

Таблица 2

Показатели гемомикроциркуляции в тканях альвеолярной десны у пациентов с операцией удаления зуба по данным УЗДГ ($M \pm m$)

	Группы больных	Vas (см/сек)	Vam (см/сек)	Vakd (см/сек)	Qas (мл/мин)	Qam (мл/мин)	Индекс Гослинга (PI)	Индекс Пурсело (RI)
До удаления	1 (n=20)	1,04±0,32	0,28±0,09	0,28±0,05	0,060±0,005	0,02±0,006	3,4±1,1	0,74±0,23
	2 (n=20)	0,76±0,17*	0,21±0,06	0,14±0,06*	0,044±0,009	0,012±0,005*	2,68±0,39	0,71±0,042
Через 20 минут после удаления	1 (n=20)	1,28±0,21	0,38±0,06	0,31±0,04	0,074±0,009	0,021±0,006	3,35±0,6	0,83±0,05
	2 (n=20)	0,93±0,12*	0,26±0,04*	0,26±0,06	0,053±0,01*	0,015±0,00*	2,85±0,5	0,69±0,03*
Через 2 часа после удаления	1 (n=20)	0,82±0,23	0,28±0,04	0,26±0,07	0,048±0,007	0,016±0,002	2,37±0,24	0,77±0,05
	2 (n=20)	0,63±0,17	0,17±0,07*	0,09±0,09*	0,036±0,008	0,009±0,003*	1,65±0,41*	0,64±0,06*
Через 24 часа после удаления	1 (n=20)	0,75±0,14	0,34±0,05	0,29±0,03	0,045±0,007	0,018±0,09	3,57±0,25	1,08±0,04
	2 (n=20)	0,517±0,10*	0,22±0,07*	0,22±0,04*	0,029±0,008*	0,013±0,09	2,93±0,34*	1,00±0,06

Примечание: * статистически значимые различия внутри групп ($p < 0,05$).

стик кровотока (Vas, Vam, Vakd, Qas, Qam, PI), чем при неосложненном заживлении лунки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пинелис И.С. Дифференцированные подходы к лечению некоторых заболеваний челюстно-лицевой области, сопровождающихся тромбгеморрагическим синдромом: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1988. – С.9-12.
2. Раны и раневая инфекция: Руководство для врачей / Под ред. М.И. Кузина, Б.М. Костюченко. – М.: Медицина, 1990. – С.38-82.
3. Сабо А. Амбулаторная хирургия зубов и полости рта. – Киев: Книга плюс, 2005. – С.55-56.
4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев, 2002. – С.164-167.
5. Adeyemo W.L., James O., Ogunlewe M.O., et al. Indications for extraction of third molars: a review of 1763 cases // Niger. Postgrad. Med. J. – 2008. – Vol. 15. №1. – P.42-46.
6. Aida J., Ando Y., Akhter R., et al. Reasons for permanent

tooth extractions in Japan // J. Epidemiol. – 2006. – Vol. №5. – P.214-219.

7. Blum I.R. Contemporary views on dry socket (alveolar osteitis): a clinical appraisal of standardization, aetiopathogenesis and management: a critical review // Int. J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2002. – Vol. 31. №3. – P.309-317.

8. Carvalho P.S., Mariano R.C., Okamoto T. Treatment of Fibrinolytic Alveolitis with Rifamycin B Diethylamide Associated with Gelfoam: A Histological Study // Braz. Dent. J. – 1997. – Vol. 8. № 1. – P.3-8.

9. Davor Katanec D., Blaaekovi A-M., Ivasovi Z., et al. Postextraction pain treatment possibilities // Acta Stomatol. Croat. – 2003. – Vol. 37. № 4. – P.471-475.

10. Houston J.P., McCollum J., Pietz D., et al. Alveolar osteitis: a review of its etiology, prevention, and treatment modalities // Gen. Dent. – 2002. – Vol. 50. №5. – P.457-463.

11. Vezeau P.J. Dental extraction wound management: medicating postextraction sockets // J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2000. – Vol. 58. №5. – P.531-537.

Информация об авторах: 672000, г.Чита, ул. Хабаровская, д.6, кв. 22, borodulina2@yandex.ru, Бородулина Ирина Ивановна – профессор, д.м.н.; Ланцова Е.С. – аспирант.

