

проходит через слияние долевых печеночных протоков, но они не разобщены — коммуникация над их слиянием сохранена — 41 (63,1%).

Тип 4. Стриктура прерывает коммуникацию между долевыми печеночными протоками — 5 (7,7%).

Тип 5. Изолированное повреждение одного долевого и/или добавочного печеночного протока, чаще справа. Обычно случается при аномалиях развития внепеченочных желчных путей — 3 (4,6%).

По поводу ятрогенных повреждений внепеченочных желчных путей нами оперировано 65 пациентов. В 3 случаях острой травмы протоков (давность менее 10 дней) успешно восстановлена непрерывность общего желчного протока (в 2 из них при полном пересечении протока). Однако, подавляющее большинство публикаций свидетельствует о том, что гепатикоэноанастомоз является более безопасным методом в отношении ранних послеоперационных осложнений и рецидивов стеноза протоков. Билиодигестивные анастомозы выполнены 62 больным. До 1993 года подход к лечению данной патологии был не вполне систематизирован и 17 больным наложены рефлюксные анастомозы с двенадцатиперстной кишкой и с тощей кишкой на брауновском соустье. Впоследствии эти способы хирургического вмешательства были признаны порочными и в ряде случаев такие анастомозы были трансформированы в Y-образные из-за рецидивирующего холангита и стеноза билиарно-кишечного соустья. 45 пациентам изначально наложены гепатико- и/или дуктоэноанастомозы на отключенной по Ру петле. При этом мы руководствовались следующими техническими принципами.

Стриктуры I типа (по Bismuth) с проксимальной культи протока более 2 см могут быть восстановлены без рассечения левого долевого протока. В отдельных случаях возможно продольное рассечение общего печеночного протока с наложением широкого анастомоза «бок в бок».

Стриктуры II типа с культи короче 2 см нередко требуют рассечения левого долевого протока для наложения анастомоза достаточной ширины (не менее 1,5 см). Мобилизация и низведение верхней стенки соустья долевых протоков необходимо не всегда, но этот прием может облегчить выделение левого долевого протока и формирования анастомоза.

Повреждения III типа (остается неповрежденным только «потолок» слияния долевых протоков) — необходима мобилизация и низведение этого слияния. Анастомоз расширяется за счет рассечения левого печеночного протока. Нет необходимости в рассечении правого долевого протока, если межпротоковое соустье широко. Для создания максимально широкого просвета анастомоза срезаются острые углы стенок рассеченного протока.

Повреждения IV типа (слияние долевых протоков прервано) необходимо наложение двух анастомозов с долевыми протоками, если это возможно, продольно рассеченными. Если внутренние стенки пересеченных протоков находятся вблизи друг друга, то их целесообразно сшить вместе и анастомозировать с отключенной кишкой единым соустьем.

Повреждения V типа (стриктура добавочного печеночного протока связанного, как правило, с правым долевым протоком) — оба протока должны быть анастомозированы с петлей кишки по принципам, описанных для предыдущего типа травмы.

При исправлении повреждений IV и V типа во всех 8 случаях анастомозы формировались с использованием пластиковых стентов 8-10 Fr (в оба протока — 6, в один — 2), при этом, вмешательство дополнялось фиксацией «слепого» конца отключенной кишки к брюшной стенке на протяжении 4-6 см для их смены или удаления посредством эндоскопа. При повреждениях III типа стентирование анастомоза (13 случаев) производилось избирательно в зависимости от, указанных выше, факторов риска стеноза анастомоза. Некоторые авторы рекомендуют фиксировать конец отключенной петли к брюшной стенке во всех случаях гепатикоэноанастомозов для эндоскопической баллонной дилатации или стентирования, если в этом возникает необходимость. Инкрустирование пластиковых стентов в большинстве публикаций происходит в среднем через 6 месяцев. По нашим наблюдениям применение урсосана в дозе 10 мг/кг в сутки удлинит сроки его функционирования до 18-20 месяцев. У 2 больных обтурированные желчной «замазкой» стенты нами не менялись и были эндоскопически удалены по истечении двухлетнего срока, так как желчь свободно протекала рядом с ними, а сами стенты служили каркасом для анастомоза. Металлические нитиноловые стенты применять у этой категории больных, по видимому, нецелесообразно, так как удаляются они только хирургическим путем, при этом травмируется анастомоз. Причем, из 3 таких нами установленных стентов один обтурировался через 4 месяца, один — через 10, третий функционирует и сейчас по прошествии 15 месяцев.

