

лительные, желчегонные, индукторы ферментативных систем, улучшающие обмен веществ и т.д. Наше внимание привлёк препарат «Полифитохол».

Цель исследования — оценка роли препарата «Полифитохол» в лечении хронической недостаточностью дуоденальной проходимости (ХНДП).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами пролечено 26 больных: 12 пациентов с диагнозом «Постхолецистэктомический синдром», 8 — с хроническим панкреатитом, 2 — с острым холециститом, и 4 — с обострением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Препарат получен по щадящей технологии из корневищ девясила высокого, травы золототысячника обыкновенного, цветков пижмы обыкновенной, плодов шиповника и плодов боярышника. Имеются многочисленные публикации положительного использования полифитохола при дискенизиях желчевыводящей путей.

Диагноз ХНДП устанавливался на основании клинических данных: боли, чувство тяжести в эпигастрии, усиливающиеся после приема пищи, горечи во рту, тошноту и т. д. а также данных ФГДС, дуоденографии и дуоденоманометрии. Признаки ХНДП при данных видах обследования известны, и нет необходимости их перечисления. Полифитохол применяли пациентам с субкомпенсированной ХНДП, т.к., по данным литературы, данной категории больных возможна положительная медикаментозная терапия. Больным с декомпенсированной ХНДП чаще необходима хирургическая коррекция.

Полифитохол применяли по 1,0 порошка три раза в день за 30 мин. до еды в течение 3 недель на фоне базисной терапии. До применения препарата, на 10—11 и 21 день, проводились контрольные ФГДС, дуоденография и манометрия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Положительным моментом применения препарата явилось: прекращение рефлюкса желчи в желудок в 88 % случаев, ускорение пассажа контрастного вещества по двенадцатиперстной кишке и отсутствие его заброса в желудок в 90 % случаев, снижение внутридуоденального давления в среднем на 15—20 % от исходного уровня. После курса лечения 23 пациента отметили улучшение — исчезли боли, тяжесть в эпигастрии, чувство горечи во рту и другие проявления.

Таким образом, применение полифитохола в лечении больных с ХНДП является более яркой альтернативой применения холинолитиков, т.к. он не только улучшает функцию ДПК но и оказывает желчегонное, противовоспалительное и гепатозащитное действие, что немаловажно т.к. ХНДП и заболевания гепатобилиарной зоны тесно взаимосвязаны.

С.Н. Бочаров

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫЕ ПРИНЦИПЫ ОГРАНИЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ

ГУ НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Формирование послеоперационной боли имеет свои особенности, которые сопряжены со многими факторами, в том числе и с длительностью заболевания. При этом болевой синдром приобретает патологические черты своего развития. Известно, что адаптационные реакции организма могут протекать в двух направлениях: толерантном и резистентном. Данные стратегии адаптации имеют свои особенности и по сути являются диаметрально противоположными. Благодаря выделению протекторов рецепторного действия представляется возможным формировать ту или иную защитную стратегию путем целенаправленного воздействия на различные патогенетические звенья боли. Современные способы ограничения послеоперационной боли нельзя признать эффективными, поскольку они используются без учета болевого анамнеза, механизмов формирования боли и в основном воздействуют на конечное звено — перцепцию. В этой связи выполнена работа по оценке эффективности использования различных принципов ограничения послеоперационной боли, основанных на стимуляции толерантной стратегии адаптации путем целенаправленного воздействия на ключевые патогенетические звенья формирования послеоперационной боли.

Под нашим наблюдением находилось 100 пациентов в возрасте от 51 до 76 лет, оперированных по поводу коксартрозов. В зависимости от принципов ограничения послеоперационной боли больные были распределены на 4 группы по 25 человек каждая. В основной группе использован принцип воздействия на перцепцию. В первой группе клинического сравнения воздействовали на трансдукцию.

