

механизмом действия эстрогенов является прямое влияние на рецепторы, вазоактивные пептиды [6], обменные процессы в соединительной ткани. Снижение уровня эстрогенных влияний приводит к увеличению резистентности стенок артериальных сосудов кровотоку и усугублению микроциркулярных нарушений, в том числе в тканях брюшины.

Заключение

Таким образом, послеоперационный адгезиогенез у пациенток после гистерэктомии коррелирует с недостаточностью эстрогенов, клинические проявления и интенсивность спайкообразования, в том числе ассоциированные с симптомами хирургической менопаузы, выше в группе женщин, перенесших гистерэктомию с придатками, что позволяет предположить оправданное назначение ЗГТ у данной группы пациенток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев А. А., Бебуришвили А. Г. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спайек. – Волгоград: «Издатель», 2001. – 240 с.
2. Кулаков В. И., Сметник В. П. Хирургическая менопауза (пособие для врачей). – М., 2003. – 40 с.
3. Кулаков В. И., Адамян Л. В., Мынбаев О. А. Послеоперационные спайки. – М., 1998. – 528 с.
4. Кулаков В. И., Адамян Л. В., Аскольская С. И. Гистерэктомия и здоровье женщины. – М.: Медицина, 1999. – 312 с.
5. Бурлев В. А., Дубинская Е. Д., Гаспаров А. С. Перитонеальные спайки: от патогенеза до профилактики // Проблемы репродукции. – 2009. – № 3. – С. 36–44.
6. Кэмпбэл С. и Монг Э. Гинекология от 10 учителей: 17-е издание. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 328 с.

Поступила 9.09.2010

Т. В. ГАЙВОРОНСКАЯ, М. А. АВАКИМЯН

ОДОНТОГЕННЫЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

*Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: vaavakimyan@yandex.ru*

В работе дан анализ лечения гнойных ран у 387 больных после оперативного лечения одонтогенных гнойно-септических заболеваний препаратом «бализ-2». Показано, что применение бализа-2 способствует более быстрому очищению гнойной раны от некротических масс и ускоряет появление грануляционной ткани, что приводит к сокращению времени пребывания больного в стационаре на 1/3.

Ключевые слова: гнойно-септические заболевания, лечение.

T. V. GAYVORONSKAYA, M. A. AVAKIMYAN

DONTOGENOUS IS PURULENT-SEPTIC DISEASES AND THEIR TREATMENT

*Faculty of surgical stomatology and oral and maxillofacial surgery Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina st., 4. E-mail: vaavakimyan@yandex.ru*

In work the analysis of treatment of purulent wounds at 387 patients after operative treatment of dontogenous is purulent-septic diseases by a preparation of baliz-2 is given. It is shown that application of Baliz-2 promotes faster purification of a purulent wound from necrotic masses and accelerates occurrence granulation tissues that leads to reduction of time of stay of the patient in a hospital on 1/3.

Key words: purulent-septic diseases, treatment.

Введение

Одной из наиболее сложных проблем неотложной хирургии остается лечение гнойно-воспалительных заболеваний и их осложнений. Несмотря на достижения медицинской науки и практики, число больных с тяжелыми гнойно-септическими осложнениями не уменьшается. По данным различных авторов, гнойно-воспалительные заболевания и осложнения занимают около 20% коечного фонда общехирургических стационаров, а летальность не имеет тенденции к снижению, достигая 15% [1, 2, 3, 4, 7, 8].

Раневой процесс принято разделять на три основные фазы: фаза расплавления некротических тканей

и очищения раны; фаза регенерации и фаза рубцевания [5, 9, 10]. Вместе с тем хорошо известно, что успех любой хирургической операции зависит от заживления ран, а желанный исход раневого процесса определяется адекватным развитием фазы воспаления и регенерацией тканей [5, 10].

Материалы и методы

Обследовано и оперировано 387 больных с одонтогенными гнойно-септическими заболеваниями. Лечение послеоперационных гнойных ран осуществлялось с помощью препарата «бализ-2» на фоне комплексной медикаментозной терапии.

