

сбережения крови, применяемых как альтернатива переливанию крови и ее препаратов. Комплексный подход принципиален, поскольку при сочетанном применении разные методы дополняют и усиливают эффект.

ВЫВОДЫ

1. Предоперационная подготовка, включающая терапию эритропоэтином, адаптационную гипоксигенацию и нутритивную поддержку, позволяет существенно повысить концентрационные показатели крови и резистентность организма пациента к гипоксии.
2. Приемлемой методикой забора аутокрови является однократная эксфузия 10% ОЦК за день до операции в сочетании с предперфузионным забором до 20% ОЦК.
3. Применяемые нами кровесберегающие технологии позволяют поддерживать показатели гомеостаза у кардиохирургических больных в ходе операции и в раннем послеоперационном периоде на оптимальном уровне.
4. Благоприятные исходы операций у лиц, оперированных с применением бескровных технологий, доказывают их эффективность и безопасность.

Литература

1. Ван дер Линден Ф.// Бескровная хирургия. Итоги и перспективы: Сб. докл. — М., 2002. — С. 44-52.
2. Виньон Д.// Альтернативы переливания крови в хирургии: Тез. докл. — М., 1999. — С. 27-42.
3. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма. — Ростов: Изд-во. Ростовского ун-та, 1979.
4. Кросс М.Х.//Perfusion. — 2001. — № 16. — С. 345-351.
5. Лакин Г.Ф. Биометрия: Учебное пособие. — М.: Высшая школа, 1990.

6. Пащук А.Ю., Иванова А.В., Буклей П.А.//Сб. научн. трудов. — Фрунзе, 1975. — С. 193-195.
7. Перельман М.И.// Хирургия. — 1972. — №9. — С. 152.
8. Подоксенов Ю.К. Адаптация к периодической гипоксии в комплексе предоперационной подготовки кардиохирургических больных: Дисс... д-ра мед. наук. — Томск, 2001.
9. Румянцев А.Г., Аграненко В.А. Клиническая трансфузиология. — М.: ГЭОТАР Медицина, 1997.
10. Таричко Ю.В.//Бескровная хирургия — итоги и перспективы: Сб. докл. — М., 2002. — С. 43-46.
11. Шевченко Ю.Л., Матвеев С.А., Четчин А.В. Кардиохирургическая трансфузиология. — М.: Классик-Колсантинг, 2000.
12. Шевченко Ю.Л., Шихвердиев Н. Н., Оточкин А.В. Прогнозирование в кардиохирургии. — СПб.: Питер Пабблишинг, 1998.
13. Kirklin J.W., Barrat-Boyes B.G. Cardiac surgery. — Churchill Livingstone Inc., 1993.
14. Spahn D.R., Casutt M.//Anesthesiology. — 2000. — Vol. 93. — P. 242-255.

Поступила в редакцию 02.04.04.

ALTERNATIVES TO BLOOD TRANSFUSION IN CARDIOSURGERY

V.M. Shipulin, Yu.K. Podoksenov, Yu.S. Svirko
Research Institute of Cardiology of Tomsk Scientific Center of Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences
Summary — The authors give consideration to the features of comprehensive blood-saving approach in cardiosurgery, which includes autoblood purveyance, erythropoietin and hypoxic therapies, minimization of volume of pump oxygenator primary filling, preperfusion autoblood sampling, postperfusion blood ultrafiltration, autoblood reinfusion and drain discharge return, hemostasis system correction, and early nutritious support. The blood-saving procedures in practice allowed maintaining the homeostasis indexes in the course of operation and during early postoperative period at optimum level. Favorable outcomes at patients having been operated using bloodless technique testify its efficacy and safety.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 2, p. 62-65.

УДК 616.61-002.3-089

В.В. Грехнев, Б.А. Сотниченко, В.М. Нагорный,
В.В. Мазалов, А.Г. Филиппов

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПОЧЕК

Владивостокский государственный медицинский университет,
Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

Ключевые слова: гнойно-деструктивные заболевания почек, чрескожное пункционное дренирование.

