных тканях ни у одного производителя не превышает даже 1 мкг/г.

На следующем этапе работы нами было определено содержание свободного формальдегида в некоторых детских изделиях, произведенных отечественными и зарубежными производителями. Результаты эксперимента представлены в таблице 3.

Таблица 2. Содержание свободного формальдегида в хлопчатобумажных тканях

№ образца	Вид ткани	Производитель	Количество свободного формальдегида, мкг/г
1	Ситец	ОАО ХБК «Шуйские ситцы»	4
2	Ситец	ООО «Ярцевский хлопчатобумажный комбинат»	8
3	Ситец	ОАО Корпорация Чебоксарский хлопчатобумажный комбинат	7
4	Фланель	ОАО ХБК «Шуйские ситцы»	22
5	Фланель	ООО «Ярцевский хлопчатобумажный комбинат»	25
6	Фланель	ОАО Корпорация Чебоксарский хлопчатобумажный комбинат	24
7	Бязь	ОАО ХБК «Шуйские ситцы»	34
8	Бязь	ООО «Ярцевский хлопчатобумажный комбинат»	22
9	бязь	ОАО Корпорация Чебоксарский хлопчатобумажный комбинат	33
10	Лен	ООО «Ярцевский хлопчатобумажный комбинат»	0,1
11	Лен	ОАО Корпорация Чебоксарский хлопчатобумажный комбинат	0,45
12	лен	ООО «Русский ситец», г. Иваново	0,08

Таблица 3. Содержание свободного формальдегида в детских изделиях

Наименование изделия	Производитель	Количество свободного формальдегида, мкг/г
Нагрудник детский	ООО «Янтарная Ариэль» Калининградская обл.	23
Пеленка ситцевая	ООО «Янтарная Ариэль» Калининградская обл.	19
Чепчик ясельный	ООО «Экономов» г. Курск	27
Платок носовой детский	Китай	24

Обсуждение

Анализ полученных результатов показал, что исследуемые ткани соответствуют установленному Российскому стандарту по остаточному содержанию свободного формальдегида в текстильных изделиях, в том случае, если эти ткани используются для взрослого ассортимента (75 мкг/г). Если же эти ткани будут использоваться для изготовления изделий для детей, то по российскому стандарту ГОСТ Р 50729-95 фактические значения свободного формальдегида намного превышают норму.

Однако в российской текстильной промышленности широко используется зарубежный стандарт OEKO-TEX-100 [6], согласно которому норма свободного формальдегида в тканях, используемых для пошива детской одежды, равна 20 мкг/г. Соответственно, по зарубежному стандарту количество свободного формальдегида в исследуемых тканях соответствует норме.

При оценке детских изделий, произведенных отечественными и зарубежными производителями, выявлено, что по зарубежному стандарту норме соответствует только пеленка, изготовленная ООО «Янтарная Ариэль», в которой количество свободного формальдегида составило 19 мкг/г. Остальные образцы не соответствуют даже и зарубежному стандарту. Поэтому, все исследуемые нами вещи могут использоваться только для детей старше 1 года.

Заключение

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что в хлопчатобумажных и льняных тканях российских производителей остаточное содержание свободного формальдегида соответствует установленному Российскому стандарту, но при условии, что эти ткани будут использоваться для взрослого ассортимента. Если же эти ткани предназначены для изготовления изделий для детей, то фактические значения свободного формальдегида намного превышают норму. Кроме того, наша работа показала, что исследуемые детские изделия не соответствуют Российскому стандарту ГОСТ Р 50729-95 по остаточному содержанию свободного формальдегида в текстильных изделиях для детей в возрасте до 1 года. Также и по зарубежному стандарту OEKO-TEX-100, который широко используется в российской текстильной промышленности, все исследуемые нами вещи могут использоваться только для детей старше 1 года.

Библиографический список

1. Кричевский Г.Е. Химическая технология текстильных материалов. Т. 3. / Г.Е. Кричевский. - М.: МГУ. – 2001. – 315 с.
2. Ольшанская О.М. Органические вещества в льне и льняной продукции / О.М. Ольшанская, В.А. Грищенко, А.В. Артемов // Экология и промышленность России. - № 5. – 2002. - с. 35-38.
3. ГОСТ 25617-83 «Ткани и изделия льняные, полульняные, хлопчатобумажные и смешанные. Методы химических испытаний».
4. ГОСТ Р 50729-95 «Материалы текстильные. Предельно допустимые концентрации свободного формальдегида».
5. Третьяков В.Ф. Методы анализа формальдегида / В.Ф.Третьяков, Р.М. Талышинский, А.М. Илолов, И.А. Голубева, Н.И. Ковалева, Н.А. Французова, М.С. Якимова // Вестник МИТХТ. – т.3. - № 86. – 2008. – с. 3 - 13
6. www.oeko-tex.com

ID: 2011-01-977-T-1141

Тезис

Турлакова Т.В., Хворостухина А.И.

Анализ заболеваемости острых кишечных инфекций у детей раннего возраста в г. Саратове*Саратовский государственный медицинский университет им В.И.Разумовского*

Острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста. В структуре младенческой смертности от инфекционных болезней на долю ОКИ приходится от 50 до 70% .

В настоящее время ситуация по ОКИ остается напряженной. Наибольший удельный вес среди заболевших составляют дети раннего возраста - около 60%. Несмотря на значительные успехи медицинской науки, достигнутые в изучении эпидемиологии и этиологии ОКИ, а так же проводимые профилактические мероприятия, некоторые вопросы данной проблемы остаются открытыми.

Целью нашего исследования явилось изучение эпидемиологии ОКИ у детей с первой недели и до трех месяцев жизни. Была проведена эпидемиологическая оценка данных 112 случаев. Среди клинических синдромов энтероколиты составили 93%, гемоколиты 7%. Возбудитель ОКИ был установлен у 48% обследованных детей, и лишь в 14% случаев в анализах матерей. Среди выделенных микроорганизмов у детей лидировал золотистый стафилококк - 36% (один или в сочетании с другими условно-патогенными возбудителями), энтеробактер - 4%, протей мирабилис - 4%, цитробактер- 4%, сальмонеллы группы D - 2%. Из числа заболевших 13% находились на искусственном вскармливании. По срокам прикладывания к груди 64% детей проложены в первые сутки, 13% на вторые, 23% на третьи и позже. Начало клиники ОКИ приходится на первый месяц жизни в 75% , и 25% случаев на более поздние сроки. Также оценивалось количество детей в семье, с которыми больной ребенок контактировал: 21% - с одним , 4% - двумя и более, в 73% не было контакта с детьми.

При оценке результатов исследования, получены следующие данные: в большинстве случаев не выявлена достоверная связь между возникновением инфекции у матери и заболеванием ребенка, на развитие заболевания не влияет количество детей в семье, с которыми контактировал больной, не выявлена корреляция между прикладыванием ребенка к груди и выявлением у них заболевания. Эти данные, с учетом сроков инкубационного и продромального периодов, позволяют предположить, что инфицирование детей происходит во время их нахождения в родильных домах.

Инфекционные болезни и микробиология Infectious Diseases and Microbiology

ID: 2011-01-1656-T-1159

Тезис

Шведова Н.М., Михайлова Е.В.

Гемореологические нарушения при тяжелой форме Эбштейна – Барр вирусного мононуклеоза у детей, методы коррекции

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России

Цель работы: изучение гемореологических показателей и повышение эффективности инфузионной терапии при тяжелой форме Эбштейна – Барр вирусного (ЭБВ) мононуклеоза у детей.

Для исследования методом случайной выборки было отобрано 40 детей в возрасте от 1 года до 14 лет включительно, получавших лечение по поводу тяжелой формы ЭБВ-мононуклеоза в ДИБ № 5 г. Саратова. В контрольной группе было обследовано 20, практически здоровых, детей того же возраста.

На основании различных видов патогенетической терапии дети были разделены на 2 группы: основная группа (20 детей) в качестве инфузионной терапии получала глюкозо-солевые растворы и реамберин (10 мл/кг) внутривенно капельно, группа сравнения (20 человек) – только глюкозо-солевые растворы.

В острый период у больных в двух исследуемых группах было выявлено увеличение вязкости крови на всех исследуемых скоростях сдвига, увеличение вязкости плазмы и индекса агрегации эритроцитов (ИАЭ); снижение индекса деформируемости эритроцитов (ИДЭ). При повторном обследовании на 5-6 день пребывания в стационаре в основной группе полностью восстанавливались все показатели реометрии. В группе сравнения сохранялась повышенная вязкость крови на уровне микроциркуляторного русла, на 11,3% выше по сравнению с контролем. В группе сравнения регистрировалась повышенная агрегационная способность форменных элементов крови, ИАЭ оставался выше контрольного значения на 9,6%.

У детей, получавших реамберин, в отличие от пациентов из группы сравнения, выявлено достоверное уменьшение продолжительности гипертермии на 1 сутки, вялости - на 1,8 дня, анорексии - на 1,5 суток; восстановление гемодинамики - на 1,9 дня быстрее исчезали периоральный и периорбитальный цианоз, на 3 суток - бледность кожных покровов, на 1,5 суток раньше купировалась тахикардия; уменьшение продолжительности тяжелого состояния на 1,5 суток и инфузионной терапии на 1,9 суток ($p < 0,05$).

Выводы: при тяжелой форме ЭБВ-мононуклеоза обнаружены изменения пластических свойств крови и нарушения реологии эритроцитов. Реамберин снижает вязкость плазмы, уменьшает вязкость крови за счет улучшения агрегационной способности эритроцитов. Включение реамберина в программу инфузионной терапии больным тяжелой формой ЭБВ-мононуклеоза позволило быстрее купировать гемореологические нарушения, уменьшить длительность клинических симптомов интоксикации, сроки госпитализации.

ID: 2011-01-1656-T-1177

Тезис

Михайлова Е.В., Чехонацкая М.Л., Дубовицкая Н.А., Левин Д.Ю., Каральский С.А.

Состояние здоровья новорожденных, рожденных от женщин, перенесших грипп А(Н1N1/09) во время беременности*ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России*

Для развивающегося зародыша и плода последствия перенесенного гриппа грипп А(Н₁N₁/09) могут быть весьма неблагоприятны, особенно если болезнь происходит в ранние сроки беременности, в критические периоды развития плода.

Целью работы явилось изучение влияния гриппозной инфекции на течение беременности и состояние здоровья новорожденного.

Материалы и методы. Были изучены особенности течения беременности и родов у 152 пациенток перенесших грипп А(Н₁N₁/09). Средний возраст беременных женщин составил 25,8±1 лет.

Результаты исследования.

В первую группу вошли 27 беременных, которые перенесли грипп в I триместре, во вторую группу 66 женщин, заболевших во II триместре, в третью группу 59 женщин, заболевших в III триместре.

Преждевременные роды чаще встречались у пациенток перенесших грипп в I триместре - в 22,2% наблюдений, реже у женщин перенесших грипп во II триместре - в 12,1% и в III триместре - 15,2%. Выкидыши произошли только у женщин перенесших грипп в I триместре - в 18,5% наблюдений. Кесарево сечение проводилось женщинам перенесшим грипп в III триместре в 30,5% наблюдений, несколько реже во II триместре в 24,2% и в I триместре в 22,2%.

Наиболее низкий гестационный возраст 35,96±0,18 недель, масса тела 2956±66,0г и оценка по шкале Апгар на 1 минуте 6,9±0,02 балла и 5 минуте 7,5±0,09 были установлены у детей, рожденных от матерей, перенесших грипп в I триместре беременности. Средний гестационный возраст новорожденных от матерей переболевших гриппом во II триместре и в III триместре составил 37,9±0,48 недель и 38,7±1,42 соответственно. Оценка по шкале Апгар на 1 и 5 мин. у новорожденных, рожденных от пациенток, перенесших заболевание во II и в III триместре, существенно не отличалась. Средняя масса тела новорожденных была выше у переболевших в III триместре 3305±38,4г, немного меньше у новорожденных, рожденных от женщин, переболевших во II триместре 3150±55,0г.

Таким образом, вирус гриппа, действуя во время беременности, нарушает процессы ее нормального развития, приводит к нарушениям компенсаторно-приспособительных механизмов, обеспечивающих нормальный рост и развитие плода, а также адаптацию организма женщины к беременности.

Медико-биологические проблемы Medical and Biological Problems

ID: 2011-01-1003-A-1156

Оригинальная статья

Антонова А.В., Козлова О.В., Фролова Н.А.

Сравнительная характеристика микрофлоры толстого кишечника у здоровых детей и детей с атопиями

Смоленская государственная медицинская академия

Резюме

В данной работе проведено бактериологическое исследование количественного и качественного состава микрофлоры толстого кишечника у детей с атопиями. Определены условия, способствующие размножению условно патогенных микроорганизмов, что в свою очередь является источником эндогенной сенсibilизации организма.

Summary

In this article was realized bacteriological investigation of quantitative and qualitative composition of large intestine microflora of babies with atopy. Conditions of opportunistic microorganisms promotion was determined and it is source of endogenous organism sensitizing.

Ключевые слова: дети раннего возраста, микрофлора, атопия

Введение

В настоящее время большое внимание уделяется изучению микрофлоры детей в различных возрастных группах. Это в значительной мере объясняется актуальностью для практического здравоохранения патологических состояний и заболеваний, в развитии которых принимают участие многие представители нормальной и резидентной микрофлоры [3].

Цель: Определить количественный и качественный состав микрофлоры толстого кишечника у детей раннего возраста с атопиями

Материал и методы

Бактериологические методы исследования микрофлоры толстого кишечника.

Результаты

Нами был изучен количественный и качественный состав фекальной микрофлоры у 15 детей раннего возраста (до 3 лет) с явлениями атопического дерматита и без него. Все дети были распределены на две группы 1 – составляли здоровые дети (7), без признаков атопического дерматита, 2 – дети с различной степенью выраженности атопического дерматита (8) [1,2].

При анализе анамнеза (жалобы на учащенный водянистый стул, вздутие живота, урчание, беспокойство ребенка) были выявлены данные за возможные изменения микрофлоры кишечника лишь у $17,8 \pm 2,2$ %, причем изменение этого показателя как в 1 группе детей, так и во 2 колебалось незначительно: $16,0 \pm 3,2$ % и $19,6 \pm 3,3$ % соответственно.

При лабораторном исследовании у детей 2 группы изменения со стороны просветной микрофлоры толстого кишечника присутствовали в $95,0 \pm 3,1$ % случаев. Лишь у $5,0 \pm 3,0$ % детей микрофлора кишечника оставалась без изменений. В группе этих детей с легким течением атопического дерматита ($53,0 \pm 7,0$ %) изменения микрофлоры были слабо выраженными. Более глубокие изменения кишечной микрофлоры наблюдались у детей, с выраженным атопическим дерматитом, что составило $47,0 \pm 7,0$ %.