У пациентов второй группы действие препаратов направлено на первичное и конечное звено формирования боли. В третьей группе использован принцип направленного воздействия на трансмиссию, модуляцию и перцепцию. Группы репрезентативны, сформированы слепым методом. Эффективность применения различных принципов ограничения боли оценивали по гормональному ответу, гемодинамическим реакциям, типу адаптационных реакций, частоте и видам ранних послеоперационных осложнений.

Установлено, что различные принципы ограничения послеоперационной боли не только стимулируют различные адаптационные защитные стратегии, но и имеют различную по частоте осложнений и эффективности лечения значимость. Первой по значимости и эффективности является принцип одновременного, целенаправленного воздействия на все патогенетические звенья формирования боли. Применение данного принципа сопровождается стабильностью нейроэндокринного ответа, гемодинамических реакций, снижением потребления миокардом кислорода. Адаптационные реакции протекают по толерантному пути. Каких-либо осложнений в раннем послеоперационном периоде не было выявлено. Следующим является принцип одновременного воздействия на первичное и конечное звенья формирования боли, который формирует толерантный тип адаптации, однако в 30 % случаев наблюдений установлено проявление ранних послеоперационных осложнений. Реализация принципа воздействия на первичное звено формирования боли стимулирует толерантную стратегию адаптации, в 50 % случаев проявлялась наличием ранних послеоперационных осложнений. Наименее предпочтительным принципом ограничения послеоперационной боли является воздействие только на конечное звено формирования боли — перцепцию. Реализация данного принципа сопровождалась гипердинамическим типом кровообращения, активацией нейроэндокринной системы, повышенным потреблением кислорода миокардом. Эти обстоятельства указывают на формирование резистентной стратегии адаптационных процессов. Она является более энергозатратной и менее предпочтительной, что нашло отражение в качестве и количестве послеоперационных осложнений, которые выявлены в 100 % случаев.

М.Ю. Бронникова, О.В. Сухарчук

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ МИОПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОМАТЕРИАЛА «АЛЛОПЛАНТ»

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД» (Иркутск)

Склероукрепляющие операции в глазном отделении НУЗ ДКБ на станции «Иркутск-Пассажирский» с 1997 года выполняются с применением биоматериала «Аллоплант». При медленно прогрессирующей миопии, а также в случаях выраженного истончения оболочек глаза используется более щадящая и малотравматичная методика инъекционного введения склероукрепляющего материала — ретро-склеропломбаж (РСП) в одном — двух квадрантах. При быстро прогрессирующей миопии — склеропластика в нескольких квадрантах.

За период 2004 — 2006 гг. в отделении проведено 480 операций при осложненной миопии: 245 — склеропластика, 120 — РСП, 115 — стимуляция васкулогенеза. Рефракция варьировала от — 3,5 дптр. до — 25,0 дптр., переднезадняя ось глаза (ПЗО), измеренная с помощью ультразвуковой эхобиометрии — от 24,0 до 30,0 мм.

Отбор пациентов на хирургическое лечение проводили по следующим критериям:

- годичный градиент прогрессирования более 0,75 — 1,0 дптр. в год;
- прогрессирующая миопическая болезнь с выраженным наследственным фактором (начиная с рефракции 3,5 дптр. и более);
- ПЗО свыше 24,0 мм в сочетании с усилением рефракции в ходе динамического наблюдения;
- отсутствие эффекта от консервативной терапии.

При наличии выраженной хориоретинальной атрофии заднего полюса глаза, периферических дегенераций («решетчатой», «след улитки») больных направляли на консультацию в лазерный центр. После профилактической лазеркоагуляции сетчатки в плановом порядке выполняли РСП или стимуляцию васкулогенеза с применением биоматериала «Аллоплант».

Динамическое наблюдение оперированных пациентов показало стабильность размеров ПЗО и рефракции. Уменьшение рефракции на 0,5 — 1,5 дптр отмечалось в первые 1 — 2 мес. после операции и в период свыше года. В первом случае — за счет ложного утолщения оболочек глаза на фоне отека в фазу воспаления. Во втором — в результате истинного утолщения склеры на фоне сжатия замещающегося аллопланта в фазу пролиферации.