

обеспечивало большую вероятность «попадания», особенно при очаговом поражении слизистой оболочки желудка.

Заключение

НПВП в настоящее время трудно заменить при многих заболеваниях и состояниях, позволяя продлить качественную жизнь не только ревматологическим больным, но и помогая при болях и лихорадках различного генеза, а также способствуя снижению вероятности артериальных тромбозов, определяющих исход болезней системы кровообращения. Проблема НПВП-гастропатии актуальна для практического здравоохранения не только в связи с возможностью развития эрозивно-язвенных поражений и желудочно-кишечных кровотечений у этих больных, но и в связи с необходимостью проведения у них в ряде случаев дифференциального диагноза с предопухолевыми изменениями слизистой оболочки желудка. Поскольку клиническая и морфологическая картина НПВП-гастропатий неспецифична, кроме того, отсутствует возможность широкого использования молекулярно-генетических исследований, для исключения предопухолевых изменений слизистой оболочки желудка у пациентов, принимающих НПВП, важным является представление о возможной обратимости клинико-морфологических изменений при условии отмены НПВП и дифференцированного лечения НПВП-гастропатии.

Таким образом, при наличии анамнеза по приему НПВП у пациентов, предъявляющих

жалобы диспепсического характера, методом подтверждения НПВП-индуцированных гастропатий является фиброэзофагогастродуоденоскопия со множественной прицельной биопсией слизистой оболочки желудка и гистологическим исследованием гастробиоптатов.

Для повышения эффективности динамического эндоскопического и морфологического наблюдения за пациентами с атрофически-метапластическими и диспластическими изменениями слизистой оболочки желудка целесообразно использование метода хромогастроскопии.

В отличие от истинной дисплазии (как предопухолевого состояния), дисплазия при НПВП-гастропатии на фоне адекватного дифференцированного лечения является обратимым процессом и регрессирует параллельно регрессии воспалительных, метапластических и гиперпластических изменений в слизистой оболочке желудка.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Aspirin and risk of hemorrhagic stroke. A meta-analysis of controlled trials / H. J. Whelton [et al.] // JAMA. — 1998. — Vol. 280. — P. 1930.
2. Gabriel, S. E. Risk for serious gastrointestinal complications related to use of nonsteroidal antiinflammatory drugs: a meta-analysis / S. E. Gabriel, L. Jaaklimainen, C. Bombadier // Ann Intern Med. — 1991. — Vol. 115. — P. 787.
3. Vane, J. R. Inhibition of prostaglandin synthesis as a mechanism of action for the aspirin-like drugs / J. R. Vane // Nature. — 1971. — Vol. 231. — P. 232.
4. Аруин, Л. И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л. И. Аруин, Л. Л. Капуллер, В. А. Исаков. — М.: Триада-Х, 1998. — 496 с.
5. Roth, S. H. NSAID gastropathy. A new understanding / S. H. Roth // Arch Intern Med. — 1996. — Vol. 156. — P. 1623.

Поступила 06.07.2009

УДК 616.284-002.1-089-053.2

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

В. П. Ситников, А. Ханфар, Н. Галёб

Гомельский государственный медицинский университет

Предложен способ анестезиологического пособия при хирургическом лечении экссудативного среднего отита (ЭСО) у 170 детей в возрасте от 1 до 10 лет.

У 120 пациентов ЭСО сочетался с наличием аденоидов и хроническим тонзиллитом. В зависимости от объема хирургического вмешательства применялось 2 вида анестезиологического пособия — масочный и интубационный наркоз.

Проведение адекватного анестезиологического пособия и специального фиксатора-держателя для ранорасширителя значительно снижает вероятность психологической травмы ребенка, сокращает время операции и максимально предупреждает осложнения во время операции и в раннем послеоперационном периоде.

Ключевые слова: дети, экссудативный средний отит, анестезиологическое пособие, фиксатор-держатель.

ANAESTHETIZATION UNDER SURGICAL TREATMENT OF CHILDREN, SUFFERING FROM EXUDATIVE OTITIS MEDIA

V. P. Sitnikov, A. Hanfar, N. Galeb

Gomel State Medical University

The method of anaesthetizological aids has been offered in case of surgical treatment of 170 children aged from 1 till 10 for exudative otitis media (EOM).

120 patients had exudative otitis media (EOM) together with adenoids and chronic tonsillitis. Depending on the scope of a surgical operation, 2 types of anaesthetiziological aids have been used — mask narcosis and intubation narcosis.