У детей наряду со снижением содержания бифидобактерий до $10 \times 6 - 10 \times 7$ КОЕ/г,

лактобактерий до 10×4 КОЕ/г отмечалось обнаружение ассоциаций условно патогенных микроорганизмов в концентрации 10×6 - 10×7 КОЕ/г, в том числе грибы рода *Candida* были обнаружены у 42,3 % детей в количестве 10×5 - 10×6 КОЕ/г. (Как известно, содержание дрожжеподобных грибов в толстой кишке у здоровых детей не должны превышать 10×2 - 10×3 КОЕ/г фекалий.)

Обсуждение

В 1 группе здоровых детей мы также обнаружили изменения микрофлоры, причем изменения I степени преобладали над более выраженным микробиологическими изменениями. У $63,9 \pm 5,4\%$ детей в этой группе отмечалось снижение содержания бифидобактерий до 10×8 КОЕ/г, лактобактерий до 10×5 - 10×6 КОЕ/г, типичных эшерихий до 10×6 КОЕ/г, и лишь у 12,9 % детей этой группы были обнаружены грибы рода *Candida* в концентрации 10×3 - 10×4 КОЕ/г.

В $36,1 \pm 5,4$ % случаев у детей первой группы изменений микрофлоры кишечника выявлено не было.

Во 2 группе изменения со стороны просветной микрофлоры толстого кишечника присутствовали в $95,0 \pm 3,1$ % случаев, а лишь у $5,0 \pm 3,0$ % детей микрофлора кишечника оставалась без изменений, грибы рода *Candida* были обнаружены у 42,3 % детей в количестве 10×5 - 10×6 КОЕ/г.

Заключение

Таким образом у детей с атопическим дерматитом одновременно выявлялось снижение числа анаэробных представителей облигатной микрофлоры, обладающих высокой антагонистической активностью, и увеличение числа грибов рода *Candida*, которые были обнаружены в различных концентрациях у 79,2 % всех обследованных детей. Основываясь на результатах нашего микробиологического исследования можно предположить, что при нарушении микрoэкологического баланса в толстой кишке создаются благоприятные условия для размножения условно патогенных микроорганизмов, в том числе грибов рода *Candida*, которые в свою очередь, могут способствовать развитию кандидоза и быть дополнительным источником эндогенной сенсибилизации организма.

Библиографический список

1. Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника: Приказ МЗ РФ об утверждении отраслевого стандарта от 9 июня 2003 № 231.
2. Федосов Е.А., Авдеева Т.Г., Фролова Н.А. Особенности формирования здоровья ребенка в современных условиях // Сб. науч. тр. «Актуальные вопросы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия и охраны здоровья населения Центрального региона России» по материалам региональной научно-практической конференции. Смоленск, 2002 г. – С. 82.
3. Шендеров Б.А. "Микробная медицинская экология и функциональное питание". Том 1 : Микрофлора человека и животных и ее функции. – М.: "Грант", 1998 г. – 288 с.

Морфология Morphology

ID: 2011-01-35-R-1149

Оригинальная статья

Клыкков А.И., Дудуня Т.Т., Новикова А.В.

Ген GFP и «мозговая радуга»

Смоленская государственная медицинская академия, кафедра анатомии человека

Резюме

Статья посвящена перспективам использования зеленого флюоресцирующего протеина и его гена для маркировки клеток центральной нервной системы и нервных путей. С использованием литературного обзора показана возможность гена GFP служить маркером для различных клеток и процессов в них. Данный метод имеет большую практическую значимость.

Ключевые слова: зеленый флюоресцирующий протеин, ген, центральная нервная система.

Введение

Исследование проводящих путей является одним из важнейших направлений в нейрофизиологии и анатомии. Новые перспективы по изучению данных вопросов открывает использование новейших достижений в биотехнологии, в частности – GFP-трансгенных животных. Созданные около пяти лет назад, эти живые организмы имеют активный ген GFP (green fluorescent protein), ген зеленого флюоресцирующего протеина, способный интегрироваться в различные клетки организма и синтезирующий светящиеся белки [2].

Цель исследования - на основе имеющихся литературных данных дать обзор перспективам применения гена GFP для исследования центральной нервной системы и проводящих путей головного и спинного мозга.

Результаты исследования и их обсуждение

По своей химической структуре GFP – протеин, состоящий из 238 аминокислот с весом 26,9 кДа и бочкообразной конформацией с центрально расположенным хромофором [1,5].

Впервые «дикий», природный, тип этого протеина был выделен в 60-е годы прошлого века из медузы вида *Aequorea victoria*. Пионерами в этих исследованиях были Осаму Шимомура и Франк Джонсон, работавшие в Университете Вашингтона, которые опубликовали результаты своих работ в 1962 году.

Тем не менее, это открытие оставалось невостребованным для молекулярной биологии до 1992 года. В этом году Дуглас Прэшер представил результаты расшифровки генома данного протеина и доказал возможность его клонирования. Из-за недостатка финансирования он в дальнейшем вынужден был закрыть свою лабораторию, но перед этим он разослал ДНК с закодированным в ней белком GFP в ряд лабораторий и уже в 1994 году Мартин Чалфи интегрировал данный ген в геномы *E. coli* и *C. elegans* [2].

Однако, GFP имел ряд недостатков, такие как чувствительность к изменению pH, недостаточную фотоустойчивость и термостабильность. Поэтому стали проводиться исследования по воздействию на «дикий» тип гена различными мутагенами. Первая мутация, полезная с практической точки зрения, была получена в 1995 году Роджером Тшином [6]. Создание в конце прошлого, начале нашего века другой группы мутаций было направлено на изменение цвета свечения GFP. Были получены варианты с синим, голубым, красным, оранжевым и желтым свечением [1].

GFP ген был внедрен во многие организмы: бактерии, дрожжи, грибы, рыбы, растения, клетки млекопитающих, в том числе и человека.

Внедрение гена GFP в клетку-хозяина возможно при использовании подходящего переносчика (вектора) ДНК – вируса или плазмиды.

Наибольший интерес представляют работы по экспрессии данного гена в клетках центральной нервной системы млекопитающих. Этими исследованиями занимаются Джеф Личман и Джошуа Санес из Центра Мозга в Гарварде. Результатом их работы явилось создание трансгенных мышей с интегрированным геном GFP в клетки центральной нервной системы. Так как существуют различные цветовые вариации GFP, то возможно создание цветowych карт различных слоев коры мозга. Первая фотография такой карты появилась в журнале *Nature* 1 ноября 2007 года. Были составлены «мозговые радуги» участков коры мозжечка, гиппокамп, верхних холмиков четверохомия. Получены так же фотографии отдельных нейронов и их отростков, экспрессирующих ген GFP [2]. Индивидуально окрашенные нейроны помогут изучить не только структуру тех или иных участков коры, но и распределение проводящих путей в различных отделах центральной нервной системы. Однако исследования в этой области только начинаются. Основная задача, стоящая перед исследователями в настоящее время – привязать определенный цвет свечения к тем или иным типам нейронов.

Выводы

В дальнейшем данная методика позволит создавать трехмерные цветные карты тех или иных участков коры, что поможет как в изучении цитоархитектоники и миелоархитектоники различных участков головного мозга и анатомии проводящих путей нервной системы, так и дегенеративных патологических изменений нервной системы, например, при болезни Альцгеймера.

Библиографический список

1. Степаненко О.В., Верхуша В.В., Кузнецова И.М., Туроверов К.К. Флуоресцентные белки: физико-химические свойства и использование в клеточной биологии // Цитология. – 2007 – № 5. – С. 395-420.
2. Connecticut college chemistry department: GFP. URL: <http://www.conncoll.edu/ccacad/zimmer/GFP-ww/GFP-1.htm> (дата обращения: 18.02.11).
3. Introduction to Fluorescent Proteins. URL: <http://www.microscopyu.com/articles/livecellimaging/fpintro.html> (дата обращения: 14.02.11).
4. Livet J, Weissman TA, Kang H et al. Transgenic strategies for combinatorial expression of fluorescent proteins in the nervous system // *Nature*. - 2007. - 450. - P. 56-62.
5. Protein data bank. Green fluorescent protein. URL: <http://www.rcsb.org/pdb/explore/explore.do?structureId=1EMA> (дата обращения: 11.03.11).
6. Roger Y. Tsien The green fluorescent protein // *Annu. Rev. Biochem.* – 1998. – № 67. – P. 509–544.

Общая и клиническая психология General and Clinical Psychology

ID: 2011-01-35-R-1146

Обзор

Черепкова Н.В., Чугункин С.А.

Социально-психологический климат как неотъемлемая часть трудового процесса в коллективе

Ставропольский государственный университет

Ключевые слова: социально-психологический климат

Данная проблема является актуальной и диктуется запросами практики, обусловленные в наши дни характером, который усилился, человеческой деятельности и актуальными проблемами эффективности организации и управления людьми, регуляции между ними отношений, которые развиваются, использования воспитательных и психотерапевтических действий.

Е.С. Кузьмин считает, что понятие психологический климат отражает характер взаимоотношений между людьми, преобладающий тон общественного настроения, уровень управления, условия и особенности труда и отдыха в данном коллективе. В.М. Шепель одним из первых попытался раскрыть содержание понятия социально-психологический климат как эмоциональную окраску психологических связей членов коллектива, возникающей на основе их близости, симпатии, совпадения характеров, интересов и склонностей. Р.Х. Шакуров рассматривает понятие психологического климата с двух его сторон: психологической, которая раскрывается в эмоциональных, волевых, интеллектуальных состояниях и свойствах группы и социально-психологической, которая проявляется в интегративных особенностях психологии группы, значимых для сохранения ее целостности и для ее функционирования как самостоятельного объединения людей. Б.Ф. Ломов включает в понятие психологический климат систему межличностных отношений, психологических по природе (симпатия, антипатия, дружба); психологические механизмы взаимодействия между людьми (подражание, сопереживание, содействие); систему взаимных требований, общее настроение, общий стиль совместной трудовой деятельности, интеллектуальное, эмоциональное и волевое единство коллектива.

Анализ различных точек зрения на содержание понятия социально-психологического климата позволяет сделать вывод, что он представляет собой полифункциональное социально-психологическое образование, которым опосредуется любая деятельность коллектива. Специфика его состоит в том, что он представляет собой интегральную и динамическую характеристику психических состояний всех членов коллектива. Сложившиеся в коллективе отношения, выступая в качестве объективных условий трудового взаимодействия и общения, требует от человека не любого, а вполне определенного стиля поведения. Эмоции одного члена группы определенным образом мотивируют поведение других членов, направляя их не только на осуществление целей деятельности, но и на устранение фрустрирующих воздействий.

Социально-психологический климат трудового коллектива — это социально обусловленная, относительно устойчивая система отношений его членов к коллективу как к целому. Социально-психологический климат всегда строится на межличностных отношениях, поэтому является показателем их состояния. В отечественной психологической литературе, в том числе советского периода, широко использовались это понятие и другие, синонимичные: «морально-психологический климат», «психологический климат», «эмоциональный климат», «моральный климат». В условиях современной научно-технической революции постоянно растет интерес к явлению психологического климата коллектива. Актуальность темы в том, что возросли требования к уровню психологической включенности индивида в его трудовую деятельность и усложнением

психической жизнедеятельности людей, постоянным ростом их личностных притязаний. Совершенствование психологического климата коллектива – это задача развертывания социального и психологического потенциала общества и личности, создания наиболее полноценного образа жизни людей. Условия, в которых происходит взаимодействие членов рабочей группы, влияют на успешность их совместной деятельности, на удовлетворенность процессом и результатами труда. Можно провести аналогию с природно-климатическими условиями, в которых живет и развивается растение. В одном климате оно может расцвести, в другом — зачахнуть. То же самое можно сказать и о социально-психологическом климате: в одних условиях люди чувствуют себя некомфортно, стремятся покинуть группу, проводят в ней меньше времени, их личностный рост замедляется, в других группа функционирует оптимально и ее члены получают возможность максимально полно реализовать свой потенциал.

Когда ведут речь о социально-психологическом климате коллектива, подразумевают следующее: Благоприятный социально-психологический климат характеризуют оптимизм, радость общения, доверие, чувство защищенности, безопасности и комфорта, взаимная поддержка, теплота и внимание в отношениях, межличностные симпатии, открытость коммуникации, уверенность, бодрость, возможность свободно мыслить, творить, интеллектуально и профессионально расти, вносить вклад в развитие организации, совершать ошибки без страха наказания и т.д. Неблагоприятный социально-психологический климат характеризуют пессимизм, раздражительность, скука, высокая напряженность и конфликтность отношений в группе, неуверенность, боязнь ошибиться или произвести плохое впечатление, страх наказания, неприятие, непонимание, враждебность, подозрительность, недоверие друг к другу, нежелание вкладывать усилия в совместный продукт, в развитие коллектива и организации в целом, неудовлетворенность и т.д.

Основными показателями социально-психологического климата трудового коллектива являются стремление к сохранению целостности группы, совместимость, сработанность, сплоченность, контактность, открытость, ответственность. Кратко рассмотрим сущность этих показателей. Сплоченность — один из объединяющих подразделение процессов. Характеризует степень приверженности к группе ее членов. Определяется двумя основными переменными — уровнем взаимной симпатии в межличностных отношениях и степенью привлекательности группы для ее членов. Ответственность — контроль над деятельностью с точки зрения выполнения принятых в организации правил и норм. В подразделениях с положительным социально-психологическим климатом сотрудники стремятся к принятию на себя ответственности за успех или неудачу совместной деятельности. Контактность и открытость — определяют степень развития личных взаимоотношений сотрудников, уровень психологической близости между ними.

Значимость социально-психологического климата определяется также тем, что он способен выступать в качестве фактора эффективности тех или иных социальных явлений и процессов, служить показателем, как их состояния, так и их изменения под влиянием социального и научно-технического прогресса. Социально-психологический климат выступает также в качестве полифункционального показателя уровня психологической включенности человека в деятельность, меры психологической эффективности этой деятельности, уровня психического потенциала личности и коллектива, масштаба и глубины барьеров, лежащих на пути реализации психологических резервов коллектива. Эффективность совместной деятельности во многом зависит от оптимальной реализации личностных и групповых возможностей. Благоприятная атмосфера в группе не только продуктивно влияет на результаты ее, но и перестраивает человека, формирует его новые возможности и проявляет потенциальные. В связи с этим возникает необходимость в оптимизации стиля межличностного взаимодействия.

Психологический климат чаще всего определяется как целостное состояние группы (коллектива), относительно устойчивый и типичный для нее эмоциональный настрой, отражающий реальную ситуацию трудовой деятельности (характер, условия, организация труда) и характер межличностных отношений.

Так же неотъемлемой частью социально-психологического климата является

возникновение конфликтов. Конфликт или конфликтная ситуация является причиной возникновения стрессовых ситуаций в процессе коллективной трудовой деятельности.

