

information about X-ray diagnostic of esophageal achalasia. It's recommended to care use of complex R-ray methods of diagnostic of esophageal achalasia in nowadays - digital

contrast X-ray of esophagus with taking into account of clinical – X-ray data, chest X-ray and chest CT with contrasting of esophagus.

УДК: 618.11.177-006-08

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ БЕСПЛОДИЕМ И ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Мухаметжанова Р.М., Бейсен Н.Е.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г.Алматы

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) у женщин во всем мире представляют огромную медико-социальную и экономическую проблему вследствие их негативного воздействия на детородную функцию женщин. Частота возникновения бесплодия у женщин, перенесших один эпизод ВЗОМТ, составляет около 18%, а после трех эпизодов достигает 50%. Основная причина - спайки и фиброзные изменения яичников, образующиеся даже после однократного воспаления [1].

Наиболее грозными осложнениями ВЗОМТ помимо тубоовариального абсцесса и пельвиоперитонита являются трубное бесплодие, привычное невынашивание беременности и внематочная беременность. В связи с этим все большее внимание уделяется поиску оптимальных путей решения проблем, связанных с последствиями воспаления [2].

В настоящее время в комплексном лечении хронических ВЗОМТ широко применяются ферментные препараты, предназначенные для рассасывающей терапии [3].

Целью проведенного исследования было определение эффективности комплексной терапии больных с бесплодием и хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки с применением препарата дистриптаза.

Материалы и методы. В исследование были включены 70 пациенток в возрасте 32-45 лет, страдающие бесплодием, и с установленным диагнозом хронического сальпингоофорита в стадии обострения. Было выявлено наличие таких симптомов, как болевой синдром, температурная реакция, усиление секреторной функции, нарушение менструального цикла. Все женщины были разделены на две группы: в основную группу вошли 40 пациенток с обострением хронического сальпингоофорита, которые наряду с патогенетическим лечением (антибактериальный препарат, метронидазол, антимикотик, санация влагалища) применяли дистриптазу в виде ректальных свечей по схеме 1 свеча 1 раз в сутки.

Группу сравнения составили 30 пациенток с обострением хронического сальпингоофорита, получавших традиционную патогенетическую терапию.

Всем пациенткам было проведено полное клинико-лабораторное обследование в начале лечения и на 10-е сутки, что соответствовало окончанию лечения. Эффективность и переносимость терапии оценивались до и после курса лечения по таким субъективным данным, как жалобы и гинекологический статус. Выраженность тазовой боли оценивалась на основании субъективных данных по шкале боли. Учитывались также такие объективные данные, как общий анализ крови и данные микробиологического исследования мазка, данные полимеразно-цепной реакции и коагулограммы, ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза. Самые отдаленные результаты лечения составили 2 месяца.

Результаты. До начала лечения интенсивность болевого синдрома в обеих группах была одинаковой. После проведенной терапии в основной группе суммарное количество баллов по шкале боли составило 0,5 баллов против 1,5 группы сравнения. До лечения количество пациенток с острой болью и с иррадиацией боли в обеих группах было примерно одинаковым: 72% случаев острой боли в основной группе и 69% - в группе сравнения, 60% случаев иррадиирующей боли в основной группе и 56% - в группе сравнения. После лечения острой боли в группах не отмечалось, а в основной группе отсутствовала иррадиация ноющей боли. После проведенного лечения в основной группе количество пациенток с ноющей болью было в 1,5 раза меньше, чем в контрольной (13,5% против 21,6%).

Еще одним объективным критерием оценки эффективности лечения дистриптазой было изменение характера вагинальных выделений. До лечения характер вагинальных выделений в группах не различался: серозные выделения наблюдались у 60% пациенток основной группы и 57% пациенток группы сравнения, гнойные - у 40% и 43% соответственно. После лечения в обеих группах гнойные выделения не отмечались, а количество пациенток с серозными выделениями в основной группе было в 2 раза меньше по сравнению с контрольной (10,8% против 20%).

Выраженность признаков воспаления по данным УЗИ в результате лечения в основной группе была в 1,5 раза меньше, чем в группе сравнения (20,0% против 13,0%).

Динамика лейкоцитоза до лечения и после наблюдалась у пациенток обеих групп, при оценке динамики лечения на 10-й день лейкоцитоз отмечался в 13,5% случаев в группе сравнения и в 10% случаев в основной группе.

При оценке безопасности и переносимости комплексного лечения серьезных побочных эффектов (в том числе аллергических реакций) не было выявлено. Это объясняется лекарственной формой дистриптазы (ректальные суппозитории), благодаря которой нивелируется системное воздействие препарата и минимизируется риск побочных эффектов.

Контроль через 2 месяца показал, что беременность наступила у 38% пациенток основной группы и у 20% - контрольной группы.

Таким образом, на основании результатов проведенного исследования можно сделать вывод, что дистриптаза - эффективное и безопасное средство для комплексной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин репродуктивного возраста, которое повышает эффективность лечения, способствует более быстрому угасанию клинических проявлений воспаления и хорошо переносится.

