

**Список литературы**

1. Грибанов Э.Д. Женщина со светильником: (К 175-летию со дня рождения Флоренс Найтингейл) // Медицинская помощь. – 1995. – № 3. – С. 50-52.
2. Киркеволд М. Сестринское дело. Анализ и оценка теорий. – М.: ПЕР СЭ, 2001. – 191 с.
3. Котельников Г.П. Взаимодействие медицинской сестры и пациента на основе принципов милосердия // Главная медицинская сестра. – 2000. – № 4. – С. 139-144.
4. Найтингейл Ф. Записки об уходе. – М.: Рус. врач, 2002. – 95 с.
5. Перфильева Г.М. Сестринское дело: эволюция понятия и развитие теорий // Медицинская помощь. – 1996. – № 4. – С. 3-6.
6. Перфильева Г.М. Флоренс Найтингейл и ее наследие // Медицинская помощь. – 1998. – №3. – С. 4-8.
7. Перфильева Г.М. Вирджиния Хендерсон и ее теория сестринского дела. // Медицинская помощь. – 1998. – №1. – С. 13-17.
8. Теория сестринского дела: учебник для студентов медицинских вузов / Г.М. Перфильева, Н.Н. Камынина, И.В. Островская, А.В. Пьяных. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 256 с.
9. Теория сестринского дела: учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальности 060109 «Сестринское дело» / Г.М. Перфильева [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 251 с.
10. Туркина Н.В., Кошечкина Н.А., Королева И.П. Очерки о теориях и теоретиках сестринского дела. – М.: Издательство Панфилова, 2010. – 198 с.
11. Теоретические основы сестринского дела: учебное пособие / сост. Е.Ю. Шкатова, О.Д. Михайлова. – Изд. 2-е, стереотип. – Ижевск, 2012. – 124 с.
12. Watson, Jean (2010-10-07). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. Springer Publishing. Kindle Edition.

**СОСТОЯНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНИТАХ У ДЕТЕЙ**

Зарницына Н.Ю., Арбузова М.С.

ГБОУ ВПО «ПГМА им. ака. Е.А. Вагнера Минздрава», Пермь, e-mail: [luis-kerol46@yandex.ru](mailto:luis-kerol46@yandex.ru)

Хронические гастриты и гастродуодениты – самая частая гастродуоденальная патология в детском возрасте. Нередко при этих заболеваниях вторично страдает поджелудочная железа.

Целью работы являлось диагностика изменений поджелудочной железы у детей с хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки. Проведен анализ 55 случаев хронических гастритов и гастродуоденитов в стадии обострения у детей в возрасте от 4 до 17 лет, мальчиков 23 (41,8%), девочек 32 (58,2%).

Результаты: у 49 (76%) детей диагностирован хронический гастродуоденит, у 12 (21,8%) – хронический гастрит. Большая часть пациентов предъявляла жалобы на боли в животе (50,9%), тошноту (41,8%), рвоту (14,5%). Болезненность при пальпации живота у 33 (60%) детей отмечалась в эпигастриальной области, у 16 (29%) – в околопупочной области. У 12 (21,8%) детей выявлена обложенность языка, склонность к запорам отмечена у 6 (10,9%) детей. По результатам эзофагогастродуоденоскопии у 49 (89,1%) детей выявлены поверхностные изменения слизистой оболочки, у 6 (10,9%) – гиперпластические. *Helicobacter Pylori* методом браш-биопсии диагностирован у 30,9% пациентов, Хелик-тест дал положительный результат в 87,1% случаев. По результатам УЗИ органов брюшной полости у 91% обследуемых обнаружены реактивные изменения поджелудочной железы. У половины пациентов выявлено снижение уровня трипсина в кале.

**Выводы**

Вторичные изменения поджелудочной железы встречаются у 91% детей с хронической гастродуоденальной патологией.

Достоверными клиническими особенностями вовлечения поджелудочной железы в патологический процесс являются жалобы на тошноту, рвоту и значительное снижение уровня трипсина в кале.

**СИНДРОМ БУРХАВЕ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

Зебзеева Н.В., Шурыгина Е.П.