Выводы: 1. Исправление ятрогенных повреждений желчных путей должно производиться в специализированном лечебном учреждении, располагающим подготовленными врачами кадрами и возможностями для хирургической, эндоскопической и радиологической коррекции этого заболевания.

2. Лечение осложнений травмы протоков является обязательным перед оперативным вмешательством.

3. Выбор метода хирургического лечения индивидуален и зависит от локализации повреждения, наличия осложнений, давности травмы и размеров поврежденного желчного протока.

Седых Т.Н., Елисеева Е.В., Лепейко Э.Э., Лебедев В.В., Бубнов О.Ю.

АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ

В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГОСПИТАЛЯ УВД ПК

*Владивостокский государственный медицинский университет
Госпиталь УВД ПК МВД России, Владивосток*

Цель: оценить спектр используемых лекарственных средств (ЛС) в терапевтическом отделении госпиталя УВД ПК в соответствии с Федеральным руководством по использованию ЛС.

Методы: анализ фармакотерапии историй болезни методом случайной выборки с определением основных направлений в лечении отдельных заболеваний.

Результаты: проанализировано 600 историй болезни: с сердечно-сосудистой патологией — 56%, с заболеваниями органов пищеварения — 24%, с бронхо-легочными заболеваниями — 13%, другими заболеваниями — 7%. Наиболее распространенной патологией является ИБС и гипертоническая болезнь. В качестве базисной терапии ИБС использовались селективные В-адреноблокаторы, нитраты, молсидомин, антагонисты кальция, антиагреганты: ацетилсалициловая кислота в малых дозах (0,125-0,325) или клопидогрель 0,075 однократно. При остром коронарном синдроме помимо вышеперечисленных препаратов гепарин по схеме или НМГ: фраксипарин, энксапарин. Для лечения гипертонической болезни использовали селективные В-блокаторы: метопролол, атенолол; ингибиторы АПФ: эналаприл, лизиноприл; антагонисты кальция: нифедипин-ретард, верапамил, дилтиазем; диуретики: индапамид, гипотиазид однократно утром. ИАПФ и

индапамид получали 80% больных с гипертонической болезнью, 20% — ИАПФ + антагонисты кальция, что соответствует стандартам лечения. Среди заболеваний желудочно-кишечного тракта 90% составили болезни язвенной болезни. Для эрадикации *Helicobacter pylori* у 20% пациентов использовали омепразол + кларитромицин + тинидазол с последующим назначением до 30 дней омепразола. 80% больных получали ранитидин либо омепразол + амоксициллин + доксициллин + трихопол с последующим назначением до 30 дней ранитидина либо омепразола. Для коррекции дискинетических расстройств использовали метоклопрамид. Среди бронхо-легочных заболеваний 85% составляла внебольничная пневмония (ВП). Для лечения ВП использовали цефотаксим + макролиды, (амоксициллин/клавулановая кислота), респираторные фторхинолоны.

Выводы: спектр применяемых групп лекарственных препаратов в терапевтическом отделении госпиталя УВД ПК соответствует рекомендациям Федерального руководства по использованию лекарственных средств. Плановая работа службы клинической фармакологии, систематическая внутриведомственная экспертная оценка историй болезни позволяет предотвращать и своевременно корректировать дефекты фармакотерапии.

Семешина О.В., Лучанинова В.Н.

АЛГОРИТМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НЕФРОПАТИЙ И МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Владивостокский государственный медицинский университет, Владивосток

Цель: разработать оптимальный диагностический алгоритм

дисметаболических нефропатий (ДМН) и мочекаменной болез-

ни (МКБ) у детей на основе изучения факторов риска, ранних клинических симптомов и функциональных нарушений мочевыделительной системы.

