

эрадикации. Количество сеансов склерозирования составило от 3 до 6.

Эрадикация варикозных вен пищевода достигнута в среднем через $(3,9 \pm 0,2)$ месяца после начала эндоскопического лечения у 92 больных: F0 — у 33 и F1 — у 59. У 16 пациентов в группе Child-Pugh B (7 человек) и Child-Pugh C (9 человек) с F3 возник рецидив и кровотечение.

Медикаментозная терапия заключалась в назначении соматостатина 100 мкг внутривенно болюсно, затем по 50 мкг/ч внутривенно в течение 48 ч. В дальнейшем переходили на подкожное введение 50–100 мкг каждые 8 ч. Продолжительность зависит от клинической ситуации в целом. Наряду с этим внутривенно вводили фамотидин по 20 мг 4 раза в сутки, от 2 до 10 дней с последующим переходом на прием внутрь в лечебной дозе.

Заключение. Полагаем, что эндоскопические методы облитерации варикозно расширенных вен пищевода, которые следует проводить сразу же после их выявления, создают предпосылки для длительной стойкой облитерации и одновременно являются профилактикой кровотечений.

100. Лечебная видеолaparоскопия при перфоративных пилородуоденальных язвах

Розанов В. Е., Кильдяшов А. В.,
Сторожилов В. А., Хайкин И. В.

Филиал № 4 3-й ЦВКГ им. А. А. Вишневого
МО РФ, Краснознаменск, КБ 123 ФМБА
России, Одинцово, Россия

Цель исследования: установить роль видеолaparоскопической техники в лечении перфоративных пилородуоденальных язв.

Материал и методы. Изучены 76 больных с перфоративными язвами и длительностью язвенного анамнеза $(5,8 \pm 1,1)$ года. По локализации выделяли перфорации пилорических и препилорических язв (тип III по Johnson), встретившиеся в 18 случаях, и язв двенадцатиперстной кишки, обнаруженные в 58 случаях. Всем больным было выполнено ушивание язв в сочетании с комбинированной ваготомией по T. Taylor с использованием видеолaparоскопической техники. Показаниями к данной операции явилось интраоперационное исследование кислотопродуцирующей функции желудка, выявившее непрерывное кислотообразование повышенной интенсивности при pH в теле $1,44 \pm 0,19$ и в антральном отделе $1,69 \pm 0,17$.

Результаты. Постваготомические моторно-эвакуаторные нарушения возникли в 15 случаях. По данным динамической радиоизотопной сцинтиграфии в 8 наблюдениях расстройства были легкими ($T_{1/2} < 90$ мин), в 4 — средней тяжести ($T_{1/2} > 90$ мин) и в 3 — тяжелыми ($T_{1/2} > 120$ мин). Лечение их осуществляли консервативными методами.

Заживление язв происходило в среднем через $(16,1 \pm 1,8)$ дня, что на 11,5 дня оказалось быстрее, чем при «традиционной» операции такого же характера ($p < 0,05$). Суммарные отдаленные результаты по критериям A. Visick, исследованные в сроки от 4 до 8 лет, составили: отличные — 67,1%, хорошие — 19,8%, удовлетворительные — 9,2%, неудовлетворительные — 3,9%.

Заключение. Полагаем, что полученные результаты в отношении частоты осложнений, редукции секреторной активности желудка, сроков заживления позволяют считать ушивание перфоративных язв в сочетании с операцией Тейлора с использованием видеолaparоскопической техники альтернативой «традиционным» операциям.

101. Механизмы развития травматического панкреонекроза

Розанов В. Е., Старожилов В. А., Хайкин И. В.
КБ 123 ФМБА России, Одинцово, филиал
№ 4 3-й ЦВКГ им. А. А. Вишневого МО РФ,
Краснознаменск, Россия

Цель исследования: установить роль апоптоза в механизмах развития травматического панкреонекроза.

Материал и методы. Изучены механизмы апоптоза полиморфноядерных лейкоцитов (ПЯЛ), взятых их ткани ПЖ во время операции по поводу ее травмы у 42 пострадавших. Процент ПЯЛ в состоянии апоптоза подсчитывали по программе STAT PASC. Fas-лиганд определяли с помощью антисывороток в реакции поверхностной иммунофлюоресценции. Использовали коммерческие наборы моноклональных антител к белкам p53, bcl-2, c-fos и c-myc. Морфологическую верификацию апоптозных клеток осуществляли как при светооптическом, так и ультраструктурном уровне.

Результаты. У пострадавших с панкреонекрозом выявлен апоптоз ПЯЛ, превышающий 15% (норма $(4,9 \pm 0,12)\%$), а также развивалась их функциональная недостаточность, связанная с угнетением их пролиферации. Особенно резкое снижение пролиферативного ответа клеток на стимуляцию митогеном — КоНА или анти-CD3-антителами наблюдали при инфицировании последнего ($r_{xy} = 0,71 \pm 0,02$; $p < 0,01$).

Также установлено, что повышение количества CD95+ клеток и уровня экспрессии на них Fas-рецептора, p53, c-fos и c-myc, являющихся «активаторами» апоптоза, на фоне снижения «блокаторов» апоптоза bcl-2 является реакцией, приводящей к гибели ПЯЛ ($r_{xy} = +0,78 \pm 0,01$; $p < 0,01$).

Подтверждением полученных данных стал корреляционный анализ, установивший высокую степень зависимости между долей ПЯЛ с морфологическими признаками апоптоза и уровнем экспрессии CD95+ (Fas, APO-1) ($r_{xy} = +0,81 \pm 0,02$; $p < 0,01$), c-fos и c-myc ($r_{xy} = +0,70 \pm 0,02$; $p < 0,05$), продукцией p53 ($r_{xy} = +0,69 \pm 0,01$; $p < 0,05$) и bcl-2 ($r_{xy} = +0,78 \pm 0,01$; $p < 0,01$).

Заключение. Полагаем, что усиление процесса апоптоза ПЯЛ, взятых из ПЖ, является прогностическим признаком развития панкреонекроза и его инфекционных осложнений.

102. Состояние билиарного тракта у пациентов с различными формами псориаза

Розумбаева Л. П., Козлова И. В., Бакулев А. Л.,
Быкова А. П.

Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского,
Россия