31 операции – влагалищные гистерэктомии. Все вмешательства дополнены передней и задней кольпоррафией с леваторопластикой.

При наблюдении за пациентками, которым коррекция пролапса матки дополнено наложением влагалищной петли, рецидива заболевания не выявлено, расстройства мочеиспускания не отмечено ни у одной прооперированной. Отмечалось значительное улучшение качества жизни.

Выводы:

В формировании пролапса тазовых органов играют роль врожденные и приобретенные факторы. В зависимости от тканевых дефектов, формируются различные варианты и степени опущения гениталий. Основной вид лечения – хирургический. Ведущим в выборе метода коррекции является характер и степень анатомических изменений, приведших к развитию патологического. Тазовый пролапс всегда сочетается с патологическими изменениями со стороны органов малого таза и решение этого вопроса требует мультидисциплинарного подхода и, часто, выполнения sling-операций.

1. Кулаков В.И. Оперативная гинекология. — М., 1997.
2. Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., Буянова С.Н. и др. Патология влагалища и шейки матки. — М., 1997.
3. Чухриенко Д.П. и др. Атлас урогинекологических операций / Д.П. Чухриенко, А.В. Люлько, Н.Т. Романенко. — Киев, 1981.
4. Bourcier A.P. Pelvic floor disorders / A.P. Bourcier, E.J. McGuire, P. 7. Abrams. — Elsevier, 2004.
5. Abrams P., Cardozo L., Khoury S. et al. 2nd International Consultation on Incontinence. — Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. — М., 1986. 2nd ed. — Paris, 2002.
6. Chapple C.R., Zimmern P.E., Brubaker L. et al. Multidisciplinary management of female pelvic floor disorders — Elsevier, 2006.
7. Petros P.E. The female pelvic floor. Function, dysfunction and management according to the integral theory. — Springer, 2004.
8. Новикова В.А., Федорович О.К., Атанесян Э.А., Хачатурова М.Д., Акопова С.Д. Профилактика и лечение недержания мочи у женщин с гипоэстрогенией медикаментозного характера // Акушерство и гинекология. — 2008. — №1. — С. 60-63.
9. Балан В.Е., Сметник В.Е., Балан П.В., Тихомирова Е.В., Ермакова Е.И., Рябинкина И.Н. Применение поведенческой терапии при различных видах недержания мочи // Акушерство и гинекология. — 2006. — №6. — С. 64-67.
10. Нечипоренко Н.А., Егорова Т.Ю., Юцевич Т.Ю. Синтетические протезы в хирургическом лечении женщин с выпадением половых органов // Акуш. и гин. — 2009. — №2. — С. 64-67.

Бодарева Н.В., Забродская Ю.М., Сидорин В.С., Саввина И.А., Левин Г.А.

Сепсис у больных с нетравматическим повреждением головного мозга

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
им. В.А. Алмазова» Минздрава России
(Россия, Санкт-Петербург)*

doi: 10.18411/gdsn-25-12-2017-03

idsp: 000001:gdsn-25-12-2017-03

К современным определениям сепсиса (по Bone RC et al., 1992; Grover R. et al., 1999; Matot I. et al., 2001; Блус А. и соав., 2004, с модификациями) относят СЕПСИС = инфекция + синдром системного воспалительного ответа (ССВО). ССВО включает в себя два и более из следующих симптомов, возникших в течение 24 ч: Температура тела $<36^{\circ}\text{C}$ или $>38^{\circ}\text{C}$; ЧСС >90 уд /мин ; ЧДД >20 в мин, или $\text{PaCO}_2 < 32$ мм рт ст при спонтанном дыхании, или потребность в ИВЛ; количество лейкоцитов $>12 \times 10^9$ /л, или $> 10\%$ незрелых форм.

Расширенные диагностические критерии сепсиса (2001 г).

Инфекция, предполагаемая или подтвержденная в сочетании с несколькими из следующих критериев: Общие критерии Лихорадка температура $>38/3^{\circ}\text{C}$ Гипотермия