ГБОУ ВПО «УГМА Минздрава России», Екатеринбург, e-mail: [kirakiraZN@gmail.com](mailto:kirakiraZN@gmail.com); МБУ «Центральная городская больница № 7», Екатеринбург

Спонтанный разрыв всех слоев стенок пищевода впервые описан в 1724 г. голландским врачом Н. Воегхааве (синдром Бурхааве). Актуальность данной работы заключается в том, что данный синдром является относительно редким заболеванием с высоким уровнем смертности, а также в последнее время в мире наблюдается рост количества случаев перфорации пищевода. Своевременная диагностика данного заболевания представляет большие трудности в связи с его редкостью, разнообразием клинической картины и неосведомленностью большинства врачей об этом синдроме. В мировой литературе к 1998 г. описано всего около 300 наблюдений спонтанного разрыва пищевода (СРП). По данным авторов, гнойные осложнения при СРП возникают у 78% больных, при этом у 12% процесс локализовался в клетчаточных пространствах шеи, у 66% распространился на средостение. СРП может возникнуть в верхней (шейной, или цервикальной), средней (грудной) или нижней (абдоминальной) части пищевода, чаще локализуясь в грудном отделе. Летальность при этом синдроме составляет на догоспитальном этапе в 50% и иногда выше. Послеоперационная летальность достигает 25–85% (зависит от времени с момента перфорации пищевода до выполнения операции и развития осложнений). Как показывает мировая практика, задержка в постановке правильного диагноза (48 ч и более от момента перфорации пищевода) и начале адекватного лечения происходит более чем в 50% случаев, приводя к уровню смертности в 40–60%, но этот уровень снижается, если лечение начато в первые 24 ч. В России случаи СРП описаны преимущественно в НИИ им. Н.В. Склифосовского, причем большинство больных не было доставлено в первые часы от начала заболевания: все были переведены из других стационаров в поздние сроки с диагнозами инфаркта миокарда, плеврита, даже перфорации язвы желудка.

Привожу наблюдение. Больной З., 64 лет, поступил 5.08.2012 г. в приемный покой ЦГБ № 7. При поступлении предъявлял жалобы на сильные жгучие, царапающие боли за грудиной и нелокализованно в животе, появившиеся 5.08.2012 г. днем после физической работы (в том числе поднятия тяжестей) и обильного приема пищи, за которым последовала тошнота, интенсивная двукратная рвота. Вскоре возникли сильные боли в груди, затем в животе, через некоторое время у пациента наступило помутнение сознания, дальнейшие события он не помнит. Со слов жены пациента – вел себя неадекватно, «сложился пополам» и «кричал от сильной боли». Вызвана бригада СМП, пациент доставлен в экстренном порядке в ЦГБ № 7.

Объективно при поступлении: состояние тяжелое, сознание затуманенное, бред, положение вынужденное (лежа на боку, прижав колени к груди); кожные покровы бледные, t 36,8°C, ЧДД 25 в мин., ЧСС 88 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Подкожная эмфизема шейно-грудной области, перкуторно – тупость над левым легким ниже 3 ребра, аускультативно – дыхание в данной области не выслушивается, в остальных – ослабленное везикулярное. При аускультации сердца – тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Зев чистый, язык влажный, при пальпации живота край печени ровень с реберной

дугой, слегка болезненный, живот правильной формы, втянут, брюшная стенка болезненна при пальпации во всех отделах (больше в эпигастрии), участвует в акте дыхания, резко напряжена, симптомы раздражения брюшины отрицательны. Поставлен предварительный диагноз «Перфоративная язва под вопросом. Подозрение на перитонит».

Для уточнения диагноза 5.08.2012 проведена диагностическая лапароскопия, при которой данных за неотложную хирургическую патологию не обнаружено. Также 5.08.12 выполнена рентгенография органов грудной полости, на которой выявлен уровень жидкости в левом легком до 3 ребра, поэтому 6.08.2012 проведена пункция левой плевральной полости, во время которой откачано 1200 мл мутной жидкости, гноя со зловонным запахом; при цитологии пунктата обнаружено массивное количество микробов, мицелий гриба, детрит. Для выведения жидкости 7.08.2012 установлен дренаж по Бюлау (7-ое межреберье) слева, по которому за сутки выведено примерно 1 л гноя с примесью пищи, что насторожило врачей, и 8.08.2012 было решено провести контрастную рентгенографию пищевода (затеки с контрастирующим веществом в плевральную полость практически не визуализировались) и ФГДС, при котором выявлен линейный разрыв до 2 см длиной по левой стенке пищевода в нижнегрудном отделе, заключение «Перфорация (или свищ) пищевода в нижней трети». В то же время при повторной рентгенографии легких от 8.08.2012 уровень жидкости в левом легком «опустился» с 3 до 7 ребра, и больному был установлен также дренаж по Петрову (2-е межреберье) слева, по которому выделялся опалесцирующий выпот белого цвета.

Таким образом, совокупность клинико-инструментальных данных (триада симптомов по Маклеу: предшествующая интенсивная рвота, подкожная эмфизема шейно-грудной области и сильная боль в грудной клетке; дополнительные симптомы: тахипноэ (25/мин.), боли в эпигастрии, аускультативно отсутствие дыхания и перкуторно тупость над левым легким, отделение по дренажу гноя с примесью пищи; наличие гидропневмоторакса слева и перфорация нижней трети пищевода на ФГДС) позволила заподозрить спонтанный разрыв пищевода, и пациенту была назначена экстренная операция.

