

При анализе обоснованности и рациональности назначения АС выявлены следующие замечания: недостаточная обоснованность назначения ноотропных средств и низкие их дозировки; частое назначение транквилизаторов при поведенческих нарушениях с агрессией и асоциальными проявлениями, преимущественное использование малых «нейролептиков» для купирования поведенческих «симптом-мишеней», в том числе гиперкинетических расстройств, использование низких доз антидепрессантов и недостаточная длительность их применения, преобладание полипрагматии, недостаточное использование нормотимических и других эффектов противосудорожных препаратов.

Полученные результаты говорят о том, что в практике детских психиатров пока недостаточно используются данные доказательной медицины, недостаточное развитие психосоциотерапевтической составляющей лечебного процесса определяет вынужденный для врача характер назначения АС (купирование

нарушений поведения и эмоциональных нарушений, спровоцированных ситуационными влияниями). Преобладание полипрагматии проявляется часто в назначении различных психотропных средств в комбинации с «патогенетическим» лечением (сосудистые средства, витамины, диуретики и др.), не имеющим достаточной доказательной базы об его эффективности.

Для улучшения ситуации с использованием АС в лечении детей с психическими расстройствами необходимо: уточнение показаний к лекарственной терапии с позиций доказательной медицины; внедрение в практику стандартов лечения; смена «симптом-центрированного» подхода к назначению психотропной терапии на принцип разумной достаточности терапии с учетом, прежде всего, качества жизни пациента и задач его психосоциального развития; преимущественно монотерапия психотропными АС, выбор в пользу психосоциальных вмешательств при примерно одинаковой их эффективности с действием АС.

Полежаев А.А., Тутолмина А.Н., Миротворцева А.Ю., Семенов О.А. ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПИЩЕВОДА ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ РАКЕ

Приморский краевой онкологический диспансер, Владивосток

Распространенность опухолевого процесса у большинства больных раком пищевода исключает радикальное хирургическое вмешательство. Поэтому актуальной проблемой является разработка паллиативных методов разрешения злокачественной дисфагии, позволяющих восстановить пероральное питание и улучшить качество жизни. В настоящее время в клинической практике у больных со злокачественным стенозом пищевода применяются различные варианты эндоскопического лечения: дилатация, реканализация (электро-лазерная деструкция, аргонплазменная коагуляция, фотодинамическая терапия) и введение эндопротезов.

За период с декабря 2004 г. по май 2005 г. в отделении торакальной хирургии ПКОД эндопротезирование было выполнено у 6 больных с местно-распространенным раком пищевода в возрасте от 40 до 68 лет (5 мужчин и 1 женщина). Среди гистологических форм превалировал плоскоклеточный рак - 5 случаев, у одного больного была аденокарцинома. Протяженность опухоли варьировала от 2 до 15 см. У 3 пациентов опухоли локализовались в грудном отделе пищевода, у одного — в абдоминальном, у 2 был кардиозофагеальный рак.

Для оценки степени сужения пищевода нами применялась классификация Ю. Галленгера и Э. Годжелло. У всех наших пациентов был высокий уровень стеноза (3 — 4 ст.), ведущий к нарушениям обменных процессов в организме из-за нарастающей дисфагии. Наблюдалась зависимость степени стеноза от распространенности опухоли по окружности пищевода: у 5 из 6 больных с 3-4 ст. стеноза опухоль циркулярно поражала все стенки и лишь у одного пациента охватывала 1/3 окружности. Циркулярный рост наблюдался во всех 6 случаях.

Всем больным перед операцией была выполнена фиброэзофагогастроскопия для уточнения границ опухолевого процесса и установки в желудок зонда для энтерального питания.

В течение недели все пациенты получали зондовое питание. После восстановления водно-электролитного баланса и устранения симптомов кахексии им было выполнено интраоперационное эндопротезирование (стентирование) пищевода. Использовали трубчатые пластиковые протезы (стенты) фирмы «Medsil» усиленной структуры, позволяющие сохранять просвет пищевода диаметром 9-12 мм.

Операция выполнялась под общим обезболиванием. После верхнесрединной минилапаротомии (4-6 см) дистальный конец желудочного зонда выводили через гастротомическое отверстие. К оральному концу зонда фиксировали стент. Затем хирург под контролем эзофагоскопии медленно, не форсируя осуществлял тракцию за дистальный конец зонда до того момента пока раструб эндопротеза не достигал верхнего края опухоли. При попытке последующих тракций чувствовалось значительное сопротивление.

В результате эндопротезирования пищевода дисфагия была устранена у всех 6 больных. У одного из них через неделю после стентирования развилась временная обтурация стента комком пищи, который был извлечен эндоскопически. Проходимость стента восстановилась. Всем больным проводилась послеоперационная полихимиотерапия.

У 2 пациентов через 5 месяцев после операции развился рецидив дисфагии за счет продолженного роста опухоли ниже дистального конца стента. Одному из этих больных была наложена гастростома, другому выполнена лазерная эндоскопическая деструкция опухоли.

Эндопротезирование пищевода адекватно восстанавливает энтеральное питание у больных с местно-распространенным раком пищевода, обеспечивая улучшение качества жизни в первые месяцы после операции.

Понгчэрэкс П. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛИЦИСТЭКТОМИЯ (LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY)

Больница Bumrungrd, Бангкок, Тайланд
(Bumrungrd Hospital, Bangkok, THAILAND)

Starting for the first time in the world literature in 1989, laparoscopic cholecystectomy (LC) has become the gold standard of surgical treatment for symptomatic gallstones all over the world. All cases of gallstones that have indication for surgery are being considered indication of LC. When one talks about LC, one has to consider a few issues: contra-indication, conversion and complication. Patients who are contra-indication of LC consist of those who are too sick to have major surgery under general anesthesia since LC is always done under general anesthesia. Pregnancy can be considered as a relative contra-indication. Now-a-days acute cholecystitis, gangrenous cholecystitis and emphysematous gallbladder are not contra-indication. However, these special situations render LC much

more difficult and increase the chance of conversion to an open cholecystectomy. Conversion rate in acute cholecystitis is typically quoted to be around 20-30%. Complication of LC is not common and the most important one is still bile duct injury. In the hands of competent surgeons, bile duct injury should occur in less than 0.2%. Mortality related to the procedure is less than 0.1%. All types of complication combined is less than that recorded in open cholecystectomy, especially infectious complication. A good laparoscopic surgeon should have good understanding of the physiology of pneumoperitoneum, learning of good technique and continuing experience to gain adequate skills of the procedure in order to be able to cope with difficult intra-operative situation.

Попова Е.С., Ромашко Е.Ю., Ли Г.С. ФАРМОКОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ОЖИРЕНИИ МАТЕРИ

Владивостокский государственный медицинский университет,
Клинический родильный дом № 3, Владивосток

Цель: изучить влияние превентивного лечения на состояние плода и новорожденного ребенка. Для этого было сформировано 2 группы беременных высокого риска: основная и контрольная. Основная группа состояла из 85 беременных, конт-

рольная — из 80 беременных. Группы были идентичными по основным клинико-функциональным параметрам и отличались по используемому методу лечения. В качестве превентивного лечения в основной группе использовали только нормобаричес-