

методы. По ретроспективному методу изучено 5794 истории родов женщин родоразрешенных путем операции кесарева сечения в последние 5 лет. По одномоментному методу исследовано 40 женщин, имеющих более 4-х родов.

Критерии выбора обследуемых женщин:

1. Женщины, имеющие в анамнезе более 4 родов.
2. Беременные, планируемые к операции кесарева сечения.
3. Женщины добровольно участвующие в исследовании.

Разработана специальная анкета, проведен анализ данных анкет с помощью программы SPSS-11.5, SPSS-12, epi-info.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Среди исследуемых женщин 7,1 % составили многорожавшие, 47,4 % — первородящие, 45 % — второродящие. По данным М. Berland (1986), осложнения после операции кесарева сечения у многорожавших женщин разделились на 3 группы, а по данным В.И. Краснопольского, В.Е. Радзинского (1993 г.), были разделены на 5 групп. По их мнению, самым часто встречающимся осложнением является кровотечение. Объем кровопотери составляет в среднем 466 ± 50 мл, по сравнению с естественными родами — в 3–5 раза больше.

По нашему исследованию среди экстрагенитальной патологии анемия составляет 31 %, заболевания почек — 17,1 %, сердечно-сосудистое заболевание — 8,7 %, эндокринная патология — 5,7 %, заболевания ЖКТ — 5,4 %, заболевания сосудов — 8,7 %, артериальная гипертензия — 2,1 %, другие — 6,7 %. При анализе осложнений после кесарева сечения выявлены следующие: эндометрит — 7 %, перитонит — 10,8 %, гипотоническое кровотечение — 41,2 %, расхождение шва — 2,7 %, сепсис — 6 %, нагноение послеоперационной раны — 5,2 %. Среди расширения операции кесарева сечения наблюдались ампутация матки — 27,9 %, экстирпация матки — 5,2 %. Таким образом, 17,2 % составили операции кесарева сечения, повторные операции были произведены в 18 % случаев. Состояние гемостаза и гемодинамики многорожавших женщин пока не изучено в нашей стране.

При сочетанных формах гестозов наблюдается его раннее присоединение, трудно поддающееся коррекции и отрицательно влияющее на здоровье матери и функциональные структуры жизненно важных органов плода. Крупный плод — 19,8–22,6 %, патологическое предлежание — 3,9–7,8 %, слабость родовой деятельности — 29,1 %. Преждевременное излитие околоплодных вод сочетается с патологией родовой деятельности, крупным плодом и тазовым предлежанием.

ВЫВОДЫ

1. У многорожавших женщин среди экстрагенитальных заболеваний выявляется анемия в 31 %, заболевания почек — 17,1 %, ССЗ — 8,7 %, эндокринная патология — 6,7 %, патология ЖКТ — 5,4 %.
2. У многорожавших женщин гестоз составляет 43,8 %, занимает особое место среди осложнений беременности и в большинстве случаев протекает на фоне экстрагенитальной патологии.
3. У многорожавших женщин в послеоперационном периоде часто встречаются осложнения в виде кровотечения — 32,9 %, перитонита — 7 %, гипотонии и атонии матки — 18,4 %, расхождении швов — 4,8 % и сепсиса — 4,1 %.
4. Многорожавшие женщины относятся к группе высокого риска, поэтому необходимо своевременное проведение профилактических мероприятий перед предстоящим оперативным родоразрешением путем операции кесарева сечения, которые значительно снижают риск заболеваемости и смертности матери и плода.

В.И. Осипов, В.А. Ляшев, В.А. Сепп, Г.С. Ващенко, Ф.Р. Чепцов

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЦИСТО-ГАСТРАЛЬНОГО СВИЩА

**Читинская государственная медицинская академия (Чита)
МУЗ «Городская клиническая больница № 1» (Чита)**

Остановка желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) (применение гемостатических препаратов, использование эндоскопических методик, перевязка или эмболизация сосудов, тампонирование кровоточащей зоны, резекция органа с источником кровотечения и др.) в ряде случаев оказывается малоэффективной, если это выполняется на поздних стадиях болезни. Мы находимся в постоянном поиске оптимальных методов диагностики и лечения ЖКК при цистогастральных кровотечениях панкреатогенного происхождения. Проблема актуальная, а потому посчитали необходимым в плане обмена опытом дать описание наших случаев кровотечения при такой патологии, так как у нас исходы оказались самыми