© ЗЕМЛЯНОЙ В.П., СТАРОСЕЛЬЦЕВ К.Л., НЕПОМНЯЩАЯ С.Л., ЛЕТИНА. Ю.В., НАМАЗОВ Б.Б. – 2010

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В.П. Земляной, К.Л. Старосельцев, С.Л. Непомнящая, Ю.В. Летина, Б.Б. Намазов
(Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф.
О.Г. Хурцилава, кафедра хирургических болезней, зав. – д.м.н., проф. В.П. Земляной)

Резюме. В работе представлен анализ клинического течения острой кишечной непроходимости в сочетании с инфекционной патологией и без нее. Изучены результаты обследования и лечения 138 больных, находившихся на лечении в инфекционном хирургическом отделении Клинической инфекционной больницы №30 им С.П.Боткина с ОКН, и 39 больных, пролеченных с тем же диагнозом в 1-ом хирургическом отделении Дорожной клинической больницы. Изучены особенности течения ОКН в инфекционном стационаре, причины поздней диагностики ОКН на этапе приемного отделения, предложен способ дифференциальной диагностики механической и динамической кишечной непроходимости на фоне кишечной инфекции.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, острая кишечная инфекция, маскированная форма, токсическая дилатация, водная проба, дифференциальная диагностика.

ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION IN THE CLINICAL PICTURE OF INFECTIOUS DISEASES

V.P. Zemlyanoy, K.L. Staroseltsev, S.L. Nepomnyaschaya, J.V. Letina, B.B. Namazov
(Saint-Petersburg Medical Academy for Postgraduate Education)

Summary. The work presents the analysis of the clinical course of acute intestinal obstruction (AIO) in combination with infectious pathology and without one. The results of examination and treatment of 138 patients with AIO, treated at the Infectious Surgical Department of Botkin's Infectious Hospital, and 39 patients with the same diagnosis treated at the 1st Surgical Department of the Road Hospital have been studied. The features of AIO course in infectious patients, the reasons for late diagnosis of AIO at the stage of admittance have been studied. A way for differential diagnosis of mechanical and dynamic intestinal obstruction on a background of intestinal infection has been suggested.

Key words: acute intestinal obstruction, acute intestinal infection, masked form, toxic dilatation, water test, differential diagnostics.

В структуре неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости острая кишечная непроходимость (ОКН) остается одной из самых актуальных, сложных и трудноразрешимых проблем на протяжении многих десятилетий. Летальность при ОКН, несмотря на достижения современной медицинской науки, остается достаточно высокой и составляет от 8 до 15% [2,6,8]. Особенно сложными для диагностики и лечения являются атипичные варианты клинического течения кишечной непроходимости, протекающей под маской кишечной инфекции, либо на ее фоне [1,3,4,10]. Учитывая рост заболеваемости острыми кишечными инфекциями в последние годы, обусловленный ухудшением экологической ситуации, увеличением количества техногенных катастроф и миграционных процессов, частота подобных случаев также неуклонно возрастает [5,7,9].

Целью исследования являлось изучение особенностей течения ОКН, протекающей как под маской острой кишечной инфекции (ОКИ), так и с сопутствующей инфекционной патологией.

Материалы и методы

В основу работы положены результаты обследования и лечения 138 больных, находившихся на лечении в инфекционном хирургическом отделении Клинической инфекционной больницы №30 им С.П.Боткина с ОКН, и 39 больных, пролеченных с тем же диагнозом в 1-ом хирургическом отделении Дорожной клинической больницы. Больные были разделены на 3 группы. Первую группу составили 85 больных с кишечной непроходимостью, развившейся на фоне подтвержденной кишечной инфекции. Во вторую группу включены 53 больных, у которых наблюдалась «маскированная форма» ОКН и диагноз кишечной инфекции впоследствии был снят. Третью группу составили 39 больных с типичным течением ОКН без какой либо сопутствующей инфекционной патологии. Полученные в процессе исследования медико-биологические данные обрабатывались с помощью компьютерной системы STATISTICA for Windows (версия 5.5 Лиц. №AXXR402C29502 3FA). Значимость.

Результаты и обсуждение

Все больные 1 и 2 групп поступали в приемное отделение инфекционной больницы с симптомами, аналогичными клинической картине ОКИ, что и являлось причиной ошибочного диагноза при госпитализации данных больных. Так, жидкий стул у больных 1 и 2 групп отмечался в 80 и 60% случаев соответственно. В группе больных с типичной ОКН без сопутствующей инфекционной патологии (3 группа) данный клинический симптом не встречался.

