

ИОБ при шадающей БФС (на фоне ВЧ ИВЛ) дает наиболее выраженный терапевтический эффект в отличие от 3-й группы (получающих общепринятое консервативное лечение).

Клиническое применение предложенного способа и устройства для лечения больных ХОБЛ обеспечивало более эффективное местное воздействие аэрозоля лекарственного вещества на слизистую бронхов с получением выраженного терапевтического эффекта, сопровождающегося более быстрым купированием воспалительного процесса (по данным анализа динамики клеточного состава жидкости БАЛ, БФС), достоверным улучшением показателей, характеризующих проходимость бронхов на всех уровнях бронхиального дерева.

Использование усовершенствованной технологии лечебной БФС позволило сократить время проведения лечебной БФС до 40-90 секунд, уменьшить количество санационного раствора до 5 мл, сделать лечебную БФС необременительной для больного, избежать осложнения при данном методе лечения, добиться контроля над ХОБЛ у 95% больных.

О высокой терапевтической эффективности данного метода эндобронхиальной терапии у больных 1-й, 2-й, 4-й групп (в отличие от 3-й группы больных) свидетельствовали более ранние сроки наступления ремиссии, более выраженная положительная динамика эндоскопических, показателей жидкости БАЛ, спирографических показателей. В месте с тем, учитывая одинаковый положительный терапевтический эффект у больных 1-й, 2-й и 4-й групп можно рекомендовать проводить лечебную БФС с использованием для санации бронхов один антибиотик широкого спектра действия при эндобронхите II-III степени, а при эндобронхите I-II степени осуществлять лечебную БФС и комплексное лечение ХОБЛ без использование антибактериальных препаратов.

Выводы. Проведенные клинические исследования показали, что новый способ проведения диагностического бронхоальвеолярного лаважа у больных ХОБЛ III, IV стадий не сопровождается осложнениями, существенными изменениями спирографических показателей после однократной процедуры.

Наиболее выраженный терапевтический эффект отмечался у больных, получающих в комплексном лечении шадающую лечебную БФС при импульсном орошении бронхов (на фоне ВЧ ИВЛ) малым количеством санационного раствора, с последующим эндобронхиальным введением раствором цефтриаксона при слизисто-гнойном, гнойном эндобронхите. Значительный положительный терапевтический эффект можно достигнуть при применении шадающей лечебной БФС без использования растворов антибиотиков у больных ХОБЛ III, IV стадии с эндобронхитом ИВ I-II степени.

Литература

1. Герасин В.А. и др. // XVI Национальный конгресс по болезням органов дыхания. – 2006. – С. 244.
2. Ушаков В.Ф. и др. // XIII Национальный конгресс по болезням органов дыхания. – 2003. – С. 76.
3. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма. – Москва, 1997. – Т.1. – С.30-49
4. Чучалин А.Г. и др. // Пульмонолог. – 2006. – № 5. – С.13-27
5. Murray C.J. et al. // Global Burden of Disease Study. Lancet. – 1997. – Vol. 349. – P.1498-1504.

EFFICIENCY OF THE USE OF ADVANCED TECHNOLOGIES IN COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASES IN NORTH

V.F. USHAKOV, V.A. SLAVNOV, S.I. TKACHEVA, V.V. USHAKOV, O.V. SHEVCHENKO

Summary

The technology sparing diagnostic broncho-alveolar lavage is developed. The advanced technique of selective sparing medical bronchofibroscopy at a pulsing irrigation of bronchial tubes (during artificial high-frequency lungs ventilation) by sanitation solutions in patients with chronic obstructive lung disease is advanced.

Key words: efficiency, advanced technologies, treatment of

УДК 616.34-007.43-031:611.951

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ С ПОМОЩЬЮ АУТОДЕРМАЛЬНОГО ЛОСКУТА В СРАВНЕНИИ С ПЛАСТИКОЙ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКОЙ.

О.И. АГАФОНОВ*

Проблема лечения послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) не теряет своей актуальности. Их число велико, от 2 до 15% лапаротомий заканчиваются формированием послеоперационной грыжи [4]. По распространенности они находятся на втором месте после паховых грыж [5]. Описано более 200 методов пластики послеоперационных грыж [2, 5]. Все они разделяются на 3 группы: аутопластика или пластика местными тканями, аллопластика или пластика с использованием дополнительных пластических материалов (лоскут аутокожи, полипропиленовая сетка) и комбинированные методики [1, 3, 4]. Использование синтетических материалов для пластики ПОВГ приводит к осложнению при заживлении ран у 16,6-26% больных [1, 8]. Важным требованием к синтетическим материалам является размер пор, который должен быть больше 15 микрон (размер лейкоцита). В противном случае организм пациента будет не в силах подавить очаг хронической инфекции, заставит затем удалить имплантат. Далеко не все сетчатые имплантаты соответствуют этим требованиям [4]. Недостатком применения полипропиленовых сеток считается их тугоподвижность в брюшной стенке, влияющая на качество жизни [1, 2, 13]. Одним из методов для пластики ПОВГ является аутокожа. Методы пластики кожным лоскутом применяются с 1913 г. [7]. Аутокожа обеспечивает прочность и сопротивляемость внутрибрюшному давлению, постепенно превращаясь в соединительно-тканную пластинку [1, 2].

