

MCM₂₈₀) и детоксикационные свойства альбумина, которые оценивали по общей и эффективной концентрации альбумина (ОКА и ЭКА) флуоресцентным методом. Рассчитывали индекс токсичности (ИТ) и связывающую способность альбумина – ССА [4].

Результаты и обсуждение. Универсальным критерием ЭИ является уровень МСМ, которые оказывают многообразное повреждающее действие на организм, что обосновывает проведение коррекции синдрома эндогенной интоксикации. Весь период наблюдения за больными МСМ оставались высокими, что свидетельствует о сохранении синдрома ЭИ к периоду клинического выздоровления. Так, содержание МСМ₂₅₄ к периоду ранней реконвалесценции составляло $0,256 \pm 0,011$ у.е. Дополнительное применение реамберина способствовало их нормализации $0,221 \pm 0,012$ у. е. В период клинического выздоровления, как на фоне базисной терапии, так и после применения реамберина, содержание в крови МСМ₂₈₀ становилось равным контролю – $0,272 \pm 0,015$ и $0,263 \pm 0,021$ у. е. соответственно.

Таким образом, уровень МСМ дает дополнительную информацию о развитии патологического процесса при тонзиллитах, который повышен как в разгар заболевания, так и в период ранней реконвалесценции, что свидетельствует о выраженности, длительности синдрома ЭИ, что согласуется с результатами других исследований [4, 5].

Оценка степени эндотоксикоза по МСМ позволяет оценить преимущественно концентрацию гидрофильных токсических компонентов. Кроме водорастворимых токсинов в плазме крови накапливаются гидрофобные, которые способны обратимо связываться с альбумином и определяются с помощью специальных тестов. При изучении ЭКА и ССА выявлено, что они были снижены в фазу ранней реконвалесценции до $39,35 \pm 1,07$ и $90,98 \pm 1,92$ г/л соответственно, что свидетельствует о дефиците детоксикационных возможностей [5]. Включение в терапию реамберина приводило к повышению ЭКА в 93% случаях и составило $43,26 \pm 1,23$ г/л. Применение реамберина привело к повышению ССА у 75,2% больных, до $97,49 \pm 1,78\%$. Индекс токсичности в фазу ранней реконвалесценции оставался повышенным в 12 раз. Сочетанная терапия с реамберинотерапией приводила к его снижению в 84,3% случаях, который составил $0,03 \pm 0,010$.

Выводы. Применение при тонзиллитах реамберина способствует снижению молекул средней массы, повышению детоксикационных свойств альбумина, что подтверждает дезинтоксикационный эффект препарата и обосновывает его применение в клинической практике инфекционистов.

Литература

1. Павелкина В.Ф., Щипакина С.В., Пак С.Г., Еровиченков А.А. Динамика показателей эндогенной интоксикации у больных повторными ангинами // Врач. – 2008. – №11. – С. 64–66.
2. Мамыкина В.М., Амплеева Н.П. Иммуитет и эндотоксикоз при роже. – Саранск: Изд-во Мордов. ун-та, 2005. – 113 с.
3. Пшеничная Н.Ю. Рожа: программа оптимизации диагностики и лечения, фармакоэкономический анализ: автореф. дис.... д-ра мед. наук. – Ростов на Дону, 2005 – 36 с.
4. Павелкина В.Ф., Еровиченков А.А., Пак С.Г. Совершенствование патогенетической терапии при заболеваниях бактериальной этиологии // Журнал инфектологии. – 2012. – Т. 4, №3. – С. 67–75.
5. Павелкина В.Ф., Щипакина С.В. Применение эмоксипина при повторных ангинах // Казанский медицинский журнал. – 2009. – Т. 90, №3. – С. 371–374.