температура $<36^{\circ}\text{C}$ Частота сердечных сокращений $>90/\text{мин}$ (>2 стандартных отклонений от нормального возрастного диапазона) Тахипноэ Нарушение сознания Необходимость инфузионной поддержки (>20 мл/кг за 24 часа) Гипергликемия ($>7,7$ ммоль/л) в отсутствие сахарного диабета. Критерии воспаления Лейкоцитоз $>12 \times 10^9/\text{л}$ Лейкопения $<4 \times 10^9/\text{л}$ Сдвиг в сторону незрелых форм ($>10\%$) при нормальном содержании лейкоцитов Содержание С реактивного белка в крови >2 стандартных отклонений от нормы Содержание прокальцитонина в крови >2 стандартных отклонений от нормы. Гемодинамические критерии Артериальная гипотензия: АДсис <90 мм. рт. ст., АДср <70 мм. рт. ст., или снижение АДсис более, чем на 40 мм. рт. ст. (у взрослых) или снижение АДсис как минимум на 2 стандартных отклонения ниже возрастной нормы. Сатурация $\text{SpO}_2 >70\%$ Сердечный индекс $>3,5$ л/мин/М². Критерии органной дисфункции Артериальная гипоксемия $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 <300$ Острая олигурия $<0,5$ мл/кг х час Повышение креатинина более чем на 44 мкмоль/л (0,5 мг%). Нарушения коагуляции: АПТВ >60 сек. или МНОС $>1,5$. Тромбоцитопения $<100 \times 10^9/\text{л}$ Гипербилирубинемия >70 ммоль/л Кишечная непроходимость (отсутствие кишечных шумов). Индикаторы тканевой гипоперфузии Гиперлактатемия >1 ммоль/л Симптом замедленного заполнения капилляров, мраморность конечностей (АДсис- систолическое артериальное давление, АДср- среднее артериальное давление. АПТВ - активированное парциальное тромбопластиновое время; МНОС-Международное нормализованное отношение).

С учетом суммы знаний о системном воспалении инфекционной природы была разработана концепция PIRO, которая стала неким аналогом системы TMN в онкологии. Концепция PIRO характеризует предрасположенность к инфекции, описывает особенности этиологии и локализации первичного очага, ответ организма и наличие органной дисфункции. Концепция PIRO: Predisposition (предрасположенность): Возраст, генетические факторы, сопутствующие заболевания, иммуносупрессивная терапия и др. Infection (инфекция): Локализация очага инфекции, возбудитель инфекции. Response (реакция): Клинические проявления инфекционного процесса (температура тела, ЧСС, уровень лейкоцитоза, концентрация прокальцитонина, С-реактивного белка и др.). Organ dysfunction (органная дисфункция). Для оценки степени органной дисфункции так же используется шкала SOFA.

Роль ЦНС в развитии сепсиса. В настоящее время на уровне экспериментальных работ доказана роль ЦНС и структур ствола головного мозга в частности в формировании интегративного ответа организма больного при запуске системного воспаления и сепсиса. Взаимодействие нервных и гуморальных механизмов в ЦНС лежит в основе формирования иммунного ответа организма в ответ на бактериальную инфекцию, результатом этого взаимодействия является отграничение очага воспаления, генерализация инфекции, развитие сепсиса с полиорганной недостаточностью.

Изучение различных форм сепсиса у больных с повреждением центральной нервной системы (ЦНС) является актуальным, поскольку, несмотря на применение новых фармакологических разработок в терапии сепсиса, исследователи отмечают увеличение частоты возникновения этого заболевания даже в самых благополучных странах с высоким уровнем медицины. Летальность при сепсисе составляет от 30 до 80%, в среднем колеблясь около 40%.

Цель. Клинико-патоморфологические особенности течения сепсиса у нейрохирургических больных с клинико-патологоанатомическим сопоставлением на аутопсийном материале с 2010 по 2015 гг в стационаре РНХИ им. Проф. А.Л. Поленова.

В стационаре изучены протоколы патологоанатомических вскрытий 38 случаев, из них мужчин – 23, женщин - 15. Средний возраст больных - 41 ± 3 лет (от 26 до 81 лет). Из нозологических форм преобладали инфаркт головного мозга у 24 больных, в меньшей степени – аневризматическая болезнь у 12 больных. В сопутствующей патологии лидировали сахарный диабет 2 типа с потребностью в инсулине у 21 больного, реже

цереброваскулярная болезнь в 13 случаях, очень редко без сопутствующей патологии – в 4 случаях.

В стационаре пациентам выполнялись оперативные вмешательства открытого типа – костно-пластическая трепанация черепа (КПТЧ) – в 3 случаях с установлением вентрикулярных дренажей и вентрикуло-перитонийного шунтирования (ВПШ) – 3 случая, а так же внутрисосудистые – 5 случаев с эмболизацией аневризм. Все эндоваскулярные вмешательства сочетались с установлением вентрикулярных дренажей в 3 случаях или последующей КПТЧ.

Результаты. Часто встречаемая форма сепсиса – септицемия (17случаев), реже бактериальный шок (8случаев), немногим меньше септикопиемия (6 случаев). При бактериальном исследовании проведенном при жизни и постмортально встречалась миксинфекция, в которой лидировали *Staphylococcus aureus* и *Klebsiella pneumoniae*.

Развитие сепсиса у пациентов с сердечно-сосудистой патологией и сахарным диабетом в 1-2 сутки после операции возникали в 7 случаях, на 3-4 сутки – в 14 случаях. Больше часть больных требовалось наложение трахеостомы (7случаев) на 2 сутки после операции или интубационной трубки (2 случая) на 4 сутки после операции.