Пациенты с гнойными заболеваниями почек составляют от 1 до 16% всех больных гнойными инфекциями. Летальность в этой группе от 8,9 до 25,5 % [1,4, 6]. Абсцессы почек и паранефральной клетчатки как

самостоятельные заболевания составляют до 0,5% всех острых гнойных процессов в урологической клинике [11]. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в лечении этих заболеваний, проблема абсцессов почек и паранефральной клетчатки в связи с недостаточной эффективностью мероприятий по их ранней диагностике и с отсутствием унифицированного подхода к лечению осложнений острого гнойного пиелонефрита остается актуальной [3, 8]. Количество органоуносящих операций при гнойно-деструктивных заболеваниях почек остается высоким [5]. Бактериальные инфекции — по-прежнему одна из главных проблем урологии, поэтому здесь приветствуется поиск новых решений и совершенствование хирургических методик [4, 9]. Тем не менее процесс обобщения клинической значимости новых хирургических методов лечения не завершен. До недавнего времени считалось недопустимым применение пункционных пособий при гнойно-деструктивных заболеваниях почек

Таблица 1
Распределение клинических наблюдений по локализации абсцессов

Локализация	Контроль		Основная группа	
	абс.	%	абс.	%
Правосторонняя	9	52,9	18	51,4
Левосторонняя	8	47,1	13	37,1
Двусторонняя	0	0	3	8,6
Единственная почка	0	0	1	2,9

и околопочечного пространства [7]. С внедрением в медицинскую практику новых наукоемких технологий подход к диагностике и лечению урологических заболеваний изменился [9, 11, 15]. Современный уровень медицинской науки позволяет решать проблемы гнойной хирургии с помощью малоинвазивной хирургии [2, 14]. Решение задач чрескожного дренирования абсцессов почек и ограниченных гнойно-деструктивных заболеваний околопочечной клетчатки возложено на «инвазивную эхографию». Ультразвуковой контроль решает две основные задачи: установление нозологической принадлежности образований и снижение количества высокотравматичных оперативных пособий [10, 12, 13]. Инвазивная эхография обладает основным достоинством — единовременным переводом диагностического этапа в эффективное инструментальное лечение. Закрытые контролируемые вмешательства, не меняя фундаментальных принципов и основ хирургии, позволяют достичь того же результата, но со значительно меньшим риском для органа и организма в целом.

Целью настоящего исследования явился анализ закономерностей течения и диагностики абсцессов почек, разработка и клиническое обоснование их малоинвазивного хирургического лечения.

В клинике урологии с 1994 по 2003 г. находились на лечении 52 пациента (из них 42 мужчины) с абсцессами почек в возрасте от 16 до 76 лет. 17 из них проведены традиционные операции люмботомическим доступом (контрольная группа), а 35 — чрескожное пункционное дренирование (основная группа). Состав групп по возрасту, полу, фоновым заболеваниям, размерам и локализации гнойников был идентичен. При интраоперационных бакпосевах чаще всего выявлялся *Staphylococcus aureus* — 26 наблюдений (50%). *Staphylococcus epidermidis* высеян у 4 (7,7%), *Pseudomonas aeruginosa* — у 3 (5,8%), *Escherichia coli* — у 3 (5,8%), *Streptococcus pyogenes* — у 1 (1,9%) и *Klebsiella pneumoniae* — у 1 (1,9%) больного. В 14 случаях (26,9%) роста микрофлоры не обнаружено, что, вероятно, было связано с догоспитальным лечением антибактериальными препаратами.

В основной массе случаев процесс носил солитарный характер, множественные абсцессы почек были у 5 пациентов (9,6%). Всего в 52 наблюдениях зарегистрировано 62 абсцесса. Для множественных поражений оказались характерными малые и средние

размеры участков деструкции. Одиночные абсцессы были, как правило, крупные. Наиболее часто гнойно-деструктивным процессом поражалась правая почка (табл. 1).

Значительная часть пациентов находилась в тяжелом состоянии, обусловленном характером гнойного процесса, его длительностью на догоспитальном этапе, а также сопутствующей патологией и возрастом. У большинства больных клинико-лабораторные данные оказались недостаточно информативными.