Нами для лечения гнойных ран выбран препарат «бализ-2», который обладает выраженными антибактериальными свойствами, особенно к стафилококку и в несколько меньшей степени к протею и синегнойной палочке. Кроме того, бализ-2 стимулирует репаративные процессы в ране, способствует отторжению некротических масс. Бализ-2 обладает четко выраженным антиоксидантным действием, которое обусловлено наличием основного компонента бализа – коеновой кислоты; обладает иммуномодулирующим эффектом, что выгодно отличает его от антибиотиков, при которых, как правило, наблюдается угнетение иммунитета. Он вызывает быстрое очищение гнойной раны от некротических масс, вызывает быстрый рост грануляционной ткани, что способствует более быстрому заживлению раны.

У высокотоксигенного штамма золотистого стафилококка, который наиболее часто высевается у

и абсцессом челюстно-лицевой области. Это связано с тем, что указанные гнойные процессы протекают с менее выраженной интоксикацией и носят ограниченный характер по сравнению с неограниченным воспалением, которое имеет место при флегмонах; собственно, этим и объясняется более раннее обращение таких больных за медицинской помощью. Для развития медиастинита также необходимо определенное количество времени, чем и обусловлено обращение таких больных за медицинской помощью, как правило, спустя трое суток от начала заболевания.

Диагностика абсцессов и флегмон шеи, особенно расположенных поверхностно, не представляет значительных трудностей (рис. 1а). Последние возникают тогда, когда мы имеем дело с глубокими флегмонами шеи, особенно при развитии медиастинита (рис. 1б, 2).

Таблица 1

Распределение больных по характеру и давности заболевания

Заболевание	Давность заболевания в часах				Всего
	До 24	25–48	49–72	73 ≤	
Флегмона	9	47	57	43	156
Абсцесс	15	23	61	72	171
Остеомиелит	1	3	12	23	39
Медиастинит		1	2	18	21
Итого	25	74	132	156	387

больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, бализ-2 существенно снижает образование альфа-токсина. В лабораторных условиях устойчивость клеток стафилококка к бализу-2 развивалась очень медленно. После 350-го пересева стафилококка на среды, содержащие различные концентрации препарата, только 27% клеток обладали устойчивостью к серийно выпускаемому бализу-2 при разведении его 1:10. Устойчивые клетки стафилококка к препарату лечебной концентрации в лабораторных условиях так получить и не удалось. Это является одним из главных достоинств препарата [11].

Поверхностная гнойная рана обрабатывается водным раствором бализа-2, и затем накладывается салфетка, обильно смоченная водным раствором бализа-2. Нельзя перед наложением повязки с бализом-2 использовать такие антисептики, как йод, марганцово-кислый калий, перекись водорода, так как выделяемый ими кислород инактивирует действие бализа-2. В случае глубоких локализаций ран или гнойных полостей либо использовалась рыхлая тампонада, либо устанавливались дренажные трубки для промывания гнойной полости. Очень хороший эффект получается при постоянном промывании гнойной полости через две дренажные трубки.

При появлении пышных, сочных, ярких грануляций переходят на мазовые повязки.

Результаты работы и их обсуждение

Среди 387 больных мужчин было 241, женщин – 146. Возраст пациентов находился в пределах 18–85 лет. Распределение больных по характеру и давности заболевания представлено в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, позже всех за медицинской помощью обращаются больные с остеомиелитом



а



б

Рис. 1. Внешний вид пациента с поверхностным абсцессом (а) и глубокой флегмоной области глазницы (б)

В этих случаях помогают клиническая картина заболевания, оценка тяжести течения патологического процесса по АРАСНЕ 2 и шкале Глазго. Кроме того, если помнить о возможности развития медиастинита, то помимо изменений в морфологическом и биохимическом составе (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы по Шиллингу влево, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по Кальф-Калифу, АСТ, АЛТ, билирубин и др.) уточнить диагноз и распространенность патологического процесса помогают ультразвуковое сканирование, обзорная рентгеноскопия и -графия грудной клетки, на которой обнаруживается свободный газ в средостении, и компьютерная томография, которая помогает уточнить локализацию патологического процесса и обнаружить ограниченные скопления газа или жидкости (рис. 3).



