

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 видеолaparоскопия 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

ЭФК в виде хроноэнтерограммы. Таким образом, определяется частота, фаза, регулярность околосуточного ритма ЭФК. Использовался тест «Качество Жизни». Показатели качества жизни каждый учащийся должен был оценить по 5-бальной системе.

Результаты. По результатам оценки теста «Качество Жизни», метода «Хроноэнтерографии» вероятность утренней фазы при регулярном ритме эвакуаторной функции кишечника составляет 23%, тогда как при нерегулярном ритме эвакуаторной функции кишечника, вероятность утренней фазы составляет 14%.

Регулярность циркадианного ритма ЭФК зависит от наличия утренней акрофазы этого ритма. У лиц с наличием утренней акрофазы ритма стула вероятность регулярности функционирования кишечника почти в 1,5 раза выше, чем у тех, у кого отсутствует эта утренняя фаза стула. Следовательно, для профилактики и лечения констипации врач должен рекомендовать пациенту обязательное соблюдение режима именно утреннего опорожнения кишечника, что существенно может повысить вероятность регулярности ЭФК, а также понизить риск возникновения и развития кишечных и внекишечных осложнений запора.

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКА В СОЧЕТАНИИ С АНТИСЕПТИКОМ БЕТАДИН В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Гильмутдинова Л.Т., Герасимова Л.П.,
Хайбуллина Р.Р., Хайбуллина З.Р.

*НИИ восстановительной медицины и курортологии
ИПО БГМУ, Уфа, e-mail: rasimadiana@mail.ru*

Важную роль в стоматологии занимает проблема профилактики, диагностики и лечения воспалительных заболеваний пародонта. Актуальность этой проблемы определяется широкой распространенностью их во всех возрастных группах (до 90%), тяжестью течения, негативным влиянием на состояние зубочелюстной системы и организма пациента в целом. Несмотря на достаточно большой спектр лечебных комплексов, применяемых при данной патологии, в том числе с использованием физических методов, эта проблема еще далека от разрешения.

В последние годы в физиотерапии при разработке фармако-физиотерапевтических методов стали использоваться антисептики.

Антисептик Бетадин, широко используемый в настоящее время при воспалительных стоматологических заболеваниях, никогда не применялся в комплексе с физическими методами, в частности с ультразвуком, обладающим противовоспалительным и регенерационным действием.

Все вышеизложенное определило цель и задачи настоящего исследования.

Цель исследования: определить эффективность комплексного применения ультразвука и антисептика Бетадин при лечении хронического генерализованного пародонтита.

Материалы и методы: обследовано 40 пациентов в возрасте от 35 до 45 лет, с диагнозом хронический генерализованный пародонтит. Диагноз подтвержден основными и дополнительными методами исследования.

Критериями отбора пациентов были:

- возраст 35-45 лет;
- наличие диагноза хронический генерализованный пародонтит;
- согласие на многократное и длительное обследование.

Сбор анамнеза включал паспортные данные, изучение жалоб пациента, причин обращения в клинику, данные о перенесенных заболеваниях, а также установление заболеваний, предшествующих развитию пародонтита. При изучении стоматологического статуса обращали особое внимание на ткани пародонта, слизистой оболочки альвеолярных отростков и полости рта (наличие и интенсивность воспалительных и трофических процессов), наличие пародонтальных карманов, подвижность зубов, гигиеническое состояние полости рта, состояние зубов. Всех пациентов разделили на 3 сопоставимые по клинико-функциональным характеристикам группы (табл. 1).

Таблица 1

Группа	Кол-во пациентов	Применяемый метод
1 группа	15 пациентов	Ультразвук и затем без временного интервала антисептик Бетадин
2 группа	15 пациентов	Антисептик Бетадин
3 группа (контрольная)	10 пациентов	Стандартное пародонтологическое лечение

Таблица 2

Кроме общеклинического обследования всем больным применялись специальные методы исследования

1. Определение налета	Гигиенический индекс Федорова-Володкиной
2. Наличие пародонтальных карманов	Измерение глубины пародонтальных карманов
3. Над- и поддесневые зубные отложения	Индекс Грин-Вермилиона
4. Резорбция	Ортопантомография
5. Подвижность зубов	Определение степени подвижности зубов