

терапевтический и токсический эффекты ЛС лучше коррелируют с концентрацией препарата в сыворотке крови, чем с его дозой. Поэтому, для более рационального решения вопроса об эффективной и безопасной антибиотикопрофилактике послеоперационных гнойных осложнений, следует опираться на уровень сывороточной концентрации антибиотика (Бегг, 2004, Сергиенко, Джелифф, 2004). На содержание антибактериального препарата в плазме крови оказывают влияние многие факторы: состояние элиминирующих органов, объем кровопотери, интраоперационная инфузия. Поэтому, у больных, получающих препарат в одной и той же дозе, концентрация его в крови может быть различной (Бертрам Г. Катцунг, 2003). Целью нашей работы являлась оценка влияния факторов риска развития послеоперационных гнойных осложнений на фармакокинетику антибиотиков, используемых для профилактики раневой инфекции. Нами обследовано 52 ребенка с различной ортопедической патологией в возрасте от 11 месяцев до 17 лет, находившихся на плановом оперативном лечении в ДХО ГУЗ «ККЦОМД» и получивших антибиотикопрофилактику цефазолином, цефуроксимом, цефтриаксоном. Выбор антибиотика с целью антибактериальной защиты осуществлялся на основании совокупности соматических и интраоперационных факторов риска развития послеоперационных гнойных осложнений. Изучение фармакокинетики вышеуказанных цефалоспоринов проводилось методом высоко эффективной жидкостной хроматографии со спектрофотометрическим детектированием на жидкостном хроматографе LC-10Avp Shimadzu. Исследования показали, что при оперативных вмешательствах продолжительностью более 2 часов, сопровождающихся кровопотерей от 10 % и более ОЦК и заместительной инфузионной терапией свыше 50 % ОЦК, происходит существенное нарушение фармакокинетики цефалоспориновых антибиотиков, снижающее эффективность проводимой антибиотикопрофилактики. При таких условиях ускорение выведения цефалоспоринов достигает двух и более раз, что может привести к развитию инфекционного осложнения в послеоперационном периоде, вследствие снижения концентрации антибактериального препарата ниже МПК для основных возбудителей хирургической инфекции. Это позволяет рассматривать высокие объемы интраоперационной инфузии плазмозамещающих растворов как возможный фактор риска развития послеоперационных инфекционных осложнений. В данном случае требовалось дополнительное интраоперационное введение поддерживающей дозы препарата в объеме S от первоначальной дозы. При оперативном вмешательстве, не сопровождающемся значительной кровопотерей и массивной инфузионной терапией, терапевтически значимого нарушения фармакокинетики цефалоспоринов в нашем исследовании не происходило. Повышение эффективности и безопасности лекарственной терапии возможно только при условии всестороннего учета соматических и интраоперационных факторов риска, влияющих на фармакокинетические и фармакодинамические показатели лекарственных препаратов. Решение вопроса о надежной антибактериальной защите при выполнении высокотравматичных оперативных вмешательств, должно приниматься совместно хирургом, анестезиологом и клиническим фармакологом с целью всесторонней оценки возможных факторов риска развития послеоперационных гнойных осложнений.

**В.А. Подкаменный, Ю.В. Желтовский, С.Ф. Гордеенок, З.З. Надирадзе, М.В. Васенкин,
Н.М. Молчанова, Л.А. Введенская**

РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНЫХ ШУНТИРОВАНИЙ НА «РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ»

*ГУЗ ИГОКБ (г. Иркутск)
ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)*

В России в 2005 году удельный вес операций на «работающем сердце» ко всем операциям коронарного шунтирования составил 15 % при послеоперационной летальности 0,9 % (Бокерия Л.А., 2006).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировать ближайшие результаты коронарных шунтирований на «работающем сердце».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С сентября 1997 года по апрель 2007 года в кардиохирургическом отделении ГУЗ ИОКБ на «работающем сердце» оперировано 1 012 больных с ИБС. Из них у 340 больных коронарное шунтирование выполнено из минидоступов (33,6 %), а у 672 больных из срединной стернотомии (66,4 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Первая операция на «работающем сердце» в г. Иркутске выполнена 24 сентября 1997 года. Если первые два года удельный вес операций на «работающем сердце» среди всех коронарных шунтирований составлял 5 %, то в 2006 году операции на «работающем сердце» составили 92 %. Общая 30-дневная

летальность составила 0,5 %, из 1 012 больных умерли 5. Из них один больной умер после коронарного шунтирования из миниторакотомии и 4 больных после шунтирования из стернотомии.