The conducting of appropriate anaesthetiziological aids and a special fixation holder — a holder for retractor noticeably decreases the possibility of a child's psychological trauma, reduces operation duration and prevents complications during and shortly after an operation.

Key words: children, exudative otitis media, anaesthetiziological aids, a fixation holder.

В последние годы вновь проявляется повышенный интерес оториноларингологов и педиатров к проблеме ЭСО в связи с нарастающим количеством больных, страдающих указанной патологией. Эта проблема является интернациональной, о чем свидетельствуют литературные данные, опубликованные как в прошлые годы, так и в настоящее время в странах Европы, Америки, Азии, Австралии.

Высокая распространенность ЭСО связана, в первую очередь, со значительным ухудшением экологической ситуации в мире, повышением уровня аллергизации населения, связанной, в частности, с широким внедрением в пищу так называемых пищевых добавок, бурным развитием фармацевтической промышленности, поставляющей на потребительский рынок ряд лекарственных препаратов, применение которых (особенно бесконтрольно) вызывает ряд побочных осложнений.

Данные литературы свидетельствуют об отсутствии единой точки зрения по вопросам тактики хирургического лечения ЭСО у детей, объема операций при сочетании отита с патологией верхних дыхательных путей, целесообразности введения ВТ, оптимального анестезиологического пособия.

Относительно метода обезболивания при хирургическом лечении ЭСО у детей не существует единого мнения [1]. Хотя операция миринготомии с наложением шунта барабанной полости является кратковременной (до 5 минут), она требует достаточно высокой и прецизионной техники от хирурга при выполнении ее основных этапов. В большинстве стран Европы операция осуществляется под общим наркозом с использованием операционного микроскопа [2]. Задача анестезиолога значительно усложняется, если одновременно необходимо произвести аденотомию (АТ) или аденотонзиллэктомию (АТЭ). Указанная операция на верхних дыхательных путях, как правило, производится у детей под общим наркозом с обязательной интубацией, так как основным осложнением ее является аспирация раневого отделяемого с последующим развитием аспирационной бронхопневмонии [3].

Несмотря на то, что некоторые хирурги производят АТ с применением нейролептаналгезии, их аргументация в пользу указанного метода обезболивания не является достаточно

убедительной и не нашла большого числа сторонников среди анестезиологов и оториноларингологов из-за ряда возникающих осложнений в ходе операции и раннем послеоперационном периоде [4].

Исходя из вышеизложенного, мы полагаем, что право на существование имеет метод обезболивания, который в полной мере гарантирует отсутствие осложнений во время операции, не оказывает негативного влияния на организм ребенка, позволяет максимально сократить сроки выхода пациента из наркоза без наличия каких-либо побочных явлений последнего. Кроме того, указанный метод должен быть приемлем для хирурга, вселять в него уверенность в благоприятном исходе операции, обеспечивать максимальный обзор операционного поля в довольно своеобразных условиях хирургического вмешательства, позволять своевременно и в полном объеме устранять осложнения, возникающие по ходу операции и непосредственно после нее.

Нами осуществлено анестезиологическое пособие 170 пациентам в возрасте от 1 до 10 лет, страдающим изолированными формами ЭСО в сочетании с хроническим тонзиллитом и аденоидами. Из них 50 пациентам вводились только вентиляционные трубки (ВТ), а у 120 введение ВТ осуществлялось одновременно с АТ или АТЭ. Исходя из концепции одномоментного хирургического лечения ЭСО и сопутствующей патологии верхних дыхательных путей и учета продолжительности операции, проводилось два вида анестезиологического пособия: масочный наркоз и интубационный наркоз.

Масочный наркоз проводился, если операция не превышала по длительности семи минут и не существовало угрозы аспирации отделяемого глотки в дыхательные пути, то есть только при миринготомии и наложении шунтов. При сочетании наложения шунтов с одновременной АТ (АТЭ) с продолжительностью операции более 10 минут осуществлялся общий интубационный наркоз с управляемым дыханием.

Независимо от способа общего наркоза всем пациентам проводилась стандартная предоперационная подготовка, которая включала в себя подробный сбор анамнеза и изучение соматического статуса, учитывались противопоказания к хирургическому лечению. Проводились лабораторные исследования показате-

лей крови, времени и длительности кровотечения, тромбоцитарный индекс, общий анализ мочи. Пациенту не давались пища и вода за 4–6 часов до операции. Затем всем пациентам накладывалась интравензная канюля в области тыла кисти. В предоперационной больному вводился внутривенно медазолам из расчета 0,15–0,20 мг на кг веса ребенка. На каждого пациента заводился контрольный лист анестезии, в котором отражались применяемое оборудование, лекарства, фамилия анестезиолога и хирурга и их ассистентов, медицинской сестры. После доставки в операционную пациент укладывался на спину с незначительно опущенным головным концом операционного стола и подложенным под затылок кольцевидным фиксирующим валиком. По ходу операции за больным осуществлялся полный анестезиологический контроль путем мониторинга ЭКГ, парциального давления кислорода и углекислого газа крови, пульса.

