

го гепатита А. Контрольные группы были схожи с исследуемыми по полу и возрасту. Таким образом, всего обследовано 515 человек, в крови которых методом ИФА определялись IgM и IgG, с раститровкой IgG. Исследования проведены параллельно на двух тест-системах разных серий. IgM выявлены у 13 человек, находившихся в контакте – семь детей и шесть взрослых. Эта группа могла находиться либо в инкубационном периоде заболевания, либо в начале заболевания. IgG обнаружены у 129 детей (65,2 %) и 72 взрослых (79,1 %). У здоровых людей титры IgG в 89,7 % случаев находились на низких цифрах, а высокие титры (1 : 800 и выше) вообще не встречались. У болеющих гепатитом в 63,7 % случаев титры были высокие.

Среди контактных регистрировались, преимущественно, средние титры, особенно у взрослых. Мы считаем, что это реакция иммунного организма на новый контакт с вирусом. Высокие титры, обнаруженные у 17,1 % детей, могут свидетельствовать либо о начале заболевания, либо о скрытой или безжелтушной формах гепатита, как и у 8,3 % взрослых.

Таким образом, титры IgG 1 : 800 и выше можно считать, в какой-то степени, диагностическими для гепатита А.

Однако, диагностика гепатита А может быть безупречной лишь при определении иммуноглобулинов М и G, а также при выявлении нарастания титров IgG в динамике.

Н.Н. КУЗНЕЦОВА, Е.В. ПОМЕШКИН
МУЗ Городская клиническая больница № 1, г. Кемерово

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИДУАЛЬНЫХ УРЕТРИТОВ

Актуальность инфекций мочеполовой системы возрастает во всем мире (Matbema B., Real T., 2000). Этому способствуют увеличение частоты заболеваний половых органов, аллергизация населения, широкий и бесконтрольный прием препаратов, деструктивные экологические факторы. Более чем в половине случаев причиной мужского бесплодия являются воспалительные заболевания предстательной железы, семенных пузырьков, семявыносящих протоков, придатков яичек. Инфекционные процессы в половых железах производят токсическое воздействие на сперматогенный эпителий и вызывают вторичное изменение сперматогенеза.

Исследованиями последних лет установлена большая частота бессимптомных и малосимптомных форм воспалительного процесса, вызываемого хламидиями, уреаплазмами и микоплазмами.

Многие урологи сталкиваются с проблемой резидуальных уретритов, когда после проведения курса лечения по поводу хронического бактериального простатита у больных остаются чувство дискомфорта или жжения в уретре, связанное и не связанное с мочеиспусканием, периодические скудные слизеобразные выделения. Как правило, таким больным продолжает назначаться антибактериальная терапия, не приносящая желаемых результатов и усиливающая проявления дисбиоза.

Для местного лечения резидуальных уретритов М.А. Амозов и С.Г. Семенова (1998) предложили применение препаратов, широко используемых в практике ЛОР-врачей, – софрадекса и гаразона, состоящих из комбинации глюкокортикоида и антибактериального препарата. Однако, их применение ограничено из-за того, что противопоказано при грибковых вирусных инфекциях, которые часто встречаются при резидуальных уретритах.

Нами изучались 40 пациентов с резидуальными уретритами, возникшими после лечения хламидийных, уреаплазменных и трихомонадных уретеропростатитов. После изучения бактериоскопических и бактериологических анализов материала, полученного из уретры больных, у 33 больных (82,5 %) выявлена бацилярно-кокковая флора. У 14 больных (42 %) выявлены патогенные стафилококки, у 16 (48 %) – кишечная палочка, у 3-х (7 %) – протей и у одного (3 %) – сочетанная инфекция. В связи с этим, для повторного курса лечения этих больных было решено использовать специфические бактериофаги.

Бактериофаги – это вирусы, которые обладают селективным бактерицидным эффектом, их литические ферменты быстро разрушают клеточную стенку бактерий. Антибиотики и бактериофаги действуют непосредственно на микробную клетку, но антибиотики губят не только патогенную, но и нормальную микрофлору, нарушая естественный баланс. Бактериофаги воздействуют только на патогенные микроорганизмы, причем не уступают антибиотикам по эффективности и не вызывают побочных токсических и аллергических реакций (М.И. Каменева, 2001; D. Nelson, 1999). Последние десятилетия они были незаслуженно забыты.

Для лечения наших пациентов мы использовали два вида бактериофагов: стафилококковый и колипротейный. Сначала проводили 3-5 инстилляций уретры, а затем, после введения в уретру катеджеля, выполняли 3 инстилляций мочевого пузыря. В уретру вводили 10 мл бактериофага, а в мочевой пузырь – 50 мл.

