

Индол определяли в плазме крови методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (HPLC – high-performance liquid chromatography) на аппарате «Agilent 1100» (Германия). Концентрацию измеряли при поступлении и после курса лечения.

Статистическую обработку результатов осуществляли с использованием программы «Statistica 5.5».

Результаты: Тяжесть состояния пациентов в КГ по шкале АРАСНЕ II при поступлении составила 14,2 (12;17), а при переводе 7 (7;9) баллов ($p=0,005$ Вилкоксона). В опытной группе наблюдается более выраженное снижение с 16,5 (11;21) при поступлении, до 4 (4;5) при переводе ($p=0,003$ Вилкоксона). Так же в ОГ достоверно снижается ЛИИ с 10,3(6,6;15,3) до 2,0 (1;4,2) ($p=0,002$ Вилкоксона). В КГ при поступлении ЛИИ 9,7 (5;26,2), а при переводе 4,9 (3,9;13,3) ($p=0,046$ Вилкоксона).

При поступлении у пациентов с сепсисом в опытной и контрольной группе концентрация индола была примерно одинакова 5,5 (3,5;8,6) ммоль/л и 4,9 (3,3;8,1). После проведения гемосорбции с помощью антипротеиназного сорбента «Ово-сорб» наблюдается достоверное снижение уровня индола в крови до 3,2 (1,3; 4,6) ($p=0,005$ Вилкоксона). В КГ уровень индола в плазме достоверно не снизился 3,9 (3,1;6,1) ($p=0,075$ Вилкоксона).

Отмечается положительная корреляционная взаимосвязь тяжести состояния по шкале АРАСНЕ II и динамики концентрации индола при поступлении ($R=0,58$, $p=0,05$). После всей проведенной терапии выявлена сильная корреляционная связь ($R=0,75$, $p=0,01$) тяжести состояния по шкале АРАСНЕ II и содержанию индола в плазме крови пациентов.

Выводы:

1. Концентрация индола взаимосвязана с клинико-лабораторными данными и тяжестью состояния пациентов.
2. Применение гемосорбции элиминирует из кровотока индол, позволяя тем самым предотвратить дальнейшее прогрессирование СПОН.

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН: ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

МЕТОДОМ ДИНАМИЧЕСКОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

¹Прудко А.Ю., ²Нечипоренко А.Н.

¹УЗ "Гродненская областная клиническая больница"

²УО "Гродненский государственный медицинский университет"

Внедрение в практику магнитно-резонансной томографии (МРТ) расширило возможности объективной диагностики генитального пролапса у женщин [2, 3, 4, 5].

Цель настоящего сообщения – познакомить урологов, гинекологов и врачей лучевой диагностики с впервые разработанной нами методикой динамической МРТ таза у женщин, позволяющей диагностировать и документировать не только генитальный пролапс, но и недержание мочи при напряжении (НМпН)[1].

Материал и методы. Обследованию подверглись 42 женщины в возрасте 29-76 лет с опущением или выпадением внутренних половых органов и эпизодами непроизвольной потери мочи при физических нагрузках. Изучали жалобы пациенток и дневники мочеиспусканий, проводили физикальное обследование с влагалищным исследованием и «кашлевой» пробой.

Всем женщинам выполнена динамическая МРТ таза. Исследование проводили на высокопольном магнитно-резонансном томографе 1,0 Тл [Philips Intera, Голландия]. Динамическая МРТ таза (запись положения и подвижности мочевого пузыря и уретры) проводили в сагиттальной плоскости при заполненном мочевом пузыре раствором фурацилина (объем 200 мл) на высоте пробы Вальсальвы и при кашле пациентки. Использовали модифицированную динамическую программу Single Shot T2/TSE и bFFE/Realtime. Эта методика позволила оценить степень патологической подвижности мочевого пузыря и уретры, а так же открытие уретры в момент физического напряжения.

Результаты и обсуждение. Во всех наших наблюдениях на томограммах, выполненных на высоте пробы Вальсальвы или при кашле пациентки было зафиксировано опущение мочевого пузыря различной степени. У всех 42 женщин зафиксировано и непроизвольное открытие уретры с выделением содержимого

мочевого пузыря в момент проведения пробы Вальсальвы или при кашле, а также моментальное закрытием уретры сразу после снижения внутрибрюшного давления. (Рис.).

