

«Абсцесс мошонки», «Туберкулез яичка», «Орхоэпидидимит». У одних больных это было впервые, у других подобные свищи открывались и закрывались самопроизвольно. В тяжелых случаях наблюдалась гиперемированная увеличенная мошонка, плотная и резко болезненная при пальпации с еще не вскрывшимися гнойниками, а иногда с вскрывшимися, с гнойным или серозно-геморрагическим отделяемым. При вскрытии гнойников и взятии посева из раны, был выделен золотистый стафилококк, а в свищевых ходах при гистологическом обследовании определялась псевдоэпителиоматозная гиперплазия.

В комплекс лечения, помимо вскрытия и дренирования гнойников, назначались антибиотики сроком до одного месяца. В острой стадии - цефалоспоринового ряда, а в хронической - эритромицинового ряда. Использовались мазевые повязки с антибиотиками, иммуностимуляторы - имунофан, полиоксидоний, циклоферон, физиотерапевтические процедуры - УФО, УВЧ.

Результаты. Данные наблюдения свидетельствуют о том, что гидроаденит мошонки протекает так же как гидроаденит другой локализации.

Заключение Гидроаденит мошонки одно из редких локализаций гидроаденита.

Нередко он вызывает сложности в диагностике заболеваний мошонки, поэтому при дифференциальной диагностике заболеваний мошонки нельзя забывать о таких его редких локализациях.

Лечение гидроаденита должно быть комплексным, включать хирургический и медикаментозный методы.

Литература:

1. Беринбейм Б.А., Студницин А.А. «Дифференциальная диагностика кожных болезней» (Руководство для врачей)
2. Иванов О.Г., Львов А.Н. «Справочник дерматолога»
3. Фицматрик Т., Джонсон Т. и др. «Дерматология» (атлас-справочник)

ПРИМЕНЕНИЕ ЭБРАНТИЛА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ

Ганюкова О.В.

ФАО «ЖГМК» Павлодарская железнодорожная больница, г. Павлодар

Гипертензия во время анестезиологического пособия при хирургическом вмешательстве является актуальной проблемой анестезиологии. Выраженная гипертензия, осложняющая состояние пациента, может проявиться на этапе интубации трахеи, после начала оперативного вмешательства и отличается стойкостью к медикаментозному воздействию. Особенно выраженной гипертензия бывает у больных с исходным гипертензионным синдромом и гипертонической болезнью в анамнезе. Резкое повышение артериального давления опасно развитием острых циркуляторных нарушений мозговой гемодинамики и инсультом. В

литературе имеются указания на профилактику гипертензии на этапе вводного наркоза и оперативного вмешательства, которые сводятся к адекватной премедикации, продолжению антигипертензивной терапии в день операции, соответствующему выбору препаратов для вводного наркоза и основной анестезии. Вместе с тем, некоторые авторы отмечают недостаточность этих мероприятий, когда несмотря на точный расчет всех компонентов предстоящей анестезии, достаточную степень анальгезии и нейровегетативной защиты, избежать развития гипертензии во время операции не удается. В последние годы на

фармацевтическом рынке появился антигипертензивный препарат эбрантил (урапидил), который имеет целый ряд преимуществ, в сравнении с традиционными антигипертензивными препаратами. Его отличают большая безопасность, стойкий продолжительный эффект, отсутствие опасного снижения артериального давления. Он нашел широкое применение в кардиологии. В литературе имеются данные о его применении у женщин с преэклампсией тяжелой степени.

Цель работы. Оценить эффективность эбрантила в профилактике и устранении гипертензии во время анестезиологического пособия у больных с сопутствующей гипертонической болезнью.

Материал и методы. В исследование были включены травматологические, урологические и сосудистые больные, имевшие сопутствующую гипертоническую болезнь, подвергавшиеся оперативному вмешательству под общей внутривенной анестезией с ИВЛ. У всех больных проводилась премедикация: атропин -0,5 мг, димедрол-20мг и промедол 20мг внутривенно на операционном столе. Вводный наркоз – тиопентал натрия в дозе 6-8 мг/кг. Основная анестезия рассчитывалась по весу пациента и проводилась болюсными введениями кетамина и фентанила.

Возраст больных составлял от 55 до 76 лет. Число больных с сопутствующими заболеваниями органов дыхания, органов желудочно-кишечного тракта, эндокринными и обменными заболеваниями, а также объем оперативного вмешательства, продолжительность операции и величина интраоперационной кровопотери были примерно одинаковы во всех группах больных. Всех больных разделили на 3 группы. В I контрольную группу отбирали больных без сопутствующей гипертонической болезни. В I контрольной группе было 25 больных, из них травматологических - 7, урологических - 8 и сосудистых 9 больных. Во II группе было 23 больных, из них травматологических - 6, урологических - 8 и сосудистых - 9 больных. В II группе было 21 больных, из них травматологических – 7, урологических – 8 и сосудистых - 6 больных. Больным II группы во

время анестезиологического пособия при возникновении гипертензии эбрантил не вводили. В III основной группе больным во время анестезиологического пособия при появлении артериальной гипертензии выше рабочего артериального давления вводили 5,0 мл раствора эбрантила в виде болюсной инъекции, которую в течение анестезии вводили повторно от 1 до 2 раз при появлении повторного эпизода гипертензии. В течение анестезиологического пособия на этапах оперативного вмешательства у всех больных проводили исследование показателей АДс., АДд., ЧСС, SpO₂, ЭКГ контроль в I отведении. По показаниям проводили анализ КЩС и газов крови.