В отечественной психологии разработана понятийная схема описания конфликта. Схема, которая была предложена Л.А. Петровской, содержит четыре категориальных группы: структура конфликта, его динамика, функции и типология. А.Я. Анцуповым и А.И. Шипиловым выделяются: сущность конфликта, его генезис, эволюция конфликта, классификация, структура, динамика, функции, информация в конфликте, предупреждение, разрешение конфликта, методы диагностики и исследования конфликта. Так, К.К. Платонов и В.Г. Казаков определяют конфликт как осознанное противоречие между общающимися личностями, которое сопровождается попытками его разрешения на фоне эмоциональных отношений. А.А. Ершов определяет конфликт как действие противоположных, несовместимых в данной ситуации мотивов, интересов, типов поведения. Н. В. Гришина рассматривает конфликт как осознанное препятствие в достижении целей совместной деятельности, как реакцию на почве несовместимости характеров, несходства культурных основ и потребностей. Д. П. Кайдалов и Е.И. Суименко называют конфликтом столкновение интересов, взглядов, установок, стремлений личности. А. Г. Ковалев считает, что конфликт - это явление межличностных и групповых отношений, это проявление противоборства, активного столкновения оценок, принципов, мнений, характеров, эталонов поведения. Конфликт представляет собой деструкцию этих отношений на эмоциональном, когнитивном или поведенческом уровнях. С точки зрения психического состояния противоборствующих сторон, конфликт выступает одновременно и как защитная реакция, и как ответная эмоционально окрашенная реакция. В основе возникновения конфликтов лежат противоречия, возникающие в процессе трудовой деятельности: противоречия поиска, когда сталкивается новаторство с консерватизмом; противоречия групповых интересов, когда отстаиваются только групповые интересы при игнорировании общих интересов; противоречия, связанные с личными, эгоистическими побуждениями, когда корысть, карьеризм подавляют все другие мотивы; противоречия несостоявшихся ожиданий; противоречия политические (антисоциальные поступки). Противоречия приводят к конфликтам только тогда, когда они затрагивают социальный статус группы или личности, материальные или духовные ценности людей, их престиж, моральное, нравственное достоинство личности. Такие противоречия не только вызывают негативную оценку, но и сопровождаются различными эмоциональными аффектами, такими как обида, гнев, презрение, возмущение, негодование, страх. Эмоции нередко толкают человека на борьбу, и в этом случае вместо противоречия возникает противоборство. Таким образом, конфликт - это противоречие, которое характеризуется противоборством конфликтующих сторон. Конфликты возникают на почве противоположности интересов, социальных установок и направленности личностей, вовлеченных в конфликт людей.

В теории и практике способов разрешения и управления конфликтными ситуациями существуют различные способы, которые были рассмотрены выше: уход от конфликта, силовые методы, стиль сотрудничества, стремление войти в положение другой стороны, стремление к компромиссу и другие.

Таким образом, социально - психологический климат - это психологический настрой в группе, который отражает характер взаимоотношений между людьми, преобладающий тон общественного настроения, уровень управления, условия и особенности труда и отдыха в данном коллективе. Изучая данную проблему можно сказать, что эффективность общей деятельности зависит от оптимальной реализации личностных и групповых возможностей. Благоприятная атмосфера в группе не только продуктивно влияет на её результаты, но и перестраивает человека, формирует его новые возможности и проявляет потенциальные. В связи с этим возникает необходимость в оптимизации стиля межличностного взаимодействия в организации.

Библиографический список

1. Кабушкин Н.И. Основы менеджмента: учеб. Пособие; 11-е изд., испр. -М. : Новое знание, 2009.

2. Козырев Г.И. Введение в конфликтологию. — М.: Владос, 1999.
3. Конфликты. / Под ред. Л.Ю. Субботиной. - Ярославль: Академия развития, Академия Холдинг, 2001 г.
4. Краткий психологический словарь/Сост. Л.А.Карпенко/под общ. Ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского.- М., 1995.
5. Мясищев В.Н. Понятие личности в аспектах нормы и патологии. // Психология личности. Т.2. Хрестоматия. - Самара: Изд. Дом "БАХРАХ", 1999.
6. Платонов Ю.П. Психология коллективной деятельности: Теоретико-методологический аспект. - Л.: изд-во ЛГУ, 1990.
7. Психология менеджмента. / Под ред. А.В. Карпова. - Москва: Гардарика, 2007 г.
8. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании: Учебное пособие. - М. : ВЛАДОС, 1996.
9. Утлик Э. П. Организационные традиции и организационная культура // Актуальные вопросы управления. Тематический сборник научных трудов. Вып. 2. / Под ред. А.В.Филиппова. - М. : 1999.
10. Щёкин Г. В. Как эффективно управлять людьми: психология кадрового менеджмента: Науч. - пркат. пособие. - К. : МАУП, 1999.

Хирургия Surgery

ID: 2011-01-24-T-1144

Тезис

Гергенретер Ю.С.

Хирургическое лечение при эхинококкозе печени

Саратовская областная клиническая больница

Целью исследования – изучение тактики хирургического лечения эхинококкоза печени (ЭП).

В основу работы положен анализ историй болезни, данных обследования и результатов лечения 372 больных ЭП в возрасте 16-80 лет. Для сравнительной оценки результатов обследования и лечения все больные были разделены на две группы идентичные по полу, возрасту и характеру заболевания. Основная группа – 177 пациентов, у них применялся разработанный в клинике алгоритм обследования больных с ЭП, избирательный подход к выбору наиболее рационального варианта хирургического лечения и патогенетически обоснованные методы коррекции осложнений в раннем послеоперационном периоде. Группа сравнения – 195 больных, методы обследования которых не имели системного характера и определялись с позиций общих принципов обследования и лечения больных с заболеваниями печени.

Ключевым моментом, позволяющим снизить вероятность развития послеоперационных осложнений, считаем определение наиболее рационального хирургического доступа и своевременное выявление цистобилиарных свищей (ЦБС).

Выявлено, что развитие послеоперационных осложнений в виде остаточных полостей, длительного желчеистечения связано в первую очередь с неадекватностью оперативного доступа, неэффективным капитонажем и неполной ревизией полости кисты. Совершенствование методов диагностики и хирургической тактики позволило нам снизить частоту осложнений в виде остаточных полостей на 10,24 %.

Таким образом, проблема профилактики развития осложнений после эхинококкэктомии может быть решена путем полноценной дооперационной диагностики. Выбор наиболее рационального хирургического доступа у каждого больного позволяет выполнить тщательный визуальный контроль, уточнить конфигурацию кисты, ее связь с протоками и ликвидировать их. Надежный капитонаж остаточной полости вертикальными швами и декомпрессия путем эндоскопической папиллосфинктеротомии в до – или послеоперационном периоде позволяет добиться полноценного выздоровления больных.

ID: 2011-01-24-T-1161

Тезис

Артюшкова Д.В.

Дисгормональная мастопатия с кистозным компонентом*ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии*

Мастопатия (др.-греч. *μαστός* — «грудь» + *πάθος* — «страдание, болезнь»), фиброзно-кистозная болезнь — доброкачественное заболевание молочной железы, характеризующееся патологическим разрастанием тканей, болью, а иногда и патологической секрецией. Для дисгормональной гиперплазии с кистозным компонентом характерно наличие множественных кистозных образований эластической консистенции, довольно хорошо отграниченных от окружающей ткани железы. В основе развития мастопатии лежат нарушения репродуктивной функции и сексуальной жизни

Целью данной работы является: Во-первых определение частоты кистозных мастопатий среди других видов доброкачественных опухолей в онкологическом отделении 2 клинической больницы. Во-вторых выявить связь образования кистозных мастопатий в зависимости от других соматических заболеваний. В-третьих выяснить сроки наблюдения в отдаленном послеоперационном периоде.

За прошедший 2010 год в отделения онкологии на базе 2 городской клинической больницы было пролечено 224 больных с заболеваниями молочных желез, 70,5% из них — это доброкачественные новообразования, из которых 23 пациентки (14,5%) с диагнозом дисгормональная гиперплазия с кистозным компонентом. Средний возраст больных составил 47 лет.

Количество пациенток с сопутствующими заболеваниями — 13 (56,5%), наиболее частые из которых: поражение сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, стенокардия напряжения, атеросклероз коронарных артерий), поражение желудочно-кишечного тракта (хронические гастриты, холецисто-панкреатиты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки) поражение эндокринной системы (сахарный диабет), заболевания выявленные гинекологом: у 11 пациенток (48%), наиболее частые из них фибромиомы матки, миомы матки, спаечные процессы в малом тазу, кисты яичников, хронический сальпингофорит, кольпиты, опущение стенок влагалища, эндоцервицит. В частности у большинства обследуемых в анамнезе более 3 аборт, примерно у четверти из них была осложненная беременность, сопровождающаяся угрозой выкидыша.

Лечение фиброзно-кистозной болезни проводится в зависимости от ее формы. При всех узловых формах производится секторальная резекция (удаление пораженного участка) молочной железы с обязательным гистологическим исследованием полученного материала, лечение проводится и онкологическом стационаре. В связи с этим, 100% пациенток была выполнена секторальная резекция, операции прошли без осложнений, швы заживали первичным натяжением, средний срок пребывания в стационаре составил 5 дней. Операция не всегда устраняет причину заболевания. Нередки случаи, когда после нескольких операций, спустя время узлы появлялись вновь, располагаясь вдоль хирургического шва, как гроздь винограда. После выписки всем больным было рекомендовано встать на диспансерный учёт у маммолога или онколога по месту жительства и проходить осмотр не реже 1 раза в год. Однако в ходе данного исследования было выяснено, что лишь 64% посещали врача.

Выводы: Процент дисгормональной гиперплазии с кистозным компонентом встречается только у 23 пациенток что составляет (14,5%). Так же выявлено что у пациенток из сопутствующих заболеваний чаще встречается сердечно сосудистые заболевания и различная гинекологическая патология. Выявлен низкий процент посещения врача послеоперационном периоде (64%)

ID: 2011-01-24-T-1162

Тезис

Конищева О.М, Никитин В.А.

Лазерный эндоскопический гемостаз: новые данные

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии

Одной из наиболее эффективных методик эндоскопического гемостаза при желудочно-кишечном кровотечении является лазерфотокоагуляция источника геморрагии. Однако широкое использование этой высокотехнологичной операции затруднено рядом объективных причин. Одной из причин неудачи эндоскопического лазерного воздействия является необходимость длительной энергетической экспозиции, что в свою очередь объясняется особенностями оптического взаимодействия излучения с желудочной стенкой. Для эндоскопического гемостаза обычно применяется лазер на алюмо-иттриевом гранате с атомами неодима. Литературные данные об оптическом воздействии ближнего инфракрасного диапазона недостаточны, что послужило поводом к выполнению собственной экспериментальной работы.

Цель исследования: разработать методику лазерфотокоагуляции, позволяющую сократить время энергетического воздействия и дозу лазерного излучения.

Материал и методы исследования. Материалом исследования стали операционные препараты, полученные при операции резекции желудка. Из операционного материала иссекались фрагменты размерами 2x2 см, которые исследовались в течение часа после операции. Для лазерного воздействия использовался аппарат Lasermed-01 с оптическими характеристиками идентичными прибору на алюмо-иттриевом гранате с неодимом. Проводилось лазерное облучение неизменной ткани и фотомодифицированной стенки желудка. Фотомодификация обеспечивалась аппликацией красителя индиго-кармин на слизистую и его подслизистой инъекцией. При этом фиксировалось время, необходимое для развития макроскопических признаков лазеркоагуляции на неизменной и фотомодифицированной стенке желудка. Препараты с участками лазерфотокоагуляции фиксировались раствором формалина и подготавливались для гистологического исследования с использованием простой окраски эозином и гематоксилином.

Результаты. Проведенное исследование показало, что на неизменной слизистой лазерфотокоагуляция достигается не в каждом наблюдении, а время экспозиции энергетического воздействия составляет 2-4 минуты. В микропрепаратах неизменных тканей желудка отмечены минимальные повреждения желудочных желез и умеренный отек подслизистого слоя желудочной стенки. Внутрисосудистой агрегации форменных элементов не получено ни в одном наблюдении. При аппликации красителя время энергетического воздействия сокращалось до 25-40 секунд. При гистологическом исследовании отмечено значительное повреждение желудочных желез с формированием пленки коагуляционного некроза на поверхности препарата. Изменения в подслизистом слое расценены как умеренный отек. В поверхностных кровеносных сосудах небольшого диаметра в части препаратов наблюдалась агрегация форменных элементов. При подслизистой инъекции красителя время энергетической экспозиции также составило 25-40 секунд. Исследование микропрепаратов показало наличие значительных изменений в подслизистом слое: наблюдался коагуляционный некроз с выраженными сосудистыми изменениями. В кровеносных сосудах подслизистого сплетения отмечалась агрегация форменных элементов с фиксацией их к сосудистой стенке.

Выводы. Полученные данные подтверждают низкую эффективность бесконтактной лазерной коагуляции при проведении эндоскопического гемостаза. Аппликация красителя индиго-кармин позволяет производить поверхностную лазеркоагуляцию слизистой, что эффективно при кровоточащих эрозиях, поверхностных плоских язвах, травмированных полипах желудка. Для обеспечения стабильного эндоскопического гемостаза при кровоточащей язве или разрывном геморрагическом синдроме необходима коагуляция сосудов подслизистого сплетения, что достигается лазерным воздействием после предварительной подслизистой инъекции красителя с помощью эндоскопического инъектора.

ID: 2011-01-24-T-1163

Тезис

Лазарева Е.Н.

Постинъекционные осложнения у наркоманов*ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии*

Цель - изучение проблемы развития постинъекционных осложнений у больных, страдающих наркоманией: оценка частоты их встречаемости в структуре возможных постинъекционных осложнений, оценка эффективности их лечения.

Наиболее частым местом введения препаратов является кубитальная область (58%), что связано с доступностью для самостоятельных инъекций. Паховая область- 13%, бедро – 13%, стопа- 3%, голень- 3%. Обращает на себя внимание появление постинъекционных осложнений у наркоманов в ягодичной области (10%), что раньше встречалось крайне редко, т.к. данная патология как правило связана с введением лекарственных препаратов в лечебных или профилактических целях.

Среди данной группы пациентов наиболее часто встречаемым осложнением является флегмона (45%). Абсцесс- 27%, воспалительный инфильтрат- 6%, тромбоз артерии- 10%, флебит- 6%, гангрена- 6%. 75% данной группы пациентов наблюдались в стационаре только с локализованным очагом, однако у некоторых больных развились более сложные осложнения- сепсис (3%), тяжелый сепсис (9%).

Отметим, что на тяжесть возможного осложнения или же течения заболевания влияет также и сопутствующая патология. Помимо того, что все пациенты данной группы страдают наркоманией, у 49% обнаружен Гепатит С, у 11%- Гепатит В, у 6%- Гепатит А, у 6%- ВИЧ-инфекция и лишь у 28% пациентов отсутствуют сопутствующие заболевания, что является довольно низким показателем, учитывая возраст больных.

При лечении постинъекционных осложнений у данной группы больных почти всем пациентам было осуществлено оперативное вмешательство (96%). 82% из них достаточным оказалось только одно вмешательство- вскрытие и дренирование гнояников. 7% пациентов были выполнены некрэктомия и вскрытие гнойных затеков (чаще пациентам с гангреной).

