чения ИБГМ больным выполняли каротидную эндартерэктомию и экстраторакальную реконструкцию подключичной артерии.

Наиболее серьезными осложнениями хирургического лечения ИБГМ у больных АГ являлись ишемический и геморрагический инсульт, острый инфаркт миокарда. В 1 группе у больных частота встречаемости ишемического инсульта была 5,6%, во 2-й группе - 2,9%. У больных с низкой метаболической толерантностью к гипоксии в госпитальный период лечения встречались случаи острого инфаркта миокарда – в 1 группе с частотой 5,6%, а во 2-й группе с частотой 2,9%. Системные осложнения в 1 группе встречались в 25,1% и во 2-й группе – в 11,6%. Таким образом, жизнеопасные осложнения чаще других наблюдались в 1 группе и превышали аналогичный показатель во 2 группе в 2 раза. Локальные осложнения, связанные с зоной оперативного вмешательства, чаще других имели место во 2-й группе. Так, инфекционные раневые осложнения наблюдались в 8,6%, ранний тромбоз внутренней сонной артерии в 2,9%, гематома мягких тканей в 2,9%. Нарушения функций черепных нервов в наибольшем проценте случаев имели место в 1 группе. Так, неврологическая симптоматика в 1 группе встречалась в 14%, во 2-й группе – в 8,7%.

Таким образом, у больных ИБГМ и АГ с низким функциональным резервом мозгового кровообращения и быстрым переходом энергопродукции тканей с аэробного на анаэробный механизм при нагрузках эффективность хирургического лечения стенозирующих и окклюзирующих поражений мозговых сосудов была ниже, что требует дополнительной фармакотерапевтической коррекции метаболической устойчивости организма к гипоксии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО И ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И НИЗКИМ АНАЭРОБНЫМ ПОРОГОМ

Дюжиков А.А., Терентьев В.П., Сергиенко А.И. Ростовский государственный медицинский университет, Ростовская областная клиническая больница

Целью работы явилось изучить эффективность комплексного хирургического и фармакотерапевтического лечения ишемической болезни головного мозга (ИБГМ) у больных артериальной гипертензией (АГ) в ранний послеоперационной период. После оценки результатов компрессионной, холодовой и нагрузочной проб больные ИБГМ и АГ была выделена группа пациентов с низким функциональным резервом мозгового кровообращения и быстрым переходом энергопродукции тканей с аэробного на анаэробный механизм при нагрузках. Далее среди пациентов выделяли две подгруппы: І группу составили пациенты, которым хирургическая коррекция мозгового кровообращения выполнялась в комплексе с до-, интра- и послеоперационной метаболической защитой мозга даларгином и реамберином; II группу составили пациенты, которым хирургическая коррекция выполнялась при традиционной схеме реанимационного пособия после операции. 1 мл даларгина, разведенного в 5 мл физиологического раствора, вводили внутривенно через 2-3 минуты до выключения кровотока в оперируемом артериальном сегменте. Внутривенные инфузии реамберина (400 мл, 1,5% раствор) проводили за два дня до операции и в первые 7 дней послеоперационного периода.

На начальном этапе анализа вычисляли абсолютный риск развития системных осложнений или вероятность того, что у больного разовьется системное осложнение в ближайший после операции период. Так, абсолютный риск развития системных осложнений в 1 группе составил 0,03, а во II группе- 0,28. Снижение абсолютного риска развития системных осложнений в ближайший период в 1 группе по сравнению со ІІ группой составило 0,25. Число больных, которых нужно лечить с применением метаболической защиты мозга, чтобы избежать один неблагоприятный исход (системное осложнение) имело значение 3,98. Относительный риск развития системного осложнения в 1 группе по сравнению со 2 группой имел значение 0,09. Так как показатель относительного риска был меньше 1, то можно говорить о том, что риск развития осложнений в 1 группе был низким. Снижение относительного риска развития осложнений в 1 группе по сравнению со 2 группой составило 0.91.Отношение шансов развития системных осложнений в 1 группе составило 0,07. Указанный показатель отношения шансов был ниже 1. следовательно эффективность хирургического лечения в 1 группе была высокой.

Итак, присоединение фармакотерапевтической коррекции метаболической устойчивости к гипоксии повышает эффективность хирургического лечения ИБГМ у больных с АГ.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МИКРОБИОЛОГИИ ПРОМЕЖНОСТНОЙ РАНЫ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Загиров У.З., Абдулаев Ш.А., Загирова Н.Н. Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала

Изучена микробиология промежностной раны у 251 больных острым парапроктитом в ближайшем послеоперационном периоде. Контрольную группу составили 128 пациентов, которые получали традиционное местное антибактериальное лечение послеоперационной промежностной раны, основную группу представили 82 пациентов, которым, это лечение проводилось на фоне электромагнитных полей низкой интенсивности.

По нашим данным микрофлора промежностной раны имела смешанный характер и широкая вариабельность чувствительности к различным антибактериальным препаратам. Исходная микрофлора раны оказалась не чувствительной к пенициллину (64%), ампициллину (29%), канамицину (22%), в тоже время она имела наибольшую чувствительность к линкомицину (68%), цефазолину (75%) и ципрофлоксацину (87%).