драматичными, а отдельные публикации других авторов успешного лечения, по нашему мнению — это еще не решение проблемы [1 — 4].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Из 427 взрослых больных с ЖКК за 2007 и 2008 гг. у 7 (1,7 %) оно возникло на фоне обострения хронического рецидивирующего панкреатита.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Клинический случай. Б-ой М., 43 лет был госпитализирован в хирургический стационар с острой болью в верхней половине живота после погрешности в диете. Была однократная рвота с примесью крови. На протяжении последнего года пациент дважды лечился с обострением хронического рецидивирующего панкреатита. Из отклонения от нормы выявлены: болезненность при пальпации в эпигастриальной области и в левом подреберье, положительный симптом Раздольского. Снижение уровня гемоглобина до 103 г/л, незначительный лейкоцитоз и палочкоядерный сдвиг влево — до 7. Биохимические показатели крови в норме. При УЗИ: диффузные изменения поджелудочной железы. ФГДС: в антральном отделе желудка около 40 мл «кофейной гущи». После ее удаления обнаружен небольшой язвенный дефект 1,0 × 1,0 × 0,5 см с фиксированным в нем сгустком крови. Подтекания крови нет. Диагноз: Язвенная болезнь желудка в стадии обострения, язва антрального отдела, желудочное кровотечение. Хронический рецидивирующий панкреатит, обострение. Спустя сутки, несмотря на соответствующую терапию, у больного открылась рвота кровью. Срочная лапаротомия. Гастротомия. В предпологаемой области имеется язвенный дефект и по центру его — продолговатый тромб (сосуд?). Выполнено многократное прошивание язвы. Кровотечение остановлено. Из-за выраженного спаечно-рубцового процесса ревизовать эту область со стороны серозной оболочки не удалось. Операция закончена дренированием брюшной полости. Гемостатическая и кровозаместительная терапия. Однако еще через двое суток возник рецидив наружного и внутреннего кровотечения. Во время второй операции, несмотря на тяжесть и травматичность оперативного вмешательства, сращения между желудком и поджелудочной железой разъединены: найдена парапанкреатическая киста 4,0 × 4,0 × 4,0 см, заполненная сгустком крови. Последняя сообщалась с желудком, а дном являлась некротически измененная передне-верхняя поверхность тела поджелудочной железы с несколькими кровотокающими мелкими сосудами. Стенки кисты, часть желудка вместе с ранее наложенными лигатурами и небольшие секвестрированные участки ткани удалены. Рана желудка ушита. Сосуды лигированы. Кровотечение остановлено. Выполнено дренирование полостей. Лапаротомная рана ушита. На пятые сутки пребывания больного в стационаре во время очередной перевязки была констатирована несостоятельность лапаротомных швов, эвентрация тонкой кишки, разлитой ферментативно-гнойный перитонит, продолжающееся вялое подтекание крови из полости малого сальника. Вынужденная третья операция только ускорила фатальный исход.

Примерно такой же сценарий клинического течения заболевания и исхода мы наблюдали и у других шести наших пациентов с ЖКК, как потом выяснялось, на почве цистогастриальных, цистодуоденальных и цистоассендных свищей. Это были мужчины в возрасте от 35 до 55 лет, пониженного питания, когда-то перенесшие атаку острого панкреатита, закончившуюся успешным лечением и мнимым выздоровлением. В последующем они наблюдались у гастроэнтеролога или терапевта в поликлинике уже с диагнозом хронического рецидивирующего панкреатита, так как анамнестически у каждого из них в разное время после первой атаки заболевания возникала кратковременная или более продолжительная боль в животе. Характерно, что ни у одного из них киста поджелудочной железы традиционным абдоминальным УЗИ не диагностирована, часто находили только ее диффузные изменения и неравномерное повышение эхогенности. А фиброгастродуоденоскопически и ирригоскопически истинный источник кровотечения как в поликлинике, так и в стационаре, не был обнаружен. А также ни разу не зафиксирована специфичная для этой патологии гиперферментемия.

Пациенты поступали обычно с неинтенсивно выраженным, но не останавливающимся ЖКК. Им также предпринимались попытки остановки кровотечения консервативными и оперативными методами, которые были не эффективными. После операции присоединялись новые и новые осложнения: рецидив кровотечения, прогрессирование панкреонекроза, перитонита, присоединялся ДВС-синдром и др.

Самые характерные изменения, которые обнаруживались на аутопсии: киста открывалась обычно отверстием до 3 — 4 мм между складок слизистой оболочки желудка, двенадцатиперстной или толстой кишок. Вокруг выходного отверстия свища изменения слизистой оболочки были минимальными, что отчасти объясняло трудности его обнаружения эндоскопическими методами.

