

АНАЛИЗ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХОЛАНГИОЛИТИАЗЕ С ПОМОЩЬЮ ШКАЛЫ ВЕРБАЛЬНЫХ ОЦЕНОК

Муслов С.А., Ярема И.В., Фомин В.С.

*Московский государственный медико-
стоматологический университет
Москва, Россия*

Неоперативные методы удаления желчных камней, среди которых литоэкстракция играет важную роль, становятся все более предпочтительными к применению, а при наличии абсолютных противопоказаний к открытой операции (рискованной или непереносимой) – едва ли не единственно возможными способами лечения холангиолитиаза. На сегодняшний день ключевые вопросы показаний и техники бескровных методов в основном решены и достаточно полно освещены в литературе, а клиницисты полагают определёнными теоретическими знаниями, оснащением и практическим опытом. Однако возросшие требования к качеству лечения и жизни показали, что и эти процедуры не могут рассматриваться как совершенно безболезненный и безопасный способ избавления больных от камней и не всегда гарантируют отсутствие осложнений.

Накапливая собственный опыт клинических наблюдений, мы полагаем, что шкала вербальных оценок для оценки болевого синдрома у пациентов при манипуляциях по извлечению желчных камней должна быть пятибалльной и выглядеть следующим образом: дискомфорт в правом подреберье и абдоминальной области – 1 балл; слабая боль – 2 балла; средняя боль – 3 балла; сильная боль – 4 балла; очень сильная непереносимая боль – 5 баллов. На наш взгляд такая характеристика интенсивности боли и ее клинических проявлений полнее описывает спектр болевых ощущений, к которым С.П. Боткин (1950) применял следующие термины “сильная боль”, “сильно страдает”, “мучается”, “боли доходят до большой силы”.

В нашем исследовании 33 пациентам в возрасте от 31 до 60 лет, испытавшим висцеральные боли по типу желчной колики вследствие манипуляций при экстракции желчных камней была предложена анкета для выбора вербальных формулировок для обозначения интенсивности болевого синдрома. В своих ответах респонденты самооценкой дали ответы об интенсивности и характере боли по пятибалльной вербальной шкале. Введение катетера при чрезфистульном, чрездренажном удалении камней производилось под рентгенотелевизионным контролем, а петля вводилась в закрытом положении. Захват камня осуществлялся продвижением рабочей части корзинки вдоль и за него, раскрытием экстрактора и последовательными возвратно-поступательными и ротационными движениями вокруг оси до надёжного захвата. После этого желчные камни транспортировались и извлекались наружу. При

манипуляциях имело место то или иное воздействие на стенку желчных путей, ее значительная дилатация, а иногда и повреждение целостности слизистой оболочки протоков, что приводило к стимуляции болевых механорецепторов и болевому синдрому у пациентов. Таким образом, мы рассматриваем в качестве основного патогенного фактора билиарной боли при внутрипросветных вмешательствах по поводу холангиолитиаза растяжение стенок протоков, то есть физическое (механическое) воздействие. Боли локализовались, как правило, приблизительно в области манипуляций, в правом подреберье, эпигастрии с иррадиацией в спину или лопатку (правую подлопаточную область). Приступ таких острых болей носил характер желчной колики, чаще отмечался и был интенсивнее у пациентов группы сравнения – $3,05 \pm 0,45$ по пятибалльной шкале, литоэкстракция у которых производилась жесткими петлями Dormia из медицинских сталей. После окончания желчной колики часто длительно удерживалась тупая боль с характерной иррадиацией, вероятно связанной с повреждением слизистой внепеченочных желчных протоков инструментом и камнем. У больных в основной группе, вмешательства у которых выполнялись щадящими сверхэластичными литоэкстракторами с памятью формы из никелида титана болевой синдром был менее интенсивным – $2,15 \pm 0,55$ и кратковременным, а иногда вообще отсутствовал ($p \leq 0,05$).

Известно, что на выраженность боли влияют особенности индивидуального восприятия боли (порог болевой чувствительности). Рассматривая в патогенезе билиарной боли механические факторы, E. Gaensler (1951), W.G. Li. et al (2008) и др. связывали болевой порог с величиной давления в билиарной системе 15-60 мм.рт.ст. Давление примерно в 25 мм.рт.ст. называл в качестве болевого синдрома Н.Б. Губергриц (2007). Согласно В.А. Козлову с соавт. порог болевых ощущений не превышает 350-400 мм водного столба.

