

между этими параметрами достоверной корреляции не выявило.

ВЫВОДЫ

1. Исследование ФВД (спирометрия, петля «поток-объем») в сочетании с тестом 6-минутной ходьбы и шкалами VAS и FACES позволяет достаточно объективно оценить как послеоперационный функциональный статус больных, так и его динамику в процессе реабилитации.

2. У больных в раннем послеоперационном периоде после лапароскопической холецистэктомии отмечаются незначительные нарушения показателей ФВД и переносимости физической нагрузки.

3. Среди наиболее вероятных причин, влияющих на функциональные показатели следует отметить выраженность болевого синдрома.

4. Наиболее информативным в оценке состояния бронхиальной проходимости следует считать величину общего бронхиального сопротивления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев С.Н. // Consil. Med. – 2004. – № 4.
2. Евфимьевский В.П. Нарушения дыхательной функции при гранулематозах и распространенных поражениях легких иной природы. – М., 1998.

3. Малков И.С., Шаймарданов Р.Ш., Ким И.А., Эндохирургические вмешательства при острых заболеваниях органов брюшной полости. – Казань, 1996.

4. Панцырев Ю. М., Галлигер Ю.И. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта. – М., 1984.

5. Чикина С.Ю. // Пульмонология. – 2004. – №5. – С.98–108.

6. Enright P.L., Sherrill D.L. // Am. J. Respir. Crit. Care. Med. – 1998. – Vol.158. – P.1384–1387.

7. Standardized lung function testing // Bull. Europ. Physioipath. Resp. – 1983. – Vol.19. Suppl. 5. – P.1-95.

8. Wong D.L., Hockenberry-Eaton M., Wilson D. et al. Wong's Essentials of Pediatric Nursing, 6/e. – St. Louis, 2001. – P. 1301.

Поступила 15.05.07.

FUNCTIONAL STATUS OF THE PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS AFTER ENDOSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

A.V. Martinov, M.F. Yaushev, S.N. Prkop'eva

Summary

The influence of endoscopic cholecystectomy on patient's functional status and its changes during rehabilitation were studied in patients with cholelithiasis. The evaluation of respiratory function in combination with a 6-minute walking test and VAS and FACES scales made it possible to objectively evaluate the postoperative functional status of patients and its dynamic in the rehabilitation process. The most informative index of patency of airways is the value of general bronchial resistance.

УДК 616. 71 – 018. 46 – 002. 2 – 089. 8

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Е.А. Батаков, И.В. Ишутков

Кафедра общей хирургии (зав. – проф. А.В. Барский)
Самарского государственного медицинского университета

Актуальность проблемы хронического остеомиелита определяется не только сложностью диагностики, профилактики и лечения, но и значительной продолжительностью потери трудоспособности, большими затратами материальных ресурсов на лечение одного больного, высокой частотой выхода больных на инвалидность – до 55–65%, а по дан-

ным зарубежных авторов – до 90% [2]. 25% больных хроническим остеомиелитом в нашей стране имеют различную степень инвалидности, причем чаще всего заболевают лица мужского пола и преимущественно работоспособного возраста [1]. Эти факторы указывают не только на медицинскую, но и на социальную значимость проблемы.

С 1995 по 2005 г. в Областном центре по лечению и реабилитации больных с гнойными осложнениями болезней опорно-двигательного аппарата находились 1685 человек с остеомиелитом длинных трубчатых костей. Из городов Самарской области было 10% больных, из сельской местности – 16,5%, из Самары – остальные. Основными причинами развития хронического остеомиелита после переломов у данного контингента больных были дефекты в лечении больных, а не первичное инфицирование: непрочный остеосинтез, несоблюдение необходимых сроков перед операцией после перенесенных гнойничковых заболеваний (не менее 6 мес), длительность и травматичность операций, коррозия металлофиксаторов, изготовленных кустарным способом из некачественной стали, неудовлетворительная хирургическая обработка открытых переломов.

Опыт лечения таких больных позволил выработать следующие тактические и технические принципы их лечения – это радикальная хирургическая санация гнойно-некротического очага, санация септического очага с использованием методов физической и химической антисептики с последующим пластическим закрытием послеоперационной костной полости, рациональная и направленная антибактериальная терапия, активация специфической и неспецифической иммунобиологической реактивности организма.

Средний возраст пациентов с хроническим остеомиелитом составлял 40,38 года. Лиц в возрасте от 21 до 60 лет было 86%. Преобладали мужчины – 73%, женщин было 27%. Средний возраст пациентов мужского пола составил 40,07 года, женского – 41,22.