Методы: нами был отобран контингент детей для клинко-лабораторного и инструментального исследования с помощью метода случайной выборки с элементами рандомизации (513 детей от 3 до 14 лет родившихся и постоянно проживающих в г. Владивостоке, г. Дальнегорске и г. Партизанске). У всех детей подробно изучался анамнез жизни, проведено биохимическое исследование мочи на содержание оксалатов, уратов, перекисей, липидов, антикристаллообразующих компонентов. Скрининговым методом диагностики также служила тест-система «Литос». После клинко-лабораторного исследования всех детей разделили на 3 группы: здоровые дети (146 чел.), группа с ДМН (334 чел.) и группа с МКБ (33 чел.). С помощью метода условной информационной энтропии были выявлены рейтинговые факторы риска развития ДМН и МКБ у детей.

Результаты: выявленные нами клинко-лабораторные данные и значимые факторы риска позволили сформулировать алгоритм ранней диагностики ДМН и МКБ у детей:

I. Этап (Обследование всех детей. Проводится средним медицинским персоналом учреждения): 1. Анкетный тест-опрос родителей и/или учащихся с помощью специальной анкеты. Опрос направлен на выявление анамнестических данных и жалоб, характеристики социального статуса семьи, психоэмоциональных нагрузок; 2. Отягощенная наследственность по заболеваниям почек любого члена семьи (индекс отягощенности 0,4 и более); 3. Отягощенная наследственность по обменным заболеваниям (ЖКБ, заболеваний ЖКТ, заболеваний ССС) (индекс отягощенности 0,88 и более); 4. Группа крови отца O(I) или AB(IV); 5. Группа крови

ребенка O(I) или AB(IV); 6. Число беременностей у матери 2 и более.

II. Этап (Обследование детей, выделенных на 1-м этапе. Проводится врачом детской поликлиники, ДОУ): 1. Наличие у ребенка ЭКД, перенесенных в анамнезе инфекций различной этиологии, заболеваний почек, аллергических заболеваний; 2. Определение ранних симптомов (выявлять при активном расспросе): боли в животе, малый прием жидкости в сутки, жажда, потливость, кардиалгии, дизурия, склонность к запорам, энурез, головные боли, нарушение аппетита, отеки век по утрам; 3. Сухость кожных покровов; 4. Высокое или низкое физическое развитие по индексу Кетле-2; 5. Снижение АД, особенно диастолического; 6. Положительный симптом «поколачивания»; 7. Общий анализ мочи (повышение относительной плотности мочи, щелочная pH мочи, кристаллурия, бактериурия, микрогематурия, интерmittирующая лейкоцитурия и незначительная протеинурия); 8. УЗИ почек в декретированные сроки — в 1 год, 7, 11, 14 лет (анатомические дефекты, повышенная эхогенность в пирамидах почечной ткани, микролиты и/или камни в почках).

III. Этап (Обследование врачами-специалистами детей, направленных из ДОУ, школы, педиатром поликлиники): 1. Наличие камнеобразования по системе «Литос-тест»; 2. Суточный анализ мочи на соли (снижение суточного диуреза и показателей АКОС, гипероксалурия, наличие перекисей в моче, липидурия, гиперуриемия); 3. Полное клинко-лабораторное, инструментальное и уро-рентгенологическое исследование в условиях специализированного стационара.

Выводы: разработанный алгоритм ранней диагностики дисметаболических нефропатий и мочекаменной болезни у детей можно рекомендовать практическим врачам с целью ранней диагностики этих заболеваний и проведения комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Сивякова О.Н., Конюк Е.Ф.

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Амурская государственная медицинская академия, Амурская областная клиническая больница, Благовещенск

Цель: уточнение объективных критериев диагностики синдрома вегетативной дисфункции с вовлечением сердечно-сосудистой системы, его коррекция просульпином (сульпиридом).