По результатам лечения были сделаны выводы по длительности пребывания в стационаре пациентов с подобной патологией. Больше количество пациентов исследуемой группы были выписаны из стационара уже через несколько дней, однако некоторым пациентам было необходимо продление времени пребывания в стационаре в связи с тяжестью состояния. Безусловно, невозможно унифицировать срок пребывания в стационаре больных с постинъекционными осложнениями, страдающих наркоманией, т.к. существует ряд особенностей: возраст, сопутствующие заболевания., тяжесть состояния, риск развития сепсиса и др.

При изучении проблемы лечения постинъекционных осложнений у больных, страдающих наркоманией, нельзя было не обратиться к данным о летальности подобных пациентов. Среди выбранной группы пациентов летальность составила лишь 6%, хотя подобная цифра является довольно высоким показателем. Следует отметить, что смертность в данной группе больных зарегистрирована у пациентов, страдавших тяжелой формой сепсиса, и среди таких больных составила 67%.

ID: 2011-01-24-T-1164

Тезис

Николашина О.П.

Лактационный мастит

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии

Острый лактационный мастит – воспаление паренхимы и интерстициальной ткани молочной железы, возникшее в послеродовом периоде на фоне лактации.

Основным возбудителем гнойного мастита являлся золотистый стафилококк, который был выделен из гноя в монокультуре у 90,8% пациенток и в ассоциации с другой микрофлорой - у 2,5%. Кроме стафилококка, гнойный мастит иногда вызывали условно-патогенные грамотрицательные бактерии (кишечная палочка, синегнойная палочка), а так же стрептококки.

Молочная железа имеет дольчатое строение, обилие жировой клетчатки, множество естественных полостей (альвеол, синусов, цистерн), широкую сеть молочных протоков и лимфатических сосудов, из-за чего воспалительный процесс плохо ограничивается и имеет склонность к распространению на соседние участки железы.

Известно, что при нормально протекающей беременности происходят существенные изменения в иммунной системе женщин, характеризующиеся ее угнетением. При наличии экстрагенитальной патологии, осложнений нормального течения беременности или родов происходят еще более глубокие и длительные по времени иммунологические изменения. У 84,4% пациенток беременность или роды протекали с различными осложнениями. При исследовании иммунной системы были обнаружены снижение функциональной активности и уменьшение количества лимфоцитов. Тяжесть нарушений иммунной системы коррелировала при этом с тяжестью воспалительного процесса в молочной железе. В 85,8% наблюдений маститу предшествовал лактостаз, который является основным "пусковым" механизмом развития воспалительного процесса в молочной железе, а при гнойном мастите он присутствовал всегда. При лактостазе молочная железа увеличивается в объеме, повышается температура тела, пальпируются плотные увеличенные дольки с сохраненной мелкозернистой структурой.

Данные исследования проводились на базе ГКБ №1 г.Энгельса. По отношению к общему количеству родов заболеваемость острым лактационным маститом в среднем составила примерно 3,5%. Мною было проанализировано 25 историй болезни. У 57,6% пациенток воспалительный процесс в молочной железе возник в первые 3 недели послеродового периода. Значительно чаще (77,6%) мастит возникал у первородящих женщин.

ID: 2011-01-24-T-1165

Тезис

Панова К.В.

Эффективность малых ампутаций при облитерирующем атеросклерозе сосудов нижних конечностей*ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии*

Цель исследования: оценка эффективности проведения малых ампутаций по поводу облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 67 пациентов, которым в период с января по август 2010 года были выполнены ампутации. Показанием к операции явилась гангрена нижних конечностей вследствие облитерирующего атеросклероза сосудов. Возраст больных варьировал от 41 до 83 лет, и, в среднем, составил $67,2 \pm 2,5$ лет. Количество мужчин и женщин составило 39 (58,2%) и 28 (41,8%), соответственно.

Всем больным при госпитализации проводилась ультразвуковая доплерография сосудов нижних конечностей для определения характера поражения сосудов. В зависимости от результатов данного исследования принималось решение об уровне ампутации. Всего за данный период было выполнено 67 ампутаций. Из них: больших (ампутации на уровне голени и бедра) – 40 (59,7%), малых (экзартикуляция пальцев и ампутации стопы) – 27 (40,3%).

Результаты исследования. Все больные, которым выполнялись малые ампутации, были разделены на две группы. Первую составили 15 пациентов (55,6%) с первичной ампутацией. При этом больным была проведена только одна операция – экзартикуляция одного пальца у 13 (86,7%) и двух пальцев – у 2 человек (13,3%). Результат операции благоприятный.

Во вторую группу вошли 12 больных (44,4%), у которых развились повторные некротические изменения на стопе. Им выполнялись реампутации. Отметим, что подобные операции у каждого больного совершались, в среднем, через 2-3 недели после предыдущей операции.

Положительный результат операции отмечен у трех (25%) из 10 пациентов с повторными ампутациями. После проведенных экзартикуляции пальцев, ампутации стопы по Шопару и ампутации на уровне голени (у трех больных, соответственно) осложнений у пациентов не наблюдалось.

После неоднократных реампутаций и некрэктомий 7 больным (58,3%) проведены высокие ампутации на уровне бедра. Летальный исход наступил у одного больного после высокой подвертельной реампутации культи. Такой исход мы связываем с отказом больного от первичной высокой ампутации. Потеря времени на выполнение экзартикуляции пальцев стопы и дальнейшее консервативное лечение, несмотря на окклюзию подвздошной артерии, негативно сказались на течении основного заболевания.

У двух больных (16,7%) из второй группы после проведенной экзартикуляции пальцев наступил некроз стопы, что явилось показанием для ампутации на уровне бедра. От операции они отказались. Причиной отказа послужил страх перед возможными осложнениями и неблагоприятным исходом операции и последующими трудностями в медико-социальной реабилитации.

Выводы:

1. Уровень ампутации – одно из главных условий, определяющих эффективность дальнейших лечебно-реабилитационных мероприятий.

2. Оправдано проведение малых ампутаций пациентам с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, осложненным гангреной. По возможности, нужно стремиться к максимальному сохранению конечности ввиду более благоприятного лечебного и социального прогноза для пациента.

ID: 2011-01-24-T-1166

Тезис

Щербакова Ю.В.

Рецидивирующее язвенное кровотечение

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии

Язва (лат. *ulcus, -eris, n.*) — глубокий воспалённый дефект эпителия кожи или слизистой оболочки и (в отличие от эрозии) подлежащих тканей, как правило, хронического характера, возникающий вследствие инфекции, механического, химического или лучевого повреждения, а также в результате нарушения кровоснабжения и/или иннервации.

Заболеваемость язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки составляет 15-17%. Первое место среди осложнений ЯБ занимает кровотечение и возникает у 31% больных с язвой ДПК и 40% больных с язвой желудка. Общая летальность при кровоточащей гастродуоденальной язве достигает 14%, послеоперационная – 6–35%. Рецидив язвенного кровотечения наблюдается у 24% больных на 2-3 сутки и сопровождается летальностью, достигающей 39–50%, что в 2,5 раза выше, чем при первичной активной геморрагии. После самостоятельной остановки кровотечения его рецидив наступает в 13–40% случаев, а у лиц пожилого и старческого возраста не менее чем в 30% наблюдений.

Прогнозирование рецидива язвенного кровотечения позволяет уменьшить количество экстренных операций и снизить летальность в 2 раза, при этом используется понятие предрецидивного синдрома (сочетание разнообразных клинических, эндоскопических, гемодинамических, лабораторных признаков).

Рецидив язвенной геморрагии может быть обусловлен:

1.Альтеративными процессами в язве - расширение и углубление некроза с аррозией новых кровеносных сосудов и разрушение в их просвете тромбов.

2.Тканевой гипоксией вследствие кровопотери на фоне артериосклероза сосудов периаульцерозной зоны.

3.Активностью агрессивного желудочного содержимого - желудочный сок переваривает образующийся на аррозированном сосуде защитный тромб, что и приводит к рецидиву геморрагии.

4.Разрушением защитного тромба из просвета кровеносного сосуда вследствие фибринолиза тромба в аррозированной артерии при коагулопатии

5.Морфологическими особенностями кровоточащей язвы.

6.Изменениями регионарного кровообращения - повышение давления, скорости объемного кровотока в крупном аррозированном и склеротически измененном сосуде исключают возможность организации защитного тромба.

Хирургическая тактика в основном определяется эндоскопической картиной и тяжестью кровопотери, локализацией и размерами язвы, тяжестью состояния больных, их возрастом, сопутствующими заболеваниями. При локализации язвы на задне-нижней стенке двенадцатиперстной кишки и видимом сосуде в дне язвы риск раннего рецидива кровотечения достигает 77%, при локализации язвы на передней стенке – риск рецидива составляет 34,7%; у больных с высокими язвами малой кривизны желудка и видимым сосудом — 77%, а при локализации язвы в теле желудка – 42% .

При оценке возможной вероятности повторного кровотечения учитывается:

1. Эндоскопическая характеристика язвенного дефекта и на его локализации в проблемной зоне (малая кривизна желудка, задняя стенка ДПК).

2. Математическое прогнозирование рецидива кровотечения.

3. Объективная верификация предрецидивного состояния.

При остановившемся кровотечении показаниями для срочной операции служат эндоскопические признаки: размеры язвы более 1 см, тромбированные сосуды в дне язвы, язва, покрытая сгустками крови, обнаружение в желудке или в двенадцатиперстной кишке неизменной крови.

При нарастании тяжести кровопотери увеличивается число неудачных попыток

достижения гемостаза и количество рецидивов геморрагии. При легкой кровопотере эндогемостаз без рецидивов кровотечения может быть достигнут у 100% пациентов; при кровопотере средней тяжести удается достичь гемостаза у 84% больных, с 18% рецидивов; тяжелая кровопотеря характеризуется лишь 45% успешными эндоскопическими мероприятиями, при этом у 24% больных геморрагия рецидивирует. Следует отметить, что кровопотеря не определяет повторное кровотечение, а является косвенно предрасполагающим фактором.

За 2009-2010 год в хирургическом отделении 2ГКБ было проведено 118 операций по поводу язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. На долю мужчин пришлось 83%, на долю женщин 17%. Встречаемость ЯЖ - 32,25%, ЯБДПК - 67,75%. Летальность общая составила 5,9%, послеоперационная – 9,15%, рецидив геморрагий- 14%.

ID: 2011-01-24-T-1167

Тезис

Язбек Мохаммад Хусейн

Некlostридиальный некротизирующий целлюлит в хирургической клинике

*ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра
общей хирургии*

Анаэробная инфекция- это одна из разновидностей раневой инфекции в которой основную определяющую роль играют различного рода анаэробные микроорганизмы.

Выделяют некlostридиальную и клостридиальную анаэробные инфекции.

Некlostридиальная анаэробная инфекция: прежде всего аутоинфекция, вызывается сапрофитной микрофлорой; а кlostридиальная анаэробная инфекция встречается редко, вызывается спорообразующими микробами.

В настоящее время выделяют 4 уровня поражения мягкотканых образований:

собственно кожи; подкожной клетчатки; поверхностной фасции; мышц и глубоких фасциальных структур.

Среди большого многообразия форм некротизирующего фасциита различают описанные в разное время: стрептококковый некротизирующий фасциит (стрептококковая гангрена); клостридиальный целлюлит; некlostридиальный анаэробный целлюлит; анаэробную кожную гангрену; гангрену Фурнье; синергический некротизирующий фасциит.

В 2009(ом) – 2010(ом) году под нашим наблюдением находилось девять больных с гангреной Фурнье, у которых имелись гнойные затёки с некрозом на передней брюшной стенке, что потребовало выполнения некрэктомии в подвздошных областях.

У двенадцати больных был выявлен анаэробный некlostридиальный некротизирующий целлюлит, в пяти случаях после гинекологических операций и в четырёх после аппендэктомии.

Инфекция развивалась, как правило, на шестые-седьмые сутки после операции или травмы. Отмечалось наличие отёка кожи и подкожно-жировой клетчатки. Площадь гиперемии кожи оказывалась значительно меньше границ поражения подкожных тканей, в связи с чем до операции было трудно определить объём некротизированной ткани. Первичные операции, выполнявшиеся вне отделения гнойной хирургии, во всех случаях потребовали выполнения повторного вмешательства в течение первых суток. Причиной явилась неадекватная санация очага инфекции: врачи ограничивались снятием швов, разведением краёв раны, установкой дренажей. В большинстве случаев подобные операции были выполнены без адекватной анестезии, что не позволяло произвести полноценную ревизию раны и дать должную оценку тяжести имевшейся раневой инфекции. Состояние больных оставалось тяжёлым, сохранялась высокая температура тела, интенсивный болевой синдром, из раны выделялось значительное количество мутного экссудата. При ревизии раны обращало на себя внимание наличие распространённого некроза подкожной клетчатки и поверхностной фасции, тромбоз мелких вен, отсутствие кровотоков тканей.

Этапные некрэктомии выполнены у четырёх больных, причиной являлось появление новых участков некроза в ране. Срок лечения составляет в среднем 23 дня. Всем больным были наложены вторичные швы.

Вывод: вопрос о повторной некрэктомии нельзя откладывать, считая, что высокая температура является реакцией на оперативное вмешательство. Операция при анаэробной инфекции должна быть максимально радикальной с удалением всех нежизнеспособных тканей.

ID: 2011-01-24-T-1168

Тезис

Рассолова Л.Б.

Холецистэктомия*ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии*

Холецистэктомия (от: chole — желчь, cyst — пузырь, ectomy — удаление) — операция по удалению желчного пузыря. Является одним из традиционных методов лечения ЖКБ, особенно при обострении хронического калькулезного холецистита.

Среди показаний основным является хронический калькулезный холецистит. Острый холецистит является одним из наиболее часто встречающихся осложнений при желчнокаменной болезни.

За последние 2 года в хирургическом отделении 2КГБ г.Саратова было выполнено 326 холецистэктомий, 138 из них были сделаны зимой, 106 — весной, 49 — летом, 33 — осенью, 67% — лапароскопические. Количество лапароскопических холецистэктомий при хроническом холецистите составило 97%. Послеоперационные осложнения различной степени тяжести наблюдались у 13% пациентов. Доля летальных исходов составила 9%. Среднее пребывание пациента в стационаре после таких операций составило 6 дней.

Возраст больных в 2009 году: 18–50 лет — 48 человек, из них женщин — 33, мужчин — 15; 50–84 года — 123 человека, из них женщин — 98, мужчин — 25.

Возраст больных в 2010 году: 18–50 лет — 50 человек, из них женщин — 31, мужчин — 29; 50–84 года — 98 человек, из них женщин — 73, мужчин — 25.

Большинство пациентов после холецистэктомии полностью излечились от тех симптомов, которые их беспокоили и через 1–6 месяцев после операции возвратились к обычной жизни. Холецистэктомию при диагностике ЖКБ необходимо выполнять в максимально ранние сроки. Больные, оперированные позже, чем через 5 лет после диагностики у них ЖКБ, должны регулярно контролировать функцию поджелудочной железы, не реже 1 раза в год выполнять контрольное УЗИ органов брюшной полости и консультироваться у хирурга и гастроэнтеролога. Операцией выбора при отсутствии противопоказаний должна быть лапароскопическая холецистэктомия. Она обеспечивает минимальные осложнения в послеоперационном периоде, восстанавливает трудоспособность и качество жизни пациентов.

