

3,98г/л) и IgG (18,30-20,31г/л), чем в контроле (2,98г/л и 12,42г/л, соответственно, $p<0,05-0,001$), а уровень IgM у них (2,68-3,22 г/л) не отличается от данных контрольной группы (2,80г/л, $p>0,05$).

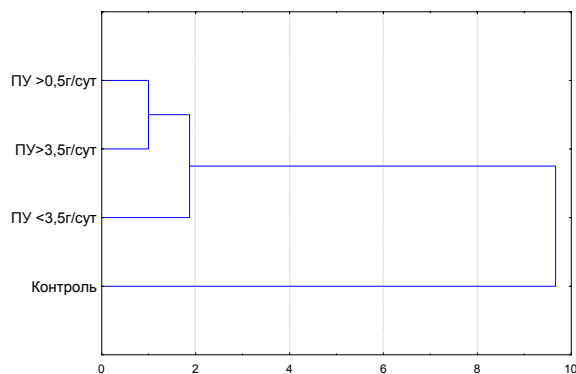


Рис.2. Дендрограмма соотношений групп больных с разной степенью протеинурии (построена методом Уорда по содержанию Ig)

Таблица 5

Сравнительный анализ уровней Ig в зависимости от степени протеинурии у больных ХГН (в г/л)

Степень протеинурии	N	IgA	IgM	IgG
ПУ до 0,5г/сут.	70	3,72±0,21**	2,69±0,24	19,28±0,83****
ПУ до 3,5г/сут.	59		2,68±0,15	18,30±0,93***
ПУ более 3,5г/сут.	35	3,48±0,36*	3,22±0,22	20,31±1,49***
Контрольная группа	62	2,98±0,15	2,80±0,15	12,42±0,74

Примечание: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$

Выявленные при сравнительном анализе отличия по содержанию двух из трёх анализируемых Ig между больными с различным уровнем протеинурии и контролем подтверждаются и данными кластерного анализа. Дендрограмма, построенная методом Уорда на основе евклидовых расстояний (рис 2), свидетельствует о чёткой дифференциации групп пациентов с разным уровнем протеинурии и контрольной группы.

При проведении факторного анализа по методу главных компонент выделено два значимых фактора. Их суммарный вклад в общую дисперсию признака составляет 98,84%, в том числе вклад первого фактора равен 59,31%, второго – 39,53%. Контрольная группа существенно отличается по содержанию Ig от изученных групп больных. Во-вторых, группы больных с небольшим и средним уровнем протеинурии наиболее близки по содержанию рассматриваемых Ig. В-третьих, пациенты с высоким уровнем протеинурии по концентрации Ig имеют значительные отличия, как от контрольной группы, так и от группы больных с минимальным и средним уровнем протеинурии.

Больные ХГН имеют нарушения гуморального звена иммунитета – высокое содержание IgA и IgG, степень выраженности которых зависит от клинической группы ХГН и уровня протеинурии. Результаты сравнительного анализа подтверждаются данными кластерного и факторного. Клинические варианты ХГН и гендерные особенности на уровень Ig у больных ХГН не влияют.

Литература

- 1.Тареева И.Е. и др. Лечение гломерулонефрита.Novartis pharma servis Inc.– М., 2000.– С. 5–10.
- 2.Добронравов В.А. // Нефрология.– 1997.– Т.1, №4.– С.32.
- 4.Корякова Н.Н. // Нефрология.– 2005.– №1.– С.58.
- 5.Кэппи Д., Райкундалина Ч. Иммуноферментный анализ // Антитела. Методы.– М.,1991.–Кн.2.– С.152–160
- 6.Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных.– М., 2006.– С.60–94
- 7.Боровиков В. П. Программа Statistica.– М., 2001.– С.125.

