С 1998 по 2005 годы в МСЧ №2 в хирургический кабинет за помощью обратились более 20 000 человек с травмами и различными хирургическими и соматическими заболеваниями (фурункул, карбункул, панариций, рожистое воспаление, сахарный диабет, атеросклероз сосудов нижних конечностей, панкреатит, гепатит, нефрит и т.д.). Из них более 500 человек страдали алкогольной зависимостью и имели различные серьезные функциональные нарушения со стороны таких жизненно-важных органов как печень, почки, поджелудочной и предстательной железы. На фоне десенсибилизирующей, антиэкссудативной, противовоспалительной и антибиотикотерапии, также проводилась опосредованная суггестивная плацеботерапия по избавлению этих больных от алкогольной зависимости при помощи гепатопротектора. В результате проведенной терапии перестали употреблять спиртные напитки около 87,5% больных.

А у 12,5% пациентов, которые в силу разных причин (реклама ТВ, свадьбы, поминки, презентации и т.д…) продолжали злоупотреблять спиртные напитки, в ранние сроки (спустя 7-9 месяцев) наблюдались различные осложнения:

1. Цирроз и рак печени, асцит, гипертония, инфаркт миокарда, инсульт - 41%.
2. Заболевания и пухоли мочеполовой системы - 32%.
3. Поражение поджелудочной железы с последующим сахарным диабетом 15%.
4. Облитерирующий атеросклероз сосудов (гангрена нижних конечностей и пальцев стоп…) - 12%.

Поиск новых методов лечения алкоголизма в таких условиях позволил выработать новую схему психологического воздействия. Сама по себе эффективность психотерапии при лечении алкоголизма прямо пропорционально желанию больного лечится, а желание избавится от алкогольной зависимости у большинства больных возникает редко. Поэтому применяя целенаправленную терапию мы убедились, что ее эффективность резко возрастает во время обращения за хирургической помощью, что скорее всего связано с желанием больного избавится от физического страдания, что выражается в готовности больного подчиняться любым указаниям врача-хирурга.

Таким образом, на основании нашего 7 летнего опыта полученного во время работы в хирургическом кабинете МСЧ № 2 (при заводе «Янтарь»), мы пришли к выводу, что метод опосредованной психотерапии с применением гепатопротектора «КАМ» на фоне хирургического лечения больных страдающих алкоголизмом, позволяет избавить больных не только от алкогольной зависимости, но и предупредить развитие серьезных осложнений со стороны печени, почек, поджелудочной и предстательной железы.

ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГРАММИРОВАННОЙ РЕЛАПАРОТОМИИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЁННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Костюченко К.В., Рыбачков В.В., Павлычев Р.Х.
МКУЗ МСЧ ОАО «Автодизель»,
Кафедра госпитальной хирургии ЯГМА,
Ярославль

Проблема распространённого гнойного перитонита (РГП) и абдоминального сепсиса является актуальной как с медицинских, так и с экономических позиций. В настоящее время существует два основных метода хирургического лечения РГП: традиционный метод и метод программированных санационных релапаротомий (ПСР). Хирургическая наука прошла долгий путь, прежде, чем эффективность агрессивных ПСР была признана и получила широкое распространение [В.К.Гостищев, 2002, В.С.Савельев, 2004]. Основными показаниями к применению этого метода считаются РГП и послеоперационный перитонит. Неотъемлемой составляющей ПСР считается интестинальная декомпрессия, исходной целью которой является снижение внутрикишечного давления. Применение интестинальной декомпрессии показано при некрозе и резекции тонкой кишки, кишечной непроходимости, травме стенки кишки при рассечении спаек или от других причин. Наиболее безопасным методом интестинальной декомпрессии является, по нашему мнению, назоинтестинальная декомпрессия, относительными противопоказаниями к которой необходимо считать массивный спаечный процесс в брюшной полости и нарушение функции дыхания. По нашим данным, применение тотальной (субтотальной) назоинтестинальной интубации в тех случаях, когда она абсолютно показана, при всех видах хирургического пособия приводит к 28%-ному снижению летальности. Наиболее существенным является адекватное определение показаний к переходу на метод ПСР. Развитие послеоперационного продолжающегося перитонита является простым и понятным поводом для перехода на этот тактический вариант. По нашим данным, первичный выбор ПСР показан при периоперационном балле шкалы APACHE II [15-20]. Ухудшение состояния пациента приводит к негативным результатам лечения независимо от избранной хирургической тактики [K.V.Kostyuchenko, 2004].

Выполнение ПСР – технически непростая и травмирующая пациента процедура. Основной опасностью при её выполнении является кровотечение из слизистой органов желудочно-кишечного тракта. Обычно, объём кровопотери не превышает 100-150 мл, но в ряде случаев может наблюдаться массивная кровопотеря. Технически правильно выполненная интубация кишечники не допускает перегибов интубационного зонда, которые также могут явиться причиной ишемии и деструкции стенки кишки с последующим кровотечением. Режим санации кишечника через интубационный зонд индивидуален, однако, мы рекомендуем проводить её 2-3 раза в сутки, что позволяет выполнить удаление токсического содержимого, наладить эффективный пассивный отток и не

привести к потере электролитов. Важным дополнением к этой процедуре является введение в просвет кишечника оксигенированных и питательных смесей. При возникновении признаков кровотечения необходимо проводить гемостатическую терапию и терапию синдрома повреждения желудка [Б.Р.Гельфанд, 2003]. Если кровотечение на фоне терапии продолжается, необходимо решить вопрос об удалении зонда. Для констатации недостаточности функции кишечника нами применяется норма кишечного отделяемого в сутки – 1000 мл. Удаление интубационного зонда проводится на 3-5 сутки при благоприятном течении болезни, но у ряда целесообразно оставлять зонд до 9-10 хирургических суток.

