

всех возрастов, входящих в первую группу здоровья, уменьшилось, а во вторую группу — увеличилось (табл. 2). Вместе с тем разница в показателях основной и контрольной групп с увеличением возраста уменьшилась.

Следовательно, преимущественное наблюдение за детьми в условиях отделения раннего возраста позволяет участковой педиатрической службе более целенаправленно и дифференцированно заниматься вопросами первичной и вторичной профилактики отклонений в состоянии здоровья этого контингента детского населения, повысить уровень совместной работы с акушерской службой по антенатальной охране плода. Деятельность акушеров и педиатров в рамках акушерско-педиатрических бригад дает возможность существенно конкретизировать взаимоотношения двух служб, ответственных за подготовку женщин к беременности и родам, рождению здорового ребенка и обеспечению качественного ухода за ним на первом году жизни. Постоянный рабочий контакт между членами бригады позволяет оперативно вносить коррективы в комплекс мероприятий по реализации перечисленных выше задач, тщательно анализировать недостатки своей работы. Это, в свою очередь, положительно отражается на уровне младенческой смертности в базовой поликлинике. Так, она снизилась с 12,6% в 1986 г. (до эксперимента) до 9,7% в 1989 г. (после проведения основных организационных мероприятий в базовой детской поликлинике), что заметно ниже районных, городских и областных показателей.

Итак, новая форма медицинского обеспечения детей первых трех лет жизни — отделение раннего возраста территориальной детской поликлиники — эффективна и может быть использована в практике детского здравоохранения. Ее применение позволяет повысить уровень профилактической работы со здоровыми детьми, улучшить качество диспансеризации групп риска и совместной работы с акушерской службой по антенатальной охране плода и в итоге добиться снижения детской заболеваемости и смертности — главных показателей здоровья подрастающего поколения.

УДК 616.33—002.44—06:579.835.12]—08

А.Н. Сошин (Йошкар-Ола). Лечение хронических гастродуоденальных язв, ассоциированных с *Helicobacter Pylori*-инфекцией

Лечение хронических гастродуоденальных язв остается одной из наиболее сложных и нерешенных проблем. Основной трудностью, которую пытаются при этом преодолеть, является их рецидивирующее течение.

В настоящее время основными направлениями медикаментозной терапии язвенной болезни являются снижение интрагастральной кислотности и санация гастродуоденальной слизистой от *Helicobacter Pylori*. Лечение, направленное на уничтожение *Helicobacter Pylori*, позволяет свести частоту рецидивов почти к нулю при условии успешного их подавления.

Базисным средством медикаментозной терапии является коллоидаль-субцитрат висмута в сочетании с одним или двумя антибиотиками. Последние свое действие в отношении инфекции реализуют главным образом местно, а де-нол в результате связывания с белками дна язв образует нерастворимое защитное покрытие. Их

действие на возможно большей поверхности инфицированной гастродуоденальной слизистой можно добиться с помощью лечебной эндоскопии.

Мы использовали в качестве аппликации на язвы луковицы двенадцатиперстной кишки и слизистой оболочки желудка суспензию из де-нола (3-4 таблетки), оксациллина (1 г), метронидазола (1 г) и 96° этилового спирта (10-15 мл). Местное лечение заключалось в орошении дна язвенного дефекта, слизистой пилороантрального отдела и тела желудка до полной эпителизации язвы. Предварительно при помощи электроотсоса через канал фиброгастроскопа эвакуировали содержимое желудочного «озерка».

Под наблюдением находились 32 пациента в возрасте от 21 года до 65 лет с длительным язвенным анамнезом (от 3 до 20 лет) и частыми рецидивами. Всем больным проводили множественную биопсию для исключения злокачественного характера патологического процесса в желудке, для оценки состояния слизистой вокруг язвы, а также для выявления бактерии *Helicobacter Pylori* гистологическим методом до и в процессе лечения.

Процент уничтожения бактерии в течение первой недели достигал 90-95, а сроки рубцевания сократились в 1,5 раза. Лечебная эндоскопия входила в комплекс общепринятого курса противоязвенной терапии.