References

1. Pavelkina V.F., Shhipakina S.V., Pak S.G., Erovichenkov A.A. Dinamika pokazatelej jendogennoj intoksikacii u bol'nyh povtornyimi anginami // Vrach. – 2008. – №11. – S. 64–66.
2. Mamykina V.M., Ampleeva N.P. Immunitet i jendotoksikoz pri rozhe. – Saransk: Izd-vo Mordov. un-ta, 2005. – 113 s.
3. Pshenichnaja N.Ju. Rozha: programma optimizacii diagnostiki i lechenija, farmakojekonomicheskij analiz: avtoref. dis.... d-ra med. nauk. – Rostov na Donu, 2005 – 36 s.
4. Pavelkina V.F., Erovichenkov A.A., Pak S.G. Sovershenstvovanie patogeneticheskoi terapii pri zabojevanijah bakterial'noj jetiologii // Zhurnal infektologii. – 2012. – T. 4, №3. – S. 67–75.
5. Pavelkina V.F., Shhipakina S.V. Primenenie jemoksipina pri povtornyh anginah // Kazanskij medicinskij zhurnal. – 2009. – T. 90, №3. – S. 371–374.

Артюхов С.В.

Кандидат медицинских наук, врач-хирург
ГБУЗ "Александровская больница" г. Санкт-Петербург

ДВУХЭТАПНЫЕ ОПЕРАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Аннотация

На основании анализа 2200 случаев заболеваний пациентов раком левых отделов ободочной кишки, осложненном обтурационной кишечной непроходимостью, показана возможность и целесообразность выполнения двухмоментных операций – первично формированием разгрузочной и последующей радикальной операцией в одну госпитализацию. Данная методика позволяет улучшить результаты лечения и качество жизни больных.

Ключевые слова: колоректальный рак, обтурационная кишечная непроходимость, хирургическая тактика, лапароскопия.

Artyukhov S.V.

PhD, surgeon
"Alexander hospital" St. Petersburg

OPPORTUNITIES ENDOVIDEOSURGERY WHEN OBTURATIVE COLONIC OBSTRUCTION

Abstract

Based on the analysis of 2200 cases of patients with cancer of the left colon, complicated by obstructive intestinal obstruction, the possibility and feasibility of implementation dwuhmomentnam operations - primarily the formation of unloading and subsequent radical operation in one hospitalization. This method allows to improve the results of treatment and quality of life of patients.

Keywords: colorectal cancer, obstructive intestinal obstruction, surgical approach, laparoscopy.

Введение. Обтурационная непроходимость является частым осложнением рака ободочной кишки. При локализации опухоли в левой половине ободочной кишки частота этого неотложного состояния в структуре других его осложнений составляет около 90%. В последние годы наблюдается рост заболеваемости данной патологией, увеличивается удельный вес пациентов пожилого возраста. Так среди больных раком ободочной кишки 65% – 75% старше 60 лет. [3,5,6] В России показатель заболеваемости 17,3 – 20,1 а показатель распространенности – 58,6 – 60,2 на 100 тысяч населения. [8,9]

Несмотря на возрастные возможности ранней диагностики у большинства пациентов рак ободочной кишки выявляется в запущенных стадиях. В России 79% больных этой патологией оперируются при развитии острой кишечной непроходимости или других осложнений. [1,2,5,4]

Нет единого мнения в аспектах хирургического лечения кишечной непроходимости при раке ободочной кишки. Часто рекомендуют различные варианты обструктивных вмешательств [9]. Однако выполнить операцию типа Гартмана удается не всегда.

Формирование колостомы существенно снижает качество жизни пациентов. Существует необходимость выработки хирургической тактики предполагающей выполнение в ближайшие сроки радикального вмешательства, при котором удаляется опухоль и восстанавливается непрерывность кишечника. Обоснованию подобной тактики и посвящено данное исследование.

Цель исследования: улучшение непосредственных результатов лечения больных обтурационной толстокишечной непроходимостью обусловленной раком левой половины толстой.

Материал и методы. В основу исследования положен анализ лечения больных раком левой половины толстой кишки, госпитализированным в ГБУЗ «Александровская больница» Санкт-Петербурга за 2003 - 2012 годы. За 2003 – 2012 гг. в больницу госпитализировано 2200 больных раком левой половины толстой кишки, осложненной острой кишечной непроходимостью, в возрасте от 26 до 91 года. Мужчин было 44,2 %, женщин – 55,8%. До 12 часов с момента развития непроходимости госпитализировано 1,1%, еще 1,9% – от 12 до 24 часов. Объем обследования и лечения согласовывался с медико – экономическими стандартами в соответствие с Международной классификации болезней (МКБ-10). Полученные данные заносились в электронную таблицу, которая в последующем была подвергнута статистическому анализу с использованием программ Statistika for Windows v. 5.11 и Excel 2007.

