

MCM<sub>280</sub>) 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 МСМ<sub>254</sub> 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 МСМ<sub>280</sub> 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 соответствии 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.