К ведущим факторам танатогенеза относится конструктивно-стенотическая вазопатия, так называемый вазоспазм (7 случаев) в том числе вторичные кровоизлияния (9 случаев). Переломным этапом в танатогенезе были присоединившиеся пневмонии с развитием дыхательной недостаточности и отек и дислокация головного мозга.

Первичный очаг (гнойный менинговентрикулит).

Гнойный вентрикулоэнцефалит. Гнойный вентрикулит.

Септические расстройства микроциркуляции.

Чередование микротромбов и кровоизлияний, начальные проявления тромбоваскулита.

Очаг стафилококкового гнойного менингоэнцефалита.

Типичный вид инфекции *Staphylococcus aureus* (A) в очаге гнойного энцефалита, с зонами скопления микробов, пояса экзотоксического некроза и периферическим валом полиморфноядерных лейкоцитов, также подвергающихся распаду.

Б. Тромбоваскулит с деструктивными поражениями микрососудов в белом веществе полушарий головного мозга.

Общие проявления.

Гнойный деструктивный тромбоваскулит в сердце с лейкоцитарной инфильтрацией всех слоёв мелкой ветви артерии. Очаговый интерстициальный септический миокардит.

Нарушение центральных нервных механизмов регуляции иммунитета вносит свои коррективы в интенсивность и направленность иммунного ответа. Клинико-морфологические проявления сепсиса у больных с повреждением ЦНС не имеют специфических особенностей. Реактивно-деструктивные изменения в головном мозге при

сепсисе у больных с повреждением ЦНС характеризуется многокомпонентностью патогенетических факторов и их взаимоусугубляющего влияния.

1. Бархатова Н.А., Привалов В.А. «Сепсис в хирургии» (Учебное пособие). - Челябинск, 2010г.
2. Алексеева, Г.В. Клиника, профилактика и терапия постгипоксических энцефалопатий (Методические рекомендации) / Г.В. Алексеева. — М.: Медицина, 1996. 41 с.
3. Марино, П. Интенсивная терапия / П. Марино. — М.: Гэотар Медицина, 1998.-С. 170.
4. Bone, R.C. Definition for sepsis and organ failure and guidelines for use of innovative therapies in sepsis / R.C. Bone, R.A. Balk, F.B. Cerra // Chest. — 1992. -N.101. P. 1644-1655.

Громов А.Л.¹, Губин М.А.³, Водолазский Н.Ю.⁴, Киков Р.Н.³, Маньшин Е.А.²
Современные критерии диагностики острых одонтогенных осложнений и
одонтогенного сепсиса

¹*Курский государственный медицинский университет*

²*Курская областная клиническая больница
(Россия, Курск)*

³*Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко*

⁴*Воронежская областная клиническая больница №1
(Россия, Воронеж)*

doi: 10.18411/gdsn-25-12-2017-04

idsp: 000001:gdsn-25-12-2017-04

Abstract

The purpose of this study is to determine the diagnostic and predictive capabilities of the criteria for "Sepsis-3" in patients with odontogenic inflammatory diseases in comparison with similar capabilities criteria for "Sepsis-1". Using the criteria for "Sepsis-3" in conjunction with the evaluation of the type of inflammatory reaction and volume of lesions allows significantly to enhance the effectiveness of early diagnosis of purulent-inflammatory processes of the maxillofacial area, to reduce the number of severe septic complications, as indicated by the reduction in the number of deaths. Criteria scale qSOFA not effective for early diagnosis of sepsis and organ failure at admission of patients with purulent-inflammatory processes of the maxillofacial area in the hospital. To determine the high probability of complications when a patient in a hospital requires an active search of signs of putrefactive-necrotic tissue damage and signs of spreading cellulitis.

The purpose of this study is to determine the diagnostic and predictive capabilities of the criteria for "Sepsis-3" in patients with odontogenic inflammatory diseases in comparison with similar capabilities criteria for "Sepsis-1". Using the criteria for "Sepsis-3" in conjunction with the evaluation of the type of inflammatory reaction and volume of lesions allows significantly to enhance the effectiveness of early diagnosis of purulent-inflammatory processes of the maxillofacial area, to reduce the number of severe septic complications, as indicated by the reduction in the number of deaths. Criteria scale qSOFA not effective for early diagnosis of sepsis and organ failure at admission of patients with purulent-inflammatory processes of the maxillofacial area in the hospital. To determine the high probability of complications when a patient in a hospital requires an active search of signs of putrefactive-necrotic tissue damage and signs of spreading cellulitis.

Одной из наиболее значимых проблем современной челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии являются острые воспалительные процессы, на фоне