

цифрах, превышающих верхнюю границу нормы, креатинин крови, больной был направлен на консультацию к нефрологу для выявления вероятно имеющегося у него фонового почечного заболевания, наличие хронической болезни почек.

Таким образом, высокая физическая нагрузка с вероятным повреждением скелетных мышц, выбросом в кровь миоглобина привела к острому нарушению функции почек, развитию ОПН, скорее всего, в связи с острым канальцевым

некрозом. Поскольку данный эпизод ОПН являлся повторным, причем при одних и тех же обстоятельствах (интенсивная физическая нагрузка в тренажерном зале, сочетающаяся с приемом алкоголя), не исключается наличие у больного уже сформировавшейся хронической болезни почек, возможно в связи с развитием хронического тубуло-интерстициального нефрита. В связи с этим требуется более углубленное обследование больного с целью уточнения диагноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальное руководство по нефрологии. / Под ред. Н.А. Мухина – М.: Гэотар-Медиа, 2009. – С.565-576.
2. Шилов Е.М. Нефрология. – М.: Гэотар-Медиа, 2008. – С.530-532.

3. Шрайер Р.В. Руководство по нефрологии. – М.: Гэотар-Медиа, 2009. – С.310-312.
4. Храйчик Д.Е., Седор Д.Е., Ганиц М.Б. Секреты нефрологии. – СПб.: Невский диалект, 2001. – С.50-56.

Информация об авторах: Андриевская Татьяна Григорьевна – доцент, к.м.н., тел. (3952) 34-19-96; Кутузова Раиса Ивановна – заведующая отделением городской клинической больницы №3 г.Иркутск; Карпова Вера Викторовна – студентка лечебного факультета

© МОЛОКОВ В.Д., БОЛЬШЕДВОРСКАЯ Н.Е. – 2011

МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕЕВОЙ КОМПОЗИЦИИ «СУЛЬФАКРИЛАТ» И ОЦЕНКА ЕЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА

Владислав Дмитриевич Молоков, Наталья Евгеньевна Большедворская
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н. проф. И.В. Малов, кафедра терапевтической стоматологии, зав. – д.м.н., проф. В.Д. Молоков)

Резюме. Разработана и апробирована в клинике методика применения клеевой композиции «Сульфакрилат» при лечении больных с воспалительными процессами в пародонте. Проведена сравнительная оценка результатов лечения больных с хроническим генерализованным пародонтитом с применением десневых повязок и клеевой композиции «Сульфакрилат». Применение клеевой композиции «Сульфакрилат» по предложенной методике сокращает сроки лечения больных с хроническим генерализованным пародонтитом в 1,5 раза.

Ключевые слова: пародонтит, кюретаж, клеевая композиция, десневая повязка.

THE METHOD OF USING THE COMPOSITION «SULFOCRILAT» AND EVALUATION OF ITS CLINICAL EFFICACY IN COMPLEX TREATMENT OF PARODONTITIS

V.D. Molokov, N.E. Bolshedvorskaya
(Irkutsk State Medical University)

Summary. The method of using sticky composition «Sulfocrilat» in the treatment of patients with inflammatory paradontal processes has been worked out and aprobed at clinic. The comparative evaluation of the results of treatment of patients with chronic generalized paradontitis by using gum bandages and sticky composition «Sulfacrilat» has been conducted. The use of sticky composition «Sulfocrilat» on the offered method 1,5 times reduce the terms of treatment of patients with chronic generalized paradontitis.

Key words: paradontitis, curettage, sticky composition, gum bandage.

Лечение воспалительных заболеваний пародонта непрерывно связано с терапией пародонтальных карманов. При лечении лекарственные вещества, вводимые в пародонтальные карманы, быстро вымываются из них и для сохранения соответствующей концентрации используются десневые повязки. Применение пародонтальных повязок имеет существенные недостатки. Монолит, в который превращается основа десневой повязки, оказывает раздражающее действие на воспалённые ткани пародонта, что значительно снижает эффективность лечебного воздействия.

В последнее время в нашей стране и за рубежом широкое применение получили клеевые пародонтальные композиции [1,2,3,5,6,7].

Клеевые композиции успешно заменяют повязки, обеспечивая бактерицидный эффект, изолируя поверхность раны после кюретажа от внешних воздействий. Более того, применение клеевых композиций не оказывает раздражающее действие на раневую очаг, так как клей образует тонкую очень пластичную пленку, которую нет необходимости удалять как повязку.

