

помощью в медицинские учреждения такого уровня, не нуждается в столь частом приеме препаратов этой группы, поскольку диапазон их использования весьма узок и ограничен в основном urgentной несостоятельностью левых отделов сердца, которая не лечится в этих условиях, либо пароксизмы стенокардии. Следовательно, это удел лишь палат интенсивной терапии в стационарах или бригад скорой медицинской помощи. И, напротив, вследствие необоснованного и частого использования препаратов этой группы, имеет место возникновение нежелательной лекарственной реакции в виде толерантности, что, в конечном итоге, может способствовать увеличению числа пароксизмов стенокардитических приступов [1]. В 42,79% нитраты используют режимом *ad hoc*, что является рациональным режимом их использования, но, одновременно с этим, 41,38% посоветуют пациентам постоянно принимать их. Нами это расценено, как привязанность врачей к вековым традициям медицины, что возможно связано с инертностью мышления. Несколькими иная ситуация с нитратами ретардной формы. Постоянным приемом их используют 78,25% врачей, а ситуационно назначают лишь 15,60%. В последнем случае это совершенно необоснованный режим применения, поскольку в этом случае терапевтический эффект развивается спустя несколько часов после их применения и препараты этой группы, напротив, следует применять ситуационно, к примеру, перед физической нагрузкой, причём перед планируемой, а не спонтанной. Так же отсутствует точка приложения для использования нитратов при ЭАГ, поскольку при этом состоянии не возникает злокачественных кризов, при которых может возникнуть несостоятельность левых камер сердца. Несмотря на это, около четверти специалистов назначают их: короткодействующие — 24,35%, ретардные — 20,80%.

Положительная тенденция прослеживается в отношении использования антагонистов кальция (АК), поскольку практически половина специалистов использует их ситуационно для купирования гипертонических кризов. Одновременно настаивает тот факт, что при СТ короткодействующие АК будут использованы в 26,95% случаев. Следует отметить, что если такой режим применять при нестабильной СТ, то это приведёт к повышенному риску смертности пациентов.

После долгих лет игнорирования бетаадреноблокаторов (БАБ) в клинической практике, что было обусловлено высокой частотой развития нежелательных лекарственных реакций при приеме неселективных БАБ, АС данной группы заняли достойное место в лечении пациентов с ССЗ. Благодаря доказательным исследованиям, интерес и привязанность врачей к ним возрастает: 73,52% назначают их постоянным приемом при СТ, 69,50% при ЭАГ и 81,32% при их сочетании.

Благодаря «вековым» традициям медицины, в амбулаторно-поликлинической практике, до сих пор имеет место использование препаратов группы, которая за рубежом не применяется вообще: кардиометаболические. Около половины специалистов — 43,03% используют их при СТ, 18,92% при ЭАГ, 39,48% при соче-

тании СТ и ЭАГ. Возможно, это объяснимо тем, что в структуре опрошенных врачей больший удельный вес (69,98%) занимает группа лиц, окончивших ВУЗ более 15 лет назад, и, характеризующихся определённым консерватизмом. Так же возможно, что на курсах факультета повышения квалификации не придадут особого значения вопросам исключения устаревших методик лечения, что закономерно влияет на последующие рекомендации для пациентов.

Очень высокий процент специалистов используют в своей практике антиагреганты: 90,31% при СТ. Несколько лет назад всем пациентам, имеющим сердечно-сосудистую патологию, рекомендовался постоянный приём аспирина в дозе 125 мг. в сутки. Тем не менее, последующие исследования доказали, что в этой ситуации польза не перевешивает риск [4], поскольку в связи с этим в популяции увеличивается число инсультов, больше геморрагических, которые прогностически более неблагоприятны [3]. Приём ацетилсалициловой кислоты должен рекомендоваться только при наличии факторов риска, к примеру, аневризмы левого желудочка, а не рутинно.

Относительно ясной выглядит ситуация с центральными альфаадреноблокаторами: при СТ их не используют в 91,25% случаев, а при ЭАГ ситуационно совершенно обоснованно назначают 82,27%.

К следующей группе препаратов мы отнесли категории фармацевтического хаоса, поскольку в настоящий момент нет показаний к их использованию в терапии ССЗ: раувольфия, спазмолитики, витамины, ноотропы, препараты солей калия, магния, седативные, отвлекающие. Но они продолжают применяться в клинической практике; до 30% врачей используют их как ситуационно, так и постоянно. Это, несомненно, никак не сказывается положительно на оказании медицинской помощи, поскольку они «растаскивают» средства пациентов, вследствие чего не могут позволить себе купить действительно эффективные препараты.

Выводы: 1. Препараты некоторых фармакотерапевтических групп совершенно обоснованно стали чаще применяться врачами: ингибиторы фермента, конвертирующего ангиотензин, центральные альфаадреноблокаторы, бетаадреноблокаторы, тиазидные диуретики, сердечные гликозиды.