Боль в животе отмечалась в 80% случаях, и у больных 1 и 2 групп носила преимущественно постоянный характер (в 67% и 56% наблюдений соответственно). Схваткообразный характер болей наблюдался лишь у 11% и 26% больных данных групп. Напротив, у больных 3 группы боли в животе носили преимущественно схваткообразный характер (65% наблюдений). В таблице 1

Таблица 1
Характеристика основных симптомов у больных ОКН в инфекционном стационаре

Симптомы	Группы больных			Всего
	1 (n=85) абс. (%)	2 (n=57) абс. (%)	3 (n=39) абс. (%)	
Жидкий стул	68 (80%)	32 (60%)	-	100 (57%)
Боль в животе	схваткообразная	10 (11%)	14 (26%)	25 (65%)
	постоянная	57 (67%)	30 (56%)	14 (35%)

представлена характеристика основных симптомов ОКН, которые встречались у изучаемых групп больных, являющимися главным препятствием к установке правильного диагноза.

Данные, приведенные в таблице 1, убедительно свидетельствуют о наличии «маскированного течения» ОКН у больных, поступающих в инфекционный стационар. Имеющиеся симптомы послужили основной причиной ошибочной первичной диагностики в 1 и 2 группах исследования, а также поздней госпитализации этих больных в хирургическое отделение. В конечном итоге запоздалая диагностика ОКН значительно удлинила сроки оказания специализированной хирургической помощи этим больным. Как показано на рисунке 1,

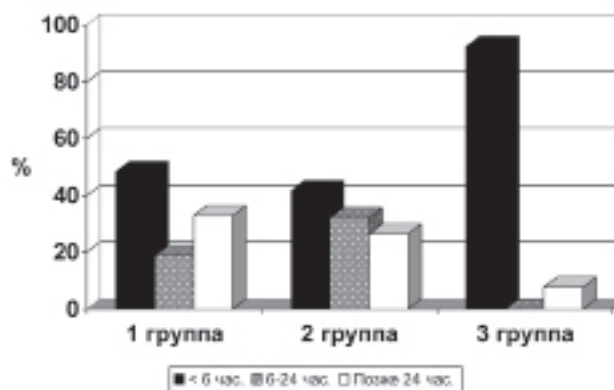


Рис. 1. Сроки госпитализации больных с острой кишечной непроходимостью в хирургическое отделение.

отмечаются статистически значимые различия в сроках поступления в хирургическое отделение больных 1 и 2 групп по сравнению с больными 3 исследуемой группы ($p < 0,05$).

Основной причиной развития ОКН в 1 группе была динамическая непроходимость, вызванная токсической дилатацией кишки, у 41 (48%) больного. Обтурационная кишечная непроходимость встречалась в 26 (30%) случаях и в основном была следствием опухолевой обтурации ободочной кишки на различном уровне. Странгуляционная кишечная непроходимость отмечена лишь у 3 (4%) больных. Смешанная форма непроходимости чаще была представлена спаечной болезнью, которая была констатирована у 15 (18%) больных.

Таблица 2
Распределение больных по виду кишечной непроходимости

Вид непроходимости		Группы больных			Всего
		1 (n=85) абс. (%)	2 (n=57) абс. (%)	3 (n=39) абс. (%)	
Механическая	обтурационная	26 (30)	27 (51)	25 (64)	135 (76)
	странгуляционная	3 (4)	10 (19)	4 (10)	
	смешанные формы	15 (18)	15 (28)	10 (26)	
Динамическая	паралитическая	41 (48)	-	-	42 (24)
	спастическая	-	1 (2)	-	
Тонкокишечная		41 (48)	23 (43)	17 (44)	81
Толстокишечная		44 (52)	30 (57)	22 (66)	96
Всего		85	53	39	177

Во 2 группе, где инфекционный диагноз впоследствии не был подтвержден, механическая непроходимость кишечника была отмечена у 27 (51%) больных, тогда как смешанная непроходимость наблюдалась в 15 (28%) случаях этой группы. Странгуляционная кишечная непроходимость была установлена у 10 (26%) больных.

