

- 17 Cozza C., Rambaldi M., Alfuso A., Montanary C. Anaesthesia, In: Laparoscopic Surgery, Edited by M Meinero, G Mellotti, P.H Mouret. 1994. 77-90.
- 18 Nennes R. Complication of laparoscopic cholecystectomy in geriatric population group // N.Y State J Med / - 1993 г. - Vol 92(12) - P 518-520
- 19 Tang C S et al. The hemodynamic and ventilatory effects between Trendelenburg and revers Trendelenburg position during laparoscopy with CO₂-insufflation Ma T sui Hsueh Tsa Chi 1993 Dec. 31(4) 994-955

Э.К. Николаев, С.С. Катаев, О.Ю. Волков

РОЛЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ АСПИРАЦИОННЫХ ПНЕВМОНИЙ И ТРАХЕОБРОНХИТОВ

Уральская государственная медицинская академия.
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи.
Городской токсико-психиатрический центр

Проблема эффективного воздействия на гнойную инфекцию по настоящее время остается нерешенной, несмотря на разнообразие антибактериальных препаратов и их широкое внедрение в клиническую практику. Одним из путей решения этого вопроса является эндолимфатическая антибиотикотерапия.

Роль лимфатической системы при инфекционных заболеваниях заключается в резорбции бактерий и окружающих тканей, транспортировке их в лимфатические узлы и разрушении микроорганизмов путем фагоцитоза [1].

Всем лимфатическим узлам свойственна барьерная функция, при этом в них может задерживаться до 99% микробов [3].

Для эффективного воздействия на возбудителя необходимо создание в лимфатических узлах высоких концентраций антибиотика.

В лечебной практике отсутствуют лимфотропные антибиотики, поэтому необходимо вводить антибиотические препараты непосредственно в лимфатическую систему, учитывая, что они, как чуждые организму вещества, будут задерживаться в лимфатических узлах и оказывать свое лечебное действие.

Известные ретроградный (дренирование грудного лимфатического протока) и прямой антеградный (катетеризация лимфатических сосудов стопы) пути эндолимфатического введения антибиотиков связаны с большими техническими трудностями.

Нами используется методика непрямого антеградного введения антибиотика, заключающаяся в следующем: на нижнюю треть бедра накладывается манжетка сфигмоманометра Рива-Роччи под давлением 40 мм рт. ст. на 2 часа. Раствор антибиотика вводится подкожно в область наружной поверхности голени. На основании исследований фармакокинетических свойств оптимальным является сочетанный путь вве-

дения средних терапевтических доз антибактериальных препаратов - внутривенный и эндолимфатический. При этом 2/3 суточной дозы вводятся внутривенно и 1/3 - эндолимфатически.

Основываясь на данных бактериологического исследования мокроты, выявлен спектр микрофлоры трахеобронхального дерева, характерный для аспирационного синдрома (табл.).

Исходя из вышеизложенного, для профилактики и лечения аспирационных пневмоний используется эндолимфатическое и внутривенное введение антибиотиков широкого спектра действия, цефалоспоринов, полимиксина, фторхинолонов (2/3 суточной дозы внутривенно, 1/3 - эндолимфатически). В комплекс интенсивной терапии аспирационных пневмоний входят, также:

Таблица

Состав микрофлоры трахеобронхального дерева у больных с аспирационным синдромом (на момент поступления в стационар) n=68

Вид микрофлоры	Количество больных	%
Грамм-положительная флора		
Золотистый стафилококк	3	4,3
Эпидермальный стафилококк	4	5,7
Грамм-отрицательная микрофлора		
Клебсиела	10	15,6
Протей мирабилис	19	27,8
Ацинетобактер	12	17,5
Синегнойная палочка	8	11,6
Кишечная палочка	12	17,5

- «программные» лечебно-диагностические фибробронхоскопии, проводимые на основе данных программы «Алгоритм кислородного статуса»;

- прямое медикаментозное воздействие на пораженную слизистую респираторного тракта путем введения лекарственных препаратов в интубационную трубку, трахеостому или микротрахеостому;

- эндотрахеальная лазеротерапия гелий-неоновым лазером [2];

- раннее лечение и профилактика ДВС-синдрома.

Таким образом, существенная положительная динамика сочетанного введения антибиотиков отмечена уже на 3-4 сутки, тогда как только при внутривенной антибиотикотерапии степень нормализации клинико-рентгенологических показателей значительно менее выражена.

Заживление дефектов слизистой трахеобронхального дерева (при фибринозно-язвенных, эрозивно-язвенных, язвенно-геморрагических трахеобронхитах) наблюдается после 2-3 сеансов лазеротерапии, что в 3-4 раза быстрее, чем при традиционных методах лечения.

После 1-2 сеанса эндотрахеальной лазеротерапии купируется отек устьев бронхов и слизистой трахеобронхального дерева. Заживление происходит без образования стриктур и рубцовой ткани.

