

с умеренным уровнем реактивной тревожности (с 66,7 до 22,2%, $p < 0,05$). До начала лечения высокая реактивная тревожность выявлялась в 22,2% случаев, после лечения – не отмечалась ($p < 0,05$).

Как показало исследование, до приема лекарственного препарата «Афобазол» низкая память у студентов отмечалась в 27,8% случаев, средняя – в 38,9%, хорошая – в 33,3%. На фоне лечения уменьшилась доля студентов с низкой и средней памятью (до 11,1 и до 27,8% соответственно); увеличилась доля студентов с хорошей памятью (до 61,1%).

Количество запомненных слов в 5 повторениях 20 слов теста до и после лечения «Афобазолом» представлено в таблице.

Количество запомненных слов студентами до и после приема препарата «Афобазол»

Номер повторения слов	До приема	После приема
1	11,9 ± 2,6	13,3 ± 3,4*
2	16,7 ± 2,5	17,3 ± 2,8
3	18,2 ± 1,6	18,6 ± 1,9
4	18,4 ± 1,8	19,3 ± 1,1*
5	19,3 ± 1,3	19,2 ± 1,3

Примечание: * – $p < 0,05$.

По результатам исследования, лекарственный препарат «Афобазол» не оказывал статистически значимого влияния на концентрацию и темп внимания.

Выводы

1. Высокий и умеренный уровень реактивной тревожности отмечается у 1/3 обследованных студентов.

2. Уровень реактивной тревожности отличается у студентов разных учебных подразделений и курсов, что может быть связано с различной интенсивностью учебной нагрузки и степенью адаптации к условиям обучения в вузе.

3. Применение лекарственного препарата «Афобазол» статистически значимо снижает уровень реактивной тревожности.

4. Лекарственный препарат «Афобазол» оказывает благоприятное действие на память и не влияет на концентрацию и темп внимания.

Список литературы

1. Аведисова А.С. Афобазол – безопасный препарат для лечения тревоги в общей практике // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14, №22.

2. Аведисова А.С., Ахапкин Р.В. Эффективность и переносимость терапии Афобазолом (результаты открытой мультицентровой натуралистической программы) // Русский медицинский журнал. – 2007. – Т. 15, № 4.

3. Акарачкова Е.С., Шварков С.Б. Тревога в неврологической и общесоматической практике. Современные аспекты терапии // Русский медицинский журнал. – 2007. – Т. 15, №4.

4. Акарачкова Е.С., Шварков С.Б., Мамий В.И. Афобазол в терапии вегетативных проявлений тревоги и дезадаптация у больных неврологической и общесоматической

практики // Русский медицинский журнал. – 2007. – Т. 15, №1.

5. Незнамов Г.Г., Сюняков С.А., Чумаков Д.В., Маметова Л.Э. Новый селективный анксиолитик афобазол // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2005. – Т. 105, №4.

6. Соловьева И.К. Афобазол в терапевтической практике // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т.14, №29.

7. Фаустов А.С., Щербатых Ю.В. Коррекция уровня экзаменационного стресса у студентов как фактор улучшения их здоровья // Здравоохранение Российской Федерации. – 2001. – №4.

8. Cottraux J. Recent developments in the research on generalized anxiety disorder // Curr Opin Psychiatry. – 2004. – №17.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕТИЧНЫМ ПЕРИТОНИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ТЯЖЕЛЫМ АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

Галимзянов Ф.В., Прудков М.И., Богомягкова Т.М., Лазарева М.А.

Свердловская областная клиническая больница №1, Екатеринбург, e-mail: isurg@okb1.ru

Цель исследования: изучить результаты лечения у больных третичным перитонитом, осложненным тяжелым абдоминальным сепсисом по предложенному способу хирургического лечения. Материал и методы. Настоящее исследование проведено у 76 пациентов с третичным перитонитом, тяжелым абдоминальным сепсисом, которым применялось комплексное лечение санации и дренирование брюшной полости «по программе» («предложенная нами хирургическая тактика»). Больные находились в тяжелом состоянии с выраженной полиорганной недостаточностью с высоким риском летального исхода. Хирургический метод включал лапаротомию, релапаротомию, санацию, дренирование брюшной полости, мини-лапаротомию. Результаты. Применение разработанного алгоритма хирургического лечения больных третичным перитонитом и тяжелым абдоминальным сепсисом позволило улучшить результаты лечения у 79,9% человек. Из 76 умерли 16 (21,1%) человек.

При интегральной оценке тяжести состояния у больных третичным перитонитом было выявлено, что степень полиорганной дисфункции имела равномерное течение с тенденцией к снижению. Состояние больных улучшалось с 4...6 суток нахождения в стационаре. Средний койко-день среди выживших составил $29,2 \pm 0,9$ дней, среди умерших $13,2 \pm 9,5$ дней.

