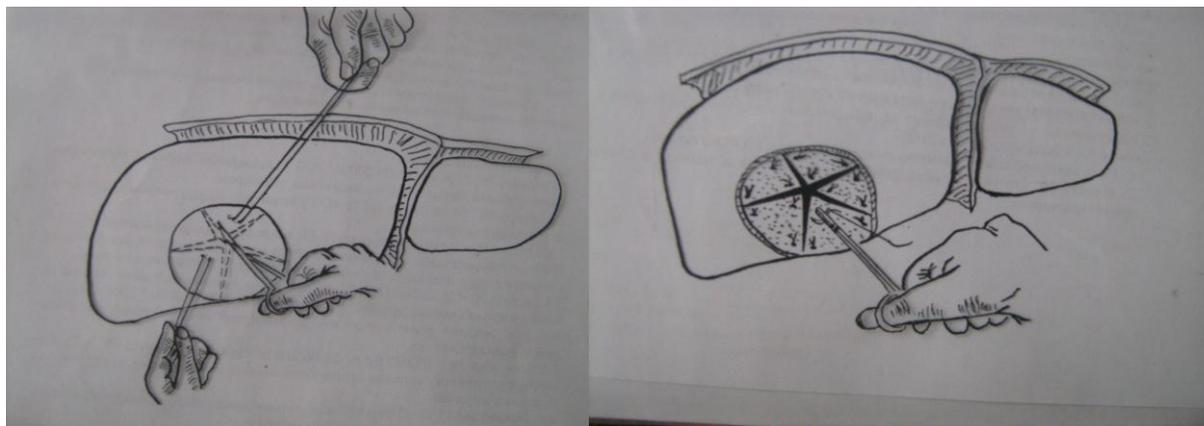


сальника, что приведет к нарушению кровообращения в пломбируемой его части.

Учитывая все это, нами разработан способ закрытия эхинококковой остаточной полости. Способ осуществляется следующим образом: 1) эхинококковая киста тщательно отгораживается от окружающих тканей и органов марлевыми салфетками; 2) делается толстой иглой пункция напряженной кисты с эвакуацией содержимой кисты; 3) фиброзная капсула берется на держалки и по возможности вскрытие просвета фиброзной капсулы; 4) удаление хитиновых оболочек либо дочер-

них пузырей и удаление оставшуюся эхинококковую жидкость; 5) обработка остаточной полости дезинфицирующим раствором; 6) из фиброзной капсулы иссекается звездчатой формы лоскут (рис. 1.) так, чтобы по краю образовавшейся полости оставались треугольные лепестки, вершины которых обращены к центру фиброзной площадки; 7) на края треугольников предварительно накладываются узловые гемостатические швы; 8) лоскуты вворачиваются в полость кисты, укладываются на ее дно и фиксируются 3-4 швами.



На способ получено авторское свидетельство Казпатента РК. По этой методике оперировано 17 детей (основная группа). В контрольную группу были включены 24 пациента, оперированных традиционными способами.

Отсутствие замкнутых полостей и скопление экссудата и желчи за счет щелей между треугольными лепестками обеспечило хорошие результаты в плане развития гнойных осложнений со стороны печени, раны и рецидивов заболевания. Анализ послеоперационных осложнений приведен в таблице №1.

Таблица 1. - Сравнительная характеристика частоты и структуры осложнений.

Группа больных	Количество	Виды осложнения			
		Нагноение раны	Рецидив	Абсцесс печени	Желчные свищи
основная	17	1	-	-	-
контрольная	24	2	1	1	1

Из таблицы видно, что у больных основной группы было зафиксировано только нагноение раны (1,2%), которое носило ограниченный характер и было купировано дренированием раны и и параэнтеральным ведением антибиотиков. Тогда как, в контрольной группе, осложнений пять раз (25%) выше чем в основной группе: три случаев – гнойных осложнений, абсцесс печени – у 1, рецидив заболевания - у 1.

Таким образом, при предложенном способе закрытия остаточной полости при эхинококковых кистах печени не образуются замкнутых полостей и не происходит скопления экссудата и желчи за счет щелей между треугольными лепестками и имеет преимущество перед

известными методами, обеспечивая хорошие результаты в силу физиологичности.