Дистриптаза показана женщинам с воспалительными заболеваниями органов малого таза, планирующих беременность, желающих сохранить репродуктивную

функцию, поскольку оказывает выраженное рассасывающее, фибринолитическое и протеолитическое действие.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бенюк В.А., Ластовецкая Л.Д., Усевич И.А. и др. *Современные подходы к диагностике и лечению воспалительных заболеваний придатков матки // Здоровье женщины. - 2008. - № 2. - С. 67-70.*
2. Здановский В.М. *Современные подходы к лечению бесплодного брака // Дис. д-ра мед. наук. - М. - 2000. - 62с.*
3. Кольнер Д. *Опыт применения Дистрептазы в гинекологии // Медицинские аспекты здоровья женщины. - 2007. - №5 - С.24-25.*

ТҮЙІН

Мақалада бедеулігі және ұшығу сатысындағы созылмалы сальпингоофорит диагнозы бар 32 – 45 жас аралығындағы 70 емделушіні емдеу нәтижелері ұсынылған. Негізгі топтың 40 емделушісінің кешенді терапиясына патогенетикалық емдеумен қатар 10 күн бойы дистрептазды қабылдау да кірді. Жүргізілген емдеу нәтижелері негізінде дистрептаз – бұл емдеу тиімділігін арттыруға, асқынудың клиникалық

көріністерінің айтарлықтай жылдам жойылуына әсер етіп, жеңіл өтетін репродуктивті жастағы әйелдердегі кіші жамбас ағзаларының асқынбалы ауруларының кешенді терапиясына арналған тиімді және қауіпсіз әдіс деген қорытынды жасауға болады.

Түйін сөздер: бедеулік, созылмалы сальпингоофорит, кешенді терапия, дистрептаз.

Summary

In paper presents the results of treatment of 70 patients aged 32-45 years suffering from infertility, and with a diagnosis of chronic salpingooforita in the acute stage. Combined therapy of 40 patients of the main group included, along with the pathogenetic treatment, receiving Distreptaza for 10 days. Based on the results of the study it can be concluded that Distreptaza - an effective and safe drug for the treatment of inflammatory diseases of the pelvic organs in women of reproductive age, which increases the effectiveness of treatment, promotes more rapid extinction of clinical signs of inflammation and well tolerated.

Keywords: infertility, chronic salpingo, complex therapy, Distreptaza.

УДК 616.12–007–053.1–089

МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ СЛОЖНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Сагатов И.Е.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей МЗ РК

Хирургия врожденных пороков сердца (ВПС) с одножелудочковой гемодинамикой относится к наиболее трудным разделам кардиохирургии [4-10, 27, 28, 29, 34, 37]. Это, прежде всего, обусловлено сложностью и различными вариантами строения сердца при данных пороках и связанных с этим нарушениями гемодинамики. Поэтому выбор оптимального метода хирургического лечения сложных ВПС, обеспечивающего наилучший и стабильно хороший результат, представляется весьма сложной и актуальной задачей, требующей углубленного и постоянного изучения.

АНАТОМИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

На сегодняшний день анатомическая коррекция при атрезии трёхстворчатого клапана невозможна, поэтому хирургическое лечение включает различные паллиативные вмешательства и гемодинамическую коррекцию порока.

Анатомическая коррекция при двуприточном единственном желудочке сопровождается исключительно высокой летальностью, поэтому в последнее время в большинстве клиник мира применяется одножелудочковая коррекция.

По данным Подзолкова В.П. и соавт. (2007, 2008) значениями размера правого желудочка (ПЖ), при которых радикальная коррекция синдрома гипоплазии ПЖ не представляет высокого риска, являются Z-score трикуспидального клапана более чем -1,5, диаметр отверстия клапана более 70,5% от нормы, отношение диаметров отверстий трикуспидального и митрального клапанов не менее 0,8, а также диастолический объем ПЖ более 75% от нормы. При меньших значениях этих показателей предпочтительно выполнять полторажелудочковую коррекцию.

Анатомическая коррекция при открытом общем атриоventрикулярном канале (ОАВК) возможна при

наличии двух сформированных желудочков и размере общего АВ-клапана, достаточного для разделения его на митральный и трикуспидальный компоненты адекватного диаметра. Хирургическое лечение включает в себя: закрытие межпредсердного сообщения, закрытие межжелудочкового сообщения, создание или сохранение двух компетентных АВ-клапанов и сохранение неповрежденными АВ-узла и пучка Гиса. Коррекция ОАВК включает использование одной заплаты по методике Rastelli, и двух заплат с отдельным закрытием межпредсердного и межжелудочкового дефектов. Несбалансированность желудочков и большой ДМЖП не являются противопоказаниями для применения модифицированного двузаплатного метода, предложенного сотрудниками НИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН [5].

При двойном отхождении магистральных сосудов от правого желудочка предпочтение отдается ранним радикальным вмешательствам в течение первого года жизни. Основным условием адекватной коррекции является создание широкого тоннеля между дефектом и аортой. Материалом для создания тоннеля могут служить как искусственные ткани (дакрон, ПТФЭ и др.), так и биологические (аутоперикард, ксеноперикард, глиссоновая капсула и др.). Если дефект носит обструктивный характер, необходимо его расширить в направлении между 12 и 3 часами для предотвращения повреждения проводящих путей и структур митрального клапана.

Показаниями к анатомической коррекции аномалии Эбштейна у детей раннего возраста являются недостаточность кровообращения выше 2А ст., Sat O₂ < 90%, КТИ > 65%, сопутствующие ВПС, а также КДО ПЖ > 40 мл/м² [11]. Выбор протезирования или реконструкции трикуспидального клапана при аномалии Эбштейна зависит от степени его недостаточности.