Наиболее тяжелая часть больных в отделениях гнойной хирургии – это пациенты с третичным перитонитом и тяжелым абдоминальным сепсисом [3, 4, 5, 6]. Не последнее место в комплексном лечении этой тяжелой патологии занимают санации брюшной полости. Традиционно они выполняются по требованию при ухудшении клинической картины течения заболевания. Санации осуществляются при ре-

лапаротомии или видеолапароскопии [1, 2, 7]. Заканчивается оперативное вмешательство пассивным дренированием брюшной полости трубчатыми дренажами [4].

Цель исследования: изучить результаты лечения у больных третичным перитонитом, осложненным тяжелым абдоминальным сепсисом по предложенному способу хирургического лечения. Нами предлагается способ хирургического лечения больных третичным перитонитом, осложненным тяжелым абдоминальным сепсисом (патент №2342085, зарегистрирован в Государственном реестре изобретений Российской Федерации г. Москва, 27 декабря 2008 г.) и способ дренирования брюшной полости (патент № 2364347, зарегистрирован в Государственном реестре изобретений Российской Федерации г. Москва, 20 августа 2009 г.).

Группа больных, которым проводилось лечение по предложенной нами хирургической тактике (санации брюшной полости «по программе»), состояла из 76 человек. Средний возраст больных – $47,1 \pm 12,2$ лет. Мужчин было 40, женщин – 36 человек.

Показатели лабораторных исследований рассматривались по системам в совокупности с общеклиническими проявлениями заболевания, полиорганной недостаточностью (ПОН), выраженную в баллах по шкалам «Екатеринбург-2000», SOFA, APACHE II.

Лечение по предложенной хирургической тактике (санации брюшной полости «по программе») проводилась у больных третичным перитонитом и тяжелом абдоминальном сеп-

сисе при наличии фибринозно-гнояного или гнойного характера экссудата, примесей желчи, содержимого тонкой, толстой кишки; анаэробном перитоните; высоком риске несостоятельности швов полых органов на фоне разлитого перитонита; невозможности одномоментной ликвидации источника перитонита; состоянии лапаротомной раны, не позволяющей закрыть дефект передней брюшной стенки (флегмона, инфильтрат); синдроме интраабдоминальной гипертензии.

Оперативное вмешательство осуществлялось следующим образом. Проводилась срединная релапаротомия, обеспечивающая возможность полноценной ревизии и санации всей брюшной полости. Ревизия органов брюшной полости проводилась последовательно и бережно с целью выявления источника перитонита или скопления патологического субстрата в виде формирующегося абсцесса. Патологическое содержимое удалялось, брюшная полость осушивалась. Многократно промывалась с использованием антисептиков. Промывания повторялись до «чистых вод». В среднем на санацию уходило 10...12 литров жидкости.

После первичной санации брюшной полости на левой и правой переднебоковой брюшной стенке определялось положение передней и средней подмышечных линий и между ними, на середине расстояния между свободным концом 12-го ребра и гребнем подвздошной кости, выполнялись по одному поперечному мини-разрезу длиной 3...4 см через все слои брюшной стенки (рис. 1).

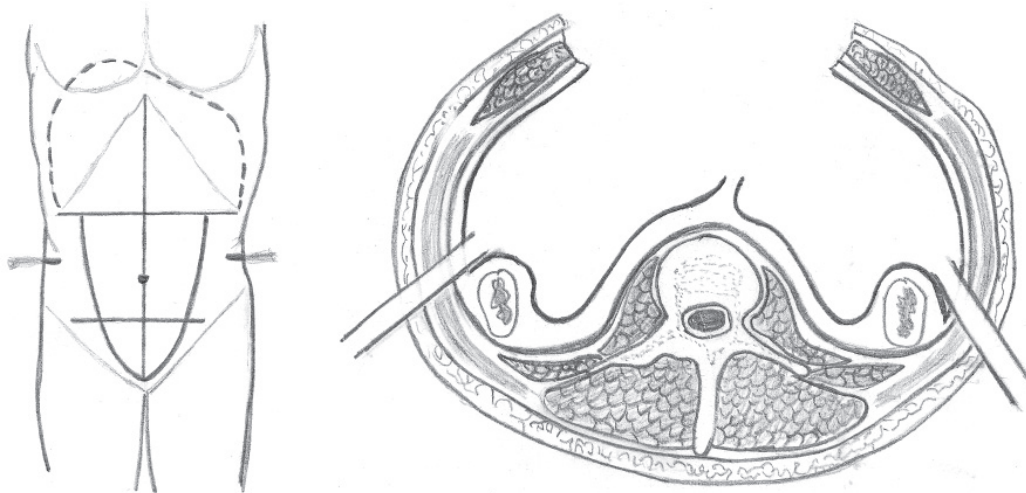


Рис. 1. Мини-доступ на переднебоковой поверхности брюшной стенки

На передней брюшной стенке (в местах традиционной установки дренажей) выполнялось два-четыре (количество зависит от наличия или отсутствия у больного сформированных) косопоперечных мини-разреза брюшной стенки длиной 3...4 см (в правом и левом подреберьях, правой и левой подвздошных обла-

стях). В каждый мини-разрез устанавливался плоский дренаж шириной 3...4 см. В качестве дренажа использовалась одна или несколько хирургических перчаток, пальцы которой располагались в брюшной полости веерообразно, а широкую часть выводила через мини-разрез наружу.