УДК 616-003.263

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КОЛОСТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Г.М. ДАЛГАТОВ, У.З. ЗАГИРОВ, Н.Н. ЗАГИРОВА, У.М. ИСАЕВ, М.А. САЛИХОВ*

В последние десятилетия возросло число больных, перенесших резекцию толстой кишки с формированием колостомы. Эта операция, избавляя от основного заболевания, вынуждает больных из-за неуправляемой дефекации отказаться от приобретенной профессии, приводят их к самоизоляции, расстройству психики, инвалидизации. Хотя в литературе описано более 200 видов операций контроля функции колостомы, в конечном итоге оказалось, что они не достигают желаемых результатов [1–2, 4, 6].

Рекомендации по уходу за колостомами до последнего времени в основном касались режима и характера питания, а также использования бандажей, повязок и пелотов для предотвращения загрязнения одежды [3, 5, 7]. Подобный подход может удовлетворить лишь малую часть пациентов, у которых имеется установленная регулярная функция кишечника. Большинство же оперированных больных страдают от неконтролируемого выделения кала и газов, сопровождающегося зловонным запахом кишечного содержимого. Это указывает на важность полноценной реабилитации колостомированных пациентов.

Цель исследования – разработка мероприятий по реабилитации колостомированных больных и оценка их эффективности.

Материал и методы. Исследование основано на материале реабилитации 106 больных (77 мужчин и 29 женщин, в возрасте до 59 лет – 37, от 60 до 69 лет – 44, 70 и старше – 25 чел.), которым в отделении колопроктологии при Муниципальной поликлинике №1 г. Махачкала в течение последних 8 лет. Этим больным была сформирована колостома. Причиной наложения колостомы послужили заболевания: злокачественные новообразования (47), травма толстой кишки (22), заворот сигмовидной кишки (15), осложненная дивертикулезная болезнь (9), диффузный полипоз (6), неспецифический язвенный колит (4) и болезни Крона (3). Чаще других выполнялись операция Гартмана (53) и классическая брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (28). В 7 случаях колостомой завершена операция – брюшно-анальная резекция прямой кишки и в 4 случаях – субтотальная колэктомия. У остальных 14 больных выполнена петлевая колостома.

В контрольную группу вошли 47 (44,3%) пациентов, оперированные в период с 1999 по 2002 годы, которым реабилитационные мероприятия проводились децентрализованно в условиях хирургических кабинетов и стационаров городских и районных больниц. Этой группе пациентов оценка эффективности реабилитационных мероприятий проводилась ретроспективно.

Основную группу составили 59 (55,6%) пациентов, которым сформирована колостома в период с 2003 по 2006 годы. Этим пациентам реабилитационные мероприятия проводились под нашим контролем. Для регуляции деятельности колостомы нами предлагается метод естественной эвакуации в сочетании с медикаментозной регуляцией функции толстой кишки. С этой целью разработаны рекомендации по диете и режиму питания: исключение из рациона продуктов, способствующих повышенному газообразованию, обладающих послабляющим или закрепляющим эффектом. Комплекс мероприятий по регуляции деятельности стомы дополнялся назначением медикаментов, регулирующих консистенцию кала, образование газов и моторику кишечника. Такой подход не исключал неконтролируемого отхождения кала или газов через колостому, что предполагало ношение калоприемника. В ряде случаев больным проводились очистительные клизмы через стому (ирригацией функционирующего отдела кишки), которые хорошо освобождали кишечник от кала на длительный срок, что значительно облегчало жизнь больных.

Качество жизни колостомированных больных оценивалось по критериям: участие в общественных культурных мероприятиях, появление семейных конфликтов, нарушение сна, аппетита, неконтролируемое выделение кала и выход газов, необходимость лекарственной регуляции функции кишечника и проведения очистительных клизм, сроки приступов к активной трудовой деятельности или переход на инвалидность. При отсут-

* Кафедра хирургии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ДГМА

ствии негативных изменений выставлялся 1 балл, а при их наличии – 0. Уровень жизни оценивался как неудовлетворительный при сумме баллов ≤ 5 ; удовлетворительным – если ≥ 6 баллов.

Данные подвергнуты статобработке по программе Биостатистика 4.03 по критериям χ^2 , t-критерий Стьюдента.

