

домембранозными наложениями в виде «мостиков» между пораженными участками. При гистологическом исследовании биоптата отмечалось расширение желез, увеличенная продукция слизи, лейкоцитарная инфильтрация слизистой, отек, уменьшение количества бокаловидных клеток, пленчатые наложения, плотно сращенные с поверхностью некротизированного эпителия (псевдомембраны), состоящие из фибрина, слущенного эпителия, слизи, лейкоцитов, эозинофилов, кристаллов Шарко-Лейдена, бактерий.

Причинами летальных исходов были осложнения ИБС, ХОБЛ, инсульты, агранулоцитоз и другие осложнения.

Дифференциальный диагноз проводили с неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона, ишемическим колитом, инфекционными заболеваниями.

После установления диагноза ПМК всем больным отменяли антибиотики и назначали базисную терапию ванкомицином 0,25 3-4 раза в день в сочетании с метронидазолом 0,25 3-4 раза в день внутрь в течение 5-7 дней. Эффективность лечения подтверждалась нормализацией температуры и прекращением диареи, чаще на 4-5 день. Проводили коррекцию водно-электролитных расстройств и нарушений белкового обмена, восстановление нормального состава кишечной микрофлоры, регидратацию под контролем диуреза и центрального венозного давления. Для санации кишечника от спор *Clostridium difficile* и профилактики рецидива ПМК применяли энтерол по 2 капсулы 2 раза в день за час до еды в течение месяца. Для восстановления нормального «микробного пейзажа» больным назначали линекс, хилак-форте. Контрольная ФКС после окончания курса базисной терапии, проведенная в отдельных случаях, отражала обратную динамику изменений в толстой кишке.

БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ВЕТЕРАНОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

З.Д. Шварцман, Т.Е. Зайцева, Ж.А. Желтышева, Т.И. Палий, А.С. Дудецкий, А.С. Миков

Госпиталь для ветеранов войн, г. Санкт-Петербург

E-mail авторов: omo@gvv-spb.ru

Безболевая ишемия миокарда (БИМ) представляет собой клиническую форму ИБС, при которой переходящие нарушения перфузии, метаболизма, функции или электрической активности миокарда не сопровождаются приступом стенокардии или ее эквивалентом и выявляются только с помощью инструментальных методов исследования. У лиц пожилого возраста и старческого возраста БИМ является независимым предиктором коронарных катастроф. Депрессия сегмента ST даже на 0,5 мм увеличивает риск коронарной смерти.

Патогенетические механизмы безболевой и болевой формы ишемии миокарда сходны, и различием является наличие или отсутствие болевого синдрома.

Для выявления БИМ используются суточное (холтеровское) мониторирование ЭКГ (СМ ЭКГ),

нагрузочные пробы, исследование коронарной перфузии, сцинтиграфия миокарда, ЭХО-КГ, радиоизотопная вентрикулография, позитронно-эмиссионная и магнитно-резонансная томография.

Цель исследования: изучение особенностей БИМ у пожилых больных с ИБС.

Материал и методы: под наблюдением находилось 38 больных (мужчин – 17, женщин – 21) с бессимптомными ишемическими изменениями конечной части желудочкового комплекса. Средний возраст больных составил $77,1 \pm 6,2$ лет и колебался от 66 до 89 лет. У 19 обследованных диагностировали стенокардию напряжения, в том числе у 9 – II ФК, 9 – III ФК, 1 – IV ФК, у 12 – нестабильную стенокардию 3 клинической формы (прогрессирующую) и у 7 – острый инфаркт миокарда (ИМ). У всех больных была выявлена гипертоническая болезнь III ст. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I ФК (по NYHA) отмечалась у 2, II ФК – у 16, III ФК – у 20 обследованных.

Всем больным выполнялось СМ ЭКГ на системе Zymed Holter, Phillips (США). Больным ИМ и нестабильной стенокардией проводилось эхокардиографическое исследование (ЭХОКГ). Диагностически значимыми для БИМ считались эпизоды депрессии сегмента $ST \geq 0,1$ мВ (1 мм) от изолинии горизонтального или косонисходящего характера продолжительностью не менее 1 минуты.

Результаты и обсуждение. Общая продолжительность эпизодов БИМ за сутки колебалась от 10 минут до 6 часов 55 минут. Суммарная продолжительность эпизодов БИМ до 60 мин в сутки наблюдалась у 20, более 60 минут – у 18 больных, при этом минимальная продолжительность составила 10 мин. Максимальная 6 часов 55 мин.

Суммарная продолжительность эпизодов БИМ была максимальной у больных с острым ИМ.

У женщин эпизоды БИМ регистрировались в два раза чаще, чем у мужчин. У женщин отмечена также большая суммарная продолжительность эпизодов БИМ, составлявшая, в среднем, 87 минут, в то время как у мужчин – 31 минута.

Установлено более частое развитие эпизодов БИМ в ночное, чем в дневное время суток (у 22 и у 16 больных, соответственно). Депрессия ST на 1 мм выявлена у 24 обследованных, на 2 мм и более – у 14.

У пациентов с нестабильной стенокардией эпизоды БИМ регистрировались в 83% случаев, у больных с ИМ в анамнезе – в 78% и больных с острым инфарктом миокарда – в 100% случаев. Наибольшее количество эпизодов (18) с суммарной продолжительностью 6 часов 55 минут было зарегистрировано у больной в острой стадии крупноочагового ИМ.

