

результатов данного метода производится под контролем ультразвукового исследования. Оцениваются размеры конкрементов до и после контактной литотрипсии, состояние чашечно-лоханочной системы, локализация «стента».

В нашей клинике используется портативный контактный полостной литотриптер LMA Stone breaker™ - новое устройство более компактное и эргономичное по сравнению с другими полостными пневматическими литотриптерами, а также более мощное, с рабочим давлением 29 бар., это позволяет быстрее фрагментировать и удалить камень при чрезкожной нефролитотомии (ЧНСЛ), уретероскопическом размельчении камней (УРК) и пузырьной литотрипсии (ПЛ).

С помощью данного литотриптера можно выполнить дробление конкрементов любого состава [6]. Датчик литотриптера подводится непосредственно к камню. Во время каждой процедуры фиксировался размер камня, положение, количество импульсов, необходимое для размельчения камня, степень ретропульсии; отмечались любые признаки травмы эпителия мочевых путей.

В процессе выполнения литотрипсий нами выявлена значительная эффективность LMA Stone breaker™ при дроблении конкрементов мочеточника всех типов, размеров и локализаций. Особенно следует подчеркнуть следующие преимущества данного метода: возможность дробления камня на очень маленькие фрагменты, незначительное смещение объекта, отсутствие кровотечения, малая хирургическая травма. К недостаткам применения данного метода относится возможность повреждения здоровой ткани при контакте датчика со стенкой мочеточника. При проведении операции разработаны способы устранения этих технических недостатков.

Нами разработаны разнообразные приемы выполнения операций по удалению конкрементов. Все камни были удовлетворительно размельчены. Количество импульсов было значительно меньше, чем при использовании других пневматических устройств, также была меньше степень ретропульсии. Признаков травмы эпителия мочевых путей в конце процедуры не наблюдалось. В результате дробления образуются осколки малых размеров, спонтанно выходящие из мочеточника, и осколки относительно больших размеров, для удаления которых используются захваты или специальные приспособления типа «корзинка». Средняя продолжительность операции составила 25 минут. Конкременты были фрагментированы у всех пациентов. Интраоперационная элиминация всех фрагментов конкремента у 78,9 % пациентов. С целью профилактики послеоперационного острого пиелонефрита и полной элиминации фрагментов конкремента всем больным было выполнено дренирование почек катетером «стент», средний срок которого равнялся 10 дней. Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилась антибиотикотерапия и литокинетическая терапия.

Использование литотриптера LMA Stone breaker™ для дробления конкрементов мочеточника является эффективным, малотравматичным методом лечения, позволяющим значительно улучшить результаты лечения больных мочекаменной болезнью.

010. КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ АДЕНИЛОВОЙ ВЕТВИ ПУРИНОВОГО МЕТАБОЛИЗМА В ЛИЗАТАХ ЛИМФОЦИТОВ, ЭРИТРОЦИТОВ И ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Ушакова Ирина Сергеевна

Поликлиника №1 ФКУЗ «МСЧ МВД России по Волгоградской области»

Цель исследования. Повышение качества диагностики активности патологического процесса, выявление особенностей пуринового метаболизма в лимфоцитах, эритроцитах и плазме крови больных ревматоидным артритом (РА) и объективизации оценки эффективности лечения больных РА с использованием показателей активности аденозиндезаминазы (АДА), АМФ-дезаминазы (АМФДА) и адениндезаминазы (АД).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 77 больных РА. Средний возраст – 42 года, средняя продолжительность заболевания – 8–9 лет. Контрольную группу составили 33 практически здоровых людей, средний возраст – 36 лет.

Выделение лимфоцитов и эритроцитов из венозной крови проводилось по методу Вбуум (1980) с использованием лимфосепа. Лизаты клеток готовили путем замораживания - оттаивания и центрифугирования. В плазме крови, лизатах лимфоцитов и эритроцитов, здоровых и больных РА проводились исследования активности АДА, АД и АМФДА по оригинальным методикам. Помимо энзимных исследований у больных РА трижды: при поступлении, через 10-12 дней лечения и перед выпиской, в стадии начинающейся клинической ремиссии проводились общепринятые клинико-иммуно-биохимические исследования. Также у всех больных проводились рентгенологические исследования суставов, ЭКГ, УЗИ. Статистическая обработка результатов исследований проводилась на персональном компьютере с использованием пакета программ «STATISTICA 6.0».

Результаты и их обсуждение.

Существенных различий показателей активности АДА, АМФДА и АД у здоровых во всех трех биологических средах исследований в зависимости от пола и возраста не выявлено. У больных РА (всей группы) при поступлении, по сравнению со здоровыми, определялось в плазме снижение активности АД, в эритроцитах повышение активности АМФДА и АД в лимфоцитах снижение активности АДА, АД и повышение АМФДА. Через 10-12 дней лечения, по сравнению с исходным фоном, в эритроцитах снизилась активность АМФДА, в лимфоцитах повысилась ранее сниженная активность АДА и снизилась активность АМФДА. По окончании курса лечения, по сравнению с начальным этапом, в плазме снизилась активность АД, в эритроцитах снизилась активность АМФДА и АД, в лимфоцитах повысилась активность АДА, АД и снизилась активность АМФДА. Перед выпиской, учитывая среднестатистические величины активности всех энзимов в трех средах практически