Литература:

1. Березкин Н.Ф. К вопросу о принципах и технике лечения эхинококковых кист печени. – Хирургия. -1946. - №11. – С.47-49.
2. Акопян В.Г. Хирургическая гепатология детского возраста.- Москва. - «Медицина». – 1982.- с. 384.
3. Пулатов А.Т. Хирургия эхинококкоза у детей. – Ленинград. – «Медицина», - 1983. –с. 167.
4. Krammer B., Auer H., Pernezky E. and p. Wiesbauer. Echinokokkose in Kindersaltu. Diagnostische Moglichkeiten und Richlinien zur Behandlung Paediatr. -2003/ -P. 59-69.

УДК 618.2+616.155.194

ПРИМЕНЕНИЕ СУМАМЕДА ПРИ ТЕРАПИИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА И ХРОНИЧЕСКОГО АДНЕКСИТА

А.К. Танбаева, Л.К. Жазыкбаева, А.А. Глядинцева

НИИ радиационной медицины и экологии, Семей, Казахстан

Учреждение Семейная поликлиника «Гармония», Семей, Казахстан

Цель исследования - оценить клиническую эффективность сумамеда в комплексном лечении больных с сочетанной патологией с хроническим пиелонефритом и хроническим аднекситом.

Материалы и методы.

В рандомизированное исследование было включено 50 пациентов с обострением хронического пиелонефрита и хронического аднексита. Средний возраст пациентов составил 34,6+1,2 лет. Длительность заболевания составила 5,1+1,2 лет. Группу контроля

составили 30 здоровых пациенток. Первую группу составили 25 больных с хроническим пиелонефритом в сочетании с хроническим аднекситом, которые наряду с традиционной терапией получали препарат сумамед в дозе 500 мг по 1т в течении 3-х дней. Вторую группу составили 25 пациентов с хроническим пиелонефритом в сочетании с хроническим аднекситом, которые получали в качестве антибиотика пенициллин 500 тыс. х 4 р в сутки в/м в течении 7 дней. Группы были сопоставимы по длительности заболевания, возрасту, объему лечения.

Таблица 1. - Методика бальной оценки.

Признак	Балл
Лихорадка	
Отсутствует	0
37,1-37,5 С	1
37,6-38 С	2
Больше 38 С	3
Боли внизу живота	
Отсутствует	0
Умеренные	1
Выраженные	2
Боли внизу живота, могут иррадиировать в поясничный или крестцовый отделы позвоночника	
Отсутствуют	0
Боли иррадиируют в поясничный отдел	1
Боли иррадиируют в поясничный и крестцовый отделы позвоночника	2
Нарушения менструального цикла	
Отсутствует	0
Имеется	1
Выраженные	2
Плохой сон	
Отсутствуют	0
Имеется	1
Снижение трудоспособности	
Нет	0
Есть	1
Быстрая утомляемость	
Есть	1
Нет	0
Раздражительность	
Нет	0
Да	1
Лейкоцитоз	
Отсутствует	0
Имеется умеренный	1
Выраженный	2
Дизурические явления	
Отсутствуют	0
Умеренные	1
Выраженные	2
Лейкоцитурия	
Отсутствует	0
Умеренная	1
Выраженная	2

Группы не различались по возрасту, сопутствующей патологии. Динамика общего клинического счета (ОКС) была идентичной в обеих группах.

Определяли чувствительность выделенных микроорганизмов к антибиотикам. Лабораторные тесты (клинический анализ крови, уровень АСТ, АЛТ, билирубин, креатинин, мочевины, натрий) проводили до начала лечения, и 10-й дни лечения. Лабораторные тесты выявили лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, лейкоцитурию у 53% в первой группе, и 49% во второй группе больных перед началом лечения.

Для обследования пациентов использовали клинические, инструментальные методы исследования. Эффективность лечения оценивали по динамике изменения характера и выраженности субъективных жалоб, которые пациент оценивал как: 1- слабо, 2- умеренно, 3- значительно выраженные.

Результаты исследований и обсуждение.

Единый протокол предусматривал оценку клинических и иных признаков по единой методике бальной оценки (табл.1). Сумма всех баллов представлена в виде общего клинического счета (ОКС).

Клиническую эффективность оценивали как:

Излечение - полное исчезновение признаков заболевания (ОКС менее или равен 1).

Улучшение - частичное исчезновение признаков заболевания без необходимости проведения дальнейшей антибактериальной терапии.

Без эффекта - персистенция или прогрессирование признаков инфекции после 72 часов от начала лечения, требующие смены антимикробного агента.

Таблица 2. Клиническая эффективность сумамеда и пенициллина при хроническом аднексите.