Проведение анестезиологического пособия при установке вентиляционных трубок без аденотомии (аденотонзилэктомии)

Дополнительно в операционной пациенту вновь вводили медазолам (0,15–0,20 мг на кг веса), затем кетамин (1–2 мг на кг веса) внутривенно. В случае затруднения нахождения вены у детей первых лет жизни допустимо внутримышечное введение кетамина, из расчета 5 мг на 1 кг веса. В полость рта вводилась газоотводная трубка.

Во время операции больной находился на спонтанном дыхании. В отдельных наблюдениях использовались наркотические препараты короткого действия типа фентанила, барбитуратов, смеси закиси азота с кислородом. По ходу операции использовались два электроас-

пиратора: один для хирурга, второй — для анестезиолога для предупреждения аспирации содержимого глотки при возможной гиперсекреции. Как правило, после подобного анестезиологического пособия после 2–4 часов наблюдения в палате хирургом и анестезиологом пациент отправлялся домой.

Анестезиологическое пособие при установке вентиляционных трубок в сочетании с аденотомией (аденотонзилэктомией)

На этапе, предшествующем доставке больного в операционную, производились вышеперечисленные стандартные мероприятия. Ввод в наркоз осуществлялся внутривенным введением пентоата натрия из расчета 4–5 мг на кг веса или пропофола из расчета 2–2,5 мг на кг веса. В качестве миорелаксантов применялись недеполяризующие препараты короткого действия — векорониум или тракриум, вводимые внутривенно. Затем после внутривенного введения фентанила — 1–2 мг на кг веса осуществлялась трансоральная интубация с фиксацией армированной интубационной трубки лейкопластырем к коже подбородка.

В целях создания оптимального обзора операционного поля для манипуляций хирурга и анестезиолога в глубоких отделах полости рта и глотки нами разработан оригинальный фиксатор-держатель для роторасширителя. Устройство состоит из металлической пластины длиной 50 см, шириной 5 и толщиной 2 см с нанесенными на одной из ее поверхностей углублениями до 0,5 см (рисунок 1).

Помимо этого в состав устройства входят два металлических штыря диаметром 0,5 см, верхние отделы которых представляют пять металлических колец, а нижние конусообразно закруглены.

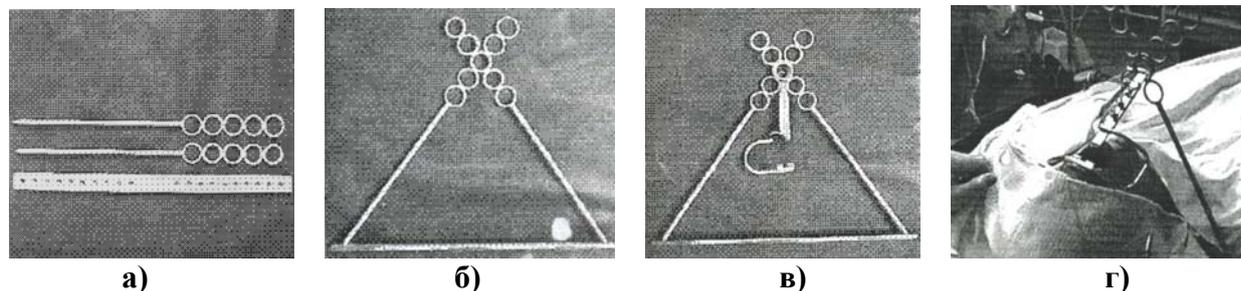


Рисунок 1 — Фиксатор-держатель для роторасширителя:
 а) составные части опорного устройства; б) опорное устройство в сборе;
 в) опорное устройство с закрепленным роторасширителем;
 г) установка фиксатора с роторасширителем при операции

После интубации пациента и последующего введения роторасширителя в полость рта под нижние отделы шеи укладывается металлическая пластинка с углублениями. Развода бранши роторасширителя, добиваются опти-

мального обзора операционного поля, перекрещивают и соединяют кольца штырей, выбирая необходимую высоту для фиксации роторасширителя, верхний отдел (ручка) которого вводится в образованное кольцами отвер-

стие. Конусообразные концы штырей жестко фиксируют в углублениях (гнездах) горизонтальной металлической пластинки. Помимо оптимального обзора операционного поля и жесткой установки роторасширителя, предложенное устройство способствует надежной до-

полнительной фиксации интубационной трубки, которая может быть случайно смещена в ходе операции, за счет помещения ее в паз шпателя, отдавливающего язык. Общий вид устройства и его положение во время операции приведены на рисунке 2.