ID: 2011-01-24-T-1169

Тезис

Стативко О.В.

Нерешенные вопросы лечения синдрома диабетической стопы

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии

В настоящее время проблема лечения гнойных хирургических заболеваний у больных сахарным диабетом, не только не утратила своей актуальности, но и приобрела еще более важное значение. Остаются до конца не решенными вопросы о сроках проведения оперативных вмешательств, обоснованности и длительности предоперационной подготовки, объеме хирургической обработки гнойного очага, критериях выбора уровня ампутации конечности, способах дренирования, целесообразности и длительности антибактериальной терапии. Не определен наиболее оптимальный информативный стандарт обследования больных с диабетической стопой, отсутствует критическая оценка диагностических методов.

Цель исследования – провести анализ результатов лечения больных с различными формами синдрома диабетической стопы, определить тактику при различных видах гнойно-некротических процессов, сроки выполнения оперативных вмешательств, способы завершения операции, объем и информативность методов диагностики, выбор оптимальной антибактериальной терапии.

Материалы и методы. Данное сообщение основано на результатах обследования и комплексного хирургического лечения 160 больных с диабетической стопой в возрасте от 45 до 80 лет, у которых развились явления гнойно-некротического процесса голени и стопы. Ишемическая форма диагностирована у 80 больных, смешанная – у 68, нейропатическая – у 12.

В комплекс обследования входили общеклинические методы, состояние гемокоагуляции, качественное определение микрофлоры (аэробной и анаэробной) по общепринятым методикам.

Состояние периферической гемодинамики и тяжести ишемии нижних конечностей оценивали на основании данных реовазографии, ультразвуковой доплерографии с определением лодыжечно-плечевого индекса, у некоторых больных – МРТ. Степень ишемии определяли по классификации Фонтанэ.

Обязательным моментом в оценке состояния периферических нервов являлось определение болевой чувствительности и проприоцепции. Для оценки состояния костных структур стопы использовали рентгенографическое исследование.

Общий процент летальности у оперированных больных с диабетической стопой составил 3,1% (5 больных).

Выводы:

1. Гнойно-некротические изменения у больных с диабетической стопой сопровождаются тяжелым эндотоксикозом и сдвигом в системе гомеостаза.

2. Патологически обоснованная коррекция углеводного обмена, сопутствующей патологии, интенсивная медикаментозная терапия, дополненная антибиотиками бактерицидного действия, позволяет снизить количество осложнений и послеоперационную летальность.

3. Сроки выполнения оперативных вмешательств у больных с диабетической стопой зависят от выраженности и характера гнойно-некротического процесса, степени синдрома эндотоксикоза, метаболических нарушений, что в ряде случаев требует предоперационной корректирующей терапии.

4. Хирургическая обработка гнойного очага должна включать максимальное иссечение девитализированных тканей до появления капиллярного кровотечения, с последующим использованием проточно-аспирационного дренирования.

5. Уровень ампутации должен основываться на результатах комплексной оценки степени ишемии на различных уровнях конечности, с учетом распространенности гнойно-некротического процесса.

6. При явлениях гангрены дистальных отделов стопы необходимо использовать весь

комплекс лечебных мероприятий для перевода деструктивного процесса мягких тканей в сухую гангрену, что позволит выполнить более экономное оперативное вмешательство.

7. Методом выбора окончания операции следует считать проточно-аспирационное дренирование, что уменьшает количество инфекционных осложнений в послеоперационном периоде.

8. Метод реовазографии малоинформативен для диагностики начальных стадий окклюзии артерий стоп при нейропатической и смешанной формах синдрома диабетической стопы.

Перспективным является использование полного комплекса обследования с применением новых информативных методов у больных диабетической стопой, осложненной гнойно-некротическим процессом, позволяющего верифицировать характер и глубину изменений в тканях нижних конечностей, наметить пути адекватной терапии, характера и объема оперативных вмешательств.

ID: 2011-01-24-T-1170

Тезис

Давлятшина Л.Р.

Синдром диабетической стопы

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии

Актуальность: Синдром диабетической стопы поражает около 8-10% больных сахарным диабетом, а 40-50% из них могут быть отнесены в группы риска. До сих пор во всем мире оказание помощи больным с синдромом диабетической стопы далеко от совершенства. По меньшей мере, у 47% больных лечение начинается позднее возможного. Результатом являются ампутации конечностей, увеличивающие смертность больных в 2 раза.

Цель: анализ особенностей лечения синдрома «Диабетическая стопа» у больных, поступивших в хирургическую клинику.

Задачи: 1) по материалам историй болезни выделить применяемое лечение СДС; 2) проанализировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования у данной категории больных; 3) сделать выводы.

Материалы и методы. Рассмотрены 46 историй болезни пациентов с диагнозом СДС (гнойно-некротических изменений диабетической стопы) на базе II городской клинической больницы имени В.И. Разумовского. В период с декабря 2009 г по сентябрь 2010 года (10 месяцев).

Состав: мужчины 15 (33%), женщины 31 (67%), средний возраст которых составил 62 года. У всех наблюдаемых был сахарный диабет II типа (95%) в стадии декомпенсации обменных процессов. Средний срок длительности диабета составил 12,5 лет (3 - 28 лет). Наиболее часто встречающимися жалобами при поступлении являются: боли, отек пораженной стопы, онемение, синюшное окрашивание, повышение температуры тела, гиперемия, снижена чувствительность, движения ограничены. При осмотре не выявлялась пульсация, сухая кожа с явлениями нарушения трофики.

Диагноз: диабетическая стопа, сахарный диабет II типа. При этом трофические язвы составляют 15,2%, некроз пальцев 13%, гангрена 45,7%, некротическая рожа 4,34%, флегмоны и инфицированные раны по 8,7%, остеомиелит и пандактилит по 2,1%. Наиболее часто встречающимися сопутствующими заболеваниями у данной категории больных являются: ИБС, стенокардия, атеросклероз аорты, коронарных и мозговых сосудов, кардиосклероз, артериальная гипертензия.

При обследовании: 1. ОАК - характеризуется повышением уровня глюкозы в крови до 20 ммоль/л, но при проведении хирургических вмешательств уровень снижается в среднем в 1,5 – 2 раза, что соответствует субкомпенсации. 2. ОАМ - присутствие сахара, удельный вес до 1030 – 1050. 3. При рентгенографии стопы в 2-х проекциях - остеопаретические изменения. 4. При ультразвуковом обследовании проходимости магистральных артерий нижних конечностей наблюдаются явления нарушения артериального кровотока в форме стенозов на уровне подколенной артерии и ниже. 5. Невролог - у всех больных отмечались явления сенсо-моторной нейропатии.

Проведены были операции: экзартикуляция пораженных пальцев 41,3%, ампутация нижней конечности на уровне в/трети бедра 17,4%, некрэктомия 8,7%. И медикаментозное лечение составило 32,6%.

До операции в качестве предоперационной подготовки проводилась инсулинотерапия, мощная антибактериальная, детоксикационная, иммунокорректирующая и кардиотропная терапия. Инфузионная терапия проводилась с учетом центральной гемодинамики и диуреза.

Обсуждение результатов. На основании полученных данных можно сказать, что самой распространенной формой диабетической стопы является сахарный диабет II типа (около 95% больных), который в основном встречается у лиц пожилого и зрелого возраста. Около 75% больных сахарным диабетом II типа хронически пребывают в состоянии декомпенсации, что ускоряет темпы развития, прогрессирования микро - макрососудистых осложнений, приводящих к снижению качества жизни,

преждевременной инвалидизации и смерти пациентов. В основном синдромом диабетической стопы страдают женщины, на их долю пришлось – 67%.

Таким образом, проблема лечения данной категории больных остается одной из наиболее сложных проблем хирургии и эндокринологии. При гнойно-некротических процессах на стопе диабетика только рациональное сочетание антибактериальной терапии и хирургического вмешательства позволяет локализовать процесс, предотвратить его распространение по клетчаточным пространствам стопы и сухожилиям и избежать сепсиса.

В результате лечения у 45,4% больных наблюдается улучшение состояния, а 54,6% выписалось в состоянии средней тяжести, что потребует продолжения амбулаторного лечения. 27,3% пациентам показана ампутация, но был отказ. Считается целесообразным предупреждения осложнений синдрома диабетической стопы.

ID: 2011-01-24-T-1171

Тезис

Жданова А.С.

Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии

Язвенная болезнь в настоящее время является одним из распространенных заболеваний, и наиболее грозным осложнением данного заболевания является перфорация язвы. По данным статистики заболеваемость перфоративными язвами за последние года на территории России составила около 30 случаев на 100 тыс. населения. И, 19% случаев составляет послеоперационная летальность.

Цель нашего анализа заключалась в том, чтобы выявить основной вид проводимой операции и установить – какие операции в данных случаях являлись наиболее целесообразными.

Нами было проанализировано 40 историй болезни по поводу перфоративной язвы на базе 1 городской больницы г. Энгельса и 2 городской клинической больницы г. Саратова в период с 1 августа по 30 сентября.

При выполнении исследования учитывались такие показатели, как возраст больного, язвенный анамнез, локализация язвы, интраоперационные осложнения, виды проводимых операций и послеоперационные осложнения.

На лечении находилось 25% больных возрастом 25-35 лет, 47,5% больных – возрастом 36-45 лет, 20% больных 46-60 лет и 7,5% больных возрастом более 61 года. Язвенный анамнез отсутствовал у 35%, у 20% - болезнь продолжалась от 5 до 10 лет, у 27,5% 11-20 лет, у 17,5% более 21 года.

При проведении операции учитывались изменения воспалительного характера и локализация язвы. По полученным данным наличие перитонита было констатировано у 65% больных, при этом у 10% – в токсической стадии, так же у 15% больных перитонит был гнойным, с примесью пищевых масс. Язва желудка была у 25% больных, 12перстной кишки у 75%.

Резекция желудка была выполнена 7,5% больным, 5% больных были выполнены стволовые ваготомии в сочетании с пилоропластикой по Гейнеке- Микуличу. В 87,5% случаев было принято решение об ушивании язвы

Из послеоперационных осложнений отмечались – нагноение раны у 5% больных, у одного больного - поддиафрагмальный абсцесс, и несостоятельность швов у 7,5% больных на фоне проведенного ушивания язвы. Следует отметить, что имел место летальный исход у больного из-за прорезывания швов и развития послеоперационного перитонита.

Данное исследование позволяет сделать вывод о том, что операция ушивания перфоративной язвы применялось неоправданно широко. Отказ от выполнения радикального оперативного вмешательства, обусловленный преувеличенной опасностью несостоятельности швов при перитоните, может быть весьма опасен в ближайшем операционном периоде проявлением таких осложнений язвенной болезни, как кровотечение или декомпенсированный стеноз пилоробульбарной зоны, что потребует повторной операции. Помимо вышеуказанных причин, следует учитывать невозможность проведения практически пожизненной дорогостоящей фармакотерапии для многих пациентов. В такой ситуации гарантированная возможность устранения не только осложнений, но и собственно болезни приводит к мысли о расширении показаний к первично – радикальным операциям при перфоративной язве.

ID: 2011-01-24-T-1172

Тезис

Кулагина С.А., Шанченко Ю.Н.

Предраковые заболевания органов желудочно-кишечного тракта*ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии*

Цель исследования: определить частоту локализаций предраковых заболеваний органов желудочно-кишечного тракта и выявить наиболее часто встречаемое заболевание.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 53 пациента, которым в период с января по декабрь 2010 года были выполнены различные операции по поводу предраковых заболеваний. Возраст больных варьировал от 45 до 77 лет, и, в среднем, составил 63,95 лет.

В **результате** проведенных нами исследований среди всех предраковых заболеваний чаще всего встречались одиночные полипы 33(62%)случая, затем множественный (диффузный) полипоз11(21%),ворсинчатая опухоль 7(13%) и неспецифический язвенный колит и язвенная болезнь по 1(2%) случаю.

Поражение желудка и двенадцатиперстной кишки было в: 21 (40%) случаев, толстого кишечника 31(58%) и желчного пузыря 1(2%). Среди отделов толстого кишечника наиболее уязвима к предраковым заболеваниям оказалась прямая кишка:14(45%) случаев, затем сигмовидная кишка12(39%), нисходящая ободочная кишка 3(10%) и анальный отдел 2(6%).

Часть заболеваний была выявлена эндоскопически 21(40%), другая при хирургических операциях 32(60%). По результатам эндоскопического исследования были найдены полипы следующих типов:

1тип – на широком основании без четко выраженной демаркационной линии 1(5%), размером 0,6 см.

2тип – на широком основании с четко выраженной демаркационной линией 5(24%), размером от 0,5 до 0,8 см.

3тип – основание уже чем сам полип (формирование ножки) 6(29%), размером от 0,6 до 2 см.

4тип – на ножке 9(43%), размером от 0,6 до 2,5 см.

Выводы:

1. Предраковые заболевания органов желудочно-кишечного тракта поражают преимущественно левую половину толстого кишечника: прямая, сигмовидная, нисходящая ободочная кишка, анальный отдел прямой кишки (в убывающем порядке по частоте поражения).
2. Среди всех предраковых заболеваний чаще встречаются одиночные полипы, множественный полипоз и ворсинчатая опухоль.
3. Среди одиночных полипов чаще были выявлены полипы 4,3 и 2 типов, что свидетельствует о малой клинике этого заболевания.

ID: 2011-01-24-R-1173

Краткое сообщение

Усачева И.С.

Мониторинг желудочной секреции при гастродуоденальных кровотечениях

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии

Резюме

Исследована эффективность универсального метода контроля динамики внутрижелудочной среды и подавления желудочной секреции.

Ключевые слова: гастродуоденальные кровотечения, желудочная секреция.

Язвенные гастродуоденальные кровотечения по-прежнему сохраняют свою актуальность как одна из наиболее частых причин госпитализации больных в хирургический стационар. Несмотря на появление новых лечебных возможностей, изменение тактики, и увеличение доли острых язв среди причин кровотечений, летальность при этом осложнении не имеет тенденции к снижению и остается на уровне 8–10%. Как и раньше основной причиной неблагоприятных исходов остается продолжающаяся и рецидивная геморрагия. Основная тенденция в хирургической тактике сегодня сводится к использованию методик эндоскопического гемостаза и превентивному эндоскопическому воздействию в сочетании с современной противоязвенной терапией для снижения вероятности возобновления кровотечения. Стабильное улучшение результатов лечения больных с данной патологией возможно при использовании широкого спектра методик эндоскопического гемостаза, а также дополнительных программных и технических средств оценки надежности эндоскопического гемостаза, вероятности возобновления геморрагии и ранней ее диагностики. Однако такой подход требует не только существенных материальных затрат и высокой квалификации, но и немалого энтузиазма специалистов, что в значительной степени сдерживает внедрение уже разработанных методик. На кафедре Общей хирургии ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава было создано многофункциональное устройство, позволяющее контролировать внутрижелудочную среду: оценивать pH желудочного сока, микроциркуляцию в стенке желудка и распознавать повторную геморрагию.