После установки дренажей укладывались петли кишечника, на них помещался большой салник (если был в наличии) и закрывался перфорированной пленкой или атравматической сеткой (сетчатая структура предотвращает прилипание пленки (сетки) к кишечнику, раневым поверхностям и салфеткам, способствует аб-

сорбции жидкости из брюшной полости). Пленка (сетка) многослойно обкладывалась салфетками, брюшная полость оставлялась открытой (открытое дренирование брюшной полости через срединный доступ брюшной стенки), гнойные края раны изолировались от брюшной полости дополнительными салфетками (рис. 2).



Рис. 2. Многослойное обкладывание салфетками пленки и передней брюшной стенки

Последующие санации проводились через срединную лапаротомную рану с интервалом 24 часа, с промыванием всей брюшной полости и заменой салфеток, пленки (сетки) и дренажей.

При полном очищении краев срединной раны и снижении внутрибрюшного давления (обычно после 2–5 плановых санаций) срединная лапаротомная рана ушивалась. В сомнительных случаях производилось провизорное (временное) ушивание брюшной полости с закреплением швов на передней брюшной стенке при помощи специальных поддерживающих пластин.

Это позволяло активизировать больного, что улучшало дренирование брюшной полости. Дальнейшие санации проводились через мини-лапаротомные разрезы раздельно по областям брюшной до полного очищения ран от гноя.

Оценка течения заболевания строилась на анализе клинико-лабораторных шкал интегральной оценки параметров физиологического состояния больного.

Характеристика тяжести состояния больных по шкалам в баллах среди выздоровевших показана на рис. 3.

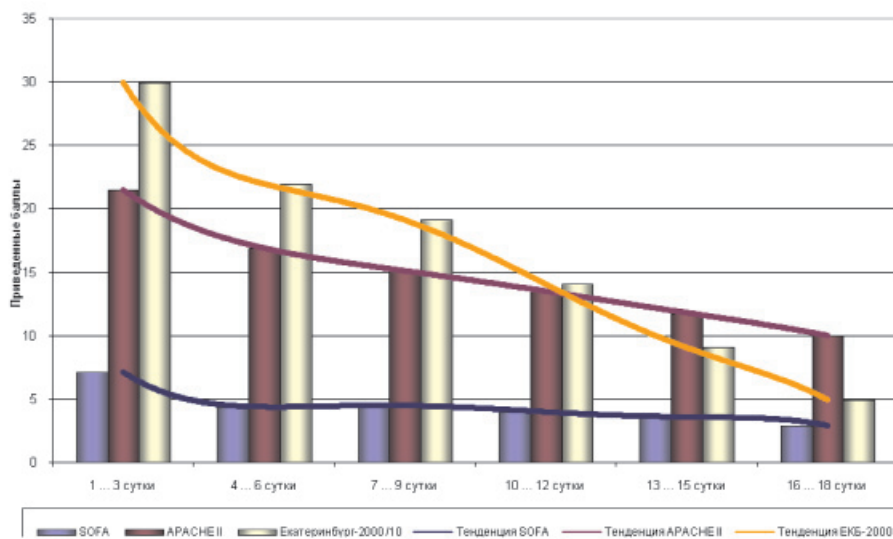


Рис. 3. Оценка динамики состояния больных с помощью шкал в баллах (выжившие)

Как видно из рис. 3, состояние пациентов оценивалось по различным шкалам как тяжелое на протяжении всего периода лечения в РАО. Положительная динамика в тяжести состояния (клинически значимый эффект) отмечалась с 4...6 суток, статистически достоверный – с 13 суток ($P < 0,1$; $P < 0,05$).

Заживление мини-лапаротомных ран, остающихся после удаления дренажей, происходило вторичным натяжением.

Количество релапаротомий в среднем на человека составило $6,4 \pm 3,62$ раза [ДИ 4,2...6,6]. Повторная релапаротомия производилась через 12...36 часов. В среднем в РАО больные лечились $10,2 \pm 6,9$ дней (выздоровевшие – $10,0 \pm 1,4$ [ДИ 9,8...10,2] и умершие $10,9 \pm 5,8$ дней [ДИ 10...11,8]).