Таким образом, рациональное использование современных препаратов, направленное на санацию слизистой оболочки, инфицированной *Helicobacter Pylori*, позволяет успешно лечить обострение язвенной болезни как в стационарных, так и в поликлинических условиях.

УДК 616.711—001.1—02:616.34—007.272—053.2—09

В.И. Морозов, Н.Г. Филиппова (Казань). Случай функциональной кишечной непроходимости у ребенка с травмой позвоночника

В приемный покой ДМЦ г. Казани была доставлена больная Б., 12 лет, с жалобами на приступообразные боли в животе, многократную рвоту, вздутие живота. Заболела остро.

При осмотре: температура — 36,5°C, общее состояние средней тяжести; сознание ясное; кожные покровы сухие; язык обложен белым налетом; частота пульса — 120 уд./мин. Живот симметричен, в акте дыхания участвует ограниченно, напряженный и болезненный при пальпации, в нижних отделах вздут. Симптом Шеткина—Блюмберга отрицательный. Накануне больная была выписана на амбулаторное лечение из травматологического отделения БСМП с диагнозом: компрессионный перелом VII грудного позвонка. В БСМП поступила в день получения травмы. После установления диагноза была наложена гипсовая повязка-корсет.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости: газовый пузырь перерастянут, большой горизонтальный уровень жидкости. Справа от позвоночника второй горизонтальный уровень соответствует двенадцатиперстной кишке. Последняя значительно растянута.

Больная госпитализирована в хирургическое отделение. На 2-е сутки: состояние тяжелое, глаза несколько запавшие, кожа и слизистые бледные. Живот значительно увеличен в размерах, напряженный, умеренно болезненный, вздут преимущественно верхний этаж. Повторная рентгенограмма показала ту же картину. После перево-

да больной в отделение реанимации ей начата инфузионная терапия. Установлен назогастральный зонд: отошло около 2,5 л желудочного содержимого темно-коричневого цвета с неприятным запахом. Желудок промыт физиологическим раствором. Живот значительно опал, не вздут, мягкий во всех отделах, безболезненный.

Осмотр невропатолога: ЧМН — легкий дефект конвергенции. Мышечный тонус диффузно снижен. Сухожильные рефлексы рук оживлены. Коленные рефлексы живые. Ахилловы рефлексы снижены с обеих сторон. Симптом Бабинского стационарный. Умеренная асимметрия поверхностной и глубокой чувствительности.

Осмотр травматолога: спина прямая, отмечается болезненность в проекции VII грудного позвонка.

По данным ФГДС: фиброзно-эрозивный эзофагит, дуоденогастральный рефлюкс. Выраженный поверхностный гастродуоденит. Атония желудка.

На 3-и сутки с момента поступления диагноз "кишечная непроходимость" снят. В связи с улучшением общего состояния больную перевели в хирургическое отделение. Назначено скелетное вытяжение по поводу компрессионного перелома VII грудного позвонка.

УДК 618.177 — 089.8 — 072.1

С.Д. Королева, А.А. Плотникова (г. Йошкар-Ола). Опыт эндохирургического лечения трубного бесплодия у женщин

Проанализирована эффективность хирургической лапароскопии у 107 больных с трубноперитонеальной формой бесплодия. Женщины были в возрасте от 20 до 25 лет — 23 (21,5%), от 26 до 35 — 68 (63,6%), от 35 и старше — 16 (14,9%). Длительность бесплодия у 40 больных колебалась от одного года до 5 лет, у 48 — от 6 до 9 лет, у 15 — от 10 до 14 лет, у 4 — от 15 и более лет.

Первичное бесплодие констатировано у 42 (39,2%) больных, вторичное — у 65 (60,8%). Применяли операционный лапароскоп фирмы "Шторц" (Германия) с набором троакаров и манипуляторов. Всем больным во время операции проводили хромогидротубацию с метиленовым синим.

