

фильтрацией в печени и поджелудочной железе. Основное заболевание – хронический холецистит. Осложнение – массивный холестаз: массивная гибель описторхов, пробки из паразитов и конкрементов размером 0,5×0,3×0,2 см, дистрофия гепатоцитов с очагами некроза».

Борьба с описторхозом включает в себя ряд мероприятий. Среди них главным является: оперативная оценка эпидемиологической ситуации в данной местности, санитарная пропаганда, планирование и проведение противоэпидемических мероприятий. Основные пути снижения заболеваемости заложены, в первую очередь, в санитарно-просветительной работе среди населения и, соблюдения строгих правил приготовления в пищу рыбы, а во вторую – в организации активного выявления ранних стадий заболевания.

Состояние среднемолекулярных пептидов плазмы крови у больных с острым нарушением мозгового кровообращения

Хаупшева М.М.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

В последние десятилетия все большее внимание уделяется так называемым «средним молекулам», представителям кислоторастворимой фракции крови, расцениваемым как универсальные критерии эндогенной интоксикации. В связи с этим определенным интерес представляет изучение уровня среднемолекулярных пептидов (СМП) у больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).

Под наблюдением находилось 23 больных с ОНМК по ишемическому типу в возрасте от 38 до 78 лет. Мужчин было 15, женщин – 8. Развитию ОНМК у всех больных предшествовала артериальная гипертония в течение 3–18 лет. У 5 больных выявлен сахарный диабет, у 4 больных – перенесенный инфаркт миокарда. Определение уровня СМП в плазме крови проводилось на 1–3, 7–10, 21–23 сутки с момента развития мозговой «катастрофы». За показатели нормы принят интервал от 0,250 до 0,270 оптических единиц (ОЕ), установленный при обследовании 40 здоровых лиц.

Проведенные исследования показали, что в 1–3 сутки заболевания у всех больных выявлено повышение уровня концентрации средних молекул. При этом наиболее значительное повышение отмечалось у больных, развитие острого сосудистого заболевания которых сочеталось с декомпенсацией сахарного диабета. У таких больных уровень СМП превышал показатели здоровых лиц на 0,204–0,214 ОЕ. У больных с инфарктом миокарда в анамнезе уровень СМП превышал показатели условной нормы на 0,170–0,194 ОЕ.

Анализ результатов исследования уровня концентрации средних молекул на 7–10 сутки с момента развития ОНМК показал, что их уровень все ещё отличается от показателей условной нормы, хотя наблюдается тенденция к его снижению. Менее значимое снижение наблюдалось у больных, острому сосудистому заболеванию которых сопутствовал сахарный

диабет, а также у больных с сопутствующими заболеваниями инфекционно-воспалительной природы. Изучение уровня СМП на 21–23 сутки показало, что у 12 больных показатель укладывался в интервал условной нормы, у 3 больных оказался несколько ниже, а у 7 – оставался достаточно высоким. В число последних 7 больных входили 4 больных с сахарным диабетом, двое больных с постинфарктным кардиосклерозом, а также 1 больной с осложнением гнойно-воспалительного характера. У одного больного уровень СМП на 23 сутки оказался выше показателя уровня СМП на 1 сутки, что было обусловлено развитием повторного ОНМК.

Таким образом, изучение уровня концентрации средних молекул в сыворотке крови в динамике у больных с ОНМК выявило его значительное повышение в первые сутки с момента развития заболевания, тенденцию к снижению на 7–10 сутки, и приближение к уровню нормальных величин на 21–23 сутки. Колебания уровня СМП зависят от характера клинического течения ОНМК, наличия сопутствующей патологии и осложнений.

Инфекционный риск медицинских технологий

Хромова Н. Л.

МУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского», Кемерово

Изучение инфекционного риска применяемых медицинских технологий велось в отделении эндоскопической хирургии и отделения печеночной хирургии в МУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского».

В отделении печеночной хирургии выполняется в среднем 1100 операций в год, из которых до 400 и более – лапароскопические холецистэктомии (ЛХЭ) (40–46%). ЛХЭ представляет собой оперативное удаление пораженного желчного пузыря с использованием эндоскопической аппаратуры. За период с 1996 по 2003 г.г. всего выполнено 3230 ЛХЭ.

По степени агрессии лечебно-диагностического процесса медицинские технологии в отделении печеночной хирургии разделяются две группы: 1 – высокотравматичные, куда вошли традиционные «открытые» операции, проводимые в отделении; 2 – малотравматичные – эндоскопические технологии, включающие в себя ЛХЭ и лапароскопию, выполняемые в отделении.

Критерием отнесения операций в ту или иную группу являлось отсутствие или наличие широкого полостного разреза, который определяет более высокую степень травматизации тканей и, как следствие, большую выраженность хирургического стресса.

По степени инвазии применяемые в отделении печеночной хирургии медицинские технологии были отнесены к следующим группам: высокоинвазивные (эндоскопические операции, выполненные на органах брюшной полости, в частности ЛХЭ) и низкоинвазивные (традиционные открытые операции в этом же отделении).