2. По значительно большему количеству групп препаратов у врачей нет однозначного мнения о показаниях к их использованию, к ним относятся: периферические вазодилататоры, кардиометаболические, соли калия, магния, спазмолитики, отвлекающие, ноотропы, легкие диуретики, дигидропиридиновые антагонисты кальция, седативные, отвлекающие.

3. Данные доказательных исследований не столь оперативно попадают в поле зрения практического здравоохранения, что может приводить к ухудшению качества оказания медицинской помощи, снижению продолжительности жизни населения, повышению числа сердечно-сосудистых осложнений в популяции.

4. В практику преподавания следует активнее вводить каноны медицины, основанной на доказательствах.

Гаврина С.Е., Денисенко Л.С., Пахолок Ю.П., Токарчук В.В., Шкуратова О.К., Рогаткина Е.С. РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Владивостокский государственный медицинский университет
Владивостокский филиал НЦ реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН
Приморская краевая клиническая больница №1, Владивосток

Интерес к реконструктивно-восстановительным операциям возрастает в связи со значительным увеличением их количества. При осложненном раке, дивертикулёзе толстой кишки, травмах, неспецифических колитах, резекция толстой кишки заканчивается выведением одноствольной колостомы (операция Гартмана). Избавляя больного от заболевания, эта операция приводит к инвалидизации. Наличие стомы на передней брюшной стенке вынуждает отказаться от приобретенной профессии и делает невозможным полноценное пребывание в обществе. Восстановление непрерывности толстой кишки имеет решающее значение для социальной и трудовой реабилитации больных, перенесших операцию Гартмана.

В период с 1990 по 2004 гг. в колопроктологическом отделении было оперировано 110 больных после операций толстой кишки на различных уровнях и формированием одноствольной колостомы. Мужчин было оперировано 56 (50,9%), женщин — 54 (49,1%). Возраст больных составил от 19 лет до 78 лет.

Основными причинами выполненных ранее резекций толстой кишки по Гартману были: осложненный колоректальный рак — у 79 больных (71,8%); травмы толстой кишки — 12 больных (10,9%); заворот сигмовидной кишки — 6 больных (5,5%); осложнения дивертикулёза ободочной кишки — 5 больных (4,5%); ятрогенные ранения толстой кишки — 4 пациента (3,7%); неспеци-

фические колиты — 3 больных (2,7%); заболевание внутренних половых органов — 1 больной (0,9%).

Перед хирургическим вмешательством все больные подвергались тщательному обследованию. Абсолютным противопоказанием к оперативному лечению являлись — выраженная сердечно-сосудистая недостаточность, дыхательная недостаточность, ХЛН, последствия острого нарушения мозгового кровообращения, декомпенсированное течение сахарного диабета.

Всем больным проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства. Компьютерная томография делалась после операций, выполненных ранее по поводу рака толстой кишки. Обязательно делалось ФГДС, ректороманоскопия отключенной культи прямой кишки, ФКС через колостому и отключенной части толстой кишки через задний проход. Для определения соотношения проксимального и дистального отрезка кишки, подлежащей восстановлению, делалась гермография.

Предоперационная подготовка заключалась в назначении бесшлаковой диеты, 15% раствора сернокислой магнезии. Накануне операции проводились механическая очистка толстой кишки и культи. Либо для предоперационной подготовки применяли препарат «Фортранс» без дополнительного назначения слабительных препаратов.

Важный фактор в выполнении реконструктивно-восстановительной операции это размеры культи прямой кишки и ее локализация. У 22 больных культи была до 10 см, у 19 — 15 см, у 69 больных — 15 см, у 29 больных культи располагалась забрюшинно, у 12 больных — на уровне брюшины малого таза. Восстановительную операцию выполняли через 6-12 месяцев после резекции.

При выполнении реконструктивно-восстановительной операции у 35 (40.9%) больных возникла необходимость в дополнительной мобилизации толстой кишки или резекции сегмента

кишки, у 68 больных (52.7%) сформирован анастомоз без дополнительной мобилизации толстой кишки или резекции сегмента кишки, у трех больных анастомоз сформирован по Дюамелю.

У 59 больных (53.6%) анастомоз располагался в забрюшинном пространстве. Всего выполнено 72 ручных (65.4%) двухразных анастомозов конец-в-конец. 35 механических анастомозов конец-в-конец или конец-в-бок (31.8%) и 3 анастомоза по Дюамелю конец-в-бок (2.7%). (Таблица № 3). Все забрюшинные анастомозы были погружены под брюшину малого таза с обязательным дренированием пресакрального пространства.