Результаты и их обсуждение. У 1154 (52,5%) пациентов диагностирована острая обтурационная кишечная непроходимость, у 1046 (47,5%) больных имелись и другие осложнения рака. Так, например, метастазы встречались у 810 (77,4%), анемия у 452 (43,2%), абсцесс у 123 (11,8%) больных. Наиболее часто опухоль поражала сигмовидную кишку – 869 (39,5%) и ректосигмоидный отдел – 500 (22,7%) пациентов. Согласно классификации TNM (2009) рак T3 стадии выявлен у 9,2% больных, T4 a, b стадии – у 90,8%. Синхронный рак ободочной кишки обнаружен у 47 (2,1%) больных. Объектом исследования стали 1019 (46,3%) больных, у которых при операции не были выявлены отдаленные метастазы. Наиболее часто (353) выполняли двухствольную колостому из лапаротомного доступа. Лапароскопически сформировали 128 колостом. В остальных случаях выполнили различные варианты обструктивных резекций.

Диагностическая лапароскопия была выполнена 295 (28,9%) больным, из них у 128 (43,4%) удалось визуализировать опухоль и выбрать петлю ободочной кишки (ближе к опухоли) для формирования двухствольной колостомы. Далее пациенты находились в отделении реанимации до компенсации витальных функций. Второй этап без выписки из стационара в сроки от 6 до 18 суток выполнены 500 (49,0%) больным (табл. 5), в том числе 353 (70,6%) больным после двухствольной колостомии, 128 (25,6%) – после лапароскопически ассистированной двухствольной колостомии и 19 (3,8%) – после цекостомии (при наличии участков некроза в куполе кишки) и трансверзостомии (левая треть поперечной ободочной кишки). После лапароскопических вмешательств колостома начинает нормально функционировать сразу после операции, тогда как после традиционных операций перистальтика ободочной кишки восстанавливается на 2 – 5 сутки. После лапароскопических вмешательств, оперативные вмешательства с радикальным удалением опухоли и восстановлением непрерывности кишки удалось выполнить на 6 – 10 сутки. После традиционной колостомии повторные вмешательства были выполнены на 8 – 18 сутки. После лапароскопически ассистированной колостомии большинство вмешательств были выполнены на 7 – 8 сутки.

Выполнение повторных операций после лапароскопически ассистированных колостомий практически не представляло технических сложностей, тогда, как лапаротомия всегда приводила к более или менее выраженному спаечному процессу, усложняющему выполнение повторного оперативного вмешательства.

Немаловажным является и то, что при такой тактике пациент перед повторной операцией подвергался дополнительному обследованию, которое позволяло более четко стадировать заболевание и выполнить радикальное вмешательство более квалифицированной хирургической бригадой. Умерло после повторных вмешательств 5 пациентов, все из группы больных с традиционно выполненной колостомой.

ВЫВОДЫ

1. Формирование лапароскопически ассистированной двухствольной колостомии при обтурационной толстокишечной непроходимости при раке левой половины толстой кишки позволяет эффективно устранять симптомы кишечной непроходимости и сократить сроки подготовки ко второму этапу операции.
2. Подобная тактика позволяет оптимизировать стадирование заболевания, выполнять радикальные хирургические вмешательства в более комфортных и безопасных условиях, улучшить качество жизни пациентов.

