

Таким образом, реабилитация больных способом «растяжение - растяжение, сжатие - расжатие» с грыжами межпозвоночных дисков является одним из альтернативных методов консервативного лечения компрессионных корешковых синдромов при поясничном остеохондрозе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хайретдинов М.Н. Способ реабилитации пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата. Заявка о выдаче патента РФ на изобретение № 2004120464. Приоритет 06.07.2004.

2. Юмашев Г.С., Фурман М.Е. Остеохондрозы позвоночника. – М. Медицина. 1973, – 288 с.

Работа представлена на юбилейную конференцию с международным участием «Современные проблемы науки и образования», 5-6 декабря 2005г., г.Москва. Поступила в редакцию 14.11.2005г.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ ЭФФЕРЕНТНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ: ВОПРОСЫ И ПРОБЛЕМЫ

Хохлов Е.С., Павленко В.Л.

*ГУЗ Областная детская больница,
Ростов-на-Дону*

Центр эфферентных методов терапии (ЦЭМТ) был открыт в ОДБ г. Ростова-на-Дону в 1991 году, что

было продиктовано необходимостью проведения всё возрастающего количества сложных по технологии экстракорпоральных методов детоксикации. Центр создавался для обеспечения методами заместительной почечной терапии (МЗПТ) и другими методами очищения крови детям региона Юга России. Однако, в связи со сложными финансовыми разграничениями областей, принимает больных только из Ростовской области. До сих пор данный центр является единственным на Юге России специализированным центром для детского возраста, в котором применяются все современные технологии эфферентной терапии:

1. инвазивные – гемодиализ (ГД), гемофильтрация (ГФ), гемодиализация (ГДФ), гемосорбция (ГС), плазмасорбция (ПС), плазмаферез (ПА), плазмофильтрация (ПФ), экстракорпоральная фармакотерапия (ЭФТ), УФО крови и др.

2. неинвазивные – перитонеальный диализ (ПД).

Для выполнения всех вышеуказанных операций центр оснащён системой очистки воды, аппаратами «искусственная почка» - 4 шт., сепаратором клеток крови AS-104 (производства «Fresenius», Германия), центрифугами, перфузионными насосами, инфузоматами, мониторами и др., имеет достаточное количество расходных материалов. Центр не имеет коек и проводит экстракорпоральную терапию в круглосуточном режиме после перевода больных из профильных отделений в ЦЭМТ на время операций.

Таблица 1. Данные по количеству проводимых операций

Больных в год	проводятся	операций в год
ТХПН- 5-10	ГД;ГДФ	800-1000
ОПН - 10-15	ПА;ГД;ГДФ	100-150
ГУС - 3-6	ПА;ПД	
Аллергологические состояния-30-40	ПА;ПС	100-150
Септические-25-30	ПА;ПФГФ;ЭФТ;УФО	200-500
Токсикологические-15-30	ГС;ПА;ПФ;ГД	150-200

Примерно 60% больным с ТХПН ГД проводится в стационарных условиях в связи с тяжестью состояния и отсутствия постоянного сосудистого доступа. Лишь 40% этих больных проводится ГД амбулаторно. Довольно частой причиной стационарного ГД является отдалённое место жительства больного, что приводит к увеличению койко-дня, повышает стоимость лечения, снижает эффективность терапии. Решить данную проблему можно было бы с помощью применения постоянного амбулаторного перитонеального диализа (ПАПД) проводимого по месту жительства. Однако, к сожалению расходный материал для ПАПД не закупается. Необходимость проведения ПАПД возникает у 3-5 больных с ТХПН в год, в связи возрастом, трудностями формирования постоянного сосудистого доступа. По мнению ведущих западных специалистов применение ПАПД у детей младшего возраста с ТХПН является методом выбора. Эффективность применения ПД у детей с ОПН до 3 лет с ГУС достаточно убедительна: из 28 больных при использовании ГД летальность 14,29%, при ПД у 31 больного-летальности нет.

Выводы:

1. Организация Центров эфферентной терапии, концентрация в данных центрах высокотехнологичного дорогостоящего оборудования и квалифицированных кадров значительно позволяет повысить эффект терапии, уменьшить летальность.

2. Обширность показаний к проведению эфферентной терапии у детей в самых разных областях медицины (неонатология, нефрология, дерматология, соматика, аллергология, токсикология, реаниматология и др.) определяет самые высокие требования к профессиональной подготовке врачей, занимающихся вопросами эфферентной терапии и по-видимому требует выделения этой области в отдельную специальность.

3. Наличие в одном регионе достаточно оснащенного центра с функцией «регионального центра» позволит обеспечить всех нуждающихся детей региона в МЗПТ. В случае федерального подчинения уже имеющихся отделений и центров для детей, с централизованной закупкой оборудования и расходного материала, исключит имеющиеся проблемы по переводу больных из областей и республик региона. На базе этих отделений целесообразно создание организаци-

онно-методических центров по внедрению новых методов эфферентной терапии, обучению персонала и ведению больных прежде всего требующих ПАПД.