По анализу этих историй болезни и других больных с отечно-болевой формой острого панкреатита, пролеченных консервативно и выписанных из стационара в удовлетворительном состоянии, можно предположить, что среди последних все же была часть таких (примерно до 10 — 20 %), у которых во время острой атаки возникал ничтожно малый очаг панкреонекроза, оставшийся за пределами наших диагностических возможностей, клинически не распознанным. О существовании его можно было судить только по симптомам, порою также исчезающим из поля зрения врача, ведущего наблюдение за больным уже в поликлинике: кратковременная боль в животе, явления дискомфорта, понижение аппетита, повышение температуры тела до 37 ° с долями градуса, устойчивое повышение СОЭ и др. Очаг воспаления через ме-

сяцы после первой атаки острого панкреатита начинал проявляться клиникой обострения хронического рецидивирующего панкреатита и даже кистой железы. Малый размер последней в начале заболевания и более существенные перифокальные изменения в последующем: отек, спайки, рубцы, повышенное газообразование в прилежащих полых органах и другие факторы не позволяли своевременно распознать это осложнение, пока не возникало очередное (прорыв кисты в полый орган, кровотечение и др.).

Думаем, что части больным, несмотря на их общее удовлетворительное состояние, требуется расширение арсенала диагностических мер с применением компьютерной томографии в динамике, ретроградная панкреатография, определение белков острой фазы воспаления и др.

А предотвращению такого сценария развития острого панкреатита, который первоначально истолковывался как абортивная форма, способствовали бы, дополнительно к лекарственным препаратам, ввиду их малой доступности к очагу воспаления из-за окружающего склеротического процесса, разнообразные методы физиолечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Желательно в список диспансерных пациентов включать перенесших атаку острого панкреатита и проводить им профилактические или превентивные курсы консервативной терапии;

2. Наряду с существующими методами диагностики (УЗИ, КТ, ретроградная панкреатография и др.) в настоящее время требуется разработка более совершенных и более информативных методик обнаружения небольших деструктивных очагов в поджелудочной железе.

3. Учитывая вероятность образования внутреннего свища и кровотечения, пациенты с кистами поджелудочной железы должны подвергаться своевременно интервенционной или открытой цистэктомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов М.В. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы : рук-во для врачей / М.В. Данилов, В.Д. Федоров. — М.: Медицина, 2003. — С. 343—355.

2. Калтаев К.К. Желудочно-кишечные кровотечения при кистах и свищах поджелудочной железы / К.К. Калтаев // Клиническая медицина. — 1986. — № 3. — С. 112—114.

3. Колесникова Е.К. Компьютерная томография в дифференциальной диагностике кист поджелудочной железы / Е.К. Колесникова, В.М. Самойленко, А.Б. Итин // Клиническая хирургия. — 1986. — № 1. — С. 30—32.

4. Прокоп М. Кистозные поражения поджелудочной железы / М. Прокоп, М. Галанаш. — М.: МЕДпресс-информации, 2007. — С. 314—315.

С.С. Петрова, Д.Б. Гатыпова, А.С. Тулесонова, В.М. Болдогуев, Э.А. Алексеева, Л.Н. Шантанова

ВЛИЯНИЕ РАСТИТЕЛЬНОГО СРЕДСТВА «ДИККАР» НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ПОВРЕЖДЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У БЕЛЫХ КРЫС НА ФОНЕ ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА

*Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние десятилетия значительный рост психо-соматических заболеваний, по мнению большинства исследователей, обусловлен депрессией компенсаторно-приспособительных механизмов и несостоятельностью систем поддержания гомеостаза организма человека, [2, 3]. Перспективным направлением является использование с лечебно-профилактической целью адаптогенных средств, обеспечивающих повышение неспецифической резистентности организма человека к действию стрессорных факторов различной природы. Известно, что арсенал лекарственных средств тибетской медицины содержит значительное количество препаратов, обладающих тонизирующими свойствами. Одним из таких средств является пропись под названием «зо-му-шин». Нами на основании этой прописи было разработано четырехкомпонентное средство в виде 28%-ной настойки, условно названное «Диккар». В состав средства входит сырье следующих видов растений: корни и корневища девясила высокого, корневища имбиря лекарственного, плоды кардамона среднего, древесина караганы гривастой.

Целью настоящего исследования явилась оценка гастропротективного действия растительного средства при 24-часовом иммобилизационном стрессе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на крысах линии Wistar разных полов массой 160—170 г. Животные были разделены на 3 группы: 1-я — интактные животные (n = 6); 2-я — контрольные животные, которых