8.08.2012 г. проведена верхняя срединная лапаротомия и вертикальная диафрагмотомия. По результатам проведенного оперативного вмешательства поставлен клинический диагноз «Спонтанный разрыв нижнегрудного отдела пищевода с прорывом медиастинальной плевры слева. Медиастинит. Пневмоторакс слева». Оперативное лечение включало: ушивание разрыва пищевода, санирование и дренирование медиастинальной и плевральной полостей; установка дренажей (дренаж в средостение под левой реберной дугой, дренаж в поддиафрагмальное пространство слева); для разгрузки пищевода и последующего энтерального питания установка гастро- и еюностомы типа Витцеля. Далее пациент по 24.08.2012 г. находился в РАО, где получал интенсивную терапию: антибактериальную, противовоспалительную, дезинтоксикационную, в т.ч. переливание крови и кровезаменителей (полиглюкин, гемафузин, реополиглюкин) от 6, 7, 8, 9.08.2012.

25.08.2012 г. (на 18-е сутки после операции) пациент переведен из РАО в отделение гнойной хирургии, где получал консервативное (антибактериальную и противовоспалительную терапию) и местное лечение (проточное промывание средостения и поддиафрагмального пространства раствором хлоргексидина биглюконата и перевязки). Послеопераци-

онный период протекал благополучно, расхождения первичных швов и других осложнений не возникло. 17.09.2012 г. (42-е сутки) больному сняты гастро- и еюностомы, начат постепенный перевод на питание per os. Состояние пациента улучшалось, функция ЖКТ восстанавливалась, пациент начал набирать вес (за месяц после операции потерял 10 кг), 20.09.2012 г. был извлечен последний дренаж из плевральной полости (по Бюлау). 26.09.2012 г. больной был выписан в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение хирурга по месту жительства с рекомендациями по щадящему питанию и ограничению физической активности.

Представленное наблюдение демонстрирует трудности своевременной диагностики и лечения пациентов со спонтанным разрывом пищевода, что свидетельствует о возможности многоэтапного подхода к лечению больных с синдромом Бурхаве, и включает комплекс хирургических вмешательств и длительную интенсивную терапию. Выбор лапаротомии и диафрагмотомии в качестве доступа к пищеводу обоснован удобством ликвидации дефекта и адекватным укреплением линии швов, а также лучшей переносимостью пожилым пациентом лапаротомии (по сравнению с торакотомией). Для лечения медиастинита в остром периоде оказалось достаточно адекватного дренирования плевральной полости.

Перфорации и разрывы всех слоев пищевода представляют большие сложности в ранней диагностике и выборе адекватного метода лечения. Только ранняя диагностика заболевания, рациональная дифференцированная лечебная тактика и своевременная госпитализация больных в хирургическое отделение могут обеспечить благоприятный исход при синдроме спонтанного разрыва пищевода. Это и было продемонстрировано на данном клиническом примере благодаря компетентности и оперативности работы хирургов, несмотря на то, что данный случай выявления синдрома Бурхаве явился первым в практике больницы за долгое время.

Вклад автора представленного клинического случая состоял в сборе анамнеза (*morbi et vitae*), опросе и клиническом осмотре больного, обсуждении рентгенограмм и заключений других лабораторно-инструментальных методов исследования, выявлении причин и факторов риска разрыва (было выявлено, что больной всю жизнь выполнял тяжелую физическую работу; за полгода до разрыва случайно проглотил куриную косточку, после чего некоторое время беспокоили боли за грудиной, самостоятельно купировавшиеся; в течение последнего года изредка беспокоила изжога, а непосредственно перед поступлением в клинику имела место интенсивная рвота), участие в перевязках и промывании дренажных трубок, составление фотоотчета.



Рис. 1. Рентгенография легких от 7.08.2012 г., уровень жидкости до 3-го ребра

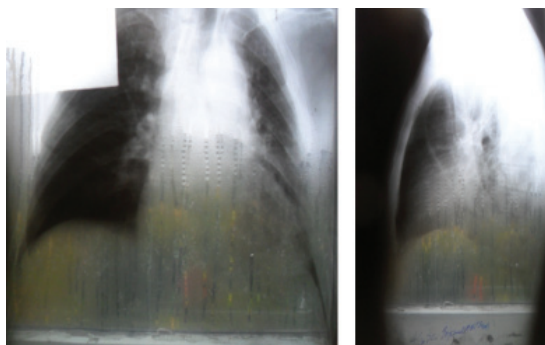


Рис. 2. Рентгенография легких от 4.09.2012г.



