

4,06±1,3 мл/кг массы тела, а в группе сравнение объем гемотрансфузии составлял 10,8±2,5 мл/кг. Количество перелитой свежезамороженной плазмы на фоне инфузии стабизола составляло 4,0±1,5 мл/кг, а в группе сравнения - 9,6±2 мл/кг. Применение растворов ГЭК позволило отказаться от инфузии декстранов и введения альбумина во время операции. На этом фоне отмечено увеличение диуреза. У всех пострадавших во время операции мы наблюдали стабильные показатели кровообращения (артериального давления, частоты сердечных сокращений), что, видимо, можно объяснить высокими плазмолотекторными свойствами СТАБИЗОЛА ГЭК 6%. Отрицатель-

ного влияния на показатели свертываемости крови и усиления кровотоковости при внутривенной инфузии СТАБИЗОЛА ГЭК 6% мы не наблюдали.

Выводы: таким образом, раствор СТАБИЗОЛА ГЭК 6% — оказывает положительное действие на кровообращение и микроциркуляцию, функцию почек. Его применение позволяет осуществлять управляемую и прогнозируемую операционную гемодилюцию; минимизировать интра- и послеоперационную кровопотерю; позволяет нормализовать гемодинамику и микроциркуляцию, значительно сократить общий объем инфузионно-трансфузионной терапии.

Одирев А.Н.

ЭНДОБРОНХИАЛЬНАЯ САНАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ МУКОЦИЛИАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ СРЕДНЕТЕЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Благовещенск

Цель: оценить эффективность бронхоскопической санационной терапии для коррекции мукоцилиарной недостаточности у больных среднетяжелой бронхиальной астмой (БА).

Методы: в течение 4 недель лечения и наблюдения обследовано 42 больных смешанной формой БА средней степени тяжести, в возрасте от 18 до 54 лет, продолжительностью заболевания от 4 до 17 лет. Пациенты были разделены на две группы: в 1 группе 23 больных получали стандартную терапию соответственно степени тяжести астмы, во 2 группе 19 пациентам дополнительно проводился курс из 5-6 лечебных бронхофиброскопий (БФС) с применением высокочастотной искусственной вентиляции легких и эндобронхиальным фотофорезом гелий-неоновым лазером муколитиков, кортикостероидов, кромолинов, анти-септиков. Наряду со стандартным обследованием всем больным до и после лечения выполнена диагностическая БФС с биопсией и прижизненным изучением двигательной активности ресничек мерцательного эпителия (МЭ) бронхов, а так же исследование мукоцилиарного клиренса (МЦК) радиологическим методом при помощи динамической ингаляционной пульмоноцинтиграфии (ПСГ) с мечеными ^{99m}Tc-микросферами альбумина.

Результаты: при анализе показателей ПСГ у больных БА

прослеживалось снижение скорости МЦК (34,6±2,1% за 2 часа) в сравнении со здоровыми лицами (48,4±2,3%; $p<0,05$). В эндоскопической картине превалировал отек и гиперпродукция слизи, формирующей вязкие «слепки» мелких бронхов. Только у 47,8% больных в 1 группе и 36,8% пациентов во 2 группе ($\chi^2=0,51$; $p>0,05$) на поверхности биоптатов определялся функционально активный МЭ. Средняя частота биения ресничек МЭ у больных в 1 группе составляла 3,35±0,30 Гц, во 2 группе 3,22±0,38 Гц ($p>0,05$). В результате проведенного лечения скорость МЦК у пациентов в 1 группе увеличилась с 35,3±1,9% до 41,4±2,0% ($p<0,05$), а у больных во 2 группе с 34,2±2,0% до 46,8±1,7% ($p<0,01$), приблизившись у последних к показателям у здоровых лиц. На фоне регрессии воспаления слизистой бронхов у пациентов в 1 и 2 группах увеличилось число случаев с функционально активным МЭ до 65,2% и 73,6% соответственно, причем во 2 группе данный показатель увеличился в два раза. Средняя частота биения ресничек МЭ у больных в 1 группе возросла до 5,73±0,66 Гц ($p<0,05$), во 2 группе до 6,22±0,54 Гц ($p<0,01$).

