

Кинезиотерапия является общедоступным, экономичным, эффективным методом лечения дисфункций СТ у пациентов с ЭСО, который позволяет в сроке 6 месяцев после тимпанотомии с шунтированием восстановить показатели тимпаногаммы до нормы в 86,7% случаев.

Литература:

1. Арефьева, Н. А. Обоснование выбора тактики лечения экссудативного среднего отита / Н. А. Арефьева, О. В. Стратиева // Вестн. оториноларингологии. – 1998. – № 2. – С. 24–27.
2. Бреева, О. А. Причины и механизмы дисфункции слуховой трубы / О. А. Бреева // Рос. оториноларингология. – 2011. – № 1. – С. 40–45.
3. Гаров, Е. В. Функциональное состояние слуховой трубы у больных с экссудативным средним отитом и его влияние на результаты лечения / Е. В. Гаров, Р. Г. Антонян, Т. Х. Гутиева // Рос. оториноларингология. – 2008. – № 2, прил. – С. 220–224.

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Лемешевская З.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Вторая кафедра внутренних болезней

Научный руководитель д-р мед. наук, профессор Водоевич В.П.

Актуальность. Этиология цирроза печени различна, но на практике в условиях гастроэнтерологического отделения УЗ «ГКБ№4 г. Гродно» чаще всего (в 87% случаев) представлена токсическим воздействием приема алкоголя, гораздо реже причиной являются вирусные заболевания (основное количество пациентов с данной этиологией наблюдается в стационарах инфекционного профиля) [1].

Пока резервные возможности организма не исчерпали себя эффект терапии таких пациентов виден, однако на терминальном этапе все известные средства теряют свою эффективность. Пациенты с декомпенсированным циррозом печени, класс тяжести «С» по классификации Чайлд-Пью, вынужденно обращаются в стационар за помощью, однако эти меры носят лишь временный «паллиативный» характер. Разработок по данной тематике за последние годы стало значительно меньше, и большинство работ исключают декомпенсированных пациентов из исследования, так как у этих пациентов наступают необратимые изменения во всех органах, а не только в печени [2].

Цель и задачи исследования: оценить эффекты нестандартного способа введения диуретиков через прямую кишку у пациентов с декомпенсированным циррозом печени.

Методы и материалы исследования: за 2013–2015 годы наблюдались 102 пациента с декомпенсированным циррозом печени класс тяжести «С» по Чайлд-Пью, в возрасте от 29 до 72 лет, средний возраст составил 46 ± 12 лет и продолжительность болезни $7 \pm 4,2$ года. Сравнение осуществляли с помощью критерия хи квадрат с учетом точного критерия Фишера. Корреляционный анализ проводили с применением рангового коэффициента корреляции Спирмена. Также использовали критерий Манна-Уитни, тест Вилкоксона. Множественные сравнения проводили с помощью теста Крускала-Уоллиса.

Результаты и выводы. Среди 102 чел. было выбрано 46 пациентов, у которых наблюдался асцит, не поддающийся медикаментозному лечению, при условии назначения максимально переносимых доз комбинации диуретиков. При этом доза фуросемида составляла 180 мг, а спиронолактона 400 мг в сутки. Пациенты разделены на 2 группы (взяты сопоставимые по возрасту, полу и этиологии и степени декомпенсации цирроза печени пациенты) группа: 23 пациента группа А (экспериментальная группа) и 23 пациента (группа В) (получавшая диуретик в таблетках и внутривенно, согласно протоколам ведения данных пациентов, утвержденным МЗ РБ). Продолжительность медикаментозной терапии составила 7 дней. Пациентам группы А диуретик фуросемид вводили ректально в дозе 80 мг (свечи изготавливала аптека по рецепту).

Результаты проанализировали. Улучшение состояния на фоне медикаментозного лечения достоверно чаще наступало в группе А, получавшей фуросемид ректально ($p < 0,05$), при этом проводить лапароцентез как вариант симптоматического лечения пришлось в группе А в 6 (26%) случаях, в группе В – 19 (83%) случаях, ($p < 0,0001$).

На основании нашего исследования следует вывод, что введение диуретика ректально эффективно, а также позволяет уменьшить суточную дозу фуросемида.

Литература:

1. Садовникова, И.И. Циррозы печени. Вопросы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения / И.И. Садовникова // Русский Медицинский Журнал. – 2004. – № 2. – С. 37–42.
2. Хазанов, А.И. Итоги длительного изучения (1946-2005 гг) циррозов печени у стационарных больных / А.И. Хазанов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – Т.16, № 2. – С.11-18.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЦЕДУРЫ ПЛАЗМОФЕРЕЗА, ПРОВЕДЕННОЙ У ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Лемешевская З.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Вторая кафедра внутренних болезней

Научный руководитель д.м.н., проф. Водоевич В.П.

Актуальность: плазмаферез – это процедура механической фильтрации крови, направленная на выделение из нее отдельных составляющих, например, плазмы (жидкой части крови), эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов и других элементов. В последствии (в зависимости от того, с какой целью была проведена процедура), очищенная часть составляющих крови может быть или возвращена пациенту или собрана для временного хранения (например, таким образом, обрабатывают донорскую кровь для дальнейшего использования). Следует отличать плазмаферез от гемодиализа. При плазмаферезе выделяют естественные фракции крови, а при гемодиализе – собственно вещества, растворенные в крови [1].

В гастроэнтерологии данный метод используется в комплексном лечении таких заболеваний как неспецифический язвенный колит, аутоиммунный гепатит, первичный билиарный цирроз печени, тяжелая паренхиматозная желтуха и др.

Цель и задачи исследования: проанализировать эффективность процедуры плазмафереза на примере пациентов гастроэнтерологического профиля

Методы и материалы исследования: за 2014-2015 год наблюдали 6 пациентов, которым была проведена процедура плазмафереза в возрасте от 21 до 46 лет, средний возраст составил 31 ± 15 . Изучили результаты лабораторных исследований до и после процедуры плазмафереза. Сравнение осуществляли с помощью критерия хи квадрат с учетом точного критерия Фишера. Также использовали критерий Манна-Уитни, тест Вилкоксона. Множественные сравнения проводили с помощью теста Крускала-Уоллиса.

Результаты и выводы. Из 6 представленных пациентов был 1 пациент с неспецифическим язвенным колитом, 2 с аутоиммунным гепатитом и 3 пациента с токсическим гепатитом стадии перехода в цирроз печени (имелись клинические симптомы цирроза и портальной гипертензии, но они не подтверждались инструментально и на биопсии). У пациентов с заболеваниями печени уровень билирубина крови составил 626 (472;890) мкмоль/л. Оценили лабораторные показатели и получили следующие результаты: отмечено достоверное улучшение состояния пациентов после плазмафереза. Уровень билирубина составил 346 (278;411), что демонстрирует достоверное снижение билирубина ($p < 0,05$), однако при более детальном рассмотрении результатов оказалось, что значимое улучшение было представлено за счет пациентов с аутоиммунным гепатитом и неспецифическим язвенным колитом, у которых снизился билирубин более чем на 50 % по сравнению с исходным уровнем (при патологии печени), а у пациента с колитом снизилась СОЭ с 56 до 22 мм/час, кроме того купировался такой симптом как нестерпимый зуд, а у пациента с колитом прекратился частый