После второй процедуры отмечали уменьшение дизургических явлений 31 пациент (77,5 %). После окончания лечения у 27 пациентов (68 %) наступал стойкий клинический эффект – нормализовалось

мочениспускание, прекращались выделения, а у 4-х пациентов (10 %) сохранялось периодически легкое чувство жжения в уретре. Контрольное бактериологическое исследование коррелировало с клинической симптоматикой. У 3-х пациентов (9 %) были выявлены патогенные стафилококки, но концентрация их уменьшилась на 60 %.

В дальнейшем мы стали включать бактериофаги в первичную схему лечения, параллельно с антибактериальными препаратами, и обнаружили, что

количество больных с резидуальными уретритами значительно уменьшилось.

Использование бактериофагов при лечении инфекционных уретропростатитов и резидуальных уретритов может служить альтернативой антибиотикам, а также применяться одновременно с ними. Это усиливает взаимный эффект за счет увеличения степени лимфотропности кинетики вводимых эндоуретрально и эндовезикально специфических препаратов.

А.А. МАЛЬЧЕНКО, В.Н. СЕРГЕЕВ, А.М. ПУТИНЦЕВ, О.М. ОЛИКОВ

Кемеровская областная клиническая больница, г. Кемерово

ПРЕИМУЩЕСТВА КОМБИНИРОВАННОЙ СПИНО-ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Целью исследования явилась оценка преимуществ комбинированной спино-эпидуральной анестезии, в сравнении с эндотрахеальным наркозом.

Материалы и методы

За период с 1999 г. по 2003 г. в отделении сосудистой хирургии выполнены 1874 операции с применением комбинированной спино-эпидуральной анестезии (основная группа I) и 261 операция под эндотрахеальным наркозом, без проведения проводниковой анестезии (контрольная группа II). Больным обеих групп выполнялись реконструктивные операции на брюшном отделе аорты и артериях нижних конечностей. Возраст больных колеблется от 43 до 78 лет. Средний возраст больных составил $64,2 \pm 3,4$ года. Обе группы были однородны по характеру поражений, полу, возрасту, наличию сопутствующих заболеваний и объемам вмешательства. Большинство пациентов имели сопутствующую патологию и отнесены к III классу по ASA.

Все оперативные вмешательства проводили под контролем пульс-оксиметрии, ЭКГ, АД, на аппаратах SIEMENS SC 6000 и SIRECUST 1260. Показатели мониторинга отвечали физиологическим нормам. Для контроля сознания и предупреждения позиционного дискомфорта, использовали бензодиазепины (реланиум), ГОМК фракционно.

Описание метода

Для достижения центральной сегментарной блокады использовались наборы, содержащие эпидуральную иглу № 17-16, в которой размещены спинальная игла № 26-27 и катетер эпидурального пространства. Пункция ЭДП проводилась на уровне L2-L3. Через эпидуральную иглу в субарахноидальное пространство вводился раствор маркаина или анекаина 0,5 % 15 мг. Затем через иглу Туохи в эпидуральное пространство вводился катетер для введения местных анестетиков. Анестезия наступала через 5-7 минут. В случаях, когда продолжитель-

ность операции превышала длительность первичного спинального блока, наличие эпидурального катетера позволяло поддерживать сегментарную анестезию. Эпидуральную анальгезию продолжали в послеоперационном периоде. При операции на брюшной полости сенсорный блок достигался изменением угла операционного стола (грэн на 15 градусов на 5-7 минут). Также, КСЭДА сочеталась с ИВА при необходимости введения миорелаксантов. При этом вводились небольшие дозы нейролептиков (дроперидол 2,5-5 мг).

Обсуждение

Трудности при применении общей анестезии у больных старческого возраста зависят от того, что все жизненно важные функции организма снижены.

В связи с ухудшением функции печени и почек нарушается выделение наркотических и других веществ. Атеросклеротические изменения сосудов и, главным образом, сосудов мозга, делают этих больных чрезвычайно чувствительными к нарушениям дыхания и кровообращения. Нарушение эластичности грудной клетки, эмфизема, пневмосклероз и частые бронхиты способствуют возникновению лёгочных осложнений.

В условиях регионарной блокады значительно уменьшается стрессорный, гормональный ответ организма на оперативное вмешательство, отпадает необходимость применения ИВА, нет опасности послеоперационного угнетения дыхания, уменьшается количество лёгочных осложнений. При регионарной анестезии улучшаются реологические свойства крови, что особенно важно для категорий больных с сосудистыми заболеваниями, улучшается кровообращение в нижних конечностях. Применение общей анестезии с ИВА гипероксической смесью существенно увеличивает кислородную ёмкость крови, и предотвращает возникновение гипоксических и ишемических осложнений.