Во время лапароскопии у 32 больных был диагностирован сактосальпинкс, который у 2 женщин сочетался с узловой формой миомы матки и наружным эндометриозом, у 5 — с наружным эндометриозом. У 66 больных имел место перитубарный спаечный процесс различной выраженности с частичным нарушением проходимости маточных труб и их деформацией.

У 44 больных был проведен сальпинголизис в комбинации с пластикой труб (сальпингостомия, фимбриопластика): у 13 с резекцией труб в ампулярных отделах, у 2 — с резекцией труб в ампулярных отделах с консервативной миомэтомией, у 2 — с пластикой трубы, коагуляцией очагов эндометриоза и консервативной миомэтомией, у 5 — с коагуляцией очагов эндометриоза и пластикой труб. Продолжительность операции составляла в среднем 45 минут. У 6 больных мы ограничились диагностической лапароскопией из-за обширного спаечного процесса в малом тазе.

При проведении лапароскопии и в послеоперационном периоде осложнений не возникло.

Во 2-й день послеоперационного периода всем больным провели по одной гидротубации с

физиологическим раствором, затем реабилитационную терапию по методу консервативного ведения больных с одновременным приемом оральных контрацептивов в течение 6 месяцев.

Все больные с наружным эндометриозом получали даназол (даноген, дановал) по 200 мг 4 раза в сутки в течение 6 месяцев и одновременно препараты, улучшающие реологию крови и микроциркуляторное русло, биостимуляторы, ингибиторы простагландинов, ГБО, а также УФО крови.

Через 6 месяцев после операции и лечения мы проконтролировали проходимость маточных труб методом гистеросальпингографии с использованием водорастворимого рентгеноконтрастного вещества. Беременность наступила у 52 пациенток: у 29 — после сальпинголизиса, у 19 — после той же операции в сочетании с пластикой труб, у одной — с пластикой труб, коагуляцией очагов эндометриоза и консервативной миомэтомией, у 2 — с коагуляцией наружных очагов эндометриоза и пластикой труб.

2 женщины по поводу наступившей внематочной беременности были прооперированы в экстренном порядке в другом лечебном учреждении.

Таким образом, оперативная лапароскопия является эффективным методом лечения трубного бесплодия в сочетании с консервативной терапией.

УДК 616.37—002.4—085.15

В.Ф. Жаворонков, С.А. Михеев (Казань). Плазмозамещающая терапия у больных с острым панкреонекрозом

Лечение больных с острым панкреонекрозом представляет большие трудности, что связано, помимо всего, и с изменением физико-химических свойств плазмы. Последняя становится вязкой, белого цвета, иногда с сероватым или грязным оттенком. Такая плазма блокирует микрососудистое русло с развитием дыхательного дистресс-синдрома, печеночной и почечной недостаточности. Общепринятый метод форсированного плазмафереза с эксфузией 1,2-1,5 л плазмы далеко не всегда бывает эффективным.

Нами проведена попытка массивного замещения плазмы больного свежемороженой однокрупной плазмой в объеме 3,2-3,5 л. Кровь брали из центральной вены или лучевой артерии при наличии артериовенозного шунта в объеме около 500 мл одномоментно. После центрифугирования плазму забирали в отдельный пакет, а эритроцитарную массу с добавлением 100-150 мл 0,9% раствора хлорида натрия возвращали больному. Дефицит плазмы возмещали адекватным или превышающим на 10% объемом свежемороженой плазмы. Интервал между взятием плазмы составлял в среднем 45 минут, а продолжительность процедуры — около 16 часов. Эффект оценивали по клиническим признакам и визуальному контролю за качеством эксфузированной плазмы. Плазма больного светлела, становилась более жидкой; в верхнем слое появлялась полоска светло-желтого цвета. Окончательный эффект плазмозамещающей терапии оценивали по цвету и консистенции плазмы: она приобретала светло-желтый оттенок и хорошую текучесть. При тяжелых формах панкреонекроза проводили по два сеанса с общим забором плазмы в объеме 6,5—7,0 л. Ее возмещение осуществлялось