Клинические проявления органных и внеорганных изменений были неоднозначно отчетливыми и обосновывались, главным образом, на наличии синдрома прогрессирующей эндогенной интоксикации. Большие сложности возникали в решении дифференциально-диагностических задач с гнойно-деструктивными процессами других локализаций (деструктивный аппендицит, параколит, холецистит и др.). Визуализирующие методы инструментальной диагностики в виде ультрасонографии, компьютерной томографии способствовали достаточно точной идентификации стадии и локализации воспалительного процесса. Внимание было обращено на наличие акустических признаков инфильтрата, локальную болезненность в зоне визуализации образования, наличие отчетливой капсулы.

На основании данных ультрасонографии и компьютерной томографии все абсцессы почек по диаметру были классифицированы на малые (до 2 см), средние (до 4 см), большие (4–6 см) и гигантские (более 7 см). В основной группе абсцессы средних размеров были у 16, большие — у 17 и гигантские — у 2 пациентов. В контрольной группе абсцессы средних размеров были у 7, больших размеров — у 10 больных (рис. 1).

При поступлении в стационар всем больным проводилась интенсивная антибактериальная терапия в соответствии с принципами лечения гнойно-воспалительных заболеваний. Для борьбы с эндогенной интоксикацией и для уменьшения риска хирургического пособия предоперационная подготовка в контрольной группе составила в среднем 6 дней, при минимизированном пункционном она не превышала 2 суток. Все традиционные операции выполнялись под общим интубационным наркозом, перкутанное пункционное дренирование — под местной анестезией. В основной группе контроль эффективности дренирования осуществлялся с помощью динамической полипозиционной ультрасонографии. Уменьшение размеров гнойника, отсутствие гипертермии и признаков интоксикации свидетельствовало об успехе воздействия. Критерием для удаления дренажей служили отсутствие отделяемого и значительное уменьшение размеров полости. Продолжительность дренирования определялась индивидуально и в среднем составила при средних гнойниках $5,3 \pm 2,0$, при больших — $9,1 \pm 3,0$, при гигантских — $10,0 \pm 3,0$ суток (рис. 2).