Целью исследования явилось разработка методики и обоснование применения клеевой композиции «Сульфакрилат» в лечении больных с хроническим генерализованным пародонтитом.

Материалы и методы

Клиническое исследование проведено у 110 пациентов в

возрасте 32-56 лет с диагнозом хронический генерализованный пародонтит (ХГП) легкой и средней степени тяжести без сопутствующей патологии. После проведения клинического обследования все пациенты были распределены на группы соответственно способу лечения и степени тяжести заболевания. Для объективности оценки эффективности лечения больные направлялись в каждую группу поочередно, по мере обращения в клинику: 1) основная группа – 72 пациента с ХГП в возрасте 32-56 лет, которые получали лечение путём наложения противовоспалительной клеевой композиции «Сульфакрилат» в пародонтальный карман, после предварительной обработки цемента зубов лимонной кислотой pH=1 (0,1 моль/л) в течение 5 мин, из них с легкой степенью заболевания – 37 пациентов, со средней – 35; 2) группа клинического сравнения 38 пациентов того же возраста с ХГП, которые получали лечение линкомицином, входящим в состав десневой повязки, из них с легкой степенью тяжести – 21 пациентов, со средней – 17.

Изучение пародонтологического статуса проводили по общепринятой методике. Состояние гигиены полости рта оценивали с помощью индекса Федорова-Володкиной (1971). Наличие воспаления в десне оценивали при помощи пробы Шиллера-Писарева и папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА). Индекс кровоточивости оценивали по Muhlemann. Для определения состояния микроциркуляторного русла использовали вакуумную пробу стойкости капилляров по В.И. Кулаженко (1960). Патологическую

подвижность зубов оценивали с помощью пинцета. Глубину пародонтальных карманов измеряли с четырех сторон зуба с помощью пародонтального зонда с градуировкой, учитывая максимальное значение (по А.И. Лампусовой, 1980). При помощи пародонтального индекса (по Russel, 1956) оценивали степень деструкции. Оценить состояние костной ткани челюстей позволяла ортопантомография, визиография или прицельные дентальные снимки. Оценку состояния тканей пародонта проводили до лечения, на 3, 5, 14, 21 сутки от начала лечения. Для оценки отдаленных результатов назначали контрольное посещение через 6 месяцев.

Лечение включало гигиенические мероприятия, удаление над- и поддесневых зубных отложений со шлифованием и полированием поверхности зубов, замену некачественных пломб и протезов, избирательное пришлифовывание по мере необходимости, проводили стабилизацию зубов путем временного шинирования для лучшей фиксации клеевой композиции, проведение кюретажа пародонтальных карманов с использованием специальных кюрет Грейси. После чего промывали пародонтальные карманы 0,06% раствором хлоргексидина биглюконата. В дальнейшем методы лечения, проводившегося в составе комплекса лечебных мероприятий, в различных группах пациентов отличались.

В первой (основной) группе использовали разработанную нами методику применения клеевой композиции «Сульфакриллат» для лечения хронического генерализованного пародонтита (патент РФ на изобретение №2309734). Пациентам необходимо создать стабилизацию подвижных зубов путем временного шинирования с целью лучшей фиксации клеевой композиции в пародонтальном кармане. После кюретажа с использованием кюрет Грейси промывали пародонтальные карманы 0,06% раствором хлоргексидина биглюконата и проводили обработку цемента зуба лимонной кислотой в концентрации рН=1 (0,1 моль/л) в течение 5 мин, предварительно изолировав зубы от ротовой жидкости. После чего вновь промывали пародонтальные карманы 0,06% раствором хлоргексидина биглюконата и приступали к тщательному гемостазу обычным путем и с обработкой смесью Никифорова (спирт – эфир в соотношении 1:1). Далее вводили клеевую антибактериальную композицию «Сульфакриллат» в пародонтальный карман. Для ускорения полимеризации клеевой композиции в пародонтальный карман вводили ультразвуковой наконечник на глубину 1-2 мм и воздействовали ультразвуком частотой 26,5 кГц в течение 3 с, ведя наконечник от апекса корня зуба к коронке зуба. Под действием ультразвуковых колебаний происходит сложный комплекс физико-механических процессов, приводящий к быстрой полимеризации и образованию прочного соединения тканей пародонта со стенкой зуба. Пациентам давались рекомендации по соблюдению гигиены полости рта. Эффективность лечения определяли данными клинического исследования.

Вторую группу (сравнения) составили 38 пациентов того же возраста, которые получали лечение традиционным способом. Поскольку основным этиологическим фактором в развитии пародонтита является патогенная микрофлора [8,9,10], для лечения традиционным методом выбрали лечебные повязки с линкомицином, который устраняет флогенный агент. Для повязки использовали официальную 2% линкомициновую мазь. Повязку готовили общепринятым способом, в виде

смеси в равных долях окиси цинка и искусственного дентина с добавлением линкомициновой мази и димексида. На десну накладывали повязку, содержащую линкомицина гидрохлорида, с экспозицией 20 мин.

Исследования на пациентах выполнены с их информированного согласия и соответствовали этическим принципам, предъявляемым Хельсинской Декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации. Полученные данные обработаны статистически стандартными параметрическими методами с вычислением средней величины, средней ошибки, стандартного отклонения, критерия Стьюдента. Данные считались значимо отличающимися при $p < 0,05$ [4].

Результаты и обсуждение

При анализе результатов наблюдения за пациентами основной группы при легкой степени тяжести ХГП уже через

Таблица 1

Динамика индексных и функциональных показателей у пациентов с ХГП легкой степени тяжести при лечении с помощью клеевой композиции «Сульфакриллат» с предварительной обработкой цемента зуба лимонной кислотой ($M \pm m$)

Показатели	До лечения	Сроки наблюдения, сутки				
		3	5	14	21	
ИГ (баллы)	2,05±0,4	1,4±0,05	1,1±0,02*	1,0±0,01*	1,0±0,01*	
РМА	23,1±1,8	11,3±3,2*	0,7±0,4*/**	0*/**	0**	
Проба Шиллера-Писарева	[+]	100	нет	нет	нет	нет
	[±]	нет	84,2	11,5	нет	нет
	[-]	нет	15,8	88,5	100	100
Индекс кровоточивости (баллы)	3,26±0,41	1,27±0,4*	0*	0	0	
Проба Кулаженко (сек)	15,27±0,6	24,9±1,8*/**	41,3±1,6*/**	57,3±1,1*/**	66,3±1,2*/**	
ПИ (баллы)	1,02±0,07	1,02±0,1	1,02±0,1	0*/**	0	
Глубина пародонтального кармана (мм)	3,42±0,07				1,1±0,34*/**	

Примечание: * - значимое отличие по сравнению с исходным состоянием; ** - значимое отличие по сравнению с группой сравнения.

две недели после начала лечения проба Шиллера-Писарева становится отрицательной у всех пациентов (табл. 1). В группе клинического сравнения воспаление удалось купировать только на 21 сутки и лишь у 80,7% пациентов (табл. 2). При

Таблица 2

Динамика индексных и функциональных показателей у пациентов с ХГП легкой степени тяжести при лечении десневыми повязками ($M \pm m$)

Показатели	До лечения	Сроки наблюдения, сутки				
		3	5	14	21	
ИГ (баллы)	2,05±0,4	1,62±0,5	1,27±0,3	1,11±0,2*	1,11±0,3	
РМА	23,1±1,8	18,9±1,2	7,7±1,4*/**	3,9±0,81*/**	1,4±0,7*/**	
Проба Шиллера-Писарева	[+]	100	36,2	7,2	1,3	нет
	[±]	нет	63,8	57,8	29,4	19,3
	[-]	нет	нет	35,0	69,3	80,7
Индекс кровоточивости (баллы)	3,26±0,41	2,19±0,2*	0,9±0,41*	0,4±0,01*/**	0	
Проба Кулаженко (сек)	15,27±0,6	19,8±0,8*/**	38,2±1,1*	43,2±0,9*/**	49,5±1,4*/**	
ПИ (баллы)	1,02±0,07	1,02±0,07	1,02±0,07	0,73±0,1	0,6±0,1	
Глубина пародонтального кармана (мм)	3,42±0,07				2,93±0,05*/**	

Примечание: * - значимое отличие по сравнению с исходным состоянием; ** - значимое отличие по сравнению с основной группой.

средней степени тяжести заболевания по данным пробы Шиллера-Писарева воспаление удалось купировать у всех пациентов основной группы также на 14 сутки (табл. 3). В группе сравнения даже к 21 суткам наблюдения полностью

Таблица 3

Динамика индексных и функциональных показателей у пациентов с ХГП средней степени тяжести при лечении с помощью клеевой композиции «Сульфакрилат» с предварительной обработкой цемента зуба лимонной кислотой (M±m)

Показатели	До лечения	Сроки наблюдения, сутки				
		3	5	14	21	
ИГ (баллы)	2,63±0,05	1,54±0,3*	1,1±0,04*	1,0±0,01*	1,0±0,01*	
РМА	44,32±1,5	30,9±1,1 */**	2,6±1,12 */**	0,67±0,1 */**	0 */**	
Проба Шиллера-Писарева	[+]	100	4,52	нет	нет	нет
	[±]	нет	79,25	26,31	нет	нет
	[-]	нет	16,23	73,69	100	100
Индекс кровоточивости (баллы)	4,4±0,7	1,92±0,3*	0,7±0,3 */**	0 */**	0	
Проба Кулаженко (сек)	14,25±0,8	21,7±1,1 */**	32,7±1,6 */**	49,8±1,2 */**	63,4±1,2 */**	
ПИ (баллы)	2,53±0,2	1,9±0,2 */**	1,6±0,5 *	1,1±0,2 *	0,2±0,01 */**	
Глубина пародонтального кармана (мм)	4,93±0,07				2,15±0,4 */**	

Примечание: * – значимое отличие по сравнению с исходным состоянием; ** – значимое отличие по сравнению с группой сравнения.

удалось купировать воспаление только у 75,7% пациентов, а у 24,3% проба оставалась слабо положительной (табл. 4).

с исходным (p<0,05). К 14 суткам у пациентов в группе сравнения индекс кровоточивости составлял

Динамика индексных и функциональных показателей у пациентов с ХГП средней степени тяжести при лечении десневыми повязками (M±m)

Таблица 4

Показатели	До лечения	Сроки наблюдения, сутки				
		3	5	14	21	
ИГ (баллы)	2,63±0,05	1,82±0,6	1,51±0,3*	1,3±0,4 */**	1,11±0,1*	
РМА	44,32±1,5	41,3±1,6 **	19,8±0,9 */**	11,2±0,7 */**	7,3±1,1 */**	
Проба Шиллера-Писарева	[+]	100	58,2	27,5	11,2	нет
	[±]	нет	41,8	64,2	51,9	24,3
	[-]	нет	нет	8,3	36,9	75,7
Индекс кровоточивости (баллы)	4,4±0,7	3,1±0,8	2,8±0,6 **	0,6±0,01 */**	0*	
Проба Кулаженко (сек)	14,25±0,8	17,6±0,3 */**	24,5±1,1 */**	39,1±0,9 */**	46,7±1,1 */**	
ПИ (баллы)	2,53±0,2	2,3±0,12	2,0±0,3	1,7±0,3	0,5±0,01 */**	
Глубина пародонтального кармана (мм)	4,93±0,07				4,13±0,3 */**	

Примечание: * – значимое отличие по сравнению с исходным состоянием; ** – значимое отличие по сравнению с основной группой.

Более высокая эффективность применения антибактериальной клеевой композиции «Сульфакрилат» с предварительной обработкой цемента зуба лимонной кислотой подтверждалась и наиболее значительным снижением индекса РМА, который отражает распространенность воспалительного процесса.

При легкой степени тяжести заболевания индекс РМА в основной группе на 3 сутки после проведенного лечения уменьшился в 2,1 раза, на 5 сутки он составил 0,7%, а к 14-21 суткам наблюдения индекс РМА был равен 0 (табл. 1). В группе сравнения положительная динамика индекса РМА выражена в меньшей степени. На 3 сутки лечения десневыми повязками индекс остался на прежнем уровне (табл. 2), на 5 сутки снизился до 7,74%, к 14 суткам – до 3,9%, а на 21 сутки – до 1,4%. У пациентов с ХГП средней степени тяжести в основной группе на 3 сутки наблюдения индекс РМА по сравнению с исходным значением снизился в 1,4 раза (табл. 3), в группе сравнения его значение осталось на прежнем уровне, на 5 сутки лечения в основной группе индекс РМА уменьшился в 11,9 раза и составил 2,6% (табл. 4), что меньше по сравнению с данным показателем в группе сравнения в

7,6 раза. После окончания курса лечения у пациентов в основной группе индекс РМА соответствовал норме, тогда как в группе сравнения был в 7,3 раза выше.

Из представленных данных следует, что при лечении пародонтита с помощью клеевой композиции «Сульфакрилат» с предварительной обработкой цемента зуба лимонной кислотой за две недели после начала лечения у всех пациентов проба Шиллера-Писарева становится отрицательной, не определяется индекс РМА и ПИ, что свидетельствует о более раннем прекращении воспаления, быстром восстановлении рогового слоя эпителия десны и его барьерной функции.