нормализовалась. Проведенные исследования выявили определенную зависимость энзимных показателей от характера течения заболевания, клинико-анатомических форм и наличия или отсутствия РФ. В то же время в анализируемой группе были больные с различной активностью процесса, которая могла оказать существенное влияние на энзимную активность крови. В ходе исследования выяснилось что, для каждой степени активности ревматоидного процесса свойственен определенный энзимный профиль крови, на основании которого в комплексе с клиническими данными представляется возможность четко установить степень активности патологического процесса. Наиболее информативными в отражении минимальной активности ревматоидного процесса оказались показатели АДА в лизатах эритроцитов, активностью которой у всех больных превышала верхние границы референтных величин здоровых людей. Выявлена определенная закономерность: чем выше степень активности ревматоидного процесса, тем в плазме ниже активность АДА, АМФДА и выше АД, в эритроцитах ниже активность АДА, выше АД и АМФДА, в лимфоцитах ниже активность АДА, АД и выше АМФДА.

Определились существенные энзимные различия между клинико-анатомическими формами РА, вариантами течения, серопозитивной и серонегативной формами, ФК суставов и между некоторыми стадиями поражения суставов, что доказывает значимость влияния клинических особенностей заболевания на энзимный профиль крови и при одной и той же степени активности ревматоидного процесса. Достаточно четко прослеживалась и определенная закономерность: чем тяжелее клинические проявления заболевания (наличие висцеритов, БПТ, серопозитивность, высокие ФК и стадии поражения суставов), тем в плазме, эритроцитах и лимфоцитах ниже активность АДА, выше АМФДА, а активность АД выше в плазме и эритроцитах, но ниже в лимфоцитах.

Для того чтобы выяснить, что же в большей степени влияет на энзимные показатели: активность процесса или другие клинические особенности, нами были проведены сравнительные исследования энзимной активности крови при одном клиническом факторе, но разной активности процесса. Результаты исследования свидетельствовали, что как при системных поражениях, так и при суставной форме, БПТ и МПТ, стадиях поражения суставов, энзимные изменения были достоверно более выраженные у больных РА с более высокой активностью процесса.

То есть, несмотря на значительное влияние клинических особенностей заболевания на энзимный профиль крови, воздействие активности патологического процесса на энзимные показатели более выраженное, и наличие клинических особенностей не «маскирует» активность процесса и не дезориентирует врача в уточнении степени активности ревматоидного процесса.

Исходя из схемы метаболизма пуринов, учитывая низкую активность АДА, АД и повышение АМФДА в лимфоцитах, логично предположить наличие дефицита аденозина в лимфоцитах при РА. Низкие концентрации аденозина в лимфоцитах оказывают цитотоксическое действие на клетки, тормозя их созревание,

пролиферацию за счет блокирования Т-клеток в G-фазе, а В-лимфоцитов в S-фазе клеточного цикла, подавляя супрессорную функцию лимфоцитов. Подобный феномен и может являться одной из основных причин иммунных нарушений при РА и составить один из патогенетических механизмов РА. Исходя из этого, коррекция нарушений пуринового метаболизма может оказаться достаточно перспективным направлением в лечении больных РА.

Заключение. Исследования активности АДА, АМФДА и АД в лизатах лимфоцитов, эритроцитов и плазме крови больных РА в комплексе с клиническими данными способствуют выявлению и уточнению степени активности ревматоидного процесса, клинико-анатомической формы, характера течения, фазы клинической ремиссии, роли энзимов пуринового метаболизма в патогенезе ревматоидного артрита, назначению своевременной адекватной терапии и объективизации оценки ее эффективности.

011. АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ У БОЛЬНЫХ ПРИ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НА УРОВНЕ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ГОЛЕНИ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Федоров М.Е., Тамойкин А.В.

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Нижегородской области», г. Нижний Новгород, Россия.

Выбор метода анестезии при ампутации нижней конечности у больных с синдромом диабетической стопы является важным и ответственным решением. Общее обезболивание воздействуя на сердечно-сосудистую, дыхательную и нейроэндокринную систему организма, что приводит к изменениям гомеостаза, являясь самостоятельным компонентом операционного стресса. Показанием к эндотрахеальному наркозу являются длительные сложные реконструктивные операций. Но, во-первых, после эндотрахеального наркоза обязательно ведение послеоперационного периода в отделении реанимации и интенсивной терапии, а во-вторых, для хирургии гнойных заболеваний нижних конечностей не обязательны искусственная вентиляция легких и тотальная мышечная релаксация. Необходимым условием внутривенной анестезии является тщательный индивидуальный подбор доз препаратов с учетом мониторинга жизненно важных функций организма. Как правило, требуются меньшие дозы анестетиков, однако эпизоды гипотонии и апноэ, даже на фоне сниженных доз препаратов, встречаются чаще. Для спинномозговой и эпидуральной анестезии характерны критические сдвиги гемодинамики (гипотензия и брадикардия), потому что компенсаторные механизмы, направленные на поддержание адекватного сердечного выброса и артериального давления, запаздывают или не наступают из-за вегетативной нейропатии. Для данной категории больных оптимальным методом анестезии при ампутации нижней конечности на границе верхней трети голени является проводниковая анестезия (блокада седалищного и бедренного нервов).