Цель настоящей работы: исследование эффективности универсального метода контроля динамики внутрижелудочной среды и подавления желудочной секреции.

В качестве такого метода использована импедансометрия. В нашей работе использован Реогастрограф РГГ9-01 и аппаратно-программный комплекс (АПК). Прибор выполнен в виде нескольких модулей и сочетает в себе возможности импедансометра, реографа и электростимулятора. Для мониторинга внутрижелудочной среды использован режим импедансометрии. Разработанный АПК работает с зондом, диаметром 4,7 мм, имеющим одиннадцать электродов из нержавеющей стали. Зонд во всех случаях заводили в желудок таким образом, что зоны с 1 по 8 располагались в желудке, а зона 9 – в пищеводе. По распределению значений импеданса во всех зонах можно контролировать правильность положения зонда. Измерения проводились на частотах 10 и 200 кГц зондирующего тока.

При экспериментах *in vitro* исследовались кровь, эритроцитная масса, свежезамороженная плазма и плазмозамещающие растворы (хлорид натрия 0,9%, хлосоль, дисоль, трисоль, бикарбонат натрия). Измерение электропроводности плазмы и растворов проводилось как по отдельности (15 образцов), так и при добавлении к ним разного количества крови или эритроцитной массы.

Исследования *in vivo* проводились на добровольцах с соблюдением всех этических норм и подписания ими протокола информированного согласия. В эксперименте участвовали 15 мужчин в возрасте 20–25 лет, проходящих медицинское обследование, патология желудочно-кишечного тракта у которых была исключена. Испытуемых обследовали натошак с помощью зонда диаметром 4,7 мм. Оценивали

электропроводность желудочной среды на частотах зондирующего тока 10 и 200 кГц. Затем измерение повторяли через полтора-два часа после внутривенного введения 20 мг квамотела. Таким образом моделировалась ситуация изменения желудочной секреции в ходе лечения пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями.

Также было обследовано 30 пациентов обоего пола без желудочной патологии традиционным аспирационным методом исследования кислотности желудочного сока. При сопоставлении значений внутрижелудочного импеданса и показателей кислотности (рН) выявлен высокий коэффициент корреляции 0,7 (в диапазоне от 1,0 до 2,4 единиц рН). Построено уравнение регрессии для пересчета значений электрического сопротивления в значения рН.

При добавлении крови к плазмозамещающим растворам сопротивление увеличивается, поскольку сопротивление крови больше сопротивления любого из растворов. Исследования *in vivo* подтвердили возможность регистрации с помощью импедансометрии динамики показателей кислотности желудочного сока при использовании препаратов, подавляющих желудочную секрецию, а также изменения электропроводности внутрижелудочной среды при появлении в ней крови.

Таким образом, импедансометрия может использоваться в качестве контроля динамики внутрижелудочной среды у больных с гастродуоденальными кровотечениями. По изменению значений внутрижелудочного импеданса можно достаточно надежно судить о концентрации водородных ионов в реальном времени и появлении крови в желудочном содержимом.

ID: 2011-01-24-T-1174

Тезис

Кутейникова Е.В.

Особенности течения рожи

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии

Рожа - острое стрептококковое заболевание, характеризующееся поражением кожи с образованием резко ограниченного воспалительного очага, а также лихорадкой и симптомами общей интоксикации, частыми рецидивами.

Возбудитель - гемолитический стрептококк. Проникает через небольшие повреждения кожи. Возможно экзогенное инфицирование (загрязненные инструменты, перевязочный материал). По характеру местных поражений различают эритематозную, эритематозно-буллезную, эритематозно-геморрагическую, флегмонозную, некротическую формы рожи. По тяжести - легкую, среднетяжелую и тяжелую, по кратности - первичную, рецидивирующую и повторную, по локализации местных явлений - локализованную, распространенную и метастатическую.

Во гнойно-хирургическое отделение второй клинической больницы города Саратова в период с мая по октябрь 2010 года поступило 17 человек с диагнозом: Рожа. Из них мужчин 10 человек – 59% и женщин 7 человек – 41%.

Основные сопутствующие заболевания пациентов: Заболевания мочевыводящих путей 1 человек - 5.8 % ; Варикозная болезнь с явлениями тромбоза, хронической венозной недостаточностью 4 человека - 23.5 %; Заболевания органов дыхательной системы и ЛОР органов 2 человека – 11.8 %; Сахарный диабет 10 человек – 58.8 % .

Разновидности рожистых воспалений: Некротическая 5 человек – 29 %; Флегмонозная 9 человек – 53%; Эритематозная 3 человека – 18 %.

Проведенные операции: Некрэктомия 4 человека – 23.5 %; Наложение вторичных швов 2 человека – 12 %; Вскрытие и дренирование 4 человека – 23.5 %; Вскрытие 7 человек – 41 %

Благоприятный исход в 94 % .В 4х случаях осложнения в виде флегмоны. В одном из 17 случаев смерть мужчины в возрасте 76 лет с диагнозом : «Некротическая рожа», была проведена некрэктомия. Исход летальный.

ID: 2011-01-24-T-1175

Тезис

Менлажиева Ю.

Фиброаденома молочной железы*ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии*

Фиброаденома — доброкачественная органоспецифическая опухоль молочной железы железистого происхождения. Фиброаденомы имеют крайне скудную клиническую картину и представляют собой опухоли, которые имеют плотную консистенцию, чаще округлой формы. При пальпации определяются ровные или крупнобугристые контуры. Не спаяны с окружающими тканями. Кожа не изменена. Причиной появления фиброаденом является усиленное действие эстрогенов, т.е. фиброаденома развивается в периоды гиперэстрогении — во время полового созревания, беременности, а также в предменопаузальный и менопаузальный периоды на фоне заместительной гормональной терапии.

Цель работы: проследить за количеством больных с заболеваниями молочных желез за 2010г. во 2 городской клинической больнице на базе онкологического отделения; определить частоту фиброаденом в зависимости от возраста, выявить взаимосвязь гинекологических заболеваний с образованием фиброаденом;

В 2010 г. во 2 городской клинической больнице в отделении онкологии было прооперировано 224 больных с заболеваниями молочных желез, 70,5% из них — это доброкачественные новообразования, 29,5% — злокачественные. Диагноз «фиброаденома молочных желез» был поставлен в 41% случаев. Возраст больных от 17 до 78 лет. Средний возраст — 40 лет. Нами выявлено, что фиброаденома встречается почти одинаково часто у женщин зрелого, пожилого и более молодого возрастов (24,7% от общего числа женщин с фиброаденомами — это женщины в возрасте от 17 до 25 лет, 29% , в возрасте от 26 до 40 лет. 33,3% — это женщины 41-60 лет и 13% женщин в возрасте от 61 до 78 лет). Хотя, в литературе указывается, что фиброаденома преимущественно встречается у молодых, еще не рожавших девушек. Чаще всего фиброаденома представляет собой одиночное образование. У 9,5% больных они были двусторонними. Размеры не превышают 2-3см.

Также в литературе нам не удалось найти связь фиброаденом с гинекологическими заболеваниями. Более чем в половине случаев (у 57% больных) гинекологической патологии не выявлено. А у 9,5% больных выявлена миома матки, у 8,6% — эрозия шейки матки, у 5,4% больных обнаружены кисты яичников и дисфункции яичников, 4,3% больных наблюдались по поводу хронического сальпингоофорита; патология стенок влагалища, а также острые вагиниты были выявлены у 4,3% больных; кольпиты — у 3,2%; рак шейки матки выявлен у 1,2% больных. Также в 4,3% случаев у больных наблюдались такие патологии как полипы цервикального канала, лейкоплакия, альгодисменорея. У 2,2% больных в анамнезе — удаление матки с придатками.

100% больным была выполнена секторальная резекция. Послеоперационный период практически безболезнен. Окончательный диагноз ставится на основании гистологического исследования после удаления опухоли.

Выводы: Фиброаденомы это часто встречающаяся патология молочных желез, у которой большой возрастной разброс, нами не выявлена особой связи образование фиброаденом с какой-то гинекологической патологией.

ID: 2011-01-24-T-1176

Тезис

Артамонова Е.А., Хмара Н.М.

Дифференциальная диагностика рожистого воспаления

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии

Рожистое воспаление - это инфекционное заболевание, которое характеризуется очаговым воспалением кожи или слизистых оболочек, лихорадкой и нарушением общего состояния организма. Вызывается рожа гемолитическим стрептококком группы А.

По характеру поражения различают: эриматозную форму в виде покраснения и отечности кожи, геморрагическую форму с явлениями проницаемости кровеносных сосудов и их кровоточивости, буллезную форму с пузырями на воспаленной коже, наполненными серозным экссудатом.

К осложнениям рожи можно отнести абсцессы, флегмоны, некрозы кожи, пустулизацию булл, флебиты, тромбофлебиты, лимфангиты, периадениты, а также такие общие осложнения как сепсис, токсико-инфекционный шок, острая сердечно-сосудистая недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии и тд.

Повсеместное распространение рожи наличие в ее клиническом течении симптомов, сходных с проявлением многих других заболеваний, требуют дифференциальной диагностики рожистого воспаления более с чем 50 нозологическими формами. При этом диагноз рожи нередко бывает ошибочным. Наибольшее количество диагностических ошибок наблюдается при дифференциации рожи с хирургическими и кожными заболеваниями. Что объясняется недостаточным знакомством врачей с особенностями клинического течения рожистого воспаления.

Для постановки правильного диагноза рожи необходимо знание основных диагностических критериев этой болезни. В результате изучения и анализа историй болезней больных с различными формами рожи было установлено, что в качестве клинических диагностических критериев могут быть использованы следующие типичные проявления болезни: острое начало заболевания с выраженными симптомами интоксикации, среди которых наиболее постоянны головная боль, общая слабость, озноб, нередко тошнота и рвота; лихорадка с быстрым повышением температуры до 38, 0—39, 0°С и выше; более раннее развитие симптомов интоксикации и лихорадки (на несколько часов и даже 1—2 сут) по сравнению с возникновением местных проявлений болезни; преимущественная локализация местного процесса на нижних конечностях и лице; развитие характерной рожистой эритемы с четким отграничением ее от здоровой кожи, быстрым распространением, инфильтрацией, отеком; регионарный лимфаденит; отсутствие выраженных болей в очаге воспаления в покое; умеренный нейтрофильный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево и умеренно повышенной СОЭ.

Анализ диагностических ошибок показывает, что причиной их в подавляющем большинстве случаев является недостаточно полно собранный анамнез. Более широкое ознакомление с особенностями течения рожи позволит повысить качество дифференциальной диагностики этих заболеваний, особенно на ранних этапах их развития.

ID: 2011-01-24-T-1184

Тезис

Гаврилова К.П., Жукова О.А.

Прогноз клинического течения острого панкреатита*ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии*

Панкреонекроз относится к тем заболеваниям, которые невозможно диагностировать по одному, отдельно взятому симптому. С диагностической целью приходится учитывать влияние разнородных факторов, получаемых из разных источников. Полученные значимые признаки, характерные для отечного или деструктивного панкреатита, представляют собой совокупности, не поддающиеся непосредственному визуальному анализу. Именно это обстоятельство существенно затрудняет раннюю дифференциальную диагностику формы заболевания и прогнозирование течения заболевания.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с острым панкреатитом.

Материал и методы. Использована разработанная на кафедре компьютерная программа верификации деструктивного процесса у больных острым панкреатитом в момент госпитализации их в стационар. На основе анализа клинико-лабораторных симптомов была составлена анкета, в которую включены признаки, значимые для дифференциальной диагностики формы заболевания.

Анкеты заполнены для 15 больных. Основную группу составили 5 больных с панкреонекрозом. В группе сравнения исследованы 10 пациентов с отечным панкреатитом. Из 10 больных с отечным панкреатитом правильно распознано программой 7 человек, что составило 70%. Ошибки гипердиагностики отмечены у 3 больных с отечным панкреатитом, которые экспертной программой были отнесены к группе панкреонекроза. Из 5 больных с панкреонекрозом правильный диагноз установлен у 4 (80%) больных. Вследствие гиподиагностики 1 человек был ошибочно отнесен к группе отечного панкреатита. Таким образом в 75% наблюдений экспертная компьютерная программа правильно диагностировала форму острого панкреатита.

Выводы. Предложенный метод ранней диагностики и прогноза острого панкреатита обладает достаточно высокой точностью при доступном наборе клинико-лабораторных данных в условиях экстренного хирургического отделения.

ID: 2011-01-24-T-1185

Тезис

Дрони́на Н.Г.

Объективизация диагностики острого аппендицита

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии

Острый аппендицит остается одним из распространенных хирургических заболеваний и составляет до 20% всей хирургической патологии. При подозрении на острый аппендицит наиболее информативным и объективным методом дополнительной диагностики стала лапароскопия.

Острый аппендицит остается одним из распространенных хирургических заболеваний и составляет до 20% всей хирургической патологии. При подозрении на острый аппендицит наиболее информативным и объективным методом дополнительной диагностики стала лапароскопия.

Цель исследования: выявить эффективность лапароскопии в диагностике острого аппендицита.

Материал исследования. Нами были ретроспективно проанализированы результаты лечения 2281 больных, поступивших с направительным или окончательным диагнозом острый аппендицит и находившихся на лечении в хирургическом отделении ГКБ № 6 в период с 2005 по 2009 год. Из них 63% женщины, 37% мужчины. Диагноз был подтвержден в 49,6% случаев (1131 больных). Проведение лапароскопии потребовалось у 279 (12%) пациентов, составивших основную группу. В группу сравнения вошли 2002 (88%) человека лапароскопия которым не проводилась.

Результаты исследования. Катаральная форма острого аппендицита на операции выявлена у 60 больных (5%), в том числе при лапароскопии у 14 (23,3%). Флегмонозная форма выявлена у 852 (75%) человек, в том числе при лапароскопии у 85 (9,9%). Гангренозная форма обнаружена в 166 (15 %) наблюдениях, из них при лапароскопии у 24 пациентов (14,5%).

В основной группе диагноз острого аппендицита подтвержден у 48% пациентов; в группе сравнения в 50% наблюдений. В 32 наблюдениях лапароскопия была неэффективна, а у 14 больных сопровождалась гипердиагностикой аппендицита. В группе сравнения отмечено 18 диагностических ошибок. Умерло 2 человека с разлитым перитонитом, входивших в старшую возрастную группу. Летальность составила 0,08%.

Выводы.

1. В результате всех диагностических мероприятий и динамического наблюдения при подозрении на острый аппендицит диагноз подтверждается лишь у 52,3% пациентов.

2. Выполнение лапароскопии при подозрении на острый аппендицит не приводит к достоверному снижению частоты диагностических ошибок.