Специальный отбор больных для операции на «работающем сердце» не проводился. Среди оперированных пациентов наблюдались больные с поражением ствола левой коронарной артерии, с низкой фракцией выброса (менее 30 %), сопутствующими заболеваниями, представляющими повышенный риск выполнения операций с искусственным кровообращением, больные с почечной недостаточностью, находящиеся на гемодиализе, больные старше 70 лет, онкологические больные, больные, оперированные повторно после аортокоронарного шунтирования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Коронарное шунтирование на «работающем сердце» дает хорошие ближайшие результаты у больных ИБС, в том числе и у больных ИБС высокого хирургического риска.

Н.Н. Поздеева

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

НУЗ «Отделенческая поликлиника на ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД» (г. Хабаровск)

Геморрой остается наиболее частым заболеванием человека. От 40 до 60 % человек имеют геморроидальные узлы. Более точная статистика затруднена: в силу особенности данной патологии больные обращаются за помощью, когда заболевание принимает хроническое течение с периодическими обострениями, выпадением узлов, кровотечениями и прочими проявлениями, значительно снижающими качество жизни.

В зависимости от степени увеличения геморроидальных узлов и развития дегенеративных изменений соединительной ткани выделяют четыре стадии заболевания.

Геморрой IV стадии и частично III стадии требуют оперативного вмешательства. При геморрое I и II и частично III стадии проводится консервативное лечение, основной задачей которого является ликвидация обострения.

Целью данного исследования явилось определение эффективности лечения геморроя препаратом детралекс у больных с геморроем I и II и частично III стадии, сравнение этой методики с другими видами консервативного лечения. Больные, страдающие геморроем IV стадии, и значительная часть больных III стадии, нуждающиеся в стационарном лечении и оперативном вмешательстве, в исследовании не участвовали.

Были проанализированы результаты у 42 больных в возрасте от 28 до 63 лет, проходившие амбулаторное лечение в Отделенческой поликлинике ст. Хабаровск-1 в период с 2004 по 2006 гг. Из них женщин было 7 (41,2 %), мужчин — 10 (58,8 %). У 17 пациентов (40,5 %) был острый геморрой, а у 25 (59,5 %) — хронический с периодическими обострениями (от 1 раза в 2 месяца до 2—3 раз в месяц). Среди больных с острым геморроем 4 человека (23,5 %) имели геморрой I стадии, 8 человек (47 %) — II стадии, 5 человек (29,5 %) — III стадии.

Все пациенты при обращении по поводу острого геморроя предъявляли жалобы на: боль — 100 % (17 чел.); кровотечение различной интенсивности при дефекации — 65 % (11 чел.); выпадение узлов — 35 % (6 чел.); ощущение инородного тела в области ануса — 76 % (13 чел.). Всем больным острым геморроем была назначена диета с исключением острой пищи, кофе, алкоголя; рекомендовалось обильное питье, продукты с повышенным содержанием клетчатки.

Основную группу составили 10 человек, которые получали детралекс по 2 таблетки 3 раза в день в течение 4 дней с последующим снижением дозы до 1 таблетки 3 раза в день курсом 10 дней. Из них 3 больных были с I стадией, 4 — с II стадией и 3 — III стадией геморроя. В контрольную группу вошли 7 человек (1 — с I стадией, 4 — со II стадией, 2 — с III стадией геморроя), которые получали НПВС, троксевазин, свечи «проктоседил», «нигепан», «релиф-адванс», гепариновая мазь. При лечении детралексом у пациентов основной группы сроки лечения были на 3—5 дней меньше, чем в контрольной.

Больные хроническим геморроем (24 человека), у которых периоды обострения были 3—4 раза в год — осматривались в период ремиссии. Этим пациентам детралекс назначался по 1 таблетке 2 раза в день в течение 2-х месяцев 2 раза в год. На контрольном осмотре через год отмечено отсутствие обострений в течение года у 14-ти больных. У 7 пациентов были кратковременные обострения 1—2 раза в год, которые не требовали обращения к врачу. У 3 человек эффекта от назначенной терапии не было, что связано с погрешностями в диете и нерегулярным приемом препарата.