Рис. 2. Внешний вид больной Д. после вскрытия обширной флегмоны дна полости рта, окологлоточного пространства, осложненной передним верхним медиастинитом

Все 21 больной с установленным диагнозом переднего верхнего медиастинита были госпитализированы или в Краевую клиническую больницу или в городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи, где проводилось дальнейшее лечение под наблюдением реаниматологов, торакальных и челюстно-лицевых хирургов.

Летальность в этой группе больных составила 17%. Среди других 366 больных с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области летальных исходов не было.

Микробиологическое исследование отделяемого из раны было выполнено у 321 больного. Микробный

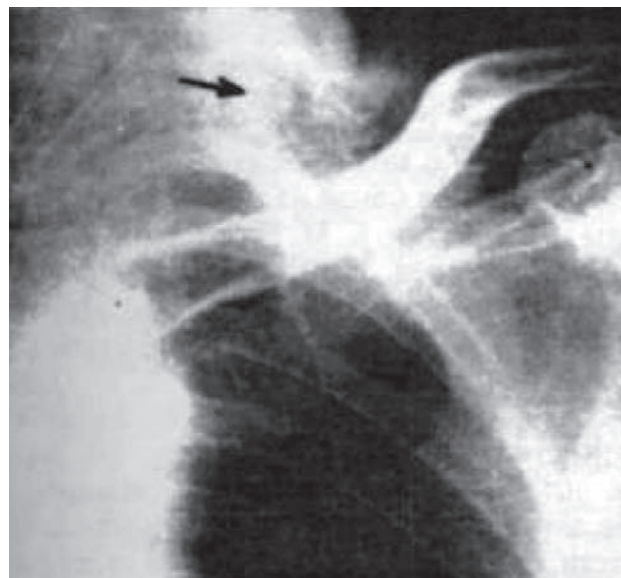


Рис. 3. Рентгенограмма грудной клетки больного В. с одонтогенным медиастинитом, вызванным анаэробной инфекцией (стрелкой указаны пузырьки воздуха, которые находятся в верхнем отделе средостения)

пейзаж ран был весьма разнообразный, но чаще всего встречались стафилококк – 68% всех посевов и кишечная палочка – 14%. Монофлора была у 85% больных. Различные комбинации микробных тел составили 10%, в 8% случаев посев роста микрофлоры не дал.

Для выяснения эффекта применения бализа-2 нами проведено сопоставление результатов лечения гнойных ран препаратом (187) с результатами лечения больных в контрольной группе (200 человек), где в комплекс лечебных мероприятий бализа-2 не был включен. Основная и контрольная группы вполне сопоставимы по возрасту, полу, тяжести заболевания и характеру оперативного вмешательства. Учитывались время пребывания больных в стационаре, скорость нормализации гематологических показателей, время очищения раны от некротических тканей, характер грануляций, время заживления ран и время возможного наложения швов на рану.

Результаты сопоставления различных критериев в основной и контрольной группах представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, по главному критерию лечение больных с гнойно-септическими одонтогенными

Таблица 2

Результаты лечения бализом-2 больных с гнойными заболеваниями в контрольной и основной группах

Сопоставляемые критерии	Группы больных		Вероятность различия – Р
	Контрольная	Основная	
Очищение раны от некротических масс	5,2±0,5	3,5±0,6	≤ 0,05
Начало появления грануляций	4,7±0,6	3,0±0,5	≤ 0,01
Среднее число дней пребывания в стационаре	15,4±2,1	10,3±1,4	≤ 0,05

заболеваниями (среднее пребывание больного в стационаре) при применении в комплексной терапии препарата «бализ-2» с высокой степенью достоверности отличается от такового, где в традиционный комплекс бализ-2 не был включен. Начало появления грануляций и очищение гнойной раны от некротических масс при применении препарата «бализ-2» также достоверно отличаются от этих показателей у больных, у которых бализ-2 не использовался.