ID: 2011-01-24-T-1186

Тезис

Дышеков А.М.

Выбор объёма хирургической операции при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки*ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии*

Перфорация является одним из самых опасных и распространенных осложнений язвенной болезни. Перфорация осложняет течение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в 6-20 % случаев; отсутствие язвенного анамнеза встречаются у 5-10 % больных с перфоративной язвой молодого возраста. Наиболее часто (до 90%) встречается перфорация язвы двенадцатиперстной кишки.

Цель исследования: проанализировать выбор метода хирургического лечения при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки в экстренном хирургическом стационаре.

Материалы и методы: На протяжении 2009 г. в клинике находились на лечении 42 человека с перфоративной дуоденальной язвой. В срок до 6 часов госпитализировано 27 (64,3%) человек; до суток 8 (19%); с длительностью заболевания более суток 7 (16,7%) больных. Простое ушивание перфорационного отверстия было выполнено у 28 человек (66,6%); органосохраняющие операции с ваготомией и иссечением язвы выполнены 10 пациентам (23,8%); 2 больным (4,8%) произведена первичная резекция желудка.

Результаты исследования. Анализ клинического материала не показал значимости срока от момента поступления и выраженности перитонеального процесса на выбор способа операции. Наблюдалась гипердиагностика бактериального перитонита, что доказывается результатами дренирования брюшной полости. Из 42 человек дренирование выполнено у 40. У 38 из них с первых суток отмечалось отсутствие отделяемого по дренажам. При отсутствии язвенного анамнеза практически всем пациентам было выполнено ушивание язвы. Иссечение язвы выполнено 2 больным. Резекция желудка в обоих наблюдениях была вызвана сочетанием кровотечения и перфорации. Разницы в развитии эвакуаторных нарушений при ушивании и иссечении язвы не выявлено.

Выводы:

1. Основной операцией при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки является ушивание.
2. Резекция желудка абсолютно показана при сочетании перфорации с кровотечением или стенозом выходного отдела желудка.
3. Целесообразность иссечения язвы двенадцатиперстной кишки при перфоративной язве сомнительна и недостаточно обоснована.
4. Показания к дренированию брюшной полости при перфоративной язве часто ставятся недостаточно обоснованно.

ID: 2011-01-24-T-1187

Тезис

Иноземцева В.И.

Трахеостомия у нейрохирургических больных

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии

Дыхательная недостаточность – одна из наиболее частых причин летального исхода у нейрореанимационных больных, что связано с нарушением центральных механизмов регуляции дыхательной деятельности и одновременным повышением чувствительности мозговой ткани к гипоксии в условиях черепно-мозговой травмы (ЧМТ).

Цель: изучить показания к трахеостомии у больных с тяжелой ЧМТ.

Материалы и методы: В 2010 году в нейрохирургическом отделении МУЗ ГКБ № 6 находились на лечении 158 человек с тяжелой ЧМТ. Выделены две группы больных – больные со сдавлением головного мозга травматической внутричерепной гематомой (ТВЧГ) и больные с ушибом головного мозга тяжелой степени без сдавления головного мозга.

Результаты исследования: В 1-ой группе наблюдались 112 пациентов, во 2-ой 46. Трахеостомия проводилась у 17 больных в 1-ой группе, у 3 во 2-ой группе. Трахеостомия производилась на 5-7-е сутки проведения ИВЛ. Показанием к трахеостомии служило угнетение сознания до комы с прогностически длительными дыхательными нарушениями.

Результаты исследования. Больным с ТВЧГ выполнялась экстренная декомпрессивная трепанация черепа с удалением гематомы, что вело к уменьшению отека мозга и восстановлению центральных механизмов регуляции дыхания. При благоприятном течении послеоперационного периода самостоятельное дыхание у 86% больных восстанавливалось в течение суток. В 1-ой группе трахеостомия выполнена 1,5% больных. Больные с тяжелым ушибом головного мозга без сдавления получали консервативную терапию в течение длительного времени. Расстройства дыхания у таких больных требовали длительной интубации трахеи. Трахеостомия во 2-ой группе выполнена 6,5% больных. Разница в частоте выполнения трахеостомии достоверна.

Выводы.

1. Необходимость трахеостомии у больных с тяжелой ЧМТ определяется прогнозом восстановления самостоятельного дыхания.

2. При ЧМТ со сдавлением головного мозга внутричерепной гематомой своевременная декомпрессивная трепанация в значительной мере способствует восстановлению самостоятельного дыхания, что позволяет воздержаться от трахеотомии.

3. При ЧМТ с тяжелым ушибом мозга и перспективой длительной искусственной вентиляции легких целесообразно планировать трахеостомию на 3-4 сутки после интубации трахеи.

ID: 2011-01-24-T-1188

Тезис

Клевцов М.А.

Кишечная непроходимость при опухолях толстой кишки*ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии*

В России ежегодно раком толстой кишки заболевают до 60000 человек. Характерным для колоректального рака является его "старение". Заметно увеличилось количество больных старших возрастных групп. Так, больные старше 60-ти лет составляют около 72,5%. Часто больных доставляют в стационар позже 24 часов от начала заболевания. Более половины из них госпитализируются в тяжёлом состоянии. Отягощённость сопутствующей патологией среди лиц пожилого и старческого возрастов приближается к 100%. Наиболее частыми осложнениями колоректального рака являются: нарушение проходимости толстой кишки, перифокальное воспаление с образованием инфильтратов и абсцессов, перфорация самой опухоли и диастатическая перфорация стенки кишки, кровотечение из опухоли.

Цель исследования: улучшение результатов лечения острых хирургических осложнений колоректального рака.

Материалы и методы. Нами были ретроспективно проанализированы результаты лечения 312 больных находившихся на лечении в хирургическом отделении ГКБ № 6 в период с 2006 по 2010 год с диагнозом рак толстой кишки. Из них пациенты старше 60 лет составили 58,2% (92). Из больных с кишечной непроходимостью на фоне опухоли толстой кишки 14 (8,86%) доставлены в стационар до 6 часов от начала заболевания, 61 (38,6%) позже 6 часов и 83 (52,5%) позже 24 часов. Оперировано до 3 часов от поступления 65 человек; позже 6 часов – 78, и позже 6 часов – 15 больных. Умерло 14 человек. Все умершие – это люди старше 60 лет, поступившие позднее 24 часов от начала заболевания и оперированные позже 3-6 часов - 5 человек (6,4% от оперированных позже 3-6 часов), позже 6 часов от поступления.

Выводы.

1. Факторами, влияющими на эффективность лечения кишечной непроходимости развившейся на фоне опухоли толстой кишки являются: возраст больного старше 60 лет, поступление его в стационар позднее 24 часов от начала заболевания и время прошедшее от поступления до операции.
2. Время предоперационной подготовки является существенным фактором риска послеоперационных осложнений и летальности.

ID: 2011-01-24-T-1189

Тезис

Копылов Д.Е.

Критерии оценки тяжести состояния и прогноза у больных с перитонитом

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии

Острый перитонит – тяжелое осложнение заболеваний и травм органов брюшной полости, часто выступающее непосредственной причиной смерти. Преобладание деструктивных форм хирургических заболеваний наряду с их тяжелым течением; трудности в диагностике, выборе тактики лечения, сложность клинического прогноза ставят перитонит в один ряд с наиболее сложными проблемами абдоминальной хирургии.

Материал и сведения. В работе проведен анализ лечения 6 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении МУЗ «Городская клиническая больница № 2» в 2010 году. Возраст больных составил от 24 до 58 лет. Тяжесть состояния пациентов оценивалась по шкалам APACHE II, SAPS II, Глазго. Динамика тяжести состояния больных оценивалась ежедневно по шкалам SAPS II и Глазго. Ежедневно оценивали показатели артериальной крови, индекс оксигенации, клинический и биохимический анализы крови (Hb, Ht, эритроциты, лейкоциты, тромбоциты, лактат, общий белок, альбумин, общий билирубин, АСТ, АЛТ, α -амилаза, мочевины, креатинин, фибриноген, прокальцитонин, электролиты) и мочи, круглосуточно осуществлялся мониторинг жизненно важных функций (инвазивное и неинвазивное АД, ЭКГ, ЦВД, ЧСС, ЧДД, сатурация O₂), при проведении статистического анализа учитывался худший показатель за истекшие сутки.

Правильность оценка состояния и прогнозирования течения заболевания являются одним из основных моментов лечения больного. Были проведены оценки по интегральным шкалам оценки состояния (APACHE I, APACHE II, APACHE III, SAPS I, SAPS II, SOFA, MODS) по специфическим шкалам (MPI, ПИР). Выделены основные критерии при обработке данных, систематизированы при помощи программ. Получены данные позволяющие прогнозировать течения заболевания, эффективность антибактериальной терапии, программных релапаротомий. Произведена оценка эффективности хирургического вмешательства и после операционного ведения больных.

ID: 2011-01-24-T-1190

Манджи К.А.

Малоинвазивные методы лечения механической желтухи*ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии*

Среди хирургических заболеваний печени и внепеченочных желчных путей наиболее тяжелыми могут быть признаны те, которые сопровождаются стойкой непроходимостью магистральных желчных протоков с последующим развитием механической желтухи. Проблемы дифференциальной диагностики причин обтурации желчных путей не потеряли актуальности и в настоящее время. Хирургические вмешательства у больных механической желтухи, выполняемые по экстренным показаниям, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15-30%, что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда механическую желтуху удастся ликвидировать до операции.

Цель исследования: Улучшение методов, тактики лечения механической желтухи.

Проведен анализ лечения 186 больных с механической желтухой, находившихся в МУЗ «ГКБ №2 им. Разумовского» в 2010 г. Возраст пациентов колебался от 17 до 85 лет.

Всем поступившим больным с клиникой механической желтухи выполнялась ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ). Общее количество РХПГ 159, из них папиллосфинктеротомия (ПСТ) произведена 109 пациентам, 19 пациентам выполнено стентирование и 16 пациентам дренирование желчных путей.

Вывод: выполнение ретроградных эндоскопических методик при механической желтухе дает возможность отказаться от травматичных экстренных вмешательств и проводить оперативное лечение в более выгодных условиях.

ID: 2011-01-24-T-1191

Тезис

Омарова А.Р.

Лапароскопическая холецистэктомия: причины конверсии

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии

Широкое внедрение малоинвазивных эндохирургических технологий в повседневную практику экстренной хирургии привело к повышению актуальности проблемы предупреждения операционных ошибок, опасностей и осложнений.

Цель исследования: анализ причин конверсии при лапароскопической холецистэктомии в экстренном хирургическом стационаре.

Материал исследования. Проанализировано выполнение 140 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) в экстренном хирургическом отделении МУЗ ГКБ 6 с 2006 по 2010 г. Преимущественно оперировали экстренных больных вскоре после стихания болевого приступа.

Результаты исследования. Основным критерием проведения ЛХЭ считали толщину стенки желчного пузыря при УЗИ. В 50% наблюдений отмечено несоответствие диагностических и интраоперационных данных по морфологии желчного пузыря. В 22 случаях значительный рубцовый процесс и в 12 наблюдениях инфильтрация в шейке желчного пузыря вызвали технические трудности во время операции и у 4 больных явились причиной конверсии.

Существенным фактором, осложняющим ЛХЭ, являлось кровотечение из ложа желчного пузыря. При этом в 2 случаях из 5 была выполнена конверсия. Во всех наблюдениях отмечено внутripеченочное расположение желчного пузыря.

Выраженное ожирение больных в 9 наблюдениях явилось причиной технических сложностей при ЛХЭ и часто сопровождалось конверсией в ходе операции.

У 5 из 11 больных интраоперационное обнаружение анатомических аномалий привело к конверсии. У 1 больного пузырная артерия располагалась впереди протока, при этом она была утолщена и доходила до середины желчного пузыря. У 3 пациентов был обнаружен дополнительный ствол пузырной артерии, еще у одного 2 дополнительных ствола, и в 1 случае от печеночной артерии веерообразно отходили 5 ветвей пузырной артерии.

Выводы: основными причинами конверсии являются рубцовые изменения в области шейки желчного пузыря, встречающиеся независимо от срока выполнения операции после болевого приступа; операционное кровотечение; ожирение и аномалии строения желчных путей.

ID: 2011-01-24-T-1192

Тезис

Перегородиев И.Н.

Пути улучшения результатов хирургического лечения гнойных осложнений деструктивного панкреатита*ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии*

Морфологическим субстратом тяжёлого острого панкреатита является распространённый панкреонекроз (крупноочаговый и тотально-субтотальный), которому соответствует эндотоксикоз тяжёлой степени. Гнойные осложнения острого панкреатита наблюдаются у 5% больных но сопровождаются летальностью 50-60%.

Цель исследования: определить возможности улучшения результатов хирургического лечения гнойных осложнений острого панкреатита.

Материал и методы. За период 2008 по 2010 г. в клинике находились на лечении 1094 больных с острым панкреатитом. Панкреонекроз был диагностирован у 72 человека (6,5%).

Результаты. Из 72 больных с панкреонекрозом летальный исход отмечен у 13 пациентов (19%). Из них лишь 2 больных умерли от панкреатогенного шока в ферментативную фазу заболевания. В 11 случаях смерть наступила в результате гнойной интоксикации в фазу септической секвестрации. Всего гнойные осложнения наблюдались у 24 больных. Летальность при гнойных осложнениях панкреонекроза составила 45,8%. У 16 человек септическая секвестрация сопровождалась деструкцией толстой кишки, у 14 из них аррозивным кровотечением. Летальность при осложненном течении панкреонекроза в фазу септической секвестрации составила 66%. Неблагоприятное сочетание сепсиса, деструкции толстой кишки, аррозивного кровотечения и алиментарного истощения сопровождалась летальностью 98%.

Выводы. Несмотря на всю тяжесть клинического течения панкреонекроза в стадию септической секвестрации, своевременная диагностика гнойных осложнений и своевременное хирургическое лечение позволяют оптимизировать результаты лечения. Задержка с хирургическим лечением при развитии деструкции толстой кишки, аррозивного кровотечения, сепсиса значительно ухудшает результаты лечения.

ID: 2011-01-24-T-1193

Тезис

Попова И.А.

Изучение лазерной фенестрации печени в эксперименте

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии

Портальная гипертензия является ведущим синдромом, характерным для цирроза печени, наиболее опасным осложнением которого является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Положительного эффекта при лечении цирроза можно достичь либо торможением фиброгенеза, либо стимуляцией регенерации печени, а также реструктуризацией стромы стимуляцией новообразования сосудов. Учитывая успехи не прямой ревааскуляризации конечностей при облитерирующих заболеваниях, а также появившиеся сообщения о лазерных методиках ревааскуляризации миокарда, нами решено в эксперименте разработать методику лазерной ревааскуляризации печени.