В соответствии с выраженностью воспалительного процесса изменялась и стабильность сосудистых стенок, которую отражали проба Кулаженко и индекс кровоточивости. У пациентов основной группы индекс кровоточивости уже на 3 сутки после лечения снизился в 2,6 раза (p<0,05), а к 5 суткам наблюдения кровоточивость десен отсутствовала. В группе сравнения на 3 сутки лечения индекс кровоточивости уменьшился в 1,5 раза, а на 5 сутки лечения – в 4 раза по сравнению с исходным (p<0,05). К 14 суткам у пациентов в группе сравнения индекс кровоточивости составлял 0,4±0,01. На 21 сутки кровоточивость десен не наблюдалась. Также и время образования экстравазатов приближалось к нормальному значению при легкой степени тяжести уже к 5 суткам наблюдения, при средней степени тяжести – к 14 суткам. В группе клинического сравнения эти показатели нормализовались лишь на 21 сутки.

Гигиеническое состояние полости рта улучшилось у всех пациентов, но при лечении десневыми повязками отмечались более высокие показатели индекса гигиены на протяжении всего периода наблюдения (табл. 2, 4). Это может обуславливаться адгезивными свойствами повязки, частицы которой, прилипа к поверхности зуба, создают участки ретенции для микроорганизмов и способствуют дальнейшему образованию налета.

При результате более выраженного противовоспалительного действия и стимуляции репаративных процессов при лечении клеевой композицией «Сульфакрилат» предварительной обработкой цемента зуба лимонной кислотой ускорялось уплотнение десны, восстановление опорно-удерживающей функции периодонта, уменьшалась глубина пародонтальных карманов.

После проведенного лечения в основной группе при легкой и средней степени тяжести заболевания десневые сосочки плотно прилегали к шейкам зубов, были бледно-розового цвета, умеренно увлажнены, кровоточивость при зондировании отсутствовала. При легкой степени заболевания между поверхностью зуба и десневым краем определялась десневая борозда от 0,6 мм до 1,2 мм, т.е. зубодесневое прикрепление полностью восстановлено (табл. 1). При средней степени тяжести после проведенного лечения в основной группе при зондировании определялись пародонтальные карманы глубиной до 2,15±0,4 мм (табл. 3), т.е. произошло уменьшение глубины в 2,3 раза по сравнению с исходным состоянием (p<0,05). В группе сравнения после проведенного лечения при зондировании обнаруживались пародонтальные карманы глубиной до 4,13±0,3 (т.е. отмечалось незначительное уменьшение глубины пародонтальных карманов, что, по-видимому, происходит за счет уменьшения отека и уплотнения десны). Подвижности зубов, гноетечения у пациентов основной группы не определялись.

По данным катамнеза, проведенного у 10 пациентов дан-

ной группы, через 6 месяцев после проведенного лечения у 60,0% пациентов пародонтальные карманы исчезали, и полностью восстанавливалась естественная структура десневой бороздки и тканей пародонта, а у 40,0% пациентов при зондировании определялись пародонтальные карманы до 1,6-1,8 мм в области от 3 до 8 зубов, этим пациентам было рекомендовано повторное лечение. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что, проведенное лечение разрывает порочный круг, который поддерживал хронический воспалительный процесс. В результате восстановительные процессы, начавшиеся в период лечения, продолжались и после

лечения до полного восстановления нормальной структуры тканей пародонта, в том числе и десневой бороздки.

Таким образом, анализ результатов лечения показал, что применение антибактериальной противовоспалительной клеевой композиции «Сульфакриллат» с предварительной обработкой цемента зуба лимонной кислотой при лечении хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степени тяжести имеет наиболее высокую эффективность. По сравнению с десневыми повязками полностью купируется воспалительный процесс у всех пациентов к 14 суткам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимова А.Я. Клеящие материалы медицинского назначения, обладающие физиологически активным действием // Применение в здравоохранении полимерных материалов и изделий из них: Тезисы докладов Всесоюзной конференции. – М., 1985. – С.31-32.
2. Добровольская М.К. Использование десневой повязки на основе клеевой стоматологической композиции СК-1 при лечении пародонтита // Стоматология. – 1986. – №5. – С.65-66.
3. Добровольская М.К. Результаты клинико-лабораторного изучения и клинической апробации композиции СК-1 при комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта // Стоматология. – 1983. – №3. – С.34-36.
4. Гланц С. Медико-биологическая статистика. – М.: Практика, 1999. – 455 с.
5. Кордис М.С. Применение клеевой повязки МК-14И в

комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта // Стоматология. – 1988. – №2. – С.21-22.

