

которых во время беременности был диагностирован гепатоз. Исследования проводились на базе реабилитационного отделения клиники Уральского НИИ ОММ. Все наблюдаемые женщины находились в клинике для ухода за детьми первого месяца жизни. Средний возраст женщин составил 27,3±1,9 года. Включены в группу родильницы на 7-40 сутки послеродового периода.

У всех женщин сохранялись клинические и лабораторные признаки внутрипеченочного холестаза: кожный зуд (100%), усиливающийся к вечеру (интенсивность кожного зуда была меньше, чем при беременности), сухость кожи (89%), отрывки воздухом (71%), шпоры (59%). Отеки нижних конечностей сохранялись у 71,5%, а артериальная гипертензия - у 68% осмотренных, причем у 40% из них - с более высокими цифрами, чем при беременности. Все больные отмечали слабость, быструю утомляемость - 61%, нарушения сна - 38%, снижение аппетита - 53%, головные боли мигреноподобного характера - 49%.

При биохимическом исследовании крови выявлено: снижение общего белка в 31% случаев, повышенные активности аминотрансфераз (АСТ, АЛТ) у 45% больных, повышение β-липопротеидов у 81% обследованных.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) брюшной полости выявлялась гепатомегалия различной степени, особенно левой доли (100% и спленомегалия у 25%, атония желчного пузыря у 65% женщин, у 35% - признаки хронического холестазитиз с дискинезией желчного пузыря по гипотоническому типу).

Пролечены две группы родильниц с холестатическим гепатозом. Первой группе (10 чел.) назначался пантенол, второй (10 чел.) - базисная терапия комбинацией гепатопротектора (карсил) и ферментного препарата (фестал).

Пантенол назначался в дозе 500 мг в 200 мл физиологического раствора внутривенно капельно (или медленно струйно в 20 мл физиологического раствора) ежедневно в течение 7-10 дней.

Клинический эффект проявлялся рано, начиная с 3-5 суток, в виде уменьшения и постепенного исчезновения кожного зуда в группе леченных пантенолом, в то время как при лечении карсилом и фесталом - с 8-10 дней, исчезновение сухости в I группе - на 5 сутки, II гр. - на 8-10 сутки. Астенический синдром уменьшался в I гр. на 5 сутки, у лиц II гр. сохранялся; запоры у лиц II гр. сохранялись более длительно - до 8-10 дней. Отеки у лиц I гр. исчезали после 5 дней приема препарата и сохранялись более длительно у лиц II гр.

При повторном проведении УЗИ выявлялось существенное уменьшение размеров печени и селезенки у лиц I группы и более длительная гепатоспленомегалия у женщин II гр. при более медленном восстановлении во II гр. кинетической функции желчного пузыря.

Итак, явления холестатического гепатоза беременных длительно сохраняются после родоразрешения, достаточный процент послеродового осложнения в виде субинволюции матки и послеродового эндометрита; назначение пантенола вполне оправдано в послеродовом периоде женщины, у которых беременность протекала с явлениями гепатоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Германов В.Т., Фролов В.М., Пересадин Н.А. Клинико-иммунологическая характеристика холестатического гепатоза беременных // Акуш и гинекол. - 1991 - № 7 - С. 73.
2. Кан В.К. Диагностика и лечение больных с синдромом холестаза // Рос. мед. ж. - 1998 - № 7. - С. 36.
3. Маркова И.В., Торопова Н.П., Чернова Н.Ф. Применение пантенола в лечении детей с атопическим дерматитом // Тез. респ. науч.-прак. конф. "Реабилитация детей с хроническими аллергодерматозами" - Екатеринбург-Сочи, 1997.
4. Маркова И.В., Калинин В.И. Педиатрическая фармакология. - Л., 1980. - С. 105-111.
5. Шалина Р.И. Профилактика, ранняя диагностика, лечение позднего токсикоза беременных и реабилитационные мероприятия после родов // Акуш. и гинекол. - 1990. - № 4. - С. 73.
6. Шехтман М.М. Хронические заболевания печени у беременных // Рос. мед. ж. - 1996. - № 4. - С. 30.
7. Фарбер Н.А., Мартынов К.А., Гуртовой Б.Л. Влиятельные гепатиты у беременных. М., 1990. - С. 175-201.

