

Жониев С.

**ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ
НА БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ БОЛЬНЫХ УЗЛОВЫМ ЗОБОМ**

Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. - доц. Матлубов М.М.) СамМИ

DETERMINATION OF THE EFFICIENCY OF PATIENTS PREOPERATIVE PREPARATION THYROID DISEASE BASED BIOCEMICAL PARAMETERS. Zhcniev C. Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine (Head - docent Matlubov M.M.) SamMI. This paper presents a comparative analysis of methods of preoperative preparation in 134 patients with thyroid disease . Patients from the main group (69 persons) during the preparation of the treatment was added hydrocortisone - Tyson gemosuksinat and propylthiouracil . The effectiveness of a complex method was evaluated on the basis of biochemical parameters of blood. It is established that the cause of thyroid disease are trauma and infection (30 %), just revealed the predominance of women (90.3 %). The proposed method has improved the performance of the cardiovascular system from above by tyvaemostiblood , increased total protein and white blood cell count.

В работе проводится сравнительный анализ методов предоперационной подготовки у 134 пациентов с заболеваниями щитовидной железы. Больным основной группы (69 человек) при проведении подготовки в лечение добавляли гидрокортизона гемосукцинат и пропилтиоурацил. Эффективность комплексного метода оценивали на основании биохимических показателей крови. Установлено, что причиной патологии щитовидной железы являются психические травмы и инфекции (30%), так же выявлено преобладание женщин (90,3%). Предложенная методика позволила улучшить показатели сердечно-сосудистой системы, свертываемости крови, повысился общий белок и уровень лейкоцитов. Библиография: 6 наименований.

Актуальность. Проведение оперативного вмешательства у больных с узловым зобом чревато присоединением различных осложнений: нарушение проходимости дыхательных путей: подвязочный огек гортани, трахеомалация, парез голосовых связок, кровотечение и эндокрино-мстаболические расстройства; тиреотоксический криз, представляющий наибольшую опасность, гипотиреоз и паратиреоидная недостаточность. Предоперационная подготовка больных, таким образом, должна решить проблемы не только проведения обезболивания, но как же профилактику приведенных осложнений и требует от анестезиолога высокой квалификации и умения предотвращать выше приведенные осложнения.

В работе преследовалась цель: провести сравнительную характеристику методов предоперационной подготовки больных узловым зобом и их влияние на биохимические показатели крови.

Материал и методы. Изучены результаты предоперационной и преднаркозной подготовки 134 больных, подвергнутых обезболиванию по поводу оперативного вмешательства у больных с узловым зобом в хирургическом отделении клиники СамМИ с 2012 по 2013 гг.

Больным проводили общеклиническое обследование, включающее пальпацию щитовидной железы, её ультразвуковое исследование, определение уровня тиреотропного гормона (ТТ) (исходно и в различные сроки после операции). В периоде подготовки акцентировалось внимание длительности заболевания, медикаментозному лечению препаратами тиреоидных гормонов до операции.

Больные были в возрасте 29 ± 6 лет (от 25 до 68 лет). Из 134 пациентов с узловым зобом было 13 (9,7%) мужчин и 121 (90,3%) женщина. При анализе причин развития заболевания мы выяснили, что большинство (30,4%) связывает свое заболевание с психотравмой, инфекцией. Неблагополучную наследственность по заболеванию щитовидной железы, по нашим данным, имели 14 (10,4%) больных. Среди сопутствующих

заболеваний на первый план выступали заболевания сердечно-сосудистой системы, которые отмечены у 47(35%) больных.

Результаты и обсуждение: Выбор того или иного комплекса предоперационной подготовки зависел от тяжести тиреотоксикоза, возраста, сопутствующих заболеваний. Комплексная предоперационная подготовка основной группы у 69 больных (51,5%) проводилась с учётом степени вовлечения щитовидной железы (ЩЖ) и выраженности тиреотоксикоза. Предоперационная подготовка контрольной группы у 65 больных (48,5%) проводилась традиционными методами. Больным с узловым зобом III - IV степени и тиреотоксикозом средней тяжести за 2-3 недели до госпитализации отменялся мерказолил, назначали 1% раствор Люголя по 25 капель три раза в день, резерпин по 0,25 мг 3 раза в день. При частоте пульса 140 -150 ударов в минуту назначали анаприлин по 20 мг 2 раза в день, переливание свежезамороженной плазмы 800 мл и гидрокортизон гемосукцинат за 3 дня до операции, во время и после операции по 40-200 мг в сутки. Предоперационная подготовка больных V степени и тиреотоксикозом тяжелой степени требовала длительного применения (1,5 месяцев) анти тиреоидных препаратов. Больным с тяжелой степенью тиреотоксикоза в предоперационном периоде применяли 1% раствор Люголя по 40-50 капель 3-4 раза в день, реополиглюкин, раствор Рингера, 40% раствор глюкозы 5% - с 10 мл раствора витамина С, ко-карбоксилазу, панангин, рибоксин, гидрокортизона гемосукцинат по 200-400 мг 2 раза в день, до одного литра свежемороженой плазмы, кроме того 12 больным этой группы, в связи со стойкой тахикардией -160 -- 180 ударов в мин., назначали пропилтиоурацил (400-600 мг в сутки, анаприлин 20 мг 2 раза) под строгим контролем функции сердечно-сосудистой системы.