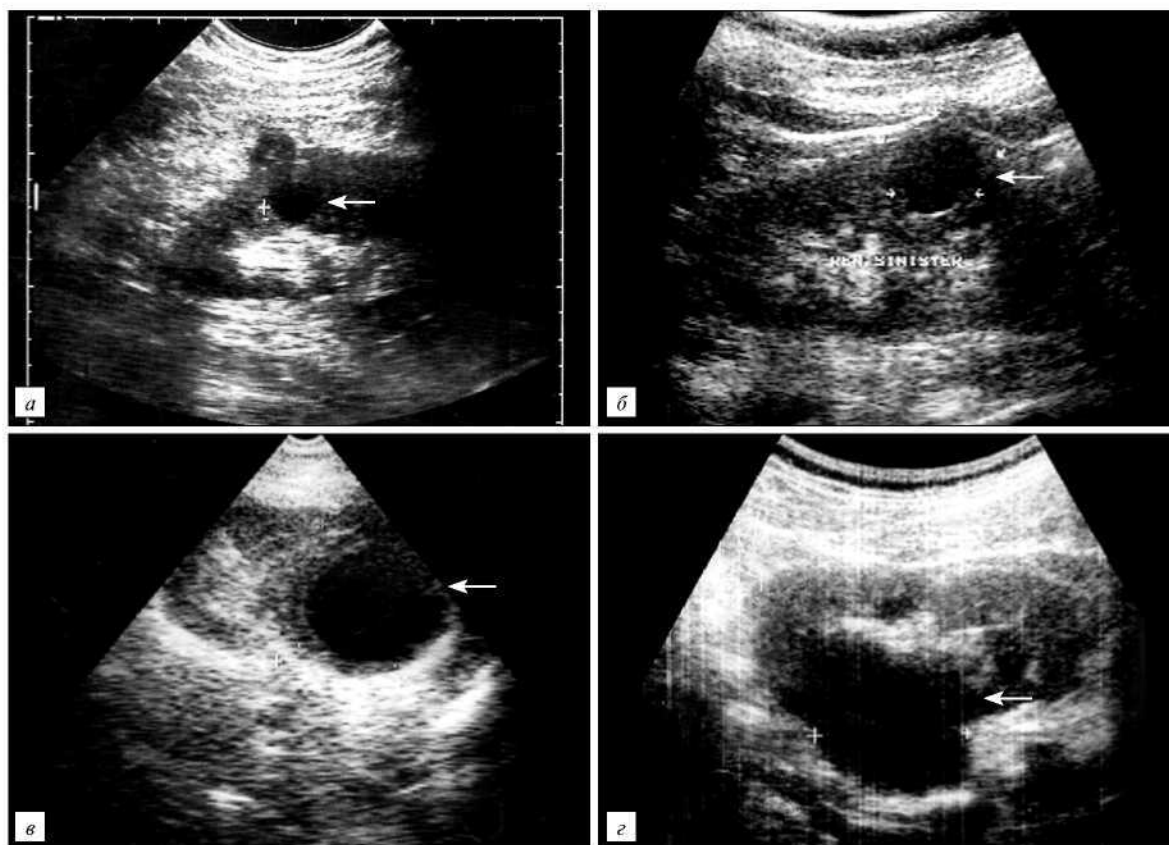


Рис. 1. Классификация абсцессов почек по размеру (ультрасонограммы):

a - малый, б - средний, в - большой, з - гигантский.