А.А. Власов, С.А. Шардин,
М.И. Прудков, В.К. Табуев

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКУЮ И МИНИЛАПАРОТОМНУЮ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ, В ДИНАМИКЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА

Уральская государственная медицинская академия

Малонавязивная холецистэктомия (ХЭ) - лапароскопическая (ЛХЭ) и минилапаротомная (МХЭ) - в настоящее время является операцией выбора при лечении больных неосложненным холелитиазом [1,2,3,6]. Одними из возможных осложнений ХЭ в послеоперационном периоде являются нарушения со стороны органов дыхания. В литературе имеется достаточно информации о том, как происходит восстановление функции внешнего дыхания (ФВД) в ближайшие часы и сутки после малонавязивной холецистэктомии [3,4,5,7] и лишь единичные сообщения - об изменении респираторной функции в отдаленные периоды [6]. Сокращение сроков пребывания больных в хирургическом стационаре после шадящей ХЭ до 5-8 дней приводит к тому, что ближайшая реабилитация пациентов происходит в амбулаторных условиях без каждодневного наблюдения врача.

Цель исследования - оценить динамику изменений ФВД у больных желчнокаменной болезнью, перенесших ЛХЭ и МХЭ, в течение месяца после выписки из стационара.

Пациенты и методы исследования. В работу включено 134 больных (только женщины) с неослож-

ненным хроническим калькулезным холециститом в возрасте от 26 до 59 лет (средний возраст $46,7 \pm 1,9$ года), которым в плановом порядке была выполнена ЛХЭ или МХЭ. Средние сроки пребывания пациентов в стационаре после малоинвазивной ХЭ составили $7,8 \pm 0,4$ дня.

Формирование групп по виду операции с учетом возраста, роста-весовых соотношений и длительности заболевания проводилось методом случайной выборки. В итоге, анализу подвергнуты результаты исследования 23 пар больных в возрасте до 59 лет, 21 пары - 40-49 и 23 пар пациентов в возрасте 50-59 лет без сопутствующей бронхолегочной патологии.

Всем больным до операции проводилось традиционное общеклиническое, ультразвуковое и эндоскопическое обследования. Кроме того, до ХЭ, а также через две и четыре недели после операции изучаются состояние ФВД методом компьютерной спирометрии. Исследование проводилось утром без специальной подготовки больной по единой методике на одном и том же аппарате. Изучались наиболее информативные и чаще всего используемые показатели: жизненная емкость легких (ЖЕЛ) – в литрах, форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) – в литрах, объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) – в литрах по кривой поток-объем в абсолютных значениях и в процентах от должных величин с учетом пола, возраста, роста и веса.

Результаты исследования и их обсуждение. Данные компьютерной спирометрии до операции у наблюдаемых больных в целом находились в пределах возрастной нормы. Сравнимые группы не имели статистически достоверных различий показателей ни в абсолютных значениях, ни в процентах от должных величин.

На рис.1 представлена динамика значений ЖЕЛ в восстановительном периоде после ЛХЭ и МХЭ. Этот показатель оставался сниженным через две недели после обоих вариантов малоинвазивной ХЭ.

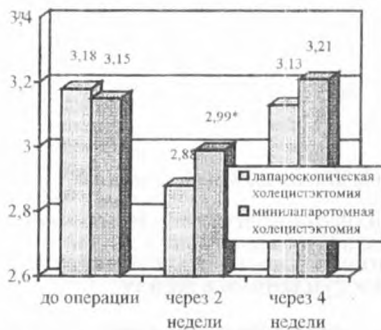


Рис. 1. Динамика показателей жизненной емкости легких (л) до операции и в различные сроки после лапароскопической и минилапаротомной холецистэктомии (* - $P_{лхэ/мхэ} < 0,05$).