Таким образом, бализ-2 является весьма эффективным средством при лечении обширных гнойно-некротических ран, позволяющим ускорить заживление гнойных ран и сократить время пребывания больного в стационаре на 1/3 (с 15,4 до 10,3 к/дней).

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М. М. Гнойный медиастинит // В кн.: «Хирургическая инфекция» / Под ред. И. А. Ерюхина, Б. А. Гельфанда, С. А. Шляпкиной. — СПб: из-во «Печатный двор», 2003. — С. 515–523.
2. Бернадский Ю. И., Заславский Н. И., Бернадская Г. П. Гнойная челюстно-лицевая хирургия. — Киев: Здоровье, 1983. — 242 с.
3. Войно-Ясинецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургии. — М.: Медгиз, 1956. — 630 с.

4. Козлов В. А. Неотложная стационарная стоматологическая помощь. — Л.: Медицина, 1988. — 288 с.

5. Кузин М. И., Костюченко Г. Н. Раны и раневая инфекция. — М.: Медицина, 2001. — 756 с.

6. Молчанова К. А., Шейнберг В. М. Наш опыт лечения одонтогенных медиастинитов // Стоматология. — 1973. — № 6. — С. 54–56.

7. Прохвятилов Г. И. Одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области // В кн.: «Хирургическая инфекция» / Под ред. И. А. Ерюхина, Б. А. Гельфанда, С. А. Шляпкиной. — СПб: из-во «Печатный двор», 2003. — С. 409–434.

8. Соловьев М. М., Большаков О. П. Абсцессы, флегмоны головы и шеи. — М.: изд-во «МЕДпресс», 2001. — 230 с.

9. Супиев Т. Г. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. — Алма-Ата, 1994. — 222 с.

10. Хирургическая инфекция / Под ред. И. А. Ерюхина, Б. А. Гельфанда, С. А. Шляпкиной. — СПб: из-во «Печатный двор», 2003. — 856 с.

11. Шурыгин А. Я. Препарат «бализ-2». — Краснодар, 2002. — 402 с.

Поступила 21.09.2010

**И. Г. ГАТАУЛЛИН, А. И. ХАСАНОВА, Г. Н. ХУСАИНОВА,
С. В. ПЕТРОВ, Р. Ш. ХАСАНОВ**

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНОЙ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*ГОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия,
Россия, Татарстан, 420012, г. Казань, ул. Муштары, 11,
тел/факс: (843) 238-54-13, 267-61-51. E-mail: ksm@mi.ru*

Наблюдали 409 больных с раком молочной железы, которым проводилось комбинированное лечение, основанное на анализе результатов клинических, лабораторных методов диагностики, иммуногистохимического исследования гормонального статуса и тканевых маркеров первичной опухоли. Больным проводили оперативное лечение в зависимости от локализации первичной опухоли и локорегионарного распространения. В 58% наблюдений первичная и вторичная опухоли имеют различный фенотип по основным характеристикам опухолевого роста, что требует принципиального изменения алгоритма и последовательности проводимого обследования и лечения.

Ключевые слова: оптимальное, лечение, рак молочной железы.

**I. G. GATAULLIN, A. I. KHASANOV, G. N. KHUSAINOVA,
S. V. PETROV, R. Sh. KHASANOV**

RATIONALE FOR OPTIMAL TREATMENT OF PATIENTS WITH METASTATIC BREAST CANCER

*Kazan state medical academy,
Russia, Tatarstan, 420012, Kazan, Mushtari street, 11,
tel/fax: (843) 238-54-13, 267-61-51. E-mail: ksm@mi.ru*

Observed 409 patients with breast cancer who underwent combination therapy and combined, based on the analysis of clinical, laboratory, metal-ods of diagnosis, immunohistochemical studies of hormonal status and tissues nevyh markers of the primary tumor. Patients underwent surgical treatment, depending on the primary tumor and loco-of regional distribution. In 58% of cases, primary and secondary tumors have a different phenotype of the main characteristics of tumor growth that requires a fundamentally alter the algorithm and the sequence of ongoing investigation and treatment.

Key words: optimal, treatment of breast cancer.