Работа представлена на юбилейную конференцию с международным участием «Современные проблемы науки и образования», 5-6 декабря 2005г., г.Москва. Поступила в редакцию 09.11.2005г.

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ЭПИДИДИМООРХИТА

Шорманов И.С., Яценко А.В.

*Кафедра урологии Ярославской
государственной медицинской академии,
Ярославль*

Введение. Острый эпидидимоорхит относится к наиболее частым заболеваниям мужских половых органов. Среди всех больных, госпитализированных в урологический стационар, его доля составляет 4 – 5%. При этом, несмотря на проводимое лечение, вероятность возникновения гнойно-деструктивных форм этого заболевания остается высокой. Это часто приводит к необходимости выполнять органоуносящие операции, что является не только фактором, наносящим ущерб физическому здоровью, но и серьезной психической травмой для пациента.

Целью настоящего исследования является оценка эффективности применения гипербарической оксигенации в комплексном лечении острого эпидидимоорхита.

Материалы и методы. Мы проанализировали истории болезни двух групп пациентов с острым эпидидимоорхитом, находившихся на лечении в урологическом отделении МСЧ ОАО «Автодизель» в период с 2002 по 2005гг. Первую (контрольную) группу составили 32 пациента в возрасте от 21 до 63 лет получавшие стандартное лечение – антибактериальные и противовоспалительные средства, димексидовые аппликации. Распределение больных по причине эпидидимита в этой группе было следующим: 20 пациентов после ТУРДГПЖ, 7 пациентов на фоне обострения хронического простатита, 4 пациента на фоне ОЗМ и катетеризации мочевого пузыря, 1 пациент после оперативного лечения водянки оболочек яичка на фоне хронического эпидидимита.

Вторую (основную) группу составили 15 пациентов в возрасте от 19 до 68 лет, средний возраст 53,7 лет. Из них у 10 больных эпидидимоорхит был следствием трансуретральных эндоскопических вмешательств на предстательной железе, у 3 пациентов острое воспаление придатка яичка возникло как следствие обострения хронического простатита, у 1 - как

следствие катетеризации мочевого пузыря на фоне ОЗМ, 1 больной был оперирован по поводу водянки оболочек яичка. К лечению больных этой группы с первого дня подключали ГБО(5-7 сеансов по 45-55 мин. ежедневно при давлении 1,6-1,9 ата в барокамере типа «БЛКС 301»)

Для оценки эффективности лечения мы сравнивали уровень лейкоцитов крови; срок от начала лечения до нормализации температуры тела; долю больных, подвергнутых оперативному лечению в каждой группе. Показанием к операции служила отрицательная динамика клинико-лабораторных показателей и данных УЗИ, заставившая заподозрить гнойный процесс в придатке.

Полученные результаты. При УЗИ исследовании органов мошонки пациентов основной группы у всех больных исходно определялось увеличение придатка в размерах, в большинстве случаев за счет его головки. Абсцесс придатка при УЗИ выглядел как объемное образование пониженной эхогенности с неровными контурами. В подавляющем большинстве случаев определялась реактивная водянка оболочек яичка. Лейкоцитоз крови в основной группе колебался от $10,2$ до $28,8 \times 10^9/\text{л}$ и составлял в среднем $18,2 \times 10^9 \pm 1,45$.

В контрольной группе УЗИ признаки острого воспаления придатка яичка были теми же. Уровень лейкоцитов крови в этой группе колебался от $9,8$ до $31,8 \times 10^9/\text{л}$. Среднее значение - $13,5 \times 10^9 \pm 0,95$.

В процессе лечения лейкоцитоз крови больных основной группы снизился в среднем с $18,2 \pm 1,45$ до $7,2 \pm 3,93$, т.е. на 60% ($p < 0,02$). В контрольной группе уровень лейкоцитоза снизился в среднем с $13,5 \pm 0,95$ до $8,9 \pm 0,22$, т.е. на 35% ($p < 0,001$). Температура тела нормализовалась у пациентов первой группы в среднем на 6-е сутки от начала лечения, во второй группе этот показатель составил 4 суток. В процессе лечения у некоторых пациентов не удалось избежать абсцедирования эпидидимоорхита, вследствие чего они были прооперированы. Из пациентов основной группы 2 больным (13%) выполнена операция. В контрольной группе операции подвергнуто 8 (25%) человек.

Выводы. Таким образом, анализ результатов исследования свидетельствует о высокой эффективности ГБО в комплексном лечении острого воспаления придатка яичка. Использование гипербарической оксигенации реально позволяет снизить сроки госпитализации больных и вероятность возникновения осложнений форм острого эпидидимоорхита.

Работа представлена на юбилейную научную конференцию с международным участием «Современные проблемы науки и образования», 5-6 декабря 2005г., г. Москва. Поступила в редакцию 28.11.2005г.