В 3 группе чаще всего встречалась ОКН, вызванная органическим поражением кишечника, у 25 (64%) больных. Второй по частоте отмечена кишечная непроходимость смешанной формы (10 (26% больных)). И лишь в 4 случаях наблюдался странгуляционный характер ОКН (табл. 2).

После поступления в хирургическое отделение всем больным оказывалась специализированная хирургическая помощь с учетом общего состояния и причин, вызвавших развитие ОКН. Так, оперативное вмешательство было выполнено всем больным 3 группы, что вполне объяснимо, учитывая причины, приведшие к развитию кишечной непроходимости. У больных 1 исследуемой группы оперативное вмешательство потребовалось в объеме 2,5-3 литров, так называемая «водная проба», которая позволяла не только корректировать нарушения водно-солевого баланса в качестве предоперационной подготовки, но и проводить детальное обследование для исключения органической природы кишечной непроходимости, осуществлять динамический контроль за состоянием больных. При этом было замечено, что на фоне проведения «водной пробы» у 48% больных 1 группы наблюдалась отчетливая положительная клиническая динамика, которая позволила отказаться от хирургического вмешательства. Таким образом, применяемая нами в инфекционном стационаре «водная проба» позволяет не только проводить необходимое лечение инфекционным больным, но и осуществлять дифференциальную диагностику между ОКИ и различными формами ОКН.

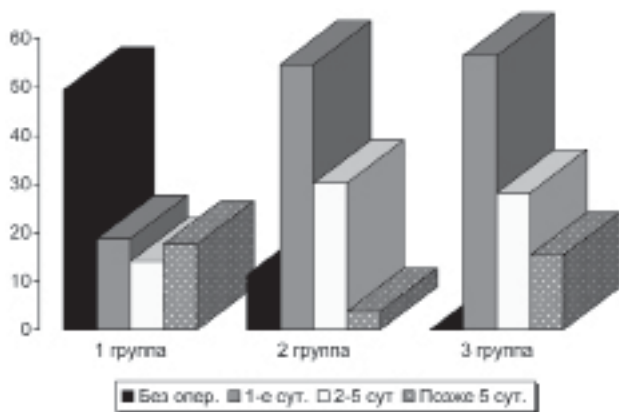


Рис. 2. Сроки выполнения оперативных вмешательств больным с ОКН на фоне ОКИ и без сопутствующей инфекционной патологии.

Оперативное вмешательство больным 2 группы было оказано в 89% случаях. В 11% кишечную непроходимость удалось разрешить консервативными способами.

Сроки выполнения оперативных вмешательств напрямую зависели от времени госпитализации больных в хирургическое отделение. Так, оперативное вмешательство было выполнено всем больным 3 группы, что вполне объяснимо, учитывая причины, приведшие к развитию кишечной непроходимости. При этом на 1 сутки после поступления в приемное отделение стационара было прооперировано 22 (57%) больных, на 2-5 сутки – 11 (28%) и позже 5 суток – 6 (15%) больных. У больных 1 исследуемой группы оперативное вмешательство

потребовалось в 43 (51%) случаях. При этом впервые сутки после поступления в стационар было прооперировано 16 (19%) больных, на 2-5 сутки – 12 (14%) и позже 5 суток после поступления – 15 (18%) больных. Во 2 группе оперативное лечение было выполнено 47 (88%) больным. В 1 сутки после поступления прооперировано 29 (55%) больных, на 2-5 сутки – 16 (30%) и позже 5 суток – 2 (4%) (различия между группами значимы $p < 0,05$) (рис. 2).

В послеоперационном периоде в 1 группе наблюдения осложнения после оперативного вмешательства отмечались у 8 (19%) больных. Характер осложнений состоял в развитии ранней спаечной непроходимости (5 больных), нагноением послеоперационной раны (2 больных) и несостоятельностью межкишечного анастомоза (1 больной). Во 2 группе осложнения после операции наблюдались в 13 (28%) случаях. В 6 случаях развились нагноение послеоперационной раны, у 3 больных отмечалась несостоятельность межкишечного анастомоза. В 3 случаях отмечались явления динамической кишечной непроходимости, купированные консервативно и у одного больного развилась несостоятельность швов сигмостомы. Большее количество осложнений у больных 2 группы объясняется более поздними сроками госпитализации в связи с атипичной клинической картиной заболевания.

