

гипопноэ, ESS. В анализируемой группе постоянную форму ФП имели 148 пациентов (80 мужчин, 68 женщин), пароксизмальную форму - 146 пациентов (78 мужчин, 68 женщин). Большинство пациентов страдали АГ с разной степенью компенсации (81%), клинические проявления ИБС имели 45,9% (у 27,2% - инфаркт миокарда в анамнезе, 11,3% - имели ишемические изменения ЭКГ при нагрузочном тесте, 7,4% - переносили кардиохирургическое вмешательство), ХСН II-III ф.кл.(NYHA) встречалась у 24,9% исследуемой группы. Патологию щитовидной железы (в состоянии эутиреоза) выявили у 28,6% пациентов с ФП (20,5% женщин и 8,1% мужчин), причем чаще в старших возрастных группах. Четкой связи между заболеваниями щитовидной железы и СОАС проследить не удалось. В группе пациентов с ФП нарушения дыхания во сне выявлены в 41,2% случаев, в контрольной группе - в 31,3%, при этом СОАС средней и тяжелой степени выявлены соответственно в 8,8% и в 6,5% случаев. При этом выявляется тенденция к большей распространенности СОАС в старших возрастных группах. Распространенность СОАС выше среди мужчин, у больных с избыточной массой тела (ИМТ>25). Выявлена более высокая частота встречаемости ФП у больных с АГ, СОАС и ожирением, при этом несколько чаще выявлялась пароксизмальная форма ФП (22,6% против 18,6% постоянной формы ФП). На частоту выявления СОАС у пациентов с ФП и АГ влияет длительность течения АГ, а также степень ее компенсации, в 88% случаев у пациентов с СОАС и ФП длительность гипертензии составляла более 10 лет. У больных ФП с нарушениями дыхания во сне чаще встречается ИБС, в том числе и потенциально фатальные ее проявления, такие как инфаркт миокарда. ХСН II-III ф.кл. (NYHA) и желудочковые нарушения ритма высоких градаций по Ryan имели сцепленность с СОАС только в возрастной группе старше 60 лет.

Выводы: Распространенность СОАС выше у больных ФП с АГ, избыточной массой тела и ХСН в старших возрастных группах. У больных ФП, АГ и ожирением наличие СОАС сопровождается более ранним возникновением ИБС, развитием нефатального инфаркта миокарда, и желудочковых нарушений ритма высоких градаций по Ryan. Таким образом, наличие СОАС у пациентов с ФП характеризуется худшим прогнозом в отношении сердечно-сосудистой смертности и требует ранней диагностики и тщательной коррекции.

*Гаджиев Н.Дж.*

#### **ВЛИЯНИЕ ОЗОНИРОВАННОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РАСТВОРА НА МИКРОБНУЮ ФЛОРУ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПЕРИТОНИТАХ**

*Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку, Азербайджан,  
novruz.gadjiyev@rambler.ru*

Несмотря на современные достижения хирургии, смертность при распространенных перитонитах (РП) остается высокой до 35-40% и не имеет тенден-

ции к снижению. Одним из ведущих ролей среди множества токсических продуктов при РП принадлежит микробным токсинам. Контаминация брюшной полости приводит к образованию в ней большого количества токсических веществ, которые всасываются в лимфу и кровь, усугубляют тканевую гипоксию.

В последние годы в комплексном лечении РП большое предпочтение отдаётся медицинскому озону.

Целью данного исследования явилось изучение антибактериального действия озонированного физиологического раствора (ОФР) при санациях брюшной полости. Нами проведено исследование у 103 больных оперированных в экстренном порядке по поводу РП. Больные были разделены на 2 группы: первую группу (сравнения) составили 60 больных, санация брюшной полости проводилась фурацилином, в послеоперационном периоде получали стандартное традиционное лечение, в том числе перитонеальный диализ с выше указанным антисептиком. А 43 больным основной группы санацию брюшной полости во время операции осуществляли ОФР с концентрацией озона 4-5 мг/л., с дальнейшим диализом в послеоперационном периоде. Также больным второй группы в послеоперационном периоде наряду с традиционным лечением, проводилась системная внутривенная озонотерапия с ОФР в течении 5-7 дней в зависимости от тяжести состояния больного.

Бактериологическое исследование перитонеального экссудата показало, что преобладают анаэробные микроорганизмы. Анализ исследования выявил, что при первичном заборе перитонеального экссудата обсеменность равна  $10^{6-8}$  м.т./мл. Для оценки эффективности местной санации брюшной полости было проведено динамическое исследование диализата (табл.).

Таблица

Динамика загрязнения микробами перитонеального экссудата и диализата

Сроки исследования	Группы	
	I	II
Во время операции	$10^6 - 10^8$	$10^6 - 10^8$
1-й день п/о	$10^5 - 10^7$	$10^4 - 10^5$
2-й день п/о	$10^5 - 10^6$	$10^2 - 10^3$
3-й день п/о	$10^4 - 10^6$	$10^1 - 10^2$
4-й день п/о	$10^3 - 10^4$	0
5-й день п/о	$10^1 - 10^2$	0

Как видно из таблицы, у больных первой группы, которым для санации брюшной полости использовали фурациллин, микробная контаминация на пятые сутки была  $10^1 - 10^2$  м.т./мл, а у больных второй группы уже с 3-4 суток микробная контаминация отсутствует.

Использование ОФР для перитонеального лаважа позволило не только резко ускорить темп санации брюшной полости, но и во многом определяло успех лечения синдрома эндогенной интоксикации и способствовало уменьшению

гнойных осложнений в послеоперационном периоде. Детоксирующий эффект ОФР при РП проявило себя в тенденции к снижению содержания метаболитов ПОЛ и других токсических продуктов в крови, уменьшению уровня среднемолекулярных пептидов, индекса эндогенной интоксикации, повышением содержания общего белка, альбумина, каталазы и других биохимических показателей.

Таким образом, применение местной и системной озонотерапии в комплексном лечении распространенного перитонита является эффективным методом и открывает новые возможности перед клиницистами.

*Гаджиев Дж.Н., Тагиев Э.Г., Гаджиев Н.Дж*

### **МЕСТНЫЕ И СИСТЕМНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА**

*Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку, Азербайджан,  
novruz.gadjiyev@rambler.ru*

Неуклонный рост числа больных с механической желтухой (МЖ) неопухолевого генеза и высокая летальность (10-45%) обуславливает данную проблему одной из нерешенных в абдоминальной хирургии. Летальность при данной патологии в старшей возрастной группе достигает до 70%. Среди причин послеоперационной смертности особое место занимает прогрессирующая печеночная недостаточность, что в основном связана со структурно-функциональной дезорганизацией клеточных и субклеточных мембран гепатоцитов.

В этом процессе ведущую роль играет перекисное окисление липидов (ПОЛ), в результате которого резко меняется клеточный метаболизм. С этой точки зрения представляется важным сравнительное изучение содержания продуктов липопероксидации в крови, ткани и желчи при МЖ.

Цель данного исследования – сравнительное определение содержания продуктов ПОЛ в тканях печени (ТП), желчи и эритроцитах крови при МЖ доