

ния. Факторами риска являются – табакокурение, алкоголь, ожирение, сахарный диабет.

Инфаркт миокарда как послеоперационное осложнение является крайним проявлением нередкой ишемии мышцы сердца, которая может иметь различную выраженность от мелкоочагового субэпикардального повреждения до крупноочагового трансмурального некроза. Причина – послеоперационная эпизодическая гипоксемия. После хирургического вмешательства (не на сердце) ишемия миокарда сочетается, как правило, с тахикардией, и появление тахикардии на фоне эпизодической гипоксемии наблюдается в послеоперационном периоде. Таким образом, сочетание тахикардии с артериальной гипоксемией в послеоперационном периоде очень неблагоприятно для сердца, так как при этом уменьшается снабжение миокарда кислородом на фоне повышенной потребности в нем.

Клиника – послеоперационный инфаркт миокарда протекает без типичного болевого ангинозного приступа. Иногда это осложнение развивается предельно остро и может проявляться не столько тахикардией, падением системного артериального давления и тяжелыми нарушениями сердечного ритма, сколько общим недомоганием, головокружением и оглушенностью.

При недостаточной интенсивности послеоперационного наблюдения инфаркт миокарда протекает как отек легких или регистрируется внезапная клиническая смерть на фоне внешнего благополучия.

Рассмотрим клинический пример. Больной М 62 лет поступил с жалобами и объективными данными, указывающими на диагноз – хронический панкреатит, киста поджелудочной железы. Больному была под УЗИ-контролем под местной анестезией выполнена пункция кисты троакаром ( $d=4$  мм), в полость кисты установлена полихлорвиниловая трубка  $d=3$  мм, дренаж фиксирован. Далее, во время обхода врача, все показатели (в том числе артериальное давление и пульс) у пациента были в пределах нормы. Жалоб, кроме чувства тяжести в области дренажа и повышения температуры тела по вечерам, не было. Спустя 32 дня пациент обнаружен в палате без признаков сердечно-легочной деятельности. Реанимационные мероприятия в течение 40 минут оказались неэффективны, была констатирована биологическая смерть.

Был поставлен следующий патологоанатомический диагноз: острая сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, острая коронарная недостаточность: контрактурные повреждения кардиомиоцитов, фрагментация мышечных волокон, стаз, эритродиapedез, ангиоспазм, неравномерное кровенаполнение. Диффузный мелкоочаговый кардиосклероз. Фон: атеросклероз с преимущественным поражением коронарных артерий. Осложнения: отек легких, отек головного мозга, венозное полнокровие и глубокие дистрофические изменения внутренних органов. Сопутствующие: хронический панкреатит, киста головки поджелудочной железы.

Таким образом, несмотря на казалось бы успешную операцию, человек умер. Следовательно, врач должен проводить предоперационную оценку риска сердечно-сосудистых осложнений. Цели предоперационного обследования – оценить риск сердечно-сосудистых и внесердечных осложнений, при высоком риске – выработать стратегию его снижения. Также для снижения риска важен анамнез (определение функционального статуса, оценка состояния сердечно-сосудистой системы, оценка состояния других органов и систем), тип операции и сроки ее проведения,

физикальное исследование, лабораторные исследования, электрокардиограмма, ЭхоКГ.

Факторами, указывающими на высокий послеоперационный риск сердечно-сосудистых осложнений, являются: инфаркт миокарда в предшествующие 6 месяцев, возраст старше 70 лет, диастолический ритм галопа или набухание шейных вен, гемодинамически значимый аортальный стеноз, несинусовый ритм или частая предсердная экстрасистолия на предоперационной ЭКГ, тяжелое общее состояние, полостная операция, операция на аорте, экстренный характер операции.

Следует отметить, что каждый пациент индивидуален, у кого-то может быть «слабое» сердце, и перед операцией врач обязан, соблюдая деонтологию, настроить пациента на хороший исход операции. Ведь слово врача и лечит, и калечит.

### ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ГЕМОРРОЕМ

Дмитриева Л.В., Муртазина Р.Ю.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, e-mail: Hvorenkoff@yandex.ru

Длительно существующее болезненное состояние с выраженным физическим дискомфортом, куда относится и геморрой, является мощным стрессовым фактором, влияющим на психологические и физиологические составляющие компоненты здоровья человека. Доказано, что длительно существующий стресс оказывает отрицательное действие на психологическое и телесно-физиологическое состояние человека.

Цель работы: изучить качественные показатели физического и эмоционально-психического здоровья у пациентов, страдающих геморроем.

Материал и методы: нами обследовано 50 больных 1 РКБ проктологического отделения, страдающих геморроем, в возрасте от 20 до 72 лет. Изучение качества жизни оценивали с помощью теста-опросника sf-36. Результаты сравнивали с контрольной группой, в которой участвовали 50 практически здоровых лиц. Также для оценки качества жизни определили уровень реактивной тревожности с помощью опросника Спилберга-Ханина. Опрос проводился в послеоперационном периоде этой же группы больных в количестве 50 человек.

Результаты исследования: тестирование показало, что у больных геморроем страдает преимущественно психологический компонент здоровья, так как значительно ограничены показатели жизненной активности (44,9 балла) и психического здоровья (42,8 балла), характеризующее наличие тревоги и депрессии (в контрольной группе – 52,7 и 51,8, соответственно). Социальное функционирование ограничено до 48,1 баллов, у здоровых – 52,8. Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, составляет 47,1 баллов, а в контрольной группе – 51,9.

В физическом компоненте здоровья показатель физического функционирования (45,2 баллов) и рольного функционирования (49,8 баллов), отражающие влияние физического состояния на выполнение физических нагрузок и повседневную деятельность, имеют тенденцию к снижению (в контрольной группе 54,7 и 53,4 балла, соответственно). Общее состояние здоровья также достоверно снижено по сравнению с контрольной группой (46,1 баллов и 53,7 – у здоровых, соответственно). Интенсивность боли у пациентов, страдающих геморроем составляет 47,7 баллов, а у здоровых – 53,1.

При изучении уровня тревожности с помощью теста Спилберга-Ханина: у 59% больных выявлен

высокий, у 32% больных умеренный, у 9% больных низкий уровень тревожности.

Вывод: полученные данные позволяют выявить нарушения качества жизни при геморрое и свидетельствуют о необходимости применения психопрофилактического воздействия в программе комплексного лечения больных с данной патологией.

#### СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА В ХИРУРГИИ

Зиганшина З.А., Хасибулина А.Ф., Коновалова О.В.  
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, e-mail: poison-lady555@mail.ru

Актуальность. Сочетанная травма является одним из самых тяжелых видов политравм.

Цель исследования. Изучить половую и возрастную структуру сочетанных травм, наиболее частые повреждения органов, обстоятельства полученной травмы, а также определить показатели летальности.

Материалы и методы. Анализ историй болезни хирургического отделения ГУЗ «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР» с диагнозом: сочетанная травма за 2012 год.

Результаты исследования. Абсолютное число случаев сочетанных травм – 73, из них с повреждением органов грудной полости – 53,4%, органов грудной и брюшной полостей – 24,6%, органов брюшной полости – 16,4%, органов грудной, брюшной полостей и таза – 2,8%. Среди повреждений органов грудной полости наиболее частыми оказались случаи переломов ребер (47,9%) и позвонков (11%), ушиб легкого (31,5%), гемопневмоторакс (13,7%), гемоторакс (8,2%), пневмоторакс (5,5%); среди повреждений органов брюшной полости – внутрибрюшное кровотечение (19,2%), гемоперитонеум (19,2%), разрыв печени (13,7%) и селезенки (13,7%), разрыв почки (5,5%); среди повреждений таза – переломы костей таза (2,7%), разрыв толстой кишки (2,7%), разрыв мочевого пузыря (1,4%) и паравезикальная гематома (1,4%). В социальной структуре среди пострадавших преобладали мужчины (43 случая), количество пострадавших в возрасте до 19 лет составило 6,8%, от 20 до 59 лет – 80,8%, после 59 лет – 12,4%. Среди обстоятельств травм ведущим явилось ДТП (90,4%), из них пострадало водителей личного автотранспорта (53%), пассажиров (28,8%) и пешеходов (18,2%), остальные повреждения наблюдались в результате кататравм (9,6%). Общая летальность составила 15%, у мужчин – 13,7%, у женщин – 1,4%.

Выводы. В структуре сочетанных травм ведущими являются травмы грудной клетки, среди пострадавших преобладают лица трудоспособного возраста (около 80% случаев), мужчины (в 1,4 раза), среди обстоятельств травм ведущим является ДТП (90,4%). Летальность при сочетанных травмах высока (15%), у мужчин почти в 10 раз больше, чем у женщин.

#### СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА КИШЕЧНУЮ ТРАНСЛОКАЦИЮ БАКТЕРИЙ КАК ОСНОВНУЮ ПРИЧИНУ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Третьяков Е.В., Варганов М.В., Нифонтова Е.Е.  
БУЗ МЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница», Ижевск, e-mail: Hvorenkoff@yandex.ru

Септические осложнения и особенно инфицированный панкреонекроз несут высокий риск неблагоприятного исхода при тяжелом остром панкреатите.

Инфицированный панкреонекроз – наиболее частое и клинически значимое септическое осложнение панкреатита, так как возникает относительно рано в течение заболевания, летальность при котором достигает 40% [5]. Высокая летальность при возникновении данного осложнения диктует вести наиболее активный поиск методов по предотвращению возникновения этого тяжелого осложнения. За последние 15 лет понятия об этой проблеме сложились в определенную картину, ключевое значение в которой придается микробной транслокации.

Бактериальная транслокация из просвета кишечника, вследствие нарушения барьерной функции кишечной стенки, считается основным механизмом возникновения гнойно-септических осложнений острого панкреатита. Избыточное поступление компонентов бактерий в систему воротной вены может способствовать развитию полиорганной недостаточности.

Бактериальная транслокация – это проникновение микроорганизмов из просвета желудочно-кишечного тракта через слизистый барьер в кровеносный или лимфоток. В определенных количествах микробная транслокация присутствует всегда. Проникающие в подслизистый слой бактерии захватываются макрофагами и транспортируются в системные лимфоузлы. При проникновении в кровоток они захватываются и уничтожаются купферовскими клетками печени. Нарушение баланса поступления и элиминации происходит при сочетании как минимум трех факторов: увеличение проницаемости слизистой, неконтролируемый рост микрофлоры кишечника и изменение ее нормального состава (дисбактериоз), нарушение местного иммунитета кишечника.

На проницаемость эпителиального кишечного барьера влияет множество факторов: острая эндотоксемия, окислительный стресс, клеточная гипоксия, подавление метаболизма, провоспалительные цитокины, бактериальные токсины, парентеральное питание, протеолитические ферменты, массивная кровопотеря, терминальное поражение и др.

Существует два пути миграции бактерий через кишечную стенку: трансцеллюлярный путь и непосредственно через межклеточное пространство энтероцитов.

Некоторые патогенные бактерии, такие как шигеллы, сальмонеллы, энтероинвазивные кишечные палочки, обладают способностью к трансцеллюлярной миграции, т.е. непосредственно через энтероциты. На этом пути бактерии транслоцируются в отдельных везикулах от апикальной к базальной поверхности эпителиальных клеток и захватываются субэпителиальными макрофагами, которые обеспечивают включение иммунологического ответа. [1]

При другом пути транслокации, бактерии проникают через межклеточные пространства. Барьерная функция кишечника при данном механизме зависит от наличия неповрежденного эпителиального слоя с тесно прилегающими друг к другу энтероцитами. Состояние клеточных контактов энтероцитов всецело энергозависимый процесс, который определяется структурно-функциональной стабильностью митохондрий, поставляющих энергию в форме АТФ при окислительном фосфорилировании. Именно поэтому, функционирование данного энергозатратного механизма защиты от микробной транслокации во многом зависит от адекватного энтерального питания, так как энтероциты получают питание в значительной степени непосредственно из химуса. Но общепринятая на сегодняшний день тактика ведения пациентов с тяжелым острым панкреатитом, включающая в себя го-