Первым этапом исследования стала разработка в остром эксперименте методики создания лазерных каналов в печени и оценка безопасности данной манипуляции. Исследование проведено на 5 нелинейных лабораторных белых крысах. Животным под эфирным наркозом выполняли лапаротомию. Печень выводили в рану с помощью лигатуры-держалки. Применяли полупроводниковый лазер "Lasermid 1-10" с длиной волны 1,06 мкм и мощностью до 10 Вт. Кварцевым световодом диаметром 600 мкм выполнялись сквозные перфорации печени со снижением мощности излучения. Обнаружено, что применение мощности излучения 9-10 Вт приводит к чрезмерному повреждению ткани печени. Использование мощности меньшей 5 Вт не гарантирует надежного гемостаза. После лазерной перфорации печени животное выводилось из эксперимента. Поврежденная печень исследовалась гистологически. При изучении препаратов обнаружены транспеченочные каналы до 1 мм в диаметре, стенки которых выполнены прочным струпом коагуляционного некроза, фиксированным к ткани печени. Толщина струпа составляла 100-200 мкм. Кровоизлияний в ткань печени не наблюдалось. Лазерная фенестрация печени контактной коагуляцией лазером ближнего инфракрасного диапазона оказалась безопасной при мощности излучения 7-8 Вт.

В дальнейшем проводилось наблюдение за оперированными животными с повторной операцией на 14 сутки после первой. При визуальном осмотре отмечены минимальные склеротические изменения печени с незначительным перигепатитом. Осуществляли забор печени с последующим ее гистологическим исследованием. Окраску срезов осуществляли по стандартной методике эозинфилом и гематоксилином. Морфологическое исследование печени с созданными лазерными каналами показало наличие тонких тяжей соединительной ткани вдоль линий фенестрации с образованием в них незрелых кровеносных сосудов. Вокруг соединительнотканых рубцов визуализировались молодые желчные протоки, что можно расценить как явление регенерации печени в результате лазерного повреждения.

ID: 2011-01-24-T-1194

Тезис

Протасов М.Е.

Аспекты антибиотикотерапии в гнойной хирургии*ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии*

Бесконтрольный прием антибактериальных средств и, как следствие, усиление резистентности микроорганизмов затрудняет проведение адекватной терапии больных с гнойной инфекцией. Проблема подбора антибактериальных средств при лечении больных с данной патологией в настоящее время особо актуальна.

Цель исследования: анализ результатов посевов при операциях в гнойной хирургии для определения эффективных препаратов для лечения инфекционной патологии.

Материалы исследования: проведено исследование 139 результатов бактериологических посевов при операциях в гнойной хирургии с определением чувствительности выделенных микроорганизмов к различным антибиотикам. В 43 случаях посев роста не дал, что говорит о дефекте проведения исследования, который может произойти на одном из трех этапов: забор, транспортировка, проведение исследования. В остальных наблюдениях было зарегистрировано выделение St.Aureus (69 случаев), Str.Epidermidis (7 случаев), E.Coli (14 случаев), Ps.Aeruginosal (4 случая), Pr.Mirabilis (1 случай) и грибы рода Candida (1 случай).

Результаты исследования: При определении чувствительности микроорганизмов к антибиотикам оказалось, что наиболее распространенные при бактериологическом исследовании St.Aureus, E.Coli и Str.Epidermidis во всех случаях чувствительны к цефтриаксону и офлоксацину. Кроме того St.Aureus и Str.Epidermidis чувствительны к офлоксацину, фузидину, ванкомицину и линкомицину. Чувствительность E.coli распространяется и к цефтазидиму, гентамицину и цефотаксиму, при этом колибациллярная флора во всех исследованиях показала устойчивость к ампициллину.

132 больным проводилась «стандартная» антибиотикотерапия терапия цефтриаксоном. И лишь в 8 случаях потребовалось добавление дополнительных антибактериальных средств к основной терапии.

Выводы: У больных с гнойной хирургической патологией следует предполагать стрептококковую и колибациллярную флору, для лечения которой следует предпочитать цефалоспорины III поколения. Для повышения информативности бактериологического исследования следует улучшить качество его исполнения путем устранения дефектов его проведения на всех трех этапах.

ID: 2011-01-24-T-1195

Тезис

Савилов А.М., Кабардаев Р.М.

Выбор хирургической тактики лечения при сочетанных повреждениях

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии

Сочетанные и множественные травмы относятся к числу наиболее тяжелых повреждений с высокой летальностью на догоспитальном этапе и в стационаре.

Цель исследования. Обоснование выбора последовательной хирургической тактики ведения больных с сочетанной травмой.

Материалы и методы. На протяжении 2010 года было исследовано 30 случаев тяжелой сочетанной травмы. Автомобильная травма в 90% случаев имела сочетанный характер. Отмечались переломы костей верхних и нижних конечностей, таза, ребер, обязательным компонентом которых были кровоизлияния в мягкие ткани. Переломы костей в 2,8% случаев сочетались с травмой органов груди, в 49,3% наблюдений с травмой органов живота, в 22,1% с травмой обеих полостей тела. Повреждения внутренних органов имели не только прямой, но и опосредованный характер. Оказание помощи при сочетанных травмах проводили последовательно. Реанимационные мероприятия включали мероприятия, направленные на восстановление сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности. Неотложные хирургические вмешательства были направлены на остановку внутрибрюшного кровотечения, устранение повреждений внутренних органов, остановку наружного кровотечения, иммобилизацию поврежденных сегментов. Последним этапом является определение объема и сроков оперативного или консервативного лечения переломов конечностей.

Оперативные вмешательства при переломах конечностей при сочетанной травме выполняли в определенной последовательности. Операции на нижних конечностях выполняли по неотложным показаниям при повреждении крупных сосудов, открытых переломах. При прочих ситуациях операцию на конечностях откладывали до тех пор, когда благоприятный исход операции на органах живота и грудной клетки полости становился ясным.

Выводы:

- 1) Сочетанная травма опорно-двигательного аппарата и органов грудной и брюшной полостей встречаются в 90% автомобильной травмы.
- 2) Тяжесть сочетанной травмы в большинстве случаев определяется массивностью повреждений внутренних органов.
- 3) Тактика лечения пострадавших с сочетанной травмой определяется характером повреждений внутренних органов и опорно-двигательного аппарата.

ID: 2011-01-24-T-1196

Тезис

Свиридов Н.Н.

Раннее прогнозирование уровня некрэктомии при глубоком отморожении*ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии*

Ведущая роль в развитии некроза при глубоких отморожениях принадлежит нарушениям микроциркуляции, связанным с реперфузионным синдромом. Несмотря на применение обширного арсенала медикаментозных препаратов в комплексе терапии, направленной на ограничение зоны некроза, ампутация является единственным методом лечения отморожений IV степени. Доступные в повседневной клинической практике методы контроля состояния кровотока в системе микроциркуляции, а, следовательно, методы оценки эффективности проводимого лечения практически отсутствуют.

Цель исследования: разработка методики раннего прогнозирования уровня некрэктомии при глубоком отморожении.

Материал и методы. Проведено клиническое исследование 42 человек, поступивших в дореактивном и раннем реактивном периоде отморожения (1-3 суток), получавших стандартное лечение после медленного отогревания конечности. Для оценки характера изменений микроциркуляции, возникающих в поврежденном сегменте использован метод лазерной доплеровской флоуметрии с оценкой значений показателей тканевой перфузии. Измерения проводились ежедневно, в сопоставлении с течением раневого процесса в различных отделах конечности, подвергшейся отморожению.

Результаты. В ходе исследования удалось выявить закономерность изменений микроциркуляции, выделив 4 зоны в поврежденном участке тела, схожих с функциональными зонами А.А. Арьева: 1) зона крионекроза; 2) зона необратимых изменений микроциркуляции; 3) зона обратимых нарушений микроциркуляции; 4) зона проксимальных отделов конечности, непосредственно не подвергшаяся отморожению. В зоне холодовой травмы отмечена депрессия микроциркуляции до величин биологического нуля; у проксимальной границы наблюдалось постепенное снижение показателей перфузии с формированием некроза на 3-5 сутки. Истинная граница жизнеспособности тканей устанавливалась на 5-8 сутки. В зонах жизнеспособных тканей на фоне проводимого лечения отмечалось усиление кровотока, с восстановлением показателей микроциркуляции.

Вывод. Лазерная доплеровская флоуметрия является эффективным методом контроля состояния микроциркуляторного русла тканей, подвергшихся глубокому отморожению. Проводя динамическую ЛДФ сегментов конечности, можно выделить зоны отморожения и спрогнозировать клиническое течение раневого процесса уже после согревания конечности.

ID: 2011-01-24-T-1197

Тезис

Тхакохов М.М.

Проблемы безопасности пациента при оказании медицинской помощи в хирургическом стационаре

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии

Одним из основных социальных прав граждан является право на охрану здоровья и медицинскую помощь. К критериям качества медицинской помощи относится безопасность, которая подразумевает под собой безопасность медицинской услуги для жизни, здоровья, имущества пациента при обычных условиях ее оказания с учетом обоснованного риска, а также соблюдение технологии при ее оказании. В рамках обозначенной проблемы в хирургическом отделении МУЗ «Городская клиническая больница № 2» было проведено социологическое исследование.

В исследовании приняли участие 57 пациентов хирургического профиля, получивших оперативное лечение. Разработанная анкета содержала 13 вопросов, позволяющих оценить удовлетворенность потребителей оказанной медицинской помощью и выявить причины неудовлетворенности. Респонденты оценили:

1. Работу медицинского персонала: отлично – 56,4%, хорошо – 33,5%, удовлетворительно – 9,2%, неудовлетворительно – 0,9%.

2. Профессиональные качества лечащего врача: отлично – 78,7%, хорошо – 15,8%, удовлетворительно – 5,3%, неудовлетворительно – 0,2%.

3. Работу среднего медперсонала: отлично – 68,4%, хорошо – 22,8%, удовлетворительно – 8,8%, неудовлетворительно – нет.

4. Оценку питания: 70,3% - хорошо, 12,3% - плохо, 17,5% - удовлетворительно.

5. Пользование платными медицинскими услугами: да – 19,3%, нет – 80,7%.

Опрос мнения больных о наличии дефектов лечения показал неоднозначные результаты. О наличии послеоперационных (10,5%), постинъекционных (7,0%) осложнений и аллергических реакций после введения лекарственных препаратов (3,5%) заявили в общей сложности 21% респондентов. Однако по объективным данным частота послеоперационных осложнений не превышала у этих же больных 2,4%; постынекционных осложнений не было вообще, а аллергическая реакция была зафиксирована лишь у одного пациента. Таким образом определено несоответствие мнения респондентов объективным результатам лечения.

ID: 2011-01-24-T-1198

Тезис

Фролов И.А.

Оксид азота как прогностический фактор при острых эрозивно-язвенных гастродуоденальных поражениях, осложненных кровотечением*ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра общей хирургии*

Острые эрозивно-язвенные гастродуоденальные поражения, осложненные кровотечением, несмотря на достижения фармакотерапии и развитие методов эзогемостаза, сопровождаются высокой летальностью, что обуславливает необходимость дальнейшего изучения данной патологии.

Цель работы: изучить степень выраженности метаболических сдвигов оксида азота в крови, моче, стенке желудка и двенадцатиперстной кишки при острых гастродуоденальных язвах, осложненных кровотечением.

Материалы и методы. Наблюдали 23 пациентов с острыми кровоточащими эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки. У всех исследованных больных определяли уровень оксида азота крови, мочи и биоптата стенки желудка и 12-перстной кишки на границе эрозивно-язвенного поражения и неизмененного участка. Концентрацию оксида азота в крови и в моче оценивали как при поступлении, так и в динамике. Уровень концентрации оксида азота определялся спектрометрическим микроколичественным анализом.

Результаты исследования. Обнаружено, что в стенке органа при эрозивно-язвенном поражении концентрация оксида азота в несколько раз превышает аналогичный показатель в нормальной слизистой. При этом отмечена зависимость тяжести состояния больного от уровня оксида азота. В период острого кровотечения содержание оксида азота в крови значительно увеличивается, тогда как в моче его концентрация минимальна. При остановке кровотечения концентрация оксида азота в моче нарастала при одновременном снижении в крови, что свидетельствует о выведении данного метаболита почками. По неотложным показаниям оперировано 15 человек. При этом резекция желудка выполнена 7 больным, прошивание кровоточащего сосуда произведено 4 пациентам. Из числа оперированных умерло двое. В группе не оперированных больных летальных исходов не было. У обоих умерших отмечены сверхвысокие показатели концентрации оксида азота в крови и в биопсированной слизистой.

Выводы: полученные результаты позволяют считать уровень оксида азота в крови, моче, биоптатах стенки желудка и двенадцатиперстной кишки при остром эрозивно-язвенном гастродуоденальном кровотечении одним из важных прогностических критериев исхода заболевания.

ID: 2011-01-24-T-1199

Тезис

Ширшов В.В.

Эндоскопическое лечение гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии

*ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра
общей хирургии*

В последние годы наблюдается рост числа больных язвенной болезнью, с возникновением тяжелых осложнений у 40% пациентов. Кровотечение развивается у 13-42% пациентов.

Цель исследования: улучшение результатов лечения гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии.

Проведен анализ лечения 145 больных с острым гастродуоденальным кровотечением язвенного генеза, находившихся в МУЗ «ГКБ № 6 им. академика В.Н. Кошелева» за 2010 г. Инициальный гемостаз с успехом выполнялся у 24 пациентов. Случаев неудачной остановки кровотечения не было. С целью инициального гемостаза у 21 больного применяли лазерфотокоагуляцию, у 3 человек диатермокоагуляцию. Для эндоскопической профилактики рецидива у 9 пациентов производили орошение раствором нитрата серебра.

Оценивая эффективность каждой из методик эндогемостаза следует отметить низкую эффективность диатермокоагуляции. Эффективность диатермокоагуляции была достаточной для достижения инициального гемостаза, но недостаточной для его длительного поддержания. Рецидив геморрагии развивался у всех трех человек. Орошение раствором нитрата серебра не оправдало ожиданий предупреждения повторной геморрагии. Оно развилось у 7 пациентов. Следует признать, что эта методика не имеет самостоятельного значения, а должна использоваться либо в качестве дополнения к другим методикам эндогемостаза. Рецидив кровотечения отмечен у 10 больных. Рецидив диагностировался в ходе динамической эндоскопии. Развернутой клиники рецидивной геморрагии не отмечено ни у одного пациента. Своевременная диагностика рецидива позволила у больных применять повторное эндоскопическое вмешательство. Тем не менее всех больных с повторным кровотечением пришлось оперировать по срочным показаниям. Существенную роль в снижении эффективности эндогемостаза сыграл износ эндоскопического оборудования. В 2010 году не применялось эндоскопическое клипирование, не было возможности выполнения инфльтрационного гемостаза. В связи с этим хирургическая активность при кровоточащей язве возросла до 42%, появилась послеоперационная летальность (12,4%) общая летальность увеличилась до 6,8%.

Выводы:

1. Износ эндоскопического оборудования диктует более настоятельные показания к выполнению экстренной операции при кровотечении из гастродуоденальной язвы.
2. При эндоскопическом гемостазе следует оценивать его качество и ставить показания либо к превентивной операции, либо к динамической эндоскопии.