Рис. 3. Общий вид больного, 37-ые сутки после операции



Рис. 4. 42-ые сутки после операции. Гастро- и еюностома сняты

#### Список литературы

1. Абакумов М.М. Гнойный медиастинит // Хирургия. Журнал им.Н.И. Пирогова 2004; 5.
2. Брискин Б.С., Верткин А.Л., Вовк Е.И., Маматаев Р.К. Догоспитальная помощь при хирургических заболеваниях органов брюшной полости: острая абдоминальная боль // Медицинский научно-практический журнал Лечащий врач. Неотложная помощь № 06/02.
3. Вижнис Е.И. Спонтанный разрыв грудного отдела пищевода, осложненный медиастинитом (синдром Бурхаве). БелМАПО 2005.
4. Завгороднев С.В., Корниенко В.И., Пашков В.Г. и др. Спонтанный разрыв грудного отдела пищевода, осложненный гнойным медиастинитом, двусторонним гидронефротаксом, эмфиземой плевры и бронхиальным свищом // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2007; 4: 54-56.
5. Кормысов Е.А., Белян А.С., Пушкин С.Ю. и др. Спонтанный разрыв пищевода, осложненный распространенным гнойно-некротическим медиастинитом и сепсисом // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2011; 1: 70-71.
6. Тимербулатов Ш.В., Тимербулатов В.М. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве). Эндоскопическая хирургия 2009; 6: 48-50.
7. Яковенко Э.П. Абдоминальный болевой синдром: этиология, патогенез и вопросы терапии // Медицинский научно-практический журнал Лечащий врач. Гастроэнтерология № 05-06/01.

8. Mahmodlou R., Abdirad I., Ghasemi-rad M. Aggressive surgical treatment in late-diagnosed esophageal perforation: a report of 11 cases. ISRN Surg. 2011.

9. Smith J.S., McCallister J.W. Boerhaave's syndrome. West J Emerg Med. 2010 February; 11(1): 74-75.

10. Vaidya Sh., Prabhudessai S., Jhavar N., Patankar R.V. Boerhaave's syndrome: thoracoscopic approach. J Minim Access Surg. 2010 Jul-Sep; 6(3): 76-79.

#### БЕЛКОВЫЙ СПЕКТРОМ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Зозуля А.Ю., Сорокин А.В., Азарова Ю.Э., Долгарева С.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, e-mail: dolgareva-svetlana@rambler.ru

**Цель исследования** – изучение состояния белкового спектра мембран эритроцитов при экспериментальном остром панкреатите и гнойном холангите.

**Материалы и методы:** Острый панкреатит моделировали на крысах Вистар по Шалимову С.А. (1989), гнойный обтурационный холангит – по методике, разработанной на кафедре хирургических болезней № 1 Курского государственного медицинского университета. Эритроциты получали из крови по методу Beutler. Мембраны эритроцитов получали методом Dodge. Электрофорез проводили по методу Laemmli. Статистическую обработку результатов исследования проводили, используя непараметрические методы: критерии Вилкоксона, Крускала-Уоллиса, Фридмана и непараметрический вариант критерия Ньюмена-Кейлса. Статистически значимыми считали различия с  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение:** В условиях моделирования острого панкреатита у животных наблюдается снижение  $\alpha$ - и  $\beta$ -спектрина на 30,4% и 28,5%, соответственно, снижается представительность анкирина почти в 2 раза и глицеральдегид-3-фосфатдегидрогеназы на 24,2%. При гнойном холангите после моделирования происходит увеличение представительности анионтранспортного белка на 21,1%,  $\beta$ -спектрина на 16,0% и белка полосы 4.5 на 57,8%, но уменьшение представительности глицеральдегид-3-фосфатдегидрогеназы на 39,6%. При этом в условиях обеих моделей хирургической патологии наблюдается снижение глицеральдегид-3-фосфатдегидрогеназы, который является одним из важнейших ферментов гликолитического расщепления глюкозы, т.к. формирует 2-3-бифосфоглицератный шунт, регулирующий диссоциацию оксигемоглобина.

**Вывод:** При сходных изменениях в системе антиоксидантной защиты при таких хирургических патологиях, как гнойный холангит и острый панкреатит, имеют место совершенно различные изменения в белковой составляющей мембран клеток, в частности эритроцитов.

#### ОСОБЕННОСТИ ГЕМОПОЭЗА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ГИПОКСИЮ И БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Исмаилова М.А., Маткурбанова Д.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, e-mail: dilrabo\_2112@mail.ru

**Актуальность.** В настоящее время отмечается рост рождения недоношенных детей, в России недоношенность составляет 7-10% от общего числа новорожденных. По некоторым странам Европы она составляет до 20% (ВОЗ 2005). Выживаемость недоношенных составляет около 99% при рождении в 33-37 недель беременности, у глубоко недоношенных детей рожденных до 29 недель по различным данным составляет от 70-80 до 90-95%. (Баранов 2007). При-