Синусовая тахикардия наблюдалась у 8 обследованных, у 36 отмечена суправентрикулярная эктопическая активность. У 28 – желудочковая экстрасистолия (ЖЭС) различной градации. Зарегистрированы также нарушения проводимости: атриовентрикулярная блокада I степени у 4, II степени тип Мобитц 2 – у 3, и III степени – у 1 больного. Фибрилляция предсердий установлена у 18 человек.

Лекарственная терапия больных ИБС с безболевой ишемией включала нитраты, бета-блокаторы, антаго-

нисты кальция, статины, а также модуляторы метаболизма миокарда (милдронат, триметазидин).

Таким образом, эпизоды БИМ у лиц старческого возраста чаще наблюдаются в ночное время суток и сочетаются с нарушениями сердечного ритма и проводимости. Требуется дальнейшие исследования для оценки прогноза безболевого ишемии миокарда у больных с различными формами ишемической болезни сердца.

ХИРУРГИЯ. ОНКОЛОГИЯ

К ВОПРОСУ О БЕЗОПАСНОСТИ РЕГИОНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

А.Ю. Бредихин, Д.М. Малыгин, М.А. Попова

ООКПН госпиталь ветеранов войн, г. Оренбург

Е-mail авторов: www.ogww@rambler.ru

Современные возможности хирургии позволяют сохранять и обеспечивать активное долголетие пациентов пожилого и старческого возраста. Многоэтапность оперативного лечения пациентов, особенно урологического профиля, требует проведения неоднократных анестезий. Ранее это достигалось применением различных видов обезболивания. Спинально-мозговая анестезия (СМА) в настоящее время является методом выбора обезболивания у пациентов пожилого и старческого возраста имеющих, как правило, от 3-х до 5-ти сопутствующих заболеваний. Немаловажное значение в современной экономической модели медицины приобретает и экономичность СМА.

Цель работы: анализ количества и кратности, технических особенностей с оценкой безопасности СМА выполненных несколько раз одному и тому же пациенту.

В своей работе мы считаем СМА выполненные пациенту в процессе лечения до трех раз повторными, а три и более – многократными, не зависимо от промежутка времени между анестезиями.

Материалом исследования явился анализ выполненных СМА пациентам, находившимся в госпитале на лечении в отделении урологии и хирургии за период с 2001 по 2013 год. Для проведения операции пункция спинномозгового пространства проводилась иглой 22G в положении больного на боку, на уровне L₁-L₃. Анестетиком был 2% лидокаин в дозах 60-80 мг или 0,5% маркаин 15–20 мг. Потенцирование анестезии достигалось фентанилом 0,05 мг или клофелином от 0,05 до 0,1 мг. Контроль состояния пациента проводился согласно принятым порядкам проведения анестезии – оценка субъективных ощущений, гемодинамики, сатурации, ЭКГ.

Результаты и обсуждение. За анализируемый период выполнено 4862 СМА, из них повторно или многократно – 851(17,5%). В данной группе мужчин было 546, а женщин – 36, средний возраст составил

74±15 лет. Повторных анестезий проведено 339, а 412 СМА выполнено многократно, причем, 104 – трижды, 21 – четыре раза, 8 – пять, 5 – шесть, 2 – семь, 1 – восемь, 2 – девять раз соответственно одному пациенту. Интервал между повторными анестезиями составлял от 6 месяцев до нескольких лет. Интервал же для многократных анестезий был разным в зависимости от заболевания и составлял от 14 часов до 3,5 месяцев в течение года или в течение 5-6 лет выполнено от 7 до 9 анестезий, причем СМА выполнялась и для проведения других оперативных вмешательств. Технические особенностей в выполнении повторных и многократных СМА в группе мужчин и женщин нами не выявлено. Течение анестезии также ничем не отличалось в группах. Отмечено, что каждая последующая СМА сопровождалась субъективным уменьшением чувства страха и хорошим сном перед операцией, а на операционном столе не отмечалось мышечной скованности и напряжения. Данные изменения мы объясняем «приобретенным опытом» пациента. При анализе осложнений выявлено, что всего осложнений было – 54 (6,4%). Наиболее частым из осложнений были такие, как нестабильная гемодинамика 35 (4,1%). 18 случаев (2,1%) осложнений относятся к неудовлетворительному эффекту от премедикации, высокое распространение анестезии отмечено в 1 случае (0,11%). Все осложнения были купированы на этапах анестезии без серьезных последствий для пациентов.

Таким образом, не выявлено существенных отличий в проведении и течении повторных и многократных СМА у пациентов, независимо от частоты и кратности повторного обезболивания. Пациенты гораздо легче и спокойней переносят последующие анестезии. Количество осложнений в группе повторных и многократных СМА низкое и не носило опасного характера. Повторное или многократное выполнение спинномозговой анестезии у пациентов пожилого и старческого возраста, можно считать простым, эффективным и относительно безопасным методом обезболивания.

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.А. Волков, Н.В. Будник, М.И. Петричко, А.Р. Духин

Госпиталь для ветеранов войн, г. Ростов-на-Дону

Е-mail авторов: Volkov73A@bk.ru

В настоящее время существует проблема коррекции эректильной дисфункции (ЭД) у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) на фоне консервативной терапии (КТ) этого заболевания, которая остается на настоящий момент малоизученной.

Целью исследования явилось изучение сексуальной функции у больных ДГПЖ и ее коррекция на фоне проводимой КТ.

Материал и методы. В исследование включены 155 больных с ДГПЖ, находящихся на лечении в 2010–2013 гг. Пациентам назначалась КТ: дутастерид