Результаты. В кабинете колопроктолога при поликлинике №1 г. Махачкала с 2003 г. организовано оказание практической и методической помощи колостомированным больным. По данным ВОЗ на 100 тыс. населения в среднем приходится 100 стомированных пациентов. В Республике Дагестан проживает более 2,5 млн. человек, ожидаемое число стомированных пациентов должно быть ~2500. На учете у колопроктолога состоит лишь 106 больных. Разницу между действительными и ожидаемыми цифрами можно объяснить недостаточной информированностью населения о службе реабилитации, нежеланием пациентов посещать колопроктолога в силу отдаленного проживания. По результатам внедрения реабилитационных мероприятий проведена сравнительная оценка качества жизни больных с колостомами.

В контроле у большей части пациентов исключение из рациона продукты, вызывающие усиление газообразования и повышение перистальтики, сделало их питание неполноценным. Произвольное выделение кала и газов заставляет этих пациентов самоизолироваться от общества, снижать активность посещения общественных культурных мероприятий. Из-за боязни отхождения кишечного содержимого из стомы, пациентам приходится спать в вынужденном положении, поэтому сон поверхностный, тревожный. У 27,4% обследованных стул был 1–2 раза в сутки, у 31,6% – 3–4 раза, у 21,9% – >4 раз в сутки.

У лиц контрольной группы астенизация нервной деятельности установлена в 32,6% случаев, среди них преобладали лица с осложненной колостомой, жаловавшиеся на головную боль, раздражительность, замкнутость, мнительность, вспыльчивость. Наличие колостомы отразилось на семейном положении: 11 обследованных в возрасте до 40 лет после операции расторгли брак, причем с одинаково частото по инициативе как мужчин, так и женщин, у 38% ухудшались взаимоотношения в семье.

У большинства лиц основной группы, которым оказывалась методическая помощь по разработанной системе, образ жизни в двигательном отношении был достаточно активным. Общественные места регулярно посещали 31,6% пациентов, тогда как в контрольной группе – всего лишь 13,2% ($p=0,029$). Аппетит у больных основной группы сохранен; только 16,2% пациентов отметили ухудшение аппетита, что связано с однообразным питанием и брезгливостью вследствие периодического появления неприятного кишечного запаха. Многие больные исключают из рациона продукты, вызывающие учащение стула и усиление газообразования: молоко, острую и жирную пищу, лук, чеснок, копчености и др. Все больные достаточно хорошо переносят углеводистую пищу, легко усваиваемые белковые продукты – мясной фарш, паровые котлеты, отварную рыбу, яйца и др.

Большинство больных основной группы, перенесших операцию с формированием постоянной колостомы, вполне трудоспособны. Некоторые из них, не будучи заняты на производстве, дома делали тяжелую физическую работу, а 32,4% пациентов вернулись к прежней работе и 26,8% – перешли на другую, а в группе сравнения – только 8,5% пациентов ($p=0,0038$) после формирования стомы работали по прежней специальности; 37,8% ($p=0,23$) лиц поменяли профессию.

Из-за неуправляемого акта дефекации многие колостомированные пациенты вынуждены стать инвалидами. В контрольной группе 53,1% человек после операции стали инвалидами, в основной же группе их наблюдалось всего лишь 30,1% ($p=0,018$). Таким образом, реализация программы медико-социальной реабилитации в кабинете колопроктолога позволила значительно улучшить качество жизни колостомированных пациентов.

Литература

1. Амалин В.М., Рыков В.И. // Хир.– 1981.– № 6.– С.105.
2. Блохин Н.Н. // Вопросы пластич. хир., ортопед. и травматол.– Горький, 1953.– Вып. 2.– С.179–183.
3. Герасименко В.Н. Реабилитация онкологических больных.– М.: Медицина, 1977.–144с.
4. Герцен П.А. // Хир.– 1940. 2.– С.124–127.
5. Рыжих А.Н., Богуславский Л. С. Советы больным по уходу за противоестественным задним проходом.– М., 1970.–10с.