Высокая степень инвазии данной технологии объясняется использованием большого количества

разнообразной аппаратуры и устройств, которые применяются для проведения операции, исключая широкий полостной разрез. При этом остаются проблемы с дезинфекцией и стерилизацией данной высокочувствительной аппаратуры, которые могут нести высокий вероятный риск инфицирования пациентов потенциальными возбудителями внутрибольничных инфекций (ВБИ).

Отделение эндоскопической хирургии ежегодно выполняет свыше 900 эндоскопических вмешательств на желудочно-кишечном тракте, из которых до 40 % составляет проведение операции ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ). РХПГ представляет собой прямой доступ в желчные пути при помощи эндоскопа, с последующим одновременным проведением рентгеноскопического и/или рентгенографического исследования. За период с 1996 по 2003 г.г. всего выполнено 2901 РХПГ.

РХПГ является малотравматичной, высоко инвазивной медицинской технологией. Малая степень хирургической агрессии обусловлена выполнением оперативного вмешательства через естественные физиологические отверстия. Метод является инвазивным, так как сопровождается использованием оборудования, которое трудно адекватно дезинфицировать и стерилизовать.

Применение малотравматичных эндоскопических вмешательств, позволило существенно снизить послеоперационные осложнения, в том числе и ВБИ. Однако, широкое внедрение инвазивных диагностических и лечебных вмешательств неизбежно приводит к росту ВБИ, связанных с ними. Для уменьшения заболеваемости ВБИ необходимо проводить оценку инфекционного риска медицинских технологий. Для этого проводится: описание медицинской технологии, применяемых аппаратов и материалов; расчет удельного веса изучаемой медицинской технологии в структуре всех медицинских пособий; выявление заболеваемости ВБИ в группе пациентов, которым применялась изучаемая технология; определение суммарной заболеваемости ВБИ после всех выполняемых медицинских вмешательств; расчет добавочного и относительного рисков присоединения ВБИ, связанных с изучаемой медицинской технологией; сравнительная оценка риска изучаемой медицинской технологии; микробиологическое мониторирование изучаемой технологии и эпидемиологическая оценка результатов; эпидемиологическое заключение о риске инфицирования пациента или персонала в процессе выполнения изучаемой медицинской технологии; эпидемиологическая коррекция медицинской технологии; оценка эффективности эпидемиологических мер.

Таким образом, оценка инфекционного риска является необходимым условием безопасного применения сложных медицинских технологий.

Эндолимфатическая и лимфотропная антибиотикотерапия в комплексном лечении разлитого перитонита

Хуранов А.А.

Нальчик

Лечение гнойного перитонита остается одной из важнейших проблем абдоминальной хирургии. В результате лечения 52 больных с разлитым гнойным перитонитом мы применяли эндолимфоантибиотикотерапию в сочетании с другими методами детоксикации.

К эндолимфатическому введению антибиотиков, как правило, приступали со второго - третьего дня после операции, если внутримышечные и внутривенные их введения оказывались недостаточно эффективными. Для эндолимфатического введения использовали следующие антибиотики: гентамицин 80мг/в сутки; цепорин 1000 мг/ в сутки; канамицин 500.000 ед. 2 раза в сутки; ампициллин 500.000 ед. 2 раза в сутки. Инфузию лекарственных препаратов осуществляли со скоростью от 0,5 до 1,0 мл/ мин. Используем отечественные шприцевые дозиметры типа «Вита». Препараты вводили в разовой дозе, 1-2 раза в сутки в течение 5-7 дней. Успех прямой антеградной эндолимфатической терапии зависит от надежной катетеризации сосуда, для чего необходимо применение прецизионной техники и оптических устройств. Существующий способ катетеризации сосудов в области стопы, голени не всегда удаётся выполнить из-за рассыпчатого анатомического расположения лимфатических сосудов на стопе. Таких больных было 22. Им проводилась лимфотропное введение антибиотиков по методике Левина Ю.М.

В последние годы при лапаротомиях для эндолимфатического введения антибиотиков используем один из брыжеечных лимфоузлов. Для этого, выбранный депульпированный лимфоузел катетеризируем тоненькой трубочкой, которую выводим наружу через рану.

У всех больных мы проводили клинико-биохимические исследования, определение уровня средних молекулярных масс (СММ), лейкоцитарный индекс интоксикации, динамику цитохимических показателей функционального состояния лейкоцитов.

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что комплексная терапия разлитого гнойного перитонита более эффективна при эндолимфатическом введении антибиотиков. Об этом говорят уменьшение эндогенной интоксикации по показателям лейкоцитарного индекса интоксикации, средних молекулярных масс, температурной реакции организма, числа сердечных сокращений и других параметров.

Под воздействием эндолимфатической антибиотикотерапии раньше наступало улучшение самочувствия больных, нормализация клинико-физиологических показателей, сна, активности пациентов, повышение фагоцитарной активности лейкоцитов, улучшение цитохимических метаболических параметров нейтрофилов по сравнению с группой больных, которым антибиотикотерапия проводилась традиционным способом.