Литература

1. Александров В.Б. Каковы перспективы лапароскопических технологий в лечении рака толстой кишки (опыт 531 операции), Тез. докл. III Всерос. съезда по эндоскопической хирургии (Москва, 24–25 февраля 2000 г.). С.3.
2. Алиев М.Я. Тактика хирургической детоксикации при лечении больных с острой непроходимостью кишечника опухолевого генеза. «Актуальные проблемы современной хирургии»: материалы международного хирургического конгресса. М., 2003. С. 130.
3. Васильев С.В. Первичное восстановление кишечной непрерывности при осложненных формах рака ободочной и прямой кишки : автореф. дис. д-ра мед. Наук. СПб., 1993. – 34 с.
4. Мазунин В. Д. Опыт хирургического лечения толстокишечной непроходимости. «Актуальные проблемы колопроктологии»: материалы научной конференции с международным участием, посвященной 40-летию ГНЦ колопроктологии. М., 2005. – С. 251–252.
5. Миронов В.И., Килин А.Г. Хирургическое лечение обтурационной кишечной непроходимости опухолевого генеза. Международный хирургический конгресс "Актуальные проблемы современной хирургии" : Тез. докл. –Москва. 2003. – С. 136.
6. Помазкин В.И., Мансуров Ю.В. Хирургическая реабилитация пациентов с двухствольными кишечными стомами // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2008. Т. 18, №4. С.69–73.
7. Современные методы диагностики и лечения рака толстой кишки, осложненного острой кишечной непроходимостью / Топузов Э.Г., Шишкина Г.А., Кокая А.А. и др. // Вестник хирургии. 2001. – Т. 160, № 3. – С. 127.
8. Шелехов А.В., Белоногов А.В., Храмцов Е.В. Применение лапароскопической колостомии при паллиативном лечении рака прямой кишки. «Эндоскопическая хирургия в онкологии»: труды КОЦ МЗ РТ. 1999. Т.4. С.31–33.
9. Шепсковски М. Лапароскопическое восстановление непрерывности кишки после операции Хартманна // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1998. Т.8, №3. С.66–68.

References

1. Aleksandrov V.B. Kakovy perspektivy laparoskopicheskikh tehnologij v lechenii raka tolstoj kishki (opyt 531 operacii), Tez. dokl. III Vseros. s#ezda po jendoskopicheskoj hirurgii (Moskva, 24–25 fevralja 2000 g.). S.Z.
2. Aliev M.Ja. Taktika hirurgicheskoj detoksikacii pri lechenii bol'nyh s ostroj neprohodimost'ju kishhechnika opuholevogo geneza. «Aktual'nye problemy sovremennoj hirurgii»: materialy mezhdunarodnogo hirurgicheskogo kongressa. M., 2003. S. 130.
3. Vasil'ev S.V. Pervichnoe vosstanovlenie kishhechnoj nepreryvnosti pri oslozhnennyh formah raka obodochnoj i prjamoj kishki : avtoref. dis. d–ra med. Naук. SPb., 1993. – 34 s.
4. Mazunin V. D. Opyt hirurgicheskogo lechenija tolstokishechnoj neprohodimosti. «Aktual'nye problemy koloproktologii»: materialy nauchnoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem, posvjashhennoj 40–letiju GNC koloproktologii. M., 2005. – S. 251–252.

5. Mironov V.I., Kilin A.G. Hirurgicheskoe lechenie obturacionnoj kischechnoj neprohodimosti opuholevogo geneza. Mezhdunarodnyj hirurgicheskij kongress "Aktual'nye problemy sovremennoj hirurgii" : Tez. dokl. –Moskva. 2003. – S. 136.
6. Pomazkin V.I., Mansurov Ju.V. Hirurgicheskaja rehabilitacija pacientov s dvustvol'nymi kischechnymi stomami // Ros. zhurn. gastrojenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2008. T. 18,N4. S.69–73.
7. Sovremennye metody diagnostiki i lechenija raka tolstoj kishki, oslozhnennogo ostroj kischechnoj neprohodimost'ju / Topuzov Je.G., Shishkina G.A., Kokaja A.A. i dr. // Vestnik hirurgii. 2001. – T. 160, № 3. – S. 127.
8. Shelehov A.B., Belonogov A.B., Hramcov E.V. Primenenie laparoskopicheskoj kolostomii pri palliativnom lechenii raka prjamoj kishki. «Jendoskopicheskaja hirurgija v onkologii»: trudy KOC MZ RT. 1999.T.4.S.31–33.
9. Shepskovski M. Laparoskopicheskoe vosstanovlenie nepreryvnosti kishki posle operacii Hartmanna // Ros. zhurn. gastrojenterologii, gapatologii, koloproktologii. 1998. T.8,№3. S.66–68.

Волобуев В.В.

Аспирант,

Кубанский Государственный медицинский университет

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВАЛИДНОСТИ НЕКОТОРЫХ ИНДЕКСОВ КАРИЕСА ЗУБОВ
ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ДЕТЕЙ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Аннотация

В статье проводится анализ показателей заболеваемости кариесом зубов у детей с психоневрологическими расстройствами с целью планирования необходимых лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: дети, кариес, индекс ICDAS.

Volobuev V.V.