При анализе фактических значений выявлены

достоверные различия в сравниваемых группах в целом. Так, в первой группе средний показатель ЖЕЛ снижался с $3,18 \pm 0,05$ л (или $103,73 \pm 0,76\%$ от должного) накануне операции до $2,88 \pm 0,03$ л ($97,32 \pm 0,95\%$) – через две недели после ЛХЭ (критерий достоверности различий, рассчитанный для парных выборок, $P < 0,05$). Во второй группе значение ЖЕЛ равнялось $3,15 \pm 0,05$ л ($104,38 \pm 0,86\%$ от должной возрастной величины с учетом роста и веса) и $2,99 \pm 0,04$ л ($99,17 \pm 0,81\%$) соответственно до и после МХЭ ($P < 0,01$). Достоверность различий показателя ЖЕЛ в зависимости от способа ХЭ через две недели после операции, рассчитанная по t-критерию Стьюдента для независимых выборок, составила $P_{лхэ/мхэ} < 0,05$.

Анализ полученных материалов с учетом возраста показал, что у больных до 39 лет ЖЕЛ через две недели после ЛХЭ снижалась достоверно в большей степени, чем после МХЭ ($P_{лхэ/мхэ} < 0,05$). Среди лиц 40-49 и 50-59 лет статистически значимых различий показателя ЖЕЛ в зависимости от варианта операции не отмечено, хотя тенденция к большому его снижению после ЛХЭ сохранялась. По истечении месяца после ХЭ среднее значение ЖЕЛ возвращалось к дооперационному уровню.

Аналогичным образом через две недели после ХЭ изменялся показатель форсированной ЖЕЛ (рис.2) после ЛХЭ он также снижался в большей степени, чем после МХЭ.

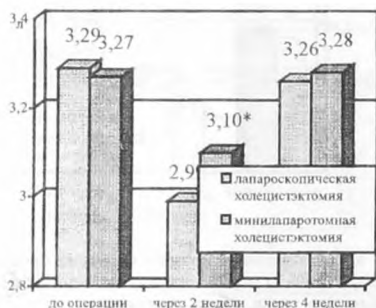


Рис.2. Динамика показателя форсированной жизненной емкости легких (л) до операции и после лапароскопической и минилапаротомной холецистэктомии (* - $P_{лхэ/мхэ} < 0,02$).

В первой группе больных до операции ФЖЕЛ равнялась в среднем $3,29 \pm 0,06$ л (или $107,53 \pm 0,85\%$ от должной), через две недели после ЛХЭ – $2,99 \pm 0,04$ л ($101,92 \pm 0,89\%$), $P < 0,001$. Во второй – соответственно $3,27 \pm 0,06$ л ($107,95 \pm 1,16\%$) и $3,10 \pm 0,02$ л (или $103,72 \pm 1,03\%$), $P < 0,01$. Критерий достоверности различий показателя ФЖЕЛ через две недели после операции в зависимости от варианта ХЭ составил $P_{лхэ/мхэ} < 0,02$. Причем у пациентов до 39 лет подобные различия в зависимости от способа ХЭ статистически достоверны, а в остальных возрастных подгруппах они носили только характер тенденции ($P > 0,05$).

Более значительное снижение показателей

ФВД характеризующих легочный объем, через две недели после ЛХЭ в сравнении с МХЭ, по-видимому, обусловлено влиянием напряженного пневмоперитонеума, накладываемого при первом варианте ХЭ. Он, как известно, приводит к некоторому смещению и поджатю диафрагмы легких на протяжении всей операции со снижением альвеолярной перфузии, развитием микроателектазов, нарушением микроциркуляции. Отсутствие достоверных различий у больных старших возрастных групп, по-видимому, связано с увеличением ригидности грудной стенки и диафрагмы с возрастом.