Тем не менее, принимая во внимание репрезентативность исследуемых групп как в предоперационном периоде (длительность и тяжесть заболевания, возраст и сопутствующая патология), в “объёме” премедикации и особенностей проведения анестезиологического и неоперативного пособий, а также длительности назначения анальгетической и антибактериальной терапии в послеоперационном периоде, были получены достоверные различия динамики пирогенной реакции, альгидного синдрома и продолжительности стационарного лечения в группах. Сравнительный мониторинг качества жизни до и после операции позволил выявить существенные отличия в изменении индекса качества жизни оперированных больных в основной группе и группе сравнения.

Работа представлена на IV научную международную конференцию «Медицинские, социальные и экономические проблемы сохранения здоровья населения», Кемер (Турция), 24-31 мая 2008 г. Поступила в редакцию 29.04.2008.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ В КЛИНИКЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

Парфёнова М.А., Бабкина В.И., Силина Л.В.,
Шеховцова Н.А.

*Курский государственный медицинский
университет
Курск, Россия*

Целью исследования явилось определение распространенности различных форм кожных заболеваний, выявление их связи с профессией, изучение структуры профессиональных дерматозов в г. Курске и Курской области.

Проанализированы медицинские карты 2108 пациентов, находящихся на учете в Курском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере и Курском центре профессиональных патологий в период с 2003 по 2006 гг.. Из общего числа пациентов диагноз экзема поставлен 462 обследуемым (22%), в том числе 3 пациента с диагнозом профессиональная экзема по данным Курского центра профпатологии. В ходе исследования были сформированы две группы: работающие – 201 пациент (44%) и не работающие (дети, студенты, пенсионеры) – 261 человек (56%). Среди работающих мужчины составили 82% (165 пациентов), женщины – 18% (36 человек). Заболеваемость экземой отмечена в наиболее трудоспособном социально активном возрасте – от 25 до 50 лет. По нозологической форме группа работающих с диагнозом экзема

представлена распространенной – 92 пациента (45,7%), микробной – 72 (35,8%), паратравматической – 22 (10,9%) и микотической экземой – 15 человек (7,6%). Из 92 больных с диагнозом распространенная экзема среди работающих, профессиональная экзема составляет 3,26% – 3 пациента с профессиями: старший съемщик прядильного цеха, каменщик, слесарь. Обследуемые в ходе своей трудовой деятельности контактировали с синтетическими волокнами, для обработки которых использовали 30% уксусную кислоту, этиловый спирт; для промывания – превоцелл, антистатик; выполнялась кладка кирпича, разгрузка стройматериалов; контакт с пылью смешанного состава (цемент, кварц, хром, известь, древесина); восстановление деталей эпоксидными смолами по 3 разряду вредных работ и по заточке сварочных швов абразивным кругом сухим способом. Стаж работы пациентов в неблагоприятных условиях труда больше 17 лет.

Выводы: установлена высокая распространенность экземы – 22% (462 пациента) от всех кожных заболеваний; среди работающего населения экземой страдают 44% (201); профессиональная экзема составила 3,26% от 92 пациентов с диагнозом распространенная экзема; заболеваемость отмечена в трудоспособном социально активном возрасте 25-50 лет; стаж работы в неблагоприятных условиях труда больше 17 лет; низкая выявляемость связана с отсутствием в обследовании больного анализа трудовой деятельности и факторов производства.

Работа представлена на научную международную конференцию «Научные исследования высшей школы по приоритетным направлениям науки и техники», 22-29 июня 2008 г. Поступила в редакцию 19.05.2008.

Экологические технологии

К ВОПРОСУ О РАЦИОНАЛЬНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВТОРИЧНОГО СЫРЬЯ МОЛОЧНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Медведева Е.Г., Шалбуев Д.В.
*Восточно-Сибирский государственный
технологический университет
Улан-Удэ, Россия*

При сепарировании молока, производстве сметаны, сливочного масла, натуральных сыров, творога и молочного белка по традиционной технологии получают нормальные побочные продукты – обезжиренное молоко, пахту и молочную сыворотку или «вторичное молочное сырье» (ВМС). Общие ресурсы ВМС составляют около 70 % объемов перерабатываемого молока и достигают ежегодно в России 15-20 млн. т, что требует специального подхода к организации их промышленной переработки и является основой при создании безотходных производств [1].

Принципы безотходной технологии, сформулированные комиссией ООН, в плане полезности для человека, его разумной деятельности с обязательной охраной окружающей среды, полностью относятся к молочному делу [2].

В начале XXI века ожидается совершенствование и дальнейшее углубление последних достижений в области переработки и использования всех компонентов молочной сыворотки с опорой на развивающиеся научные и технические достижения.

В ВСГТУ на кафедре «Технология кожи, меха и товароведение непродовольственных товаров» возрождается традиционная технология обработки кожевенного и мехового сырья с помощью вторичных продуктов молочной промышленности. Предлагается использование молочной сыворотки и обезжиренного молока в процессе пикелевания кожевенного и мехового сырья.