Мы имеем опыт хирургического лечения более тысячи пациентов с РГП (в группу исследования вошли 236 пациентов). Летальность при использовании ПСР на 12% меньше, чем при выборе традиционного метода. Однако, существует проблема адекватности выбора хирургической тактики. У 8% пациентов с другим видом экссудата недостаточно обоснован переход к методу ПСР. Об этом говорит зафиксированный в группе исследования низкий балл шкалы APACHE II (менее 10) и быстрый регресс органной дисфункциии. Как наиболее травмирующий ткани и дорогой, метод ПСР не должен применяться при отсутствии дисфункции менее двух органов, у больных с поражением менее трёх анатомических регионов брюшной полости. На основе характеристики органной дисфункции, балльной оценки тяжести состояния пациентов нами установлено, что применение ПСР в гинекологической практике обосновано у 10-20% пациентов, экстренно оперированных по поводу РГП. Существенным сдерживающим фактором для проведения ПСР являются возможности детоксикации, антибактериальной терапии и иммунокоррекции. Мы наблюдали случаи, когда применение мощных антибактериальных средств широкого спектра в сочетании с внутривенным введением иммуноглобулинов и сеансами ГБО приводили к регрессу полиорганной дисфункции, начиная со второго хирургического дня, и избавляли пациентов от релапаротомии «по требованию» при традиционной хирургической тактике, несмотря на тяжесть периоперационного состояния. Метод ПСР не исключает применения этих методов, хотя и является мощным оружием для «хирургической» детоксикации. Важнейшие направления послеоперационной терапии в большинстве случаев приводят к стабилизации состояния больного после второй ПСР, что соответствует нашим данным при оценке фактора «дожития» [Р. Флетчер, 1998; К.В. Костюченко, 2005].

Летальность при применении ПСР у больных с РГП хирургического профиля составила 27,8%, что на 9,6% меньше чем у пациентов, которым применены традиционные хирургические средства с применением интестинальной декомпрессии. Объективизация алгоритма выбора первичной хирургической тактики позволит более точно дифференцировать подходы к выбору хирургического пособия, определить факторы, значимые как для прогноза, так и для результатов хирургического лечения РГП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гельфанд Б.Р., Мартынов А.Н., Гурьянов В.А., Шипилова О.С. Профилактика стресс-повреждений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях. //Журнал Consilium Medicum. Приложение №2, 2003. С.16-20.

2. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л. Перитонит. Москва. Издательский дом «ГЭОТАР-МЕД». 2002. 240с.

3. К.В.Костюченко, Р.Х.Павлычев. Оценка тактических вариантов хирургического лечения распространённого гнойного перитонита при помощи фактора «дожития» в послеоперационном периоде. / Материалы II Всероссийской конференции посвящённой памяти В.Ф. Войно-Ясенецкого. «Актуальные вопросы гнойно-септической хирургии». Красноярск. 2005. С.24-25.

4. Савельев В.С. (под редакцией). Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. «Триада-Х». Москва. 2004. 640с.

5. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. Williams & Wilkins. 1996. Перевод с английского языка. Медиа Сфера. Москва. 1998. 352с.

6. Kostyuchenko K.V., Rybachkov V.V., Gramenitsky A.B. The forecast of outcomes and surgical tactics in treatment of widespread peritonitis. XXXIV World Congress of the International College Of Surgeons (ICS). Quito. Equador. 2004. EX06L5109. Published in Monduzzi Editore - International Proceedings Division. Bologna. Italy. 2005. P.149-152.

ИЗМЕНЕНИЯ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫХ КАНДИДОЗАХ

Куценко И.И., Назаренко Е.И., Холина Л.А., Закиева В.А., Лузум А.Е., Боровиков И.О.
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Нами обследовано 260 женщин, из них: 72 – контрольная группа условно здоровых женщин (I группа) и 188 женщин с рецидивом вульвовагинального кандидоза (II группа). Рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз (РВВК) диагностировался на основании клиники и микробиологического (цитологического и культурального) исследования. Цитохимические исследования макрофагов слизистой уретры и цервикального канала - кислой фосфатазы (КФ), миелопероксидазы (МПО) и неспецифической эстеразы (НЭ) проводили с целью определения их активации в условиях патологического процесса и воздействия иммуномодуляторов. Концентрацию цитокинов (IL-1β, IL-6, IFNγ, TNFα) в сыворотке крови и в слизи определяли твердофазным иммуноферментным методом с использованием наборов и по прилагаемым методикам (Caltag Laboratories, USA). У женщин, больных рецидивирующим ВВК в анализах популяционного и субпопуляционного состава лимфоидных клеток цервикального канала обнаружено почти одной степени выраженности достоверное снижение, по сравнению с