Критерии	Сумамед (n=25)	Пенициллин (n=25)
Излечение	24	19
улучшение	0	5
Без эффекта	1	1

Под влиянием терапии отмечали положительную динамику показателей в обеих группах, но более выраженную в первой группе: исчезновение болевого синдрома, исчезновение нарушений менструального цикла, исчезновение лейкоцитоза, патологических изменений мочевого осадка, нормализация удельного веса мочи, улучшение нервно-психического статуса.

Переносимость антибиотикотерапии в обеих группах была хорошей. Ни в одном случае не потребовалось отменить препараты вследствие их токсических или иных нежелательных эффектов.

Выводы.

Проведенное исследование эффективности и переносимости сумамеда показало, что сумамед обладает

высокой клинической и бактериологической эффективностью при сочетанной патологии хроническим пиелонефритом и хроническим аднекситом. Сумамед хорошо переносится и не оказывает отрицательного действия.

Литература:

1. Айламазян Э.К. Применение антибиотикотерапии при неосложненном пиелонефрите. // Гинекология - 2004. - №3, - С.23-28
2. Бельмер С.В. Лечение пиелонефрита - 2002 г.
3. Снисаренко Е.А. Репродуктивное здоровье детей и подростков. - №5. - 2007.
4. Ратникова М.А. Антибиотикотерапия при пиелонефрите // Тер архив, - № 6. -, 2007.

Қосылған ауруларды, созылмалы пиелонефриті және созылмалы аднекситы сумамед дәрісімен емдеу.

А.К.Танбаева, Л.К. Жазыкбаева, А.А.Глядинцева

**Радиациялық медицина және экология ҒЗИ, Семей, Қазақстан
«Гармония» отбасылық емханасы, Семей, Қазақстан**

Қосылған ауруларды созылмалы пиелонефриті және созылмалы аднекситы емдегенде сумамед дәрісін қолданғанда жоғары дәрежеде антибактериальды әсерін тигізеді.

Sumamed in treatment of chronic kidney pregnant and of chronic adneksit womans

A.K. Tanbaeva, L.K. Zhazykbaeva, A.A. Gladinceve

Hospital "Garmonia", Semey, Kazakhstan

Research institute for Medicine and Ecology, Semey, Kazakhstan.

The sumamed in treatment of chronic kidney pregnant and of chronic adneksit woman demonstrated high clinical bacterial effects.

УДК 616.329-002-08

ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ КОМБИНИРОВАННЫМ ПРЕПАРАТОМ «ДОМСТАЛ-О»

М.Б. Селгазина, И.С. Иманалинов

**Государственный медицинский университет, г.Семей,
Медицинский центр ГМУГ.Семей**

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно повторяющимся забрасыванием в пищевод желудочного сока, желчи, а также ферментов панкреатического и кишечного секретов. ГЭРБ среди взрослого населения находится в пределах от 25% до 40% [1-3].

Цель лечения ГЭРБ заключается в купировании ее симптомов, лечении эзофагита, предотвращении или устранении осложнений заболевания, улучшение качества жизни больного. Лечение ГЭРБ может быть консервативным и хирургическим.

В основе эффективного антирефлюксного лечения лежит изменение образа жизни, в частности отказ от курения, коррекция диеты, объема и времени приема пищи. Пациенты должны быть предупреждены о нежелательности приема препаратов, которые угнетают функцию нижнего пищеводного сфинктера (НПС) (теофиллин, прогестерон, нитраты, антагонисты калия, антидепрессанты) [2-4].

Для патогенетического лечения ГЭРБ используются средства различных фармакологических групп. Медикаментозная терапия ГЭРБ включает:

- препараты, оказывающие протекторное действие на слизистую оболочку пищевода;
- препараты, подавляющие желудочную секрецию;
- препараты, стимулирующие моторно-эвакуаторную функцию пищеварительного тракта.

Антациды назначают в симптоматических целях. Они нейтрализуют соляную кислоту, инактивируют пепсин, абсорбируют желчные кислоты, стимулируют секрецию бикарбонатов, улучшают ощелачивание желудка, что косвенно способствует повышению тонуса НПС. Для лечения ГЭРБ лучше использовать жидкие невязывающиеся препараты алюминия и магния (маалокс, фосфалюгель, ренин и др), а также антацидные препараты, в состав которых входят вещества, устраняющие симптомы метеоризма. Многие специалисты отдают предпочтение альгинатам – препаратам, содержащим альгиновую кислоту (Топалкан, Гавискон). В желудке эти препараты образуют вязкий противовоспалительный гель-антацид, который плавает как «плот» на поверхности желудочного содержимого и предохраняет пищевод от агрессивной среды [5-7]. Антациды следует принимать через 40-60 минут после еды и непременно перед сном.