

фибриногена в венозной крови у пациентов с сахарным диабетом составил $7,3 \pm 0,33$ г/л, а у больных с нормальным углеводным обменом - $5,7 \pm 0,19$ г/л. Так же различались показатели РФМК ($21,73 \pm 1,07$ мг% и $12,2 \pm 0,9$ мг% соответственно). Нарушение коагуляционного звена гемостаза значительно повышает риск ранней генерализации процесса при пиелонефрите, развитие деструктивных изменений в паренхиме почек и системных септических осложнений.

Исследовано нарушение пассажа мочи в ВМП у 81 пациента. При этом ретенция мочевыводящих путей была выявлена у 22 (51,2%) больных с острым пиелонефритом и у 17 (44,7%) больных с обострением хронического пиелонефрита.

Было проанализировано соотношение пациентов, имеющих диабетическую полинейропатию и нарушение пассажа мочи. Диагноз полинейропатии выставляли совместно с эндокринологом на основании жалоб пациентов на слабость, чувство тяжести в симметричных участках нижних конечностей и различной степени выраженности боли, изменение чувствительности в виде парестезий, снижения всех видов чувствительности. Больных с установленной полинейропатией было 57 человек, что составило 70,4%. При этом пациентов с выявленным нарушением оттока мочи из верхних мочевых путей, сочетающимся с полинейропатией было 53 человек (92,9%). Полинейропатия без сочетания с ретенцией верхних мочевых путей встретила нас в 4 случаях из всей группы, что составило 7,1%.

Заключение. Таким образом, течение пиелонефрита при сахарном диабете имеет мозаичную клиническую картину, и такие симптомы как лихорадка, лейкоцитурия и нарушение азотвыделительной функции почек присутствуют у диабетических больных и могут служить диагностическими критериями пиелонефрита.

Диабетическая полинейропатия в большинстве случаев сопровождает нарушение оттока мочи из ВМП, являющееся одним из условий развития воспалительного процесса. Отсюда имеет перспективу стимуляция моторной функции ВМП. Можно предположить, что такое лечение может быть эффективным не только при наличии доказанных нарушений оттока, но и у всех пациентов с выявленной диабетической полинейропатией.

У пациентов, страдающих сахарным диабетом при наличии воспалительного очага в мочевых путях более выражено страдает коагуляционный гемостаз. Последнее значительно повышает риск ранней генерализации процесса при пиелонефрите, развитие деструктивных изменений в паренхиме почек и системных септических осложнений.

Современная регионарная анестезия при оперативном лечении больных с патологией органов малого таза

Цын В.А.²⁾, Долгих В.Т.¹⁾, Леонов О.В.²⁾, Копыльцов Е.И.²⁾

1) ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Росздрава.

2) Омский областной клинический онкологический диспансер, г. Омск.

Нами обследовано и подвергнуто плановому оперативному лечению с применением комбинированной спинально-эпидуральной анестезии (КСЭА) 150 человек в возрасте от 55 до 78 лет по поводу новообразований органов брюшной полости и малого таза. Больные соответствовали II-III степени риска по ASA.

КСЭА проводили на уровне L_1-L_4 с использованием техники «два в одном» при помощи спинально-эпидуральных наборов фирмы «SIMS PORTEX». Спинальной иглой типа «pencil-point» субарахноидально вводили $12,5 \pm 2,5$ мг 0,5% изобарического раствора бупивакаина, со скоростью введения анестетика субарахноидально (1 мл за 5 секунд) и направлением отверстия спинальной иглы – краниально. Затем выполнялась катетеризация эпидурального пространства (краниально на 4-5 см) с последующим введением 0,5% бупивакаина 75 ± 10 мг в сочетании с морфином 3-5 мг для обеспечения аналгезии верхнего этажа брюшной полости и нижнегрудных сегментов. Анестезия проводилась с сохранением