После 1 сеанса прекращается кровотечение и эрозивно-язвенных дефектов.

Проведение комплексного метода лечения позволило уменьшить развитие аспирационных пневмоний с 81,8 до 32%. Продолжительность лечения при аспирационных пневмониях в контрольной группе составила 24 дня, в группе больных, пролеченных по новой методике - 14 дней

ЛИТЕРАТУРА

1. Выренков Ю.Е., Клебанов В.М. Актуальные проблемы лимфологии и ангиологии - М., 1981.
2. Николаев Э.К., Катаев С.С., Фарберов В.Н. Патологический №2113870. Способ профилактики и лечения легочных осложнений у больных, находящихся на длительной искусственной вентиляции легких 1998
3. Сапин М.Р., Юрина Н.А., Этингер Л.Е. Лимфатический узел - М., 1978.

УДК 616.233.007.64-055] 7-053.2-036.1

Г.В. Павлов, Л.М. Сергеева, А.А. Литвинско

ОКСАЛОЗНЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ

Уральская государственная медицинская академия

В последние годы в литературе появились пионерские публикации, описывающие особенности ранее неизвестного заболевания — оксалозного бронхита (ОБ). Данная нозологическая форма является наследуемым заболеванием, связанным с генетическим нарушением метаболизма шавелевой кислоты. В патогенезе ОБ установлена роль наследственно обусловленной эндосгенной иритации оксалатами. Предполагается, что частота ОБ у детей, госпитализированных с рецидивирующими и хроническими заболеваниями легких, составляет 6% [1].

Анализ литературных данных и собственные данные наблюдения за четырьмя больными, у которых был исключен муковисцидоз и другие наследственные заболевания с поражением органов дыхания, позволили нам суммировать клинические и параклинические данные об ОБ.

Оксалозный бронхит - аутосомно-доминантно наследуемое, контролируемое полом с накоплением у родственников I степени родства.

Данное заболевание дисметаболически маркируется оксалурией (у 93,6% больных), инверсной миграции мононуклеаров в ингибирующем тесте с ФГА (у 98%), нарушением соотношений Це Риста. АСТ/АЛТ и ГГТП/АСТ, что обусловлено цитоплазматическим генетическим дефектом гспатоцита. Отмечена повышенная частота встречаемости антигенов HLA. В13 и В21, а также гаплотипов В13-21 и В 13-7. Показатели суточной оксалурии коррелировали с ОФВ1 и бронхиальной проходимостью [1].

При анализе родословных обращает на себя внимание повышенная частота оксалурии и рыжего цвета волос у родственников. У больных плейтропизм ОБ клинически проявляется рецидивирующим или хроническим обструктивным синдромом, рыжим цветом волос, бледно-матовым цветом кожи, гнездно-локальной пигментацией на коже, чаще в области верхней трети спины, деформациями шейного отдела позвоночника. При ОБ синдром меланиновой недостаточности проявляется в виде иридологических изменений, интенсивной пигментации радужки, истончения пигментной каймы и преобладания оранжевых пигментов в просекционной зоне "бронхи-легкие" [2].

Таким образом, в структуре бронхолегочной патологии у детей появилась новая нозологическая форма, вопросы частоты и клинических особенностей которой, а также разработка терапевтического комплекса еще подлежат детальной разработке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Поспехова Г.П. О клинических особенностях оксалозного бронхита / Первый (третий) Всероссийский съезд медицинских генетиков. - М., 1994. - С 232
2. Иридологические изменения у больных бронхиальной астмой с признаками респираторного оксалоза / Л. Шаймиева, Н.А. Филиппова, Р.А. Александрова и др. / 8 национальный конгресс по болезням органов дыхания. - М., 1998. - С 52.

М.А. Рубинов, С.А. Воробьев, Н.А. Антропова

НОВЫЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Уральская государственная медицинская академия

Аллопластика брюшной стенки при больших и гигантских послеоперационных, рецидивных вентральных и паховых грыжах остается актуальной проблемой современной восстановительной хирургии. Используемые в настоящее время аллотрансплантаты - полимерные пластины, пленки и сетки имеют серьезные недостатки (секреция тканевой жидкости, воспалительная инфильтрация, повышенный риск нагноения ложа имплантата и его отторжения, длительно не заживающие свищи). Однако аллопластика синтетическими, длительно не рассасывающимися в организме материалами наиболее надежно предупреждает рецидивы грыж больших размеров, при которых аутопластические методы операций анатомически и технически неосуществимы.

Целью работы было изучение в эксперименте свойств оригинального комбинированного аллотрансплантата для пластики грыжевых ворот (Приоритет РФ по 3.№ 97107749 от 22.05.97). Аллотрансплантат состоит из трех слоев - компактно-пористых наружаю-