Из 76 умерли 16 (21,1%) человек.

При интегральной оценке тяжести состояния у больных третичным перитонитом было выявлено, что степень полиорганной дисфункции имела равномерное течение с тенденцией к снижению. Состояние больных улучшалось с 4...6 суток нахождения в стационаре. Средний койко-день среди выживших составил $29,2 \pm 0,9$ дней, среди умерших $13,2 \pm 9,5$ дней.

Программные санации брюшной полости по предложенной хирургической тактике были эффективны у 79,9% пациентов.

Эта тактика не лишена отрицательных моментов и не все пациенты выздоровели, но она имеет под собой веские основания, что бы утверждать, что в большей степени идет на опережение прогрессирования патологического процесса (как местного, так и общего). При патологоанатомическом вскрытии у всех умерших пациентов отмечались либо явления купирующегося перитонита, либо на фоне прогрессирующего – отсутствие патологического субстрата в животе, адекватное дренирование брюшной полости.

Выводы

1. При определении показаний для проведения очередной санации брюшной полости у больных третичным перитонитом следует ориентироваться на течение полиорганной недостаточности (тяжелого абдоминального сепсиса) и местного статуса.

2. Для улучшения эффективности пассивного дренирования в перерывах между санациями целесообразно открытое ведение лапаротомной раны, контрапертурное дренирование боковых каналов дополнительными поперечными мини-разрезами и использование широких плоских перчаточных дренажей.

3. Активные программные санации брюшной полости через каждые 24 часа и предложенная схема дренирования брюшной полости способствует улучшению результатов лечения третичного перитонита с явлениями тяжелого абдоминального сепсиса.

Список литературы

1. Буянов В.М. Плановая послеоперационная видеолапароскопия в комплексном лечении распространенного перитонита / В.М. Буянов, Г.В. Родман, Л.А. Лаберко // Актуальные проблемы и перспективы развития эндохирургии. Материалы 2-го конгресса Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. – СПб.: Человек и здоровье. – 1998. – С.15–17.
2. Лапароскопическая санация брюшной полости как дополнение и альтернатива этапных лаважей брюшной полости при перитоните / А.И. Лобаков, А.В. Ватазин, В.П. Филижанко, В.Б. Грингауз // Второй Моск. междунар. конгр. по эндоскоп, хирургии. – М., 1997. – С. 176-177.
3. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Перитонит: практическое руководство. М.: Изд-во «Литера», 2006.
4. Савельев В.С. Релапаротомия в хирургии распространенного перитонита / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, П.В. Подачин., В.А. Ступин // Инфекции в хирургии. – 2007. – Т. 5, № 3. – С. 6–13.
5. Шапошников В.И. К вопросу лечения терминального распространенного гнойного перитонита / В.И. Шапошников, А.Я. Коровин // Харьковская хирургическая школа. – Харьков. – 2008. – № 2. – С. 304–306.
6. Nathens A.B. Tertiary Peritonitis Clinical features of a complex nosocomial infections / A.B. Nathens, O.D. Rotstein, J.C. Marshall // World J Surg. – 1998. – № 22. – P. 158–163.
7. Santillana M. Surgical complication of typhoid fever: Enteric perforation // World J. Surg. – 1991. – Vol. 15, № 2. – P. 170-175.

ЗАВИСИМОСТЬ РЕГУЛЯРНОСТИ РИТМА ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ УТРЕННЕЙ ФАЗЫ ЭТОГО РИТМА

Герасимова Е.Е.

*Лаборатория адаптивной регуляции висцеральных функций, Санкт-Петербург,
e-mail: weneragerasimowa@mail.ru;
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж*

Актуальность. Нерегулярность ритма стула (или запор) является одной из весьма актуальных проблем внутренней медицины, поскольку он встречается практически при всех внутренних болезнях, причем эта болезнь (Констипация K59.0 по МКБ-10) возникает уже на первом году жизни человека и может рассматриваться как одна из реальных ранних причин множества болезней (как кишечных: колит, дивертикулез, полипоз, колоректальный рак, так и внекишечных: холелитиаз, атеросклероз, гипертоническая болезнь и т.д).

Цель. Изучить зависимость регулярности ритма эвакуаторной функции кишечника (ЭФК) от наличия или отсутствия утренней фазы у юношей и девушек без разделения их на группы.

Методика. Объект исследования: девушки и юноши (90 человек) в возрасте 18-20 лет. Исследование проводилось при помощи методики, разработанной ведущим научным сотрудником лаборатории адаптивной регуляции висцеральных функций (Санкт-Петербург) Константином Александровичем Шемеровским. Метод «Хроноэнтерография» – хронофизиологический метод исследования циркадианного ритма ЭФК, который позволяет представить недельный ритм