Материалы и методы. С 1997 по 2006 годы в хирургическом отделении Смоленской областной клинической больницы было выполнено 95 операций с использованием аллопластики. Из них 67 – дезпителизованным кожным лоскутом (основная группа – ОГ) и 28 – полипропиленовой сеткой (контрольная группа – КГ). Размер грыж определялся по методике Тоскина, Жебровского [5]. Выраженность сопутствующих заболеваний сравнивали по показателю риска анестезии Американского общества анестезиологов (ASA). Предоперационное обследование, подготовка проводились согласно общепринятым стандартам. В случае наличия в анамнезе в последние 6 месяцев нагноения либо лигатурных свищей операцию откладывали.

Всем больным проводили периоперационную антибиотикопрофилактику и назначали антибиотики в послеоперационном периоде. В зависимости от клинической ситуации выполнялась пластика с расположением имплантата поверх сшитых краев апоневроза (on-lay), или подшивание имплантата к краям апоневроза (in-lay), с отграничением имплантата от свободной брюшной полости стенками грыжевого мешка. Наличие в анамнезе данных за спаечную болезнь рассценивали как абсолютное показание к вскрытию грыжевого мешка, адгезиолизису. Пластику полипропиленовой сеткой выполняли по общепринятым методикам. Выкраивали имплантат с таким расчетом, чтобы расстояние от линии швов было не менее 4-5 см. Использовались сетчатые имплантаты марок «Эсфил» фирмы «Линекс» и «Prolen» фирмы «Ethicon». В основной группе двумя дугообразными разрезами над областью грыжевого выпячивания с захватом послеоперационного рубца выкраивался лоскут (рис. 1).



Рис. 1. Выкраивание кожного лоскута

Далее последний дезпителизовался после обработки плазменным скальпелем (рис. 2, 3).

* Кафедра общей хирургии Смоленской государственной медицинской академии

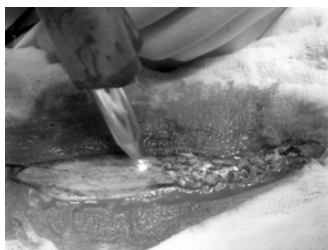


Рис. 2. Дезэпителизация кожного лоскута плазменным скальпелем

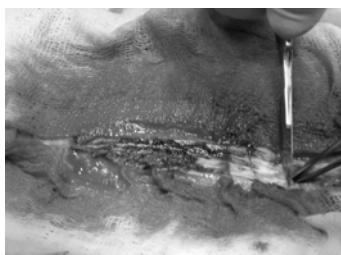


Рис. 3. Удаление обугленного эпителия с помощью обычного скальпеля

Иссеченный лоскут помещали в р-р антисептика до момента пластики. Край грыжевого дефекта «освежали», сшивали «коонец-в-конец», поверх укладывали перфорированный скальпелем кожный лоскут с отступом от линии швов 2-3 см (рис. 4).

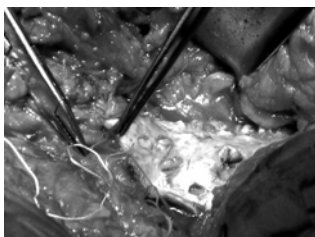


Рис. 4. Подшивание перфорированного кожного лоскута поверх линии швов

В 17 случаях была выполнена пластика дезэпителизированным кожным лоскутом по Шиловцеву, без вскрытия грыжевого мешка. Перед ушиванием раны устанавливались 2 трубчатых дренажа, подключаемых к системе постоянной аспирации. Рана послойно ушивалась. Дренажи удалялись при отделении за сутки менее 30 мл. В послеоперационном периоде оценивались срок удаления дренажей, наличие осложнений, срок снятия швов, послеоперационный койко-день. Наличие сером, требовавших пункционного лечения, приравнивалось к заживлению вторичным натяжением. Определение статистической достоверности результатов проводилось по общепринятым методикам.