У 60% пациентов была посттравматическая форма заболевания. Очаги поражения костей имели место в различных сегментах туловища. Наиболее часто процесс локализовался в длинных трубчатых костях (83,96%), что несомненно влияло на тяжесть заболевания, в бедренной кости – в 34,91% случаев, большеберцовой кости – в 33,02%, малоберцовой – в 6,6%. Таким образом, хронический остеомиелит костей нижних конечностей встречался почти

в 78% эпизодов. При дальнейшем обследовании у 92% больных в момент поступления были выявлены осложнения основного заболевания, особенно часто свищи (65%) и, кроме того, различные сопутствующие заболевания (в основном сердечно-сосудистые, эндокринные). Перечисленные нарушения являлись причиной инвалидизации 35% больных: у 12% была III группа, у 17% – II, у 6% – I.

Длительность заболевания до направления в центр составляла от 6 месяцев до 35 лет. Наиболее многочисленной являлась группа пациентов (40%) с длительностью заболевания от одного года до 5 лет. Длительное (более 10 лет) течение хронического остеомиелита наблюдалось у 8% больных. Из общего числа пациентов 75% находились на стационарном лечении по поводу данного заболевания более 3 раз, 10% – дважды, 15% – впервые. Столь длительный характер заболевания и рецидивы еще раз указывали на серьезные трудности в лечении хронического остеомиелита. 85% обследованных нами пациентов уже проходили в прошлом лечение по поводу хронического остеомиелита в неспециализированных отделениях гнойной хирургии. У 69% из них в анамнезе имело место оперативное вмешательство на остеомиелитическом очаге. В этой группе 24,6% больных ранее были оперированы один раз, 47,8% – 2 раза, а 27,5% – 3 и более раз. У отдельных больных число перенесенных операций достигало 15.

Средний койко-день в группе радикально оперированных больных составлял 11,76 суток, что значительно меньше, чем при лечении в неспециализированных отделениях гнойной хирургии по городу. Уменьшение длительности пребывания больного в стационаре в определенной степени снижает затраты на лечение, что в современных условиях страховой медицины очень существенно для лечебно-профилактических учреждений.

Нами были проанализированы отделенные результаты комплексного лечения хронического остеомиелита в сроки от 2 до 11 лет после радикальной операции у 1202 больных. Хорошие и удов-

летворительные отдаленные результаты получены у 95,1% пациентов.

Итак, с учетом сложности и трудоемкости лечения больных с хроническим остеомиелитом следует направлять на радикальное лечение в специализированные лечебные учреждения, располагающие достаточным опытом лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Никитин Г.Д. и др. Хирургическое лечение остеомиелита. – СПб, 2000.

2. Столяров Е.А. и др. Хирургическая инфекция. Руководство для врачей общей практики. – Самара, 2004.

Поступила 13.06.07.

MODERN ASPECTS OF COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC OSTEOMYELITIS

E.A. Batakov, I.V. Ishutov

Summary

Distant results and effectiveness of complex treatment of chronic osteomyelitis were studied in the long term of 5 years. Reduction of the purulent process, absence of pain, recovery of the limb function, absence of destruction foci and sequestrums on roentgenograms was considered as good treatment results. Analysis of the long term treatment results showed the advantages of complex patient treatment in specialized hospital departments.

УДК 618.11–085.357

ВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН СО СВОЕВРЕМЕННОЙ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ МЕНОПАУЗОЙ

Л.А. Марченко, Г.И. Табеева

*Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
(директор – акад. РАМН, проф. Г.Т. Сухин) Росмедтехнологий, г. Москва*

По образному высказыванию Weeldon, «в то время как мужчины до глубокой старости владеют своей гормональной и репродуктивной функцией, женщины всего лишь временно ее арендуют» [14]. Старение репродуктивной системы является пролонгированным во времени процессом, на раннем этапе которого происходят угасание фертильности, а в дальнейшем и полное выключение гормональной функции яичников. Менопаузальный переход – это отрезок времени от 40–45 лет до последней менструации (менопаузы), и его продолжительность составляет в среднем около 10 лет.

При преждевременной менопаузе, в отличие от своевременной, происходит чрезвычайно ранний запуск каскада биохимических и молекулярно-биологических процессов старения не только репродуктивной, но и многих сопряженных с ней систем в организме женщины. Термином «преждевременная менопауза» или «преждевременная недостаточность функции яичников (ПНЯ)» обозначен симптомокомплекс, характеризующийся

вторичной гипергонадотропной аменореей, симптомами гипоестрогении и бесплодием у женщин моложе 40 лет.

Как преждевременное, так и своевременное выключение функции яичников сопровождается развитием экстрогендефицитных симптомов (приливы жара, повышенная потливость, депрессия, слабость, лабильность АД и пульса, расстройства дыхания и т.д.) [7]. До недавнего времени полагали, что приливы не наносят существенного ущерба здоровью женщины, а только снижают качество ее жизни. Однако при использовании современных нейровизуализационных методик было показано, что на фоне прилива, особенно в переходном возрасте, частые эпизоды ишемии вносят вклад в дегенеративные процессы в определенных участках головного мозга, что особенно следует учитывать у женщин с неблагоприятной наследственностью (болезнь Альцгеймера) [5]. Помимо различных вазомоторных проявлений климактерических расстройств, у 16–30% женщин отмечаются эмоцио-