Таким образом, динамическая МРТ таза в сагиттальной плоскости позволяет получить объективное подтверждение не только степени опущения органов малого таза при физическом напряжении, но и зафиксировать непроизвольное выделение содержимого мочевого пузыря по уретре на высоте повышения внутрибрюшного давления и немедленное закрытие уретры в момент его снижения, что характерно именно для НМпН.

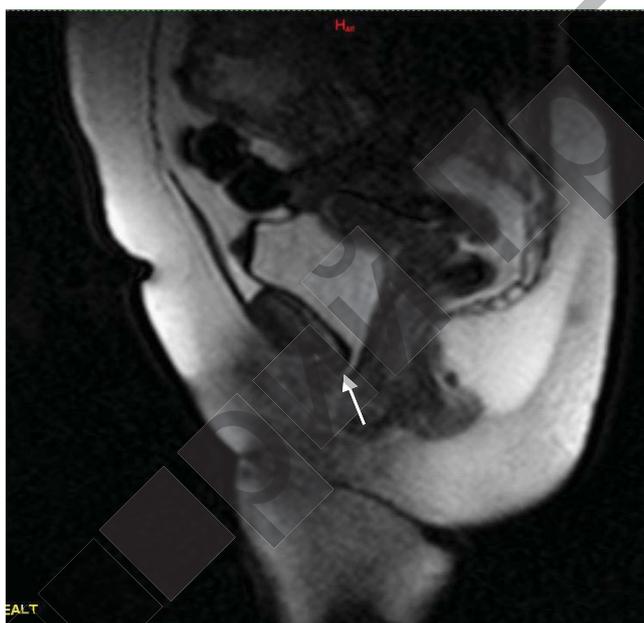


Рис. МРТ таза женщины с НМпН на высоте кашлевых толчков. Уретра открыта и заполнена содержимым мочевого пузыря (стрелка) – признак НМпН.

Вывод. Динамическая МРТ таза, выполненная в сагиттальной плоскости в момент физического напряжения (проба Вальсальвы, кашель) позволяет точно определить как степень подвижности органов малого таза, так и визуально наблюдать и зафиксировать открытие уретры в момент повышения внутрибрюшного давления и закрытие уретры при снижении внутрибрюшного давления – ведущих признаков НМпН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Роль магнитно-резонансной томографии в обследовании женщин с генитальным пролапсом и недержанием мочи при напряжении

/А.Н. Нечипоренко [и др.] // Репродуктивное здоровье. – 2010. - №4(10). – С.123-128.

2. Нечипоренко А.Н. Рентгеновская оценка степени опущения мочевого пузыря у женщин с генитальным пролапсом /А.Н. Нечипоренко, А.С. Нечипоренко, И.Н. Шапоров // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. Материалы республиканской конференции с международным участием, посвященной 50-летию кафедры акушерства и гинекологии УО "ГрГМУ", Гродно. – 2011. – С.101-103.

3. Перинеология /В.Е. Радзинский [и др.]; под общ. ред. В.Е. Радзинского. – Москва: Медицина, 2006. – 330с.

4. Pannu H.K. Dynamic MR imaging of pelvic organ prolapse: spectrum of abnormalities /H.K. Pannu // Radiographics. – 2000. – Vol.20, № 6. – P.1567-1582.

5. Singh K. Assessment and grading of pelvic organ prolapse by use of dynamic magnetic resonance imaging / K. Singh // Amer. J. Obstet. Gynaec. – 2001. – Vol. 185, №1. – P.71-77.

ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ВЫЯВЛЕННЫХ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Пучинская М. В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Опухоли органов билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) являются сложной для диагностики патологией [1, 2]. Частота их в последние годы имеет тенденцию к увеличению. Наиболее распространены поражения головки поджелудочной железы (ПЖЖ). Во многих случаях пациенты с опухолями БПДЗ госпитализируются изначально в хирургические стационары по месту жительства в связи с развитием осложнений заболевания, наиболее частым из которых является механическая желтуха. Развитие осложнений свидетельствует о большой распространенности опухолевого процесса, когда имеется вовлечение близлежащих структур, сдавление или прорастание опухолью холедоха или отдаленные метастазы, что делает невозможным радикальное хирургическое лечение, а химиолучевая терапия вследствие низкой чувствительности к ней опухолей БПДЗ носит лишь паллиативный характер [3, 4, 5]. В связи с этим выживаемость пациентов раком ПЖЖ, заболевание у