6. Лунатова Т.Э. Полимеры в эндопротезировании. – Киев: Наукова Думка, 1983. – 160 с.
7. Лукач Д.Н. Применение синтетических клеев в хирургии // Военно-медицинский журнал. – 1982. – №8. – С.64-65.
8. Christau M., Palitzsch K.D., Schmalz G., et al. Healing response to non-surgical periodontal therapy in patients with diabetes mellitus: Clinical, microbiological and immunologic results // J. Clin. Periodontol. – 1998. – Vol. 25. №6. – P.112-124.
9. Miller P.D. Root coverage using a free soft tissue autograft following citric acid application. II. Treatment of the carious root // J. Periodont. Rest. Dent. – 1983. – №3. – P.39-51.
10. Mashimo P.A., Yamamoto Y., Slots J., et al. The periodontal microflora of juvenile diabetics // J. Periodontol. – 1983. – Vol. 54. №7. – P.28.

Информация об авторах: 664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, ИГМУ кафедра терапевтической стоматологии, тел. (3952) 24-06-97, Молоков Владислав Дмитриевич – заведующий кафедрой, профессор, д.м.н., заслуженный врач РФ; Большедворская Наталья Евгеньевна – ассистент, к.м.н.

© ВЫСОЦКИЙ В.Ф., БЕЛОБОРОДОВ В.А. – 2011

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Владимир Фёдорович Высоцкий, Владимир Аанатольевич Белобородов
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии с курсом урологии, зав. – д.м.н., проф. В.А. Белобородов)

Резюме. Описаны ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения 83 больных с новообразованиями надпочечников в двух группах сравнения. В группе клинического сравнения использовали традиционную хирургическую тактику, а в основной группе 43 больных был использован разработанный алгоритм. Установлено, что применение предложенного алгоритма способствует снижению абсолютного риска послеоперационных осложнений и иммунологических расстройств на 20,0% и получению удовлетворительных отдаленных результатов лечения в 96,9% наблюдений.

Ключевые слова: новообразования надпочечников, лечебный алгоритм, результаты лечения.

OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH NEOPLASMS OF ADRENAL GLANDS

V.F. Visotskii, V.A. Beloborodov
(Irkutsk State Medical University)

Summary. In the present scientific paper the proximate and remote outcomes of surgical treatment of 83 patients with neoplasms of adrenal glands in two groups of comparison have been described. In the group of clinical comparison traditional surgical tactics was used, and in the basic group, which included 43 patients, the designed algorithm has been used. It has been determined that the use of the offered algorithm promotes 20% lowering of absolute risk of postoperative complications and immunological disorders.

Key words: neoplasms of adrenal glands, medical algorithm, outcomes of treatment.

При анализе результативности лечения больных с новообразованиями надпочечников (НН) используют разные критерии, из которых наиболее часто используемыми являются раневые, плевропульмональные, гемодинамические и гормональные показатели. Однако, вышеперечисленные показатели не всегда отражают всю гамму происходящих изменений у больных после удаления эндокринных желез. Поэтому многие исследователи предлагают учитывать дополнительные параметры для комплексной оценки состояния больных в послеоперационном периоде [2-6]. С этой целью проведен комплексный анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных с новообразованиями надпочечников.

Материалы и методы

При оценке ближайших результатов хирургического ле-

чения больных с НН учитывали разные критерии: продолжительность операции, конверсия хирургического доступа, объем интраоперационной кровопотери, средние сроки сохранения температурной реакции, сроки пребывания в палате интенсивной терапии, средние сроки активизации (двигательная активность и самообслуживание) больных, сроки назначения наркотических обезболивающих препаратов, сроки сохранения лейкоцитоза в сыворотке крови, наличие послеоперационных изменений иммунобиохимических показателей (ИЛ-1, ИЛ-6 и ЛДГ), интра- и послеоперационные осложнения (травма органа, нагноение, плеврит, плевропневмония) и средние сроки раннего послеоперационного периода до выписки из стационара.

Для изучения отдаленных результатов использовали метод анкетирования. При оценке результатов лечения удовлетворительными считали – полное отсутствие признаков бывшего заболевания, отсутствие жалоб и сохранение рабо-