Выводы: комплексная бронхоскопическая санационная терапия является оптимальным методом для коррекции мукоцилиарной недостаточности у больных среднетяжелой БА.

Останин А.А., Вардосанидзе В.К., Леплина О.Ю., Тихонова М.А.,

Егоров Д.Н., Вардосанидзе К.В., Черных Е.Р.

ИЛ-2 В ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ

НИИ клинической иммунологии СО РАМН, Новосибирск

Цель работы: в дизайне рандомизированных, двойных-слепых, плацебо-контролируемых клинических испытаний оценить эффективность препарата ИЛ-2 человека («Ронколейкина») в профилактике развития инфекционных осложнений у радикально оперированных онкологических больных.

Материалы и методы: курс иммунопрофилактики включал две в/в инфузии Ронколейкина (0,5 млн Ед, на 2 и 5 сутки после операции), либо препарата-плацебо. В исследование были включены 109 больных раком желудка (РЖ, $n=59$) и колоректальным раком (КРР, $n=50$). Основная ($n=55$) и контрольная группы ($n=54$) были однородны по полу и возрасту пациентов, основным нозологическим формам заболевания и стадиям опухолевого процесса.

Результаты: применение «Ронколейкина» характеризовалось отчетливым иммуно-корригирующим эффектом, который проявлялся увеличением относительного и абсолютного количества лимфоцитов, нормализацией субпопуляционного состава Т-клеток и уровня апоптоза лимфоцитов, усилением митогенной реактивности Т-клеток. В группе «Плацебо» исходно выявленные иммунные дисфункции сохранялись и при повторном иммунологическом обследовании. Кроме того, дополнитель-

но отмечалось снижение количества HLA-DR⁺ моноцитов, а также прогрессия цитокинового дисбаланса в виде усиления супрессорной активности сывороточных факторов. Нарастание степени тяжести иммунодепрессии было выявлено у 36% больных группы «Плацебо», тогда как в основной клинической группе только в 7% случаев ($P^2=0,009$). Иммунопрофилактика позволила в 3 раза (с 20,4% до 7,3%, $P^2=0,04$) снизить частоту развития послеоперационных инфекционных осложнений. При этом среди пациентов с КРР не было выявлено ни одного случая с осложненным течением послеоперационного периода, тогда как в группе «Плацебо» частота инфекционных осложнений составила 23,8% ($P^2=0,005$). Иммунопрофилактика с использованием Ронколейкина была эффективна также у больных высоким уровнем активности симпатического отдела ВНС, которые относятся к группе повышенного риска развития послеоперационных осложнений. У данной категории больных по сравнению с группой «Плацебо» использование Ронколейкина привело к снижению частоты развития инфекционных осложнений с 39,0 до 5,3% ($P^2=0,0009$), в том числе при колоректальном раке с 44,4 до 0% ($P^2=0,0004$), а при раке желудка с 36,0 до 15,4% ($P^2=0,23$).

Покоев А.И., Ушаков В.Г.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Департамент здравоохранения Администрации Приморского края, Владивосток

К приоритетам развития психиатрической помощи относится внедрение принципов комплексности лечебно-реабилитационных мероприятий на основе биопсихосоциального подхода. Воздействие на т.н. «биологическую» составляющую этиопатогенеза психического расстройства обычно предполагает использование лекарственных средств (ЛС). Вместе с тем, позиции специалистов в отношении необходимости тех или иных психотропных средств, их эффективности, дозировок и т.п. применительно к практике лечения психических расстройств у детей весьма неоднозначны.

Проведенное исследование имело целью оценить, насколько

практика использования лекарственных средств детскими психиатрами в Приморском крае соответствует современным тенденциям. Проанализированы 73 истории болезни детского психиатрического стационара для определения частоты и обоснованности назначения основных групп психотропных ЛС в первые три недели лечения.

По частоте назначения ЛС получено следующее распределение: ноотропные препараты (82%), транквилизаторы (68%), «малые» нейролептики (43%), антидепрессанты (40%), седативные средства (28%), противосудорожные препараты (24%), «большие» нейролептики (18%).

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-