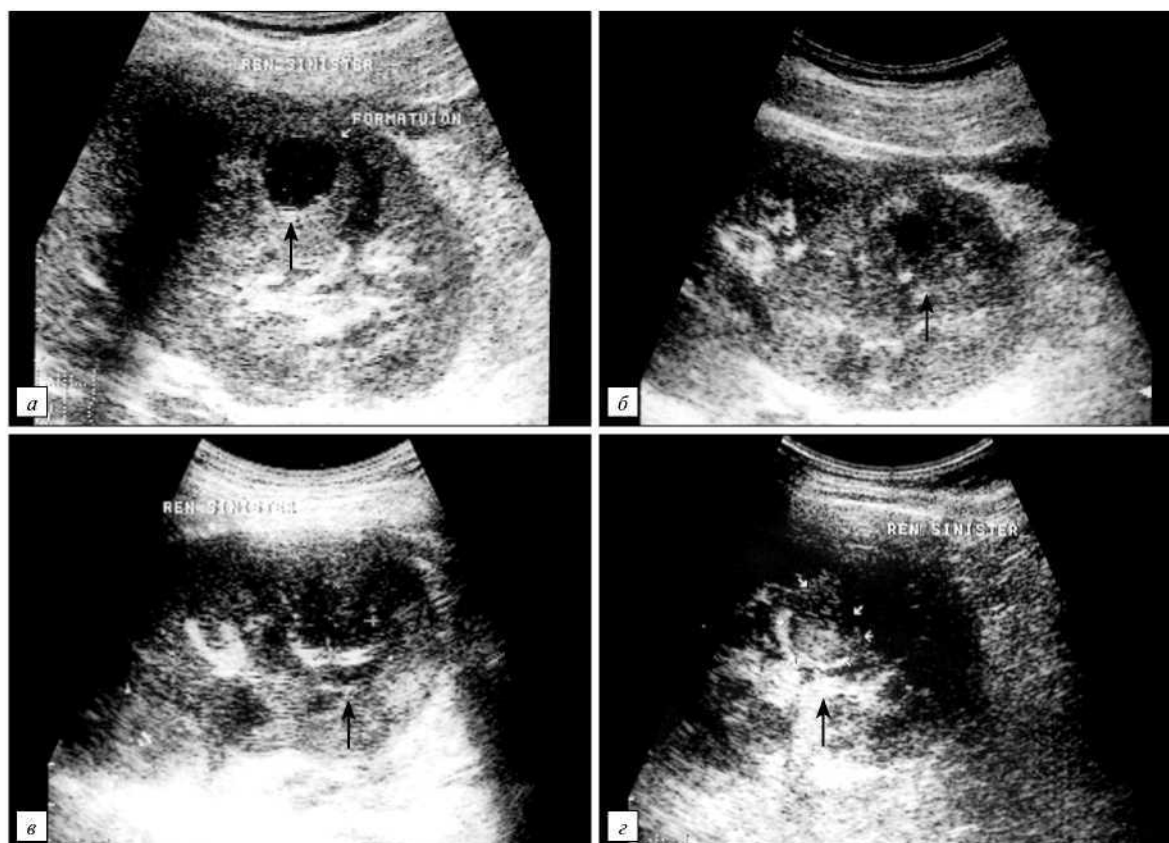


Рис. 2. Клиническое наблюдение, больной С., 21 г. (ультрасонограммы):

а- до пункции, б- на 2-е сутки, в - на 8-е сутки, г-на 11-е сутки.

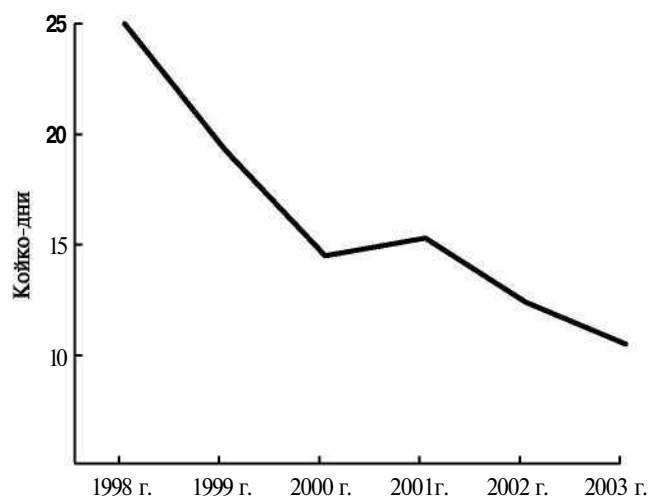


Рис. 3. Длительность лечения пациентов с абсцессами почек методом пер кутанного дренирования.

Отсутствие необходимости операции служило критерием успешности проведенного парахирургического лечения. В общей сложности у 35 пациентов были выполнены 43 пункционных дренирования. В большинстве случаев было достаточно одного вмешательства, но в некоторых случаях при длительно существующих, плохо опорожняющихся гнойниках прибегали к повторным пункциям, с применением дренажей более крупного диаметра. Отмечена зависимость редукции полости гнойника от стадии формирования абсцесса. При сформировавшемся абсцессе ригидная стенка препятствовала контракции полости, при несформировавшихся абсцессах редукция наступала несколько быстрее.

Эффективность малоинвазивного чрескожного пункционного дренирования абсцессов почек под контролем ультразвукового исследования не вызывает сомнения. Ультрасонография является наиболее простым и доступным методом исследования при подозрении на нагноительные процессы в почках. Его портативность и мобильность позволяет проводить эту процедуру у постели больного, что особенно важно в палате интенсивной терапии и реанимации. Процедура не утяжеляет состояния больного, позволяет при минимальных затратах получить разительный эффект и выздоровление. Средний койко-день на нашем материале при традиционном лечении составил $24,0 \pm 1,3$, при малоинвазивном — $15,0 \pm 1,4$ (рис. 3).

В контрольной группе интраоперационные осложнения возникли в 3 (17,7%), ранние послеоперационные осложнения — в 4 (23,5%) случаях. Поздние осложнения наблюдались у 1 больного (5,9%), повторная операция понадобилась в 1 наблюдении (5,9%). Повторные операции в 4 случаях (11,4%) после малоинвазивного вмешательства объяснялись рядом причин. В 1 случае была изначально неправильно определена тактика лечения: при толстостенной капсуле и густом отделяемом дренирование осуществлялось дренажем малого диаметра и не проводилось санации полости гнойника. В 2 случаях имелась сочетанная локализа-

ция процесса с поражением двух сегментов почки, и было признано целесообразным перейти к традиционному виду дренирования. И лишь в 1 случае при удачно выбранной тактике лечения, но неправильной интерпретации результатов интервенционного лечения была выполнена люмботомия с дренированием гнойника. В основной и контрольной группе умерло по 1 больному. Смертность, таким образом, при малоинвазивном лечении составила 2,9, при традиционном — 5,9%.