Postgraduate student,

Kuban State Medical University

**COMPARATIVE EVALUATION OF THE VALIDITY OF SOME INDICES OF DENTAL CARIES IN CHILDREN WITH
NEUROPSYCHIATRIC DISORDERS**

Abstract

In the article the analysis of the incidence of dental caries in children with neuropsychiatric disorders in order to plan the necessary treatment and preventive measures.

Keywords: children, caries, ICDAS index.

Кариес зубов является самой распространенной стоматологической патологией среди населения. Распространенность кариеса среди детей в России достигает 80–86% при высоких значениях интенсивности [7]. Поэтому ранняя и полноценная диагностика данного процесса должна способствовать в дальнейшем снижению показателей заболеваемости.

Индексы кариеса зубов – это инструменты, позволяющие проводить мониторинг распространенности и интенсивности кариеса, определять потребность населения в различных видах лечебной и профилактической помощи, а также анализировать эффективность профилактических программ среди различных групп населения. Таким образом, в экспериментально-аналитической эпидемиологии необходимо использовать надежные и валидные инструменты для оценки кариеса зубов, дающие научно обоснованную оценку методам коммунальной профилактики [4]. На сегодняшний день в практической стоматологии наиболее часто применяется индекс интенсивности кариеса КПУ (Klein, Palmer, Knutson, 1930). Данный индекс прост в использовании, однако имеет свои недостатки, так как не учитывает риск возникновения процесса и степень его активности [5]. В 2002 году была предложена, а в 2005 г. модифицирована, принципиально новая Международная система диагностики и оценки кариеса (ICDAS II) [9]. Индекс ICDAS включает три основных этапа: выявление кариеса, оценку стадии развития кариозного процесса и оценку активности кариеса. Коды для выявления кариеса коронки в индексе ICDAS II варьируют в пределах от 0 до 6 в зависимости от степени тяжести поражения, и от 0 до 8 при оценке критериев выявления кариеса, связанного с реставрациями и силантами. Данная система оценки активно используется за рубежом [8,10,11], однако в российской печати встречаются немногочисленные работы по использованию этого индекса для оценки кариозного процесса и разработке лечебно-профилактических мероприятий по стабилизации и снижению показателей [2,3,4,5,6].

У детей, имеющих сопутствующие психоневрологические расстройства (ПНР) показатели заболеваемости кариесом выше, чем у здоровых [1], что может быть связано с рядом факторов: от неудовлетворительной гигиены полости рта, связанного в том числе, с патологией прикуса до системного применения фармакологических препаратов.

Целью исследования явилась оценка валидности некоторых индексов кариеса зубов (КПУ и ICDAS II) у детей с ПНР при разработке лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы исследования

Нами проведен стоматологический осмотр 151 ребенка в возрасте от 8 до 18 лет, имеющих диагноз «умственная отсталость легкой и средней степени тяжести», учащиеся профильной коррекционной школы VIII типа. Обследование детей проходило на базе детского стоматологического отделения стоматологической поликлиники ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России в рамках ежегодной диспансеризации. Для удобства оценки стоматологического статуса дети были разделены на две возрастных группы: группа 1 – от 8 до 12 лет (период смешанного прикуса, n=76 чел.) и группа 2 (возраст 13-17 лет, период постоянного прикуса, n=75 чел.). По полу обследованные дети обеих групп распределились, в основном, в соотношении 1:1,05. На момент осмотра все дети постоянно проживали в г. Краснодаре.

Осмотр полости рта проводился согласно рекомендациям ВОЗ, с использованием стандартного набора инструментов при искусственном освещении. Данные заносились в медицинскую карту стоматологического больного. Определенную сложность в процессе обследования играл тот факт, что часть детей приходили на плановую санацию без родителей (представителей), что отражалось в неполном сборе данных анамнеза и сложности установления наименования принимаемых фармакологических препаратов.

В процессе обследования мы оценивали показатели заболеваемости кариесом временных и постоянных зубов с использованием индексов КПУ (КПУ+кпу) и ICDAS II.

Для статистической обработки результатов использовалось программное обеспечение «Microsoft Excel 2010».

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе обследования детей выявлена высокая заболеваемость кариесом, при этом имеет место средняя распространенность кариеса постоянных зубов в группе 1. Данные по распространенности и структура индекса КПУ представлены на рис. 1.