В 3 группе послеоперационные осложнения были отмечены лишь в 4 (13%) случаях: нагноение послеоперационной раны (2 больных), несостоятельность меж-

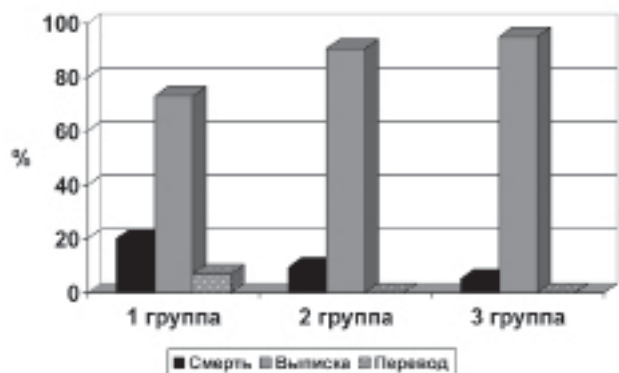


Рис. 3. Результаты лечения больных с ОКН, с ОКИ и без сопутствующей инфекционной патологии.

кишечного анастомоза (1 больной) и формирование тонкокишечного свища (1 больной).

Общая летальность в 1 группе больных была максимальной и составила 20%, что объясняется более тяжелым течением заболевания, связанным с наличием синдрома взаимоотношения имеющейся сочетанной патологии. Во 2 группе летальность достигала 10%, а в 3 – 5%. Таким образом, смертность в 1 и 2 группах больных статистически значимо превышала этот показатель в 3 исследуемой группе ($p < 0,05$) (рис. 3).

Таким образом, изложенные результаты показывают, что ОКИ осложняет течение ОКН, повышая число послеоперационных осложнений и летальность. Ведение таких больных требует четкого взаимодействия между врачами инфекционистами и хирургами.

Диагностика и лечение токсической дилатации кишечника при острых кишечных инфекциях // Научно-практическая ежегодная конференция Ассоциации хирургов Санкт-Петербурга: Тез. докл. – СПб., 2001. – 90 с.

4. Лисицын К.М., Ревской А.К. Неотложная абдоминальная хирургия при инфекционных и паразитарных заболеваниях. – М.: Медицина, 1988. – 335 с.

5. Лобзин Ю.В., Волжанин В.М., Захаренко С.М. Клиника, диагностика и лечение актуальных кишечных

ЛИТЕРАТУРА

1. Апанасенко Б.Г., Пузань О.Н. Ошибки в дифференциальной диагностике между острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и инфекционными болезнями // Вестн. хир. – 1987. – №1. – С.134-137.
2. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость: руководство для врачей - 2-е изд., перераб., и доп. – СПб.: Питер, 1999. – 448 с.
3. Земляной В.П., Кубачев К.Г., Котляр В.Л. и др.

инфекций. – СПб.: Фолиант, 1999. – 221 с.

6. Норенберг-Чарквиани А.Е. Острая непроходимость кишечника. – М.: Медгиз, 1969. – 374 с.

7. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология. – М.: ГЭОТАР – МЕД., 2004. – 813 с.

8. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирур-

гии органов брюшной полости. – М.: Триада – X, 2005. – 640 с.

9. The World Health Report 2006 // Geneva: WHO, 2006 – P. 150.

10. Wilson A.P., Ridgway G.L., Sarnier M., et al. Toxic dilatation of the colon in shigellosis // Mol. Genet. – 1990. – Vol. 222. № 2-3. – P.377-383.

Информация об авторах: 194291, Санкт-Петербург, проспект Просвещения 45, к. 148. E-mail: behzod_999@list.ru, Намазов Бехизод Бейдуллаевич – аспирант кафедры; Земляной Вячеслав Петрович – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор; Старосельцев Кирилл Леонидович – доцент кафедры, к.м.н.; Непомнящая Светлана Леонидовна – доцент кафедры, к.м.н.; Летина Юлия Владимировна – ассистент кафедры, к.м.н.