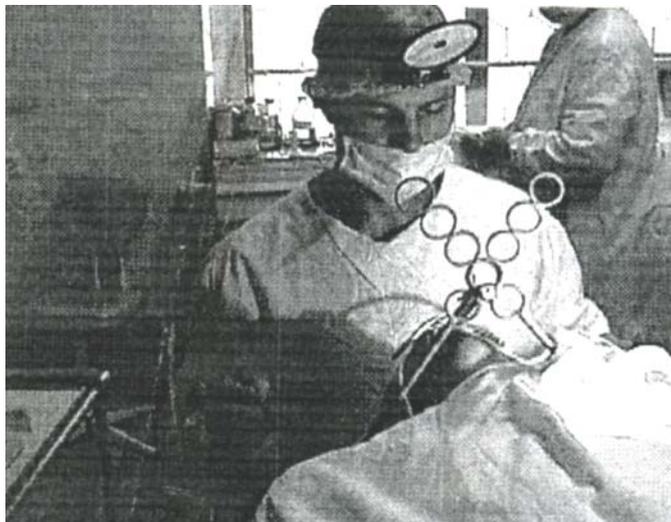


Рисунок 2 — Операция — аденотонзиллэктомия, проводимая с применением держателя-фиксатора роторасширителя

Следует отметить, что ни у одного из пациентов указанных групп не отмечалось ни интра-, ни послеоперационных осложнений.

Возникшее в конце операции незначительное сосудистое кровотечение из нижних отделов миндалин у 4 пациентов было остановлено коагуляцией с помощью биполярного электрокоагулятора.

Наш опыт использования указанных методов и приемов анестезиологического пособия при операциях на ухе и верхних дыхательных путях у детей младшего возраста подтверждает их адекватность, надежность и безопасность для пациента, максимально снижая вероятность психологической травмы, сокращая время операции,

создавая комфорт для хирурга и максимально предупреждая осложнения во время операции и раннем послеоперационном периоде.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Преображенский, Н. А. Экссудативный средний отит / Н. А. Преображенский, И. И. Гольдман. — М.: Медицина, 1987. — 192 с.
2. Hsu, G. S. Management of otitis media using Agency for Health Care Policy and Research guidelines. The Agency for Health Care Policy and Research / G. S. Hsu, S. C. Levine, G. S. Giebink // Otolaryngol. Head. Neck. Surg. — 1998. — Vol. 118, № 4. — P. 437–443.
3. Egeli, E. Is aspiration necessary before tympanostomy tube insertion? / E. Egeli, M. Kiris // Laryngoscope. — 1998. — Vol. 108, № 3. — P. 443–444.
4. Maw, A. R. Tonsils and adenoids. Their relation to secretory otitis media / A. R. Maw // Adv. Otorhinolaryngol. — 1988. — № 40. — P. 81–88.

Поступила 24.07.2009

УДК 616.344-002-031.84

ФЕКАЛЬНЫЙ МАРКЕР БОЛЕЗНИ КРОНА

Е. И. Михайлова, Т. В. Сатырова

Гомельский государственный медицинский университет

Цель исследования: изучить диагностическую значимость фекального калпротектина в выявлении болезни Крона.

В исследование вошли 14 больных с болезнью Крона и 137 пациентов без воспалительной и онкологической патологии кишечника.

Установлено, что фекальный калпротектин превосходит иммунохимический тест на скрытую кровь в кале, С-реактивный белок и скорость оседания эритроцитов по диагностической значимости (ППК: 0,94, СО: 0,05; ППК: 0,73, СО: 0,08; ППК: 0,71, СО: 0,09; ППК: 0,72, СО: 0,08 соответственно, $p < 0,05$). Чувствительность маркера в выявлении болезни Крона при точке отсечения 75,18 мкг/г составила 92,31 % (95 % ДИ: 63,90–98,70), а специфичность — 95,49 % (95 % ДИ: 90,40–98,30).

Ключевые слова: болезнь Крона, неинвазивная диагностика, фекальный калпротектин.