Несколько иная закономерность выявлена при анализе показателя ОФВ1, характеризующего уровень бронхиальной проходимости. В группе больных, перенесших ЛХЭ, снижение данного показателя также происходило в большей степени, чем через две недели после МХЭ (рис 3). Среднее значение ОФВ1 до операции в первой группе составило $2,73 \pm 0,05$ (или $106,46 \pm 1,00\%$ от должного), через две недели после ЛХЭ - $2,49 \pm 0,03$ ($98,35 \pm 0,91\%$), $P < 0,001$. Во второй группе - $2,78 \pm 0,04$ (или $107,27 \pm 1,13\%$ от должного возрастного значения) и $2,61 \pm 0,04$ ($102,07 \pm 1,13\%$) соответственно до и через две недели после МХЭ, $P < 0,02$. Критерий достоверности различий в зависимости от способа ХЭ - $P_{ЛХЭ/МХЭ} < 0,05$.



Рис.3. Изменения показателя объема форсированного выдоха за первую секунду (л) до операции и в различные сроки после малоинвазивной холецистэктомии (* - $P_{ЛХЭ/МХЭ} < 0,05$).

Анализ по возрастным подгруппам показал, что такая закономерность у больных до 39 лет имела характер тенденции. У пациентов 40-49 и 50-59 лет различия в группах в зависимости от способа ХЭ оказались статистически значимыми ($P < 0,05$). Через месяц после ХЭ показатель ОФВ1 возвращался к исходному уровню до операции. Различий между полученными величинами в сравнимых группах не отмечено.

Таким образом, основные показатели ФВД у больных желчнокаменной болезнью без сопутствующей бронхолегочной патологии до операции и в различные сроки после малоинвазивной ХЭ оставались в пределах возрастной нормы.

Однако в сравнении с дооперационным уровнем через две недели после ХЭ, когда большинство пациентов уже были выписаны из хирургического стационара, сохранялось их достоверное снижение,

причем в большей степени в группе ЛХЭ. Среди больных до 39 лет через две недели после ЛХЭ больше уменьшались показатели, характеризующие емкость легких, а в старшей возрастной подгруппе - снижались величины, отражающие бронхиальную проходимость.

По истечении месяца после операции разница показателей ФВД в сравнимых группах нивелировалась.

Все вышесказанное необходимо учитывать при наблюдении за больными в амбулаторных условиях. Сохраняющееся снижение основных показателей ФВД через две недели после малоинвазивной ХЭ требует проведения реабилитационных мероприятий, в число последних мы включали дыхательную гимнастику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галеев М.А., Тимебулатов В.М. Желчнокаменная болезнь и холеститит. - Уфа, 1997. - 201с
2. Галлигер Ю.И., Тимошин А.Д., Цанди А.К. Лапароскопическая холецистэктомия // Хирургия. - 1993. - № 6. - С.34-39.
3. Randomized controlled trial of laparoscopic versus mini cholecystectomy / J.S. Barkun, A.N. Barkun, J.S. Sampalis et al // The Lancet. - 1992. - Vol. 340, № 7. - P.1116-1119.
4. Normal inspiratory muscle strength is restored more rapidly after laparoscopic cholecystectomy / M.L. Da Costa, M.A. Qureshi, N.M. Brindley et al // Ann. R. Coll. Surg. Engl. - 1995. - Vol. 77, №4. - P.252-255.
5. Hall J.C., Tarala R.A., Hall J.L. A case-control study of postoperative pulmonary complications after laparoscopic and open cholecystectomy // J. Laparosc. Surg. - 1996. - Vol. 6, № 2. - P.87-92.
6. Laparoscopic and mini-laparotomy cholecystectomy: A randomized trial comparing postoperative pain and pulmonary function / A.J. McMahon, I.T. Russell, G. Ramsay et al // Surgery. - 1994. - Vol. 115, №5. - P.533-539.
7. Pulmonary function after laparoscopic cholecystectomy / P.R. Schauer, J. Luna, A.A. Ghiatas et al // Surgery. - 1993. - Vol. 114, № 2. - P.389-399.

Н.Д. Дашевская, А.М. Чердынченко

ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПЕРЕД ПОСТУПЛЕНИЕМ В ШКОЛУ

Уральская государственная медицинская академия

В настоящее время отмечается тенденция к ухудшению психического здоровья детей, особенно в критические периоды жизни, к которым относится период подготовки к школе. Распространенность