

делить те критерии, которые позволяли практическому врачу отказаться от необоснованной антибиотикотерапии. Установлено, что высота лихорадки, ЛИИ, уровень плеоцитоза и характер ликвора не влияли на решение врача о назначении антибиотика. При высоких показателях лейкоцитов крови антибиотик назначался чаще (Sperman Rank Order – +0,3; $p < 0,05$). В случае наличия у больного везикулезного фарингита антибиотик назначался реже (Sperman Rank Order – - 0,3; $p < 0,05$). Таким образом, назначение антибиотика в данной ситуации – явная перестраховка. Чтобы этого избежать, необходима своевременная серологическая или экспресс-диагностика (ИФМ). Экономический эффект своевременной диагностики ощутим даже в случае выполнения индивидуального ПЦР (стоимость 35 тысяч руб.), при том что стоимость 1,0 г цефтриаксона составляет 2420 руб., – стоимость лечения составит $2420 \times 2 \times 10$ дней = 48400 рублей.

Выводы. Необходимо наладить бесперебойную и быструю диагностику ЭВИ, особенно в весенне-летний период.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН КОЛЬПО-УРЕТРОСУСПЕНЗИЕЙ ПО БЕРЧУ И ПЕТЛЕВОЙ ОПЕРАЦИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКОЙ ПОДУРЕТРАЛЬНОЙ ПЕТЛИ

Салмин И.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Нечипоренко Н.А.

Введение. Оценка эффективности любого метода хирургического лечения стрессового недержания мочи (СНМ) в настоящее время проводится в сравнении с общепризнанной методикой операции – позадилонной кольцо-уретросуспензии по методу Берча.

Цель исследования. Сравнить эффективность петлевой операции, разработанной на курсе урологии ГрГМУ с эффективностью операции Берча при СНМ у женщин.

Материал и метод. Сравнили результаты 57 операций Берча с результатами 46 подуретральных имплантаций синтетической петли с позадилонным ее расположением по критерию восстановления континенции в сроки 12–14 месяцев после операции. Заключение об эффективности операций сделано как по субъективной оценке самих пациенток, так и по результатам врачебного осмотра женщин.

Результаты и обсуждение. По литературным данным, от 10 до 30% оперативных вмешательств не приводят к устранению СНМ. Рецидив СНМ может проявляться как возвращением до операционной симптоматики, так и появлением недержания мочи других типов, а также могут появиться иные расстройства мочеиспускания.

Терапевтическая эффективность сравниваемых операций по истечению 12–14 месяцев после вмешательства приведена в таблице.

Таблица – Результаты хирургического лечения СНМ через 12–14 месяцев после операции

Вид операции	СНМ ликвидировано	СНМ сохранилось (первично не излеченное СНМ)	СНМ вновь появилось после периода полной континенции (рецидив)	Появились расстройства мочеиспускания de novo и тазовые боли
Метод Берча n=57	47 (82,4±5,0%)	6 (10,5±4,0%)	4 (7,0±3,4%)	9 (15,8±4,8%)
Петлевая операция n=46	40 (86,9±4,9%)	4 (8,7±4,1%)	2 (4,3±2,9%)	4 (4,3±2,9%)*
P	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P<0,05

Таким образом, через 12–14 месяцев после операции результаты петлевой операции лучше, чем кольцо-уретросуспензии по Берчу, хотя статистически достоверные различия получены только по критерию появления расстройств мочеиспускания, появившихся *de novo*.

Вывод. Анализ результатов хирургического лечения НМпН методами Берча и петлевой операцией с позадилонным расположением продуретральной синтетической петли позволяет сделать заключение о том, что операция, разработанная на курсе урологии, более эффективна, чем классическое вмешательство Берча.

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Сатторов И.А.

Российский государственный медицинский университет, Россия

Кафедра общей хирургии лечебного факультета

Научный руководитель – д.м.н., профессор Кузнецов Н.А.

Введение. Негативное влияние внутрибрюшной гипертензии было замечено еще в XIX веке по ее отрицательным эффектам на кровообращение, дыхание и некоторые другие функции органов и систем, однако лишь в последние годы существенность фактора повышенного внутрибрюшного давления при некоторых острых хирургических заболеваниях получило широкое признание. По последним данным, внутрибрюшная гипертензия у пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии является независимым предиктором летальности (летальность в группе пациентов с внутрибрюшным давлением выше 12 мм рт.ст. составила – 38,8% против 22,2% в группе больных без внутрибрюшной гипертензии). Летальность же при развитии синдрома интраабдоминальной гипертензии (в англоязычной литературе – «Abdominal compartment syndrome») достигает 80%.

Цель. Выбор способа завершения операции у больных с острой кишечной непроходимостью с учетом риска развития синдрома интраабдоминальной гипертензии.

Материалы и методы. В исследование включено 120 пациентов, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости в период 2007–2009 гг. Критерием включения явилось наличие внутрибрюшной гипертензии при поступлении, подтвержденной объективными методами обследования. Среди них мужчин было 53,7%, женщин 46,3%. Средний возраст составил 59,9±19,7 лет. Большинство больных поступили в сроки более 2 суток. Сопутствующая патология обнаружена в 45,8% случаев. Все пациенты оперированы в экстренном порядке, при этом в 71% случае выполнено рассечение спаек, в 28,3% – резекция тонкой кишки. У 85,8% больных интраоперационно осуществляли назоинтестинальную интубацию. В зависимости от способа ушивания брюшной полости (послойно или декомпрессивно) всех пациентов разделили на две группы (контрольную и основную). По основным статистическим параметрам группы не имели достоверных различий. Специальные компоненты диагностической тактики в обеих группах исследования в до- и послеоперационном периоде, помимо оценки интестинальной гемоциркуляции, были направлены на мониторинг внутрибрюшного давления.

Результаты. Эффект декомпрессии брюшной полости у больных основной группы выражался в высоких темпах снижения внутрибрюшной гипертензии и обратного развития параеза кишечника. Больные этой группы (за исключением трех умерших в ближайшие часы после операции) были экстубированы в течение первых суток, тогда как средние сроки пребывания на искусственной вентиляции легких больных группы сравнения составили 4,1±1,7 суток. Средний уровень внутрибрюшного давления в контрольной группе составил 14,3±2,9 мм рт.ст. в первые сутки после операции со снижением до 10,7 ±0,3 мм рт.ст. к пятым суткам. В основной группе внутрибрюшную гипертензию в послеоперационном периоде не наблюдали. Длительность пребывания больных в отделении реанимации в основной группе в среднем составила 2,1±0,7 суток, в контрольной – 5,1±0,9 суток. Значимых различий в количестве и характере раневых и внутрибрюшных осложнений не обнаружено, однако частота осложнений экстраабдоминальной локализации в основной группе была достоверно ниже.