Таким образом, опыт чрескожного дренирования 35 абсцессов почек под ультразвуковым наведением дал благоприятный результат в 31 случае (88,6%). Надежно проведенное чрескожное дренирование доказывает высокую эффективность этого метода лечения ограниченных гнойно-деструктивных заболеваний почек. Количество осложнений здесь значительно меньше, чем при традиционных пособиях, а структура осложнений позволяет надеяться, что по мере дальнейшего освоения метода число их значительно уменьшится. Данный метод можно считать предпочтительнее традиционного оперативного лечения этой категории больных, и при любых обстоятельствах его можно рассматривать как первую линию лечения указанной патологии. В целом преимуществами малоинвазивной хирургии над традиционной можно считать меньшие инвазивность и морбидность, короткий реабилитационный период и косметичность.

Низкая ресурсозатратность и высокая эффективность пункционного метода позволяют рекомендовать его как наиболее отвечающий реалиям сегодняшнего времени. Операционная и моральная травма здесь относительно малы, что позволяет выполнять пункции больным в тяжелом состоянии, когда традиционная операция может быть крайне рискованной.

Не является темой обсуждения то, что ни один из малоинвазивных методов не заменил и полностью в ближайшем будущем не заменит традиционных операций. Предпочтение той или иной методике отдается с учетом всех обстоятельств и особенностей патологического процесса. Совершенствование техники операции, инструментария и степени подготовки персонала позволяют определить целесообразность того или иного лечебного пособия.

Литература

1. Арбулиев М.Г., Арбулиев К.М., Османов Г.М.//Урол. и нефрол. - 1997. - № 6. - С. 14-17.
2. Борисов И.В., Перельман В.М., Дробнер В.Л.//Урол. и нефрол. - 1994. - № 4. - С. 39-42.
3. Даренков А.Ф., Игнашин Н.С., Демин А.И., Силаев С.А.// Актуальные проблемы урологии. — Тарту, 1987. - С. 22-23.
4. Донсков В.В., Афанасьев Н.В.// Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2000. - Т. 159, № 6. - С. 67-69.
5. Дунаевский Я.Л., Горхов М.Э., Афанасьев М.Б.//

- 7-й пленум Всесоюзного научного общества урологов: Тезисы докладов. — Казань, 1986. — С. 49-50.
6. Игнашин Н.С., Ширинов В.А.// — Урол. и нефрол. — 1994. - №1. - С. 29-32.
7. Коршунов А.В., Колесников Г.П.//Пленум правления Всероссийского общества урологов: Тезисы докладов. — Екатеринбург, 1996. — С. 48.
8. Курбатов Д.Г., Киселева Т.В., Рублевский В.П., Сикора З.С.//Урол. и нефрол. - 1994. - №5. - С. 8-10.
9. Мартов А.Г., Лопаткин Н.А.// Хроссийский съезд урологов: Тезисы докладов. — М., 2002. — С. 655-684.
10. Петров Д. А., Игнашин Н.С., Кудрявцев Ю.В.// Урол. и нефрол. - 1999. - № 5. - С. 11-13.
11. Теодорович О.В., Гаджиев А.Н.//Хроссийский съезд урологов: Тезисы докладов. — М., 2002. — С. 792.
12. Bacha K., Miladi M., Ben Hassine L. et al.//J. Urol. - 2001. Vol. 11, No. 3. - P. 444-449.
13. Fowler J.E., Perkins T.//J. Urol.- 1994. Vol. 151, No. 4. - P. 847-851.
14. Kawashima A., Sandler C.M., Goldman. S.M.// BJU International. - 2000. - Vol. 86, Suppl. 1. - P. 70-79.
17. Siegel J.F., Smith A., Moldwin R.//J. Urol. - 1996. - Vol. 155, No. 1. - P. 52-59.
- Поступила в редакцию 29.05.04.

