

физические, то должна выручить сила нравственная», как сказал Н.Н. Бурденко. Помните слова физиолога В.Я. Данилевского: «Художник может написать плохую картину — ее не купят, писатель может написать плохую книгу — ее не будут читать. Но врач не может ошибаться, так как от этого зависят здоровье и жизнь его больных» (Сук И.С., 1984).

Давайте помнить: «Светя другим — стораю сам».

А.А. Касюк, А.Г. Жуковец

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВЫМ СТЕНОЗОМ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова (Республика Беларусь, Минск)

Цель исследования: Оценить ближайшие результаты хирургического лечения пациентов с опухолевым стенозом позвоночного канала.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом послужили данные о 20 пациентах, которым была выполнена декомпрессия спинного мозга или корешков конского хвоста по поводу опухолевого стеноза позвоночного канала. Из них было 12 мужчин и 8 женщин. Возраст пациентов варьировал от 29 до 68 лет (медиана 52,5 года). При поступлении в стационар у всех пациентов имел место неврологический дефицит различной степени выраженности. Причиной развития стеноза позвоночного канала послужили метастазы злокачественных опухолей — 13 (65 %), лимфома — 3 (15 %), миелома — 3 (15 %), гигантоклеточная опухоль — 1 (5 %).

Заднебоковая декомпрессия была выполнена в 18 случаях, гемициркулярная и циркулярная — по одному случаю. У 15 пациентов декомпрессия была выполнена на грудном, у 3-х — на поясничном, у 1 — на крестцовом, у 1 — на шейном отделах позвоночника. Для оценки степени выраженности болевого синдрома была использована визуально-аналоговая шкала. Степень неврологического дефицита и ее динамику оценивали по шкале Frankel.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После выполнения декомпрессивной операции уменьшение степени выраженности болевого синдрома получено у 75 % пациентов. Улучшение в неврологическом статусе отмечено у 42,9 % пациентов с исходным неврологическим дефицитом Frankel A, у 50 % пациентов — Frankel B, у 85,7 % — Frankel C, у 100 % — Frankel D. Улучшение в двигательной и чувствительной сферах имело место у 70,0 % пациентов, в двигательной сфере — у 55 %. Осложнений и летальных исходов в послеоперационном периоде не было.

ВЫВОДЫ

Факторами, определяющими эффективность декомпрессии спинного мозга у пациентов с опухолевым стенозом позвоночного канала, наряду с длительностью существования неврологического дефицита, является степень его выраженности до операции.

А.А. Кашафеева, Б.С. Хышиктуев, Е.А. Железнова, Т.Л. Соловьева

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПЕРИТОНИТЕ У КРЫС

Читинская государственная медицинская академия Росздрава (Чита)

Аэробная микрофлора при перитоните обычно представлена семейством энтеробактерий и кокковой флорой, анаэробная — грамотрицательными неклостридиальными бактериями (бактероидами и фузобактериями), при этом в большинстве случаев преобладает анаэробная микрофлора (Березницкий Я.С., Юрочко Ф.Б., 2007).

Цель исследования — изучение характера микрофлоры выпота из брюшной полости при экспериментальном перитоните у крыс.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования проведены на 35 беспородных половозрелых крысах обоего пола с массой тела около 180 г. Под эфирным наркозом производили срединную лапаротомию с механическим повреждением серозной оболочки петель тонкого кишечника марлевым шариком с последующим орошением брюшной полости 20%-й каловой суспензией в объеме 1 мл. Для моделирования перитонита использовалась методика М.А. Магомедова (2004). На 1-е, 3-е и 7-е сутки эксперимента у животных забирали выпот из брюшной полости для исследования микрофлоры. Эксперименты выполнялись в соответствии с «Международными рекомендациями по проведению биомедицинских исследований с использованием животных», принятыми Международным Советом Медицинских Научных Обществ (СИОМС) в 1985 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У животных с каловым перитонитом в первые 3-е суток изменялось поведение: снижалась двигательная активность, пищевой инстинкт на фоне повышенной потребности в воде. Летальность к 7-му дню составила 68,6 %.

При исследовании бактериальных посевов из брюшной полости в 1-е сутки у всех животных обнаружен рост бифидобактерий до 10^8 КОЕ/мл; молочнокислых (МК) бактерий до 10^7 КОЕ/мл; бактероидов до $10^6 - 10^7$; МК стрептококка до $10^6 - 10^8$ КОЕ/мл; энтерококков до $10^6 - 10^7$ КОЕ/мл; кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью до 2×10^8 КОЕ/мл; кишечной палочки со сниженной ферментативной активностью до 4×10^9 КОЕ/мл; лактозонегативной кишечной палочки до 3×10^8 КОЕ/мл; негемолитического стрептококка до 8×10^4 КОЕ/мл; сапрофитного стафилококка до 2×10^3 КОЕ/мл; дрожжеподобных грибов рода Кандида до 10^6 КОЕ/мл. На 3-е сутки исследования выявленная микрофлора в смывах существенно не изменялась. В конце эксперимента отмечалась тенденция к снижению бифидо- и лактофлоры (с 10^8 до 10^6 КОЕ/мл) и значительное увеличение роста сапрофитного стафилококка (с 10^2 до 10^5 КОЕ/мл).

ВЫВОД

Таким образом, в первые сутки в условиях перитонита преобладают энтеробактерии и кокковая флора. Вероятно, в результате повышения адаптационных особенностей животных и иммуностимулирующих свойств нормофлоры (лакто- и бифидобактерий) к 7-м суткам отмечается снижение количества условно-патогенных микроорганизмов.

Э.Р. Кириллова, Н.Г. Шамсутдинова

КЛИНИКО-УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНТЕЗОПАТИЙ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Казанский государственный медицинский университет (Казань)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Согласно данным литературы, каждый второй житель планеты испытывает в течение жизни хотя бы один эпизод болей в плече. Исследования, проведенные среди врачей первичного звена, показали, что 16 % общей популяции обращаются за медицинской помощью по поводу болей в плече, этот процент вырастает до 21 среди больных старшей возрастной группы. В патогенезе значительная роль принадлежит энтезопатиям вращательной манжеты.

Цель исследования: определить клинические и ультразвуковые проявления энтезопатий вращательной манжеты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 15 больных (25 суставов) с признаками поражения периартикулярных тканей плеча. Выраженность болевого синдрома оценивалось по 100 мм визуальной аналоговой шкале (ВАШ), функциональное состояние плечевого сустава — по индексу Constant. Вовлечение сухожилий вращательной манжеты определялось клинически: по тестам с сопротивлением и пальпации большого и малого бугорков плечевой кости и с помощью ультразвукового исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Во всех суставах имелись признаки вовлечения сухожилий вращательной манжеты. Наиболее часто поражалось сухожилие подлопаточной мышцы (18 суставов — 72 %). Патология мест прикрепления была выявлена в 57,3 % участках, в 4 случаях (5,3 %) она определялась без изменения самого сухожилия. Клинически энтезопатии проявлялись болезненностью большого и малого бугорков. При ультразвуковом