Если повышенная раздражительность при поступлении обнаруживалась у основной группы больных в 78,2% случаев, то в контрольной группе соответственно она составляла 72,8% наблюдений. Аналогичные

закономерности обнаружены и при анализе других симптомов: плаксивости, потливости, красного дермографизма, чувства жара, снижения трудоспособности и ослабления памяти. Электрокардиографические показатели, полученные после предоперационной подготовки, свидетельствовали об улучшении деятельности сердца. По данным электрокардиографических исследований зарегистрированы снижение ударного и минутного объема крови, нормализация фракции выброса, уменьшение общего периферического сосудистого сопротивления, нормализация скорости кровотока. Количество лейкоцитов у больных основной группы после проведенной терапии уменьшилось на 7,8% (с 6,8(Ж), 15 до 6,31 $\pm$ 0,21) за счёт угнетения лейкопоэза от приёма тиреостатиков. При поступлении больных отмечена относительная гипопроотеинемия. В основной группе уровень белка достигал 61,57 $\pm$ 0,44 г/л, в контрольной группе - 62,78 $\pm$ 0,42 г/л. После проведения лечения отмечена тенденция к повышению кон-

(Do'tor vtforotnomasi, Samarqand)

центрации белка в основной группе до 70,53 $\pm$ 0,54 г/л. В контрольной группе уровень белка снизился до 59,1 $\pm$ 0,45 г/л. Показатели свёртывающей системы крови достигали нормальных значений в основной группе. В контрольной группе показатели свёртывающей системы крови находились в пределах верхней границы нормы, свидетельствуя о сохранившейся склонности к гипокоагуляции. .

Выводы

Причиной возникновения патологии щитовидной железы чаще всего является психическая травма и инфекция, с преобладанием среди заболевших женщин молодого возраста.

Комплексная предоперационная подготовка улучшает биохимические показатели крови - повышается уровень белка, нормализуются показатели свёртываемости крови, улучшается деятельность сердечно-сосудистой системы.

Литература

1. .А.С. Аметов, М.Ю. Кониева, И.В. Лукьянова. «Сердечно-сосудистая система при тиреотоксикозе». Consilium-medicum. 2003 -Том 5,-№11,- С.8-15.
2. Балаболкин М.И., П.С. Ветшев, Н.А. Петунии, Л.В. Трухин. «Хирургическое лечение диффузно-токсического зоба и возможность прогнозирования его результатов» - Москва. Проблемы эндокринологии. — 2000. —Т 46. -№4.
3. Бояркин М.В., А.Е. Вахрушев, В.Е. Марусанов. «Оценка адекватности анестезиологического пособия с помощью спектрального анализа сердечного ритма». Анестезиология и реаниматология. — 2003. -№4.-С. 7-10.
4. Браверман Л.И. «Болезни щитовидной железы». Москва. М., 2000. - 511 с. Иванкова Е.Н., Голуб И.Е., Пинский Е.Н. и др. «Оптимизация анестезиологического пособия при оперативном лечении больных с заболеваниями щитовидной железы». Челябинск, Современные аспекты хирургической эндокринологии, 2010. - с. 93-95.
5. Иванкова Е.Н., Ерошевич Ф.Н. «Варианты общей анестезии при оперативном лечении больных по поводу зоба». Новосибирск, Бюлл. ВСНЦ СО РАМН. 2010 №5.С.58-61,
6. Х. Метцлер «Неинвазивный и разумный инвазивный мониторинг системы кровообращения». Освежающий курс лекций «Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии». Архангельск : Тромсе, 1997. -С. 27-30.

Закирова Н.И.,
Назарова Н.,
Ахадова Ф.А.

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ У БЕРЕМЕННЫХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета СамМИ
(ректор - проф. Шамсиев А.М.)

Бактериальный вагиноз - это полимикробный невоспалительный вагинальный синдром, возникающий из-за резкого дисбаланса вагинальной микрофлоры, вызванного замещением доминирующих микроорганизмов рода *Lactobacillus* ассоциацией различных бактерий, в том числе *Gardnerella vaginalis*, анаэробов (*Bacteroides*, *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Mobilicoccus*, *Peptostreptococcus*) и *Mycoplasma hominis*. Характерным является отсутствие признаков воспалительных изменений влагалища, а также патогенных возбудителей, таких как *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Candida albicans*. Термин бактериальный вагиноз (БВ) выделен в отдельную нозологическую форму в 1984 году на I Международном симпозиуме по вагинитам. В настоящее время БВ не включен в МКБ-10, как отдельная нозологическая форма. Синдром нарушения микрофлоры влагалища у пациенток с “неспецифическим бактериальным вагинитом” впервые был описан в 1955 году Gardner H.L. и Dukes C.D. При этом синдроме отмечалось снижение количества молочнокислых бактерий и колонизация влагалища новыми, неизвестными ранее микроорганизмами, которые получили название *Haemophilus vaginalis*.

В 1963 их переименовали в *Coibnobacterium vaginalis*, а в 1980 году в честь Н. L. Gardner, который впервые выделил и описал эти бактерии, они получили название *Gardnerella vaginalis*.

Начиная с 1980 года, неспецифические вагиниты стали относить к гарднереллезам - заболеваниям, вызываемым *G.vaginalis*. Однако позднее было установлено, что *G.vaginalis* присутствует не только у пациенток с неспецифическими вагинитами, но и у 47% здоровых женщин, и ото эти микроорганизмы являются не единственными возбудителями данного заболевания. В 1984 году на I Международном симпозиуме по вагинитам после анализа всех клинических, микроскопических и микробиологических данных, накопленных за предыдущее десятилетие, ввиду отсутствия воспалительной реакции в стенках влагалища, отсутствия увеличения числа лейкоцитов в вагинальном отделяемом, было предложено современное название заболевания -бактериальный вагиноз [6,9].

Синонимы: Неспецифический вагинит, гарднереллез, анаэробный вагиноз, неспецифический вагиноз, аминкольпит, мобилункуз и др. В настоящее время клиническое значение БВ является общепри-