6. Федоров В.Д. и др. // Хир.– 1981.– № 8.– С.91–94.

7. Шельгын Ю.А. Некоторые аспекты медицинской реабилитации больных с одностольной колостомой: Автореф. дис.... канд. мед. наук.– М., 1982.–16с.

УДК 616.753

СОСТОЯНИЕ ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ЛОПАТОЧНОГО ЛОСКУТА В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ ШЕИ.

И.А. МИХАЙЛОВ, В.Ю. МОРОЗ, А.А. ЮДЕНИЧ*

Изучены состояние сосудистой ножки и изменение кровообращения в лопаточном лоскуте в различные сроки после пересадки на область шеи у 41 больного с последствиями термической травмы. В сроки <10 лет и >10 лет артериальная венозная ножка лоскута, «подключенная» к лицевым сосудам остается проходимой. В предварительно растянутых лоскутах восстановление тканевого кровотока в сроки до 10 лет протекает значительно медленнее, чем в не растянутых лоскутах.

Внедрение в медицину микрососудистой хирургии позволило вести перенос сложных комплексов тканей в отдаленную от донорского места область человеческого тела с подключением их сосудистой ножки к источнику питания. Подобные достижения были основаны на возможности вести прецизионное разделение и соединение анатомических образований в несколько миллиметров [3]. Большое разнообразие сложных тканевых комплексов на сосудистой ножке получили широкое распространение при устранении дефектов тканей, различной этиологии [4, 9, 1]. Появилась возможность осуществлять трансплантацию участков мышц и костной ткани при обширных комбинированных дефектах тканей в области лица и шеи [6–7, 16, 18].

Ключевым звеном микрохирургических операций является формирование артериально-венозной ножки с помощью микрососудистого шва, что делает кровоснабжение трансплантата независимым от окружающих тканей [8].

На сегодняшний день появились сообщения, посвященные нарушению проходимости сосудистой ножки в ближайшие сроки после трансплантации и результатам реимплантации сложных тканевых комплексов [11–12, 17]. Значительная роль в диагностике этих осложнений отводится оценке напряжения кислорода в тканях [15, 13]. Однако среди опубликованных работ, посвященных этой проблеме, не уделялось должного внимания вопросам кровоснабжения тканевых трансплантатов и состояния их сосудистой ножки в отдаленные сроки после пересадки. В связи с этим мы сочли целесообразным провести исследование на модели лопаточного лоскута с использованием одних и тех же реципиентных сосудов. Этот лоскут был одним из первых сложных тканевых комплексов, получившим широкое распространение среди микрохирургов. Техника его забора была разработана [5, 2]. К его достоинствам можно отнести постоянство сосудистой ножки и возможность увеличения размеров с помощью экспандера [10], что позволит восстанавливать кожные покровы на большой площади при устранении последствий ожоговой травмы.

Цель – изучение состояния сосудистой ножки и кровообращения лопаточного лоскута в после аутоотрансплантации.

Клинические наблюдения и методы исследования. Всего выполнено 63 аутоотрансплантации лопаточного лоскута с подключением сосудистой ножки к лицевым сосудам по типу «конец в конец» в связи с послеожоговой рубцовой деформацией шеи. Возраст пациентов колебался от 17 до 50 лет. Особенностью проведенных трансплантаций явилась необходимость использования у 21 больного предварительно растянутого лопаточного лоскута из-за большой площади поражения кожи. Из 63 операций, в ближайшем послеоперационном периоде проходимость сосудистой ножки была сохранена у 57 (90%) лоскутов которые были оценены нами в течение 1 года. Шесть лоскутов были удалены в связи с тромбозом артериальных и венозных сосудов на ранних сроках после пересадки. В данной статье мы хотим остановиться на оценке состояния кровообращения и сосудистой ножки лопаточного лоскута в отдаленные сроки у 41 пациента. Учитывая длительность периода наблюдения, результаты опера-

* ФГУ Института хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий; Клиническая больница № 85 (Москва)