COMPARATIVE EFFICIENCY OF VARIOUS TREATMENT MODALITIES FOR RENAL ABSCESSES
V. V. Grekhnev, B.A. Sotnichenko, V.M. Nagorny, V. V. Mazalov, A.G. Filippov
Vladivostok State Medical University, Municipal Clinical Hospital No. 2 (Vladivostok)
Summary — From 1994 to 2003 52 patients with renal abscesses were treated and followed. This article covers etiological, diagnostic and treatment issues of confined pyodestructive kidney diseases. The comparative characteristics of minimally invasive (percutaneous paracental drainage) vs traditional surgical approaches is presented. Practical recommendations for treatment of renal abscesses are listed. Authors concluded that the best approach for treatment of confined pyodestructive kidney lesions could be considered the percutaneous paracental drainage. This technique could be preferred due to its minimal invasiveness, low mortality rates and cosmetic advantages. Complication rate is minimal. Surgical and moral damage to patients is low that allows application of this technique in sever patient where traditional invasive techniques carry a high risk.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 2, p. 65-69.

УДК616.97+[616.6+618.1]-022.7:579.88-036.22(571.63)

Я.А. Юцковская

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В ПРИМОРЬЕ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: урогенитальный уреаплазмоз, Приморье, эпидемиология.

К настоящему времени насчитывается более 20 инфекционных агентов, передаваемых половым путем [5]. Однако обычно регистрируемые венерические инфекции составляют лишь малую часть от истинных показателей заболеваемости инфекционными урогенитальными болезнями. В последние годы появление инфекций «нового поколения» как бы отодвинуло «классические» венерические инфекции на второй план [1, 5, 7, 10, 12]. Примером могут служить получившие эпидемиологическую значимость герпетическая, цитомегаловирусная и микоплазменная инфекции, хламидиоз, токсоплазмоз, кандидоз и др. [11].

В литературе статистически достоверных данных о распространенности уреаплазменной инфекции урогенитального тракта среди населения разных стран, в том числе и России, очень мало. В то же время многими авторами отмечено, что в нашей стране рост заболеваемости инфекциями «нового поколения» превосходит таковой «классическими» урогенитальными инфекциями [2, 3]. В доступной литературе есть лишь одна работа, посвященная эпидемиологии бо-

лезней «нового поколения» [3]. В результате исследований, проведенных авторами среди населения Москвы и Московской области, отмечена четко выраженная тенденция роста заболеваемости этими инфекциями и преобладание их над «классическими» венерическими болезнями [4]. Поскольку до настоящего времени в Приморском крае не проводились исследования эпидемиологии урогенитальной уреаплазменной инфекции в зависимости от территориальных, демографических и социальных особенностей, данная работа призвана восполнить этот пробел.

Как видно из данных, представленных в табл. 1, 2, показатели заболеваемости «классическими» урогенитальными инфекциями в России характеризовались стабильностью с некоторой отрицательной динамикой. Заболеваемость сифилисом практически оставалась на одном уровне. Статистически достоверное увеличение показателя зафиксировано в 1996 г. по отношению к 1995, а статистически достоверное снижение — к 1999 г. Заболеваемость гонореей имела тенденцию к снижению, а заболеваемость трихомонозом отличается постоянством. В то же время показатели заболеваемости как инфекциями «нового поколения», так и инфекциями, относимыми к условно-патогенным, год от года возрастала. В группе инфекций «нового поколения» преобладал урогенитальный хламидиоз, в группе условно-патогенных более стабильные показатели заболеваемости были у бактериального вагиноза. Практически в два раза (к 1998 г.) выросла заболеваемость урогенитальным кандидозом.

Такая же тенденция характерна и для показателей заболеваемости в группах урогенитальных инфекций и по Приморскому краю. Исключение составил трихомоноз, заболеваемость которым увеличилась от 166,2 в 1995 г. до 233,3 на 100000 населения в 1999 г.