На 3 сутки после операции в контрольной группе пациентов микробная обсемененность промежностной раны составила 10-7 микробных тел, а уровень чувствительности микрофлоры к пенициллину составлял 34,3%, ампициллину- 64,5% и канамицину-78,2%. В основной группе больных к этому сроку показатели микробной обсемененности раны, хотя превышала критический уровень, были значительно ниже, чем в контроле, и составили 10-6 микробных тел в 1 мл отделяемого. В этой группе пациентов параллельно уменьшению бактериальной флоры, наблюдалась тенденция к повышению уровня чувствительности микрофлоры: к пенициллину с 36,7% до 37,5%, ампициллину с 65,5% до 69,0% и канамицину с 80,7% до 83,3%.

На 5 сутки лечения в контрольной группе пациентов традиционное лечение явно не повлияло на снижение частоты обнаружения микробных тел, что составило 0-6 в 1 мл отделяемого из раны. В тоже время в основной группе больных к этому сроку «Микробное число» снизилось до 10-4, и одновременно продолжалось повышение чувствительности микрофлоры раны к антибиотикам.

Действие МФ на микрофлору ран наиболее отчетливо проявлялось к 7 суткам лечения. Если в контрольной группе уровень микробной обсемененности составил 10-5 микробов, то в основной группе к этому сроку количество микроорганизмов в 1 мл раневого отделяемого было значительно меньше и составило 10-2 микробных тел. К этому сроку у пациентов контрольной группы по отношению с предыдущим сроком исследования продолжалось снижение уровня чувствительности микробов по всем штаммам к антибиотикам. У пациентов основной группы, наоборот, наблюдалось повышение чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Следует заметить, что при этом эффект магнитофореза на повышение чувствительности микрофлоры к антибиотикам был тем выше, чем ниже был исходный (до начала лечения) ее уровень.

К 10 суткам в контрольной группе пациентов наблюдалось уменьшение бактериальной обсемененности раны ниже критического уровня - 10-3 микробов в 1 мл отделяемого. Уровень чувствительности микрофлоры как во всех сроках наблюдения продолжает снижаться.

У пациентов основной группы к этому сроку, по видимому, эффект воздействия магнитофореза на чувствительность микрофлоры к антибиотикам исчерпывается и отмечается снижение этого показателя. Немаловажное значение в снижении чувствительности микробов к антибиотикам по видимому играет присоединение к микробному пейзажу промежностной раны «госпитальной инфекции».

Таким образом, что электромагнитные поля низкой интенсивности способствуют повышению восприимчивости микрофлоры гнойной раны к антибиотику, если исходная культура была к нему чувствительна. Под воздействием магнитофореза микробная обсемененность промежностной раны значительно снижается по сравнению с контрольной группой пациентов.

УСТРОЙСТВО ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА

Загиров У.З., Магомедов З.М., Далгатов Г.М., Загирова Н.Н., Шахназарова З.А., Иминов М.О. Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала

Дифференциация послеоперационных моторноэвакуаторных нарушений кишечника имеет большое значение в определении тактики их лечения. Лечение динамической непроходимости кишечника в основном консервативное, прибегать к оперативному вмешательству следует лишь тогда, когда все методы медикаментозного лечения исчерпаны. В случае ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости своевременное оперативное лечение предотвращает возникновение тяжелых осложнений.

Используемый до настоящего времени метод баллонографии основан на измерении давления в баллоне, помещенном в просвет изучаемого отдела желудочно-кишечного тракта, и позволяет лишь качественно характеризовать моторную активность кишечника. При этом получаемые показатели суммарно отражает и внутриполостное давление, и непосредственное воздействие на баллончик сокращающихся мышц кишечника, следовательно, истинных значений внутриполостного давления с помощью этого метода зарегистрировать не удается.

Метод «открытого катетера» позволяет получить точные данные о величине полостного давления в участке кишки, где расположен открытый конец катетера. Этот метод также адекватно не характеризует моторной активности участка кишки, потому что истинные величины давления, выявляемые методом открытого катетера, линейно зависят от моторной активности, а высокая моторная активность приводит к повышению давления лишь в том сегменте кишки, который либо герметично закрыт, либо имеет значительное сопротивление на выходе. Если же сокращения мышц стенки кишки ведут к свободному перемещению содержимого, то существенных изменений внутрикишечного давления не происходит даже при максимальной моторной активности кишечника.

Нами разработано устройство, позволяющего объективно оценить состояние функциональной активности строго локализованного отдела кишечника. Предлагаемое устройство состоит из хлорвиниловой трубки диаметром 5 мм и длиной 150 см, внутри которой содержатся два просвета. На проксимальном конце трубки один их просветов свободно открывается, а второй просвет на расстоянии 10 см сообщается с эластическим резиновым баллончиком объемом 100 мл. Дистальный конец двухпросветной трубки соединен с манометром. Для оценки моторно - эвакуаторной деятельности кишечника во время оперативного вмешательства на органах брюшной полости двухпросветная трубка своим проксимальным концом