Результаты исследования и их обсуждение. Показатели гемодинамики у больных II группы отличались большей стабильностью, в сравнении с больными I группы. У пациентов I группы исходные средние значения АДс., АДд. и АД.ср. были соответственно выше, чем у больных II группы без исходной гипертензии соответственно на 25,5%, 22,3% и 19,7%. На этапе интубации трахеи различие возрастало выше соответственно на 30,5%, 27,5% и 28,%. При профилактическом введении болюсной дозы у больных III группы с исходной выраженной гипертензией отмечалось отсутствие эпизодов подъема артериального давления выше 180 мм рт.ст. В течение анестезии пациентам, которым профилактическая доза эбрантила не вводилась при появлении гипертензии при АДс. выше 180 мм рт.ст. вводили болюсную дозу 5 мл эбрантила. После введения эбрантила у больных II группы отмечалось плавное снижение артериального давления на 20-25 мм рт.ст., которое в дальнейшем оставалось стабильным в течение не менее 30-35 минут. Необходимость в повторных введениях эбрантила 1-2 раза была отмечена у 30% больных. Необходимо отметить, что анестезиологическое пособие после введения эбрантила с профилактической целью отличалось стабильностью основных показателей гемодинамики, в первую очередь систолического артериального давления. У больных I контрольной группы при повышении артериального давления отмечалось нарастание кровоточивости из области

операционной раны, изменения на ЭКГ в виде нарастания ишемии миокарда, возростала ЧСС, снижалось SpO₂. У больных III основной группы отмечалась стабильность основных показателей гемодинамики после введения расчетных доз анестетических препаратов на

фоне действия эбрантила.

Выводы. Применение эбрантила с профилактической и лечебной целью в течение анестезиологического пособия у больных с сопутствующей гипертонической болезнью повышает безопасность больных.

ЭФФЕКТ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

**Гарбузенко О.Н., Бабашев Б.Б., Касымов Н.К., Какимова К.М.,
Жармагамбетова К.А., Салаханов Р.А., Илибаева Г.К.**

Городская больница №1, г. Павлодар

Актуальность. В структуре острого алкогольного абстинентного синдрома обнаруживаются самые разнообразные психопатологические нарушения, встречающиеся при других психических заболеваниях преимущественно в рамках пограничных состояний.

На сегодняшний день существует множество различных способов купирования острого алкогольного абстинентного синдрома. Определённый интерес специалистов представляют альтернативные методы лечения. Одним из таких методов лечения является ультрафиолетовое облучение крови (УФОК).

Механизм действия УФОК на организм продолжается изучаться медиками и биологами, несмотря на то, что он применяется в медицине более 70 лет. Достаточно изучены такие действия, как детоксикация организма, улучшение доставки кислорода к тканям, снижение вязкости крови и многие другие, значимые при алкоголизме.

Лечебное действие УФОК характеризуется улучшением самочувствия больных, нормализацией сна, повышением аппетита, снижением признаков интоксикации и гипоксии, улучшением периферического и коронарного кровообращения и трофики тканей, стимуляцией процессов регенерации, нормализацией углеводного, жирового и

белкового обмена, улучшением показателей иммунитета и неспецифической резистентности, а также фильтрационной функции почек и другими проявлениями.

При остром алкогольном абстинентном синдроме в организме происходят нарушения, относящиеся к перечисленным, и поэтому включение в терапию метода УФОК патогенетически закономерно.

Цель исследования: изучение клинической динамики острого алкогольного синдрома под действием экстракорпорального УФОК.

Материалы и методы: В исследования были включены 20 мужчин и 10 женщин, поступивших в ОАРИТ 1 городской больницы с явлениями алкогольной интоксикации и острого алкогольного абстинентного синдрома. Клиническая картина была представлена соматовегетативными проявлениями: тремор конечностей и всего тела, гипергидрозом, тошнотой, рвотой, жаждой, астенией и психопатологическими проявлениями: ком-пульсивным влечением к алкоголю, чувством страха, дисфорией, двигательным возбуждением, психотическими расстройствами.

УФОК в программу лечения включали ввиду неэффективности стандартной терапии лечения острого абстинентного синдрома. Состояние больных оценивали до процедуры УФОК, после первой процедуры, после второй и третьей