Методы: обследовано 20 человек в возрасте 20-35 лет, из них 10 человек основной группы (2 мужчины и 8 женщин) с синдромом вегетативной дисфункции с вовлечением сердечно-сосудистой системы и 10 человек контрольной группы практически здоровых. Обследование пациентов проводилось на базе поликлинического отделения Амурской областной клинической больницы. Средний возраст пациентов основной группы составил 28 лет. Контрольная группа была аналогична основной по полу и возрасту.

Состояние вегетативной нервной системы определяли при помощи вопросника Вейна, вычислялись индекс Кердо, позволяющий выявить преимущественное влияние симпатической и парасимпатической нервной системы и коэффициент Хильдебранта. Проводилось исследование при помощи автоматизированной системы для ввода и обработки электрофизиологических данных «Ритм» с оценкой адаптационных возможностей организма человека по анализу сердечного ритма по методу Баевского Р.М., велоэргометрия с использованием диагностической системы «Валента».

Основная группа пациентов с вегеторегулирующей, антидепрессивной и противотревожной целями в качестве патогенетической терапии в течение двух недель получала препарат просульпин (сульпирид) в дозе 150 мг в сутки (75 мг в 8.00 часов и 75 мг в 12.00 часов). Контроль за лечением осуществлялся при помощи вышеуказанных методов.

Результаты: при обследовании пациентов основной группы до лечения по вопроснику Вейна сумма баллов составила в среднем 50,4, в контрольной группе этот показатель был 12 баллов. Индекс Кердо в основной группе выявил преобладание влияния парасимпатической нервной системы у 5 пациентов и у 5 — симпатической, что составило 50%.

Кардионтервалография по стандартной методике Баевского Р.М. позволила оценить следующие показатели: амплитуду моды, отражающую состояние активности симпатической отдела вегетативной нервной системы; вариационный размах, определяющий уровень активности парасимпатической нервной системы; моды, характеризующую гуморальное звено регуляции. Степень адаптации в основной группе была оценена как неудовлетворительная у 2 человек, как напряжение — у 8 человек. В этой же группе по данным велоэргометрии отмечалось значительное повышение артериального давления (АД) с затянутым периодом восстановления АД и частоты сердечных сокращений.

После курса лечения в основной группе средняя сумма баллов по вопроснику Вейна снизилась до 20,4, степень адаптации стала удовлетворительной у 9 человек и расценивалась как напряжение у 1 человека по результатам кардионтервалографии.

Выводы: 1. Автоматизированная система «Ритм» позволяет быстро диагностировать синдром вегетативной дисфункции, помогает в дифференциальной диагностике, ее можно использовать в качестве контроля за лечением пациентов, что позволит сэкономить время.

2. Вычисление коэффициента Хильдебранта для оценки межсистемных соотношений при синдроме вегетативной дисфункции малоинформативно и нецелесообразно.

3. Использование в коррекции синдрома вегетативной дисфункции препарата просульпин (сульпирид) позволяет воздействовать сразу на несколько патогенетических механизмов развития этого синдрома, что оказывает как субъективное, так и объективное положительное действие.

4. Двухнедельное амбулаторное лечение препаратом просульпин (сульпирид) в дозе 150 мг в сутки (75 мг в 8.00 часов и 75 мг в 12.00 часов) пациентов с вегетативной дисфункцией с вовлечением сердечно-сосудистой системы эффективно и безопасно.

Смирнова Е.А., Кочеткова Е.А., Родионова С.С., Гельцер Б.И.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРЕЛОМ ШЕЙКИ БЕДРА

Приморский краевой медицинский информационно-аналитический центр, Владивосток
Владивостокский государственный медицинский университет, ГУН ЦИТО, Москва;

На сегодняшний день социально-экономическая значимость остеопороза (ОП), а также остеопоротических переломов шейки бедренной кости, как закономерного исхода прогрессивного снижения плотности костной ткани, не вызывают сомнений. По

результатам исследования М. Morosano и соавт., в Аргентине, число переломов шейки бедра различной этиологии, на 100000 населения, для женщин в возрасте 50-59 лет составляет 15,1 в год, в возрасте 60-69 лет — 97, 70-79 лет — 527, старше 80 лет