Способы формирования анастомозов

Вид анастомоза	Способ формирования	Абсолютное число	Процент
Внутрибрюшинный Анастомоз	1. конец-в-конец ручным швом	43	39,1
	2. конец-в-конец аппаратом PCEEQ	39,1	7,3
Забрюшинный анастомоз	1.анастомоз типа Дюамеля	3	2,7
	2. колоректальный анастомоз ручным швом	29	26,4
	3. колоректальный анастомоз механическим швом	27	24,5
	ВСЕГО	110	100%

Осложнения наблюдались в 18 случаях (1.6%). Внутрибрюшинные осложнения развились у 10 больных (8.2%), раневые — у 7 больных (6.4%), соматические — у 1 больного (0.9%). Несостоятельности забрюшиннорасположенных анастомозов не было. Несостоятельность внутрибрюшинного ручного анастомоза от-

мечено у 6 больных, механического шва — у 1 больного. Двум больным из 7 выполнена релапаротомия, наложение колостомы. В остальных 5 случаях выздоровление наступило на фоне консервативной терапии.

Осложнения после реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке.

Группа осложнений	Виды осложнений	Кол-во больных		Летальность
		Абсолютное число	Процент	
Внутрибрюшинные	1. Несостоятельность анастомоза — механического шва PCEEQ, SHQ	7	6,5	—
	— ручного шва	1	—	—
		6	—	2
	2. Абсцесс брюшной полости	1	0,9	—
	3. Мочевой свищ	2	1,8	—
Раневое	Нагноение раны на месте колостомы	7	6,4	—
Соматические	Острый инфаркт миокарда	1	0,9	—
	ВСЕГО	18	16,5	1,8

Нагноение раны на месте колостомы у 7 больных (6.4%), у двух больных (1.8%) возникли мочевые свищи в результате ранения мочевого пузыря при мобилизации короткой культи прямой кишки. Свищи закрылись в результате консервативного лечения. Острый инфаркт миокарда у 1 больного (0.9%). Умерло 2 больных (1.8%) от перитонита.

Выводы: 1. Реконструктивно-восстановительные операции должны выполняться в специализированных отделениях.

2. Оптимальный срок для наложения анастомоза при восстановительных операциях 6-12 месяцев.

3. При восстановительных операциях предпочтение отдавалось анастомозам «конец в конец», «конец в бок».

Данилов В.В., Вольных И.Ю., Данилова Т.И. ОПЕРАЦИЯ СИНТЕТИЧЕСКОГО СЛИНГА, ВЫПОЛНЯЕМАЯ С ПОМОЩЬЮ ТРОАКАРНОЙ МЕТОДИКИ У ЖЕНЩИН С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ

Владивостокский государственный медицинский университет
Краевой клинический центр «Патология мочеиспускания» г. Владивосток

В последние годы приобрела популярность малоинвазивная коррекция стрессового недержания мочи у женщин свободной синтетической петлей (процедура Tension — Free Vaginal Tape, TVT) [1,2]. Связано это не только с успехами в области аллопластиков, но еще и с рождением принципиально новой концепции оперативного лечения — установкой свободной от натяжения ленты, размещенной под средней уретрой. Оригинальность и простота метода нашли признание, в настоящее время появились данные наблюдений в сроки более 5 лет, позволяющие утверждать о высокой эффективности метода, в среднем в пределах 80-90% успешных вмешательств [3].

Однако оригинальная технология выполнения TVT с силу своих конструктивных особенностей оказывается жестко связанной со специальным одноразовым хирургическим инструментом, довольно дорогим и поэтому недоступным для широкого применения, а кроме того, стандартная процедура имеет определенные ограничения, в частности при наличии выраженного цистоцеле. У больных с цистоцеле, как с недержанием мочи, так и без такового, например при так называемой скрытой инконтиненции, выполнение реконструктивной операции, в процессе которой ис-

пользуются собственные ткани, всегда сопровождается существенным риском рецидива пролапса вследствие несостоятельности соединительной ткани. Именно поэтому получали распространение варианты пластики тазовой диафрагмы с использованием синтетических материалов, представляющих собой сетки из не рассасывающихся материалов, прорастающие собственными тканями и тем самым обеспечивая восстановление дефекта [4,5]. Такие операции, как установка Gynemesh, или подобные способы, аналогично как герниопластика в хирургии, доказали свою эффективность, особенно в сочетании с установкой TVT для устранения недержания мочи или предотвращения его возникновения.

Учитывая вышеперечисленное, нами разработана собственная методика выполнения операции синтетического слинга, осуществляемая с помощью оригинального инструмента — многоакарной троакарной иглы Данилова — Вольных. При этом троакарная TVT (здесь и далее TTVT) наследует лучшие качества предшествующей технологии и открывает возможность одновременного устранения недержания мочи и цистоцеле.

С октября 2003 по май 2005 нами выполнено 20 операций у