© МЫЛЬНИКОВА Ю.В., ПРОТОПОПОВА Н.В. – 2010

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МАКРОСОМИИ

Ю.В. Мыльникова, Н.В. Протопопова

(Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека СО РАМН, директор – д.м.н., член-корр. РАМН, проф. Л.И. Колесникова; Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н. проф. И.В. Малов, кафедра акушерства и гинекологии, зав. – д.м.н. проф. Н.В. Протопопова)

Резюме. Современная тактика ведения женщин с макросомией связана со своевременным выявлением и коррекцией соматической патологии, использованием контрацепции в межгестационный период, рациональным использованием лекарственных препаратов при беременности, а также профилактикой таких осложнений беременности, как преэклампсия и фетоплацентарная недостаточность. Высокая частота кесарева сечения связана с улучшением перинатальных исходов (снижение перинатальной смертности), однако полностью не решает проблему родового травматизма и поражения нервной системы у крупных новорожденных. Акушерская тактика определяется на основании прогнозирования массы плода в сроке доношенной беременности.

Ключевые слова: крупный плод, крупный новорожденный, макросомия.

MODERN ASPECTS OF MACROSOMIA

Y.V. Mylnicova, N.V. Protopopova

(The Centre of Science of Problems of Health of Family and the Reproduction of the Person of the Siberian Branch the Russian Academy of Medical Sciences, Irkutsk State Medical University)

Summary. Modern tactics of conducting women with macrosomia it is connected with duly revealing and correction of a somatic pathology, use of contraception in agestation the period, rational use of medical products at pregnancy, and also preventive maintenance of such complications of pregnancy as preeclampsia and fetoplacental insufficiency. High frequency cesarean sections is connected with improvement perinatal outcomes (decrease perinatal death rates), however completely does not solve a problem of a traumatism and defeat of nervous system at large newborns. Obstetric tactics is defined on the basis of forecasting weight of a fetus in term ой pregnancy

Key words: fetal macrosomia, macrosomic neonates, large for gestational age.

Важность и актуальность проблемы крупного плода обусловлена в первую очередь высокой частотой встречаемости данной патологии (8,2 до 18,5-20,0%), а также отсутствием выраженной тенденции к уменьшению числа осложненного течения родов, перинатальных потерь и поврежденных новорожденных [1,2,3,5,8]. Общее число осложнений у женщин, родивших крупных детей, в 2,2 раза больше, чем при нормосомии [1]. Антенатальная диагностика макросомии сочетается с заметным возрастанием частоты кесарева сечения (26-40% в сочетании показаний). Однако, без заметного снижения частоты дистонии плечиков и травмирования плода [4,7].

Целью исследования явились выявление особенностей течения беременности, родов и перинатальных исходов при макросомии плода.

Материалы и методы

Нами был проведен анализ материала 508 обменных карт беременных, историй родов и историй новорожденных, родившихся в 2006-2007 году в Областном перинатальном центре г. Иркутска. Масса тела новорожденных варьировала от 2800 до 5700 г. Все пациентки по массе плода при рождении были распределены на 3 группы: 1 – 2800-3999 г (группа контроля) (n=51), 2 – 4000-4499 г (n=390), 3 – 4500 г и более (n=67). В протоколах тщательно оценивался анамнез, объективные

данные, соматический статус, течение беременности, родов и послеродового периода, а также состояние и заболеваемость новорожденных.

Статистическая обработка выполнялась в пакете программ Statistica for Windows v. 6.1 (StatSoft, USA, 2000). Использовались программы дескриптивной статистики, сравнения показателей двух групп по F - критерию Фишера, T- критерию Стьюдента и U- критерия Манна-Уитни; критерия χ^2 . Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Среди факторов, предрасполагающих к рождению крупного плода, определенное место занимают конституциональные особенности родителей. [1,2,3,4,5,6]. Анализ показателей роста и массы тела обследованных пациенток показал, что 60-80% женщин имели нормальный ИМТ до наступления беременности. Однако у матерей крупных новорожденных он составил $24,9 \pm 0,29$ кг/м² (2 группа; $p_{1,2} < 0,000$) и $24,9 \pm 0,65$ кг/м² (3 группа; $p_{1,3} < 0,006$), в контроле $22,6 \pm 0,47$ кг/м². Число женщин с нормальным ИМТ было больше в контрольной группе – 30сл. (72,92% [95%ДИ 64,8-87,6]) по сравнению с 2 группой – 35сл. (55,81% [95%ДИ 48,3-63,3] $z_{1,2} = 2,1$; $p_{1,2} < 0,03$) и 3-й группой – 218 (51,92% [95%ДИ 38,9-58,2] $z_{1,3} = 2,0$; $p_{1,3} < 0,04$).