Таблица 1

Сравнение групп по предоперационным данным

	ОГ	КГ	p
Всего	67	28	-
Из них рецидивных грыж (%)	18 (26,9%)	14 (42,8%)	0,129
Риск по ASA	2,8±0,14	2,8±0,06	0,997
Возраст (лет)	52,3±1,4	52,1±2,4	0,858
Соотношение мужчин и женщин	1/4	1/5	0,600
Относительные размеры грыж			
средние (%)	33 (49,3)	14 (50)	
большие (%)	24 (35,8)	11 (39,3)	0,425
гигантские (%)	10 (14,9)	3 (10,7)	
Площадь грыжевых ворот (см ²)	91,4±11,7	81,3±13,1	0,613

Результаты. За указанный период было выполнено 67 пластик дезэпителизированным кожным лоскутом, из них с наднапоневротическим расположением – 50, по Шиловцеву – 17. Пластик полипропиленовой сеткой – 28, из них on-lay – 26, in-lay – 2. Отношение количества мужчин к количеству женщин в ОГ было как 1/4, в КГ – 1/5. Средний возраст больных в ОГ был 52,3±1,4 года, в КГ – 52,1±2,4. Риск по ASA в ОГ был 2,8±0,14; в КГ – 2,8±0,06. В ОГ грыжи среднего размера были у 33 прооперированных (49,3%), большие – у 24 (35,8%), гигантские – у 10 (14,9). В КГ грыжи среднего размера были у 14 прооперированных (50

%), большие – у 11 (39,3%), гигантские – у 3 (10,7%). Количество рецидивных грыж в ОГ было 18 (26,9%) против 12 в КГ – (42,8%). Средняя площадь грыжевых ворот составила: в ОГ 91,4±11,7 см², в КГ – 81,3±13,1 см². Достоверной разницы по исходным данным в ОГ и КГ не выявлено (табл. 1)

Время нахождения дренажей в среднем составило 4,2±0,2 дня в ОГ и 4,3±0,3 дня – в КГ. Швы были сняты в среднем на 10,7±0,2 сутки в ОГ и на 10,2±0,3 сутки – в КГ. Больные выписывались в среднем на 11,7±0,3 сутки в ОГ и на 12,1±1,1 сутки – в КГ. В ОГ заживление первичным натяжением у 64 больных (95,5%), в КГ – у 25 (89,3%). Раневые осложнения в ОГ отмечались у троих больных: в одном случае инфильтрат, рассосавшийся после консервативного лечения, в другом – серома (выполнялась пункция однократно), и у одной больной с гигантским размером грыжи был краевой некроз кожи, накладывались вторичные швы. В КГ раневые осложнения также у троих больных: в одном случае инфильтрат, рассосавшийся после консервативных мероприятий, и в двух других случаях – серомы, причем в одном из них серома исчезла после 1 пункции, во втором – потребовалось выполнить 3 пункции (срок лечения после операции составил 28 дней). Статистически достоверной разницы по ближайшим результатам лечения грыж в ОГ и КГ не выявлено (табл. 2).

Таблица 2

Ближайшие результаты лечения

	ОГ	КГ	p
Время нахождения дренажа (сут.)	4,2±0,2	4,3±0,3	0,866
Заживление первичным натяжением (%)	64 (95,5)	25 (89,3)	0,988
Снятие швов (сут.)	10,7±0,2	10,2±0,3	0,117
Выписка (сут.)	11,7±0,3	12,2±1,1	0,584
Раневые осложнения (%)	3 (4,5)	3 (10,7)	0,259

Выводы. При сравнении исходных данных в группах пациентов не обнаружено статистически достоверных различий, что дает возможность оценить достоверность результатов лечения; достоверного различия в ближайших результатах лечения не выявлено; необходимы дальнейшие исследования отдаленных результатов для более полного сравнения двух методик.

Литература

1. Биряльцев В.Н. и др. // Вест. хир.– 2004.– №5.– С. 82–85.
2. Ботезату А.А., Грудко С.Г. // Хир.– 2006 – № 8.– С. 54–58.
3. Суховатых Б.С. и др. // Вест. хир.– 2006.– №6.– С. 47–50.
4. Тимошин А.Д. и др. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки.– М.: Триада-Х, 2003 – 114 с.
5. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки.– М.: Медицина, 1990.– 270 с.
6. Язудин М.К. // Хир.– 2003 – № 11.– С. 54–60
7. Янов В.Н. // Вестник хирургии - 1973.– №10 – С 29–33.
8. Korenkov M. et al. // Brit J Surg.– 2002.– № 1.– Р. 50–56

УДК 616-02:614.786]-036.868

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

О.И. КУЗНЕЦОВ, Н.С. СЕДИНИНА*

Исследование качества жизни больных различного профиля получило в последнее время широкое распространение. Информация о физическом, психологическом и социальном функционировании человека, полученная от самого пациента, является ценным и надежным показателем его общего состояния, позволяет при необходимости провести коррекцию лечебных и реабилитационных мероприятий. Само понятие качества жизни включает удовлетворенность своим физическим, психическим и социальным благополучием, способность функционировать в обществе. Оно определяется тем, насколько болезнь позволяет человеку жить комфортно, так как он «хотел бы». Нередко оценка своего состояния пациентом и врачом не совпадают. Уровень качества жизни у каждого человека зависит как от физического, так и эмоционального состояния, он меняется в течение жизни в силу

* Пермская ГМА им. ак. Е.А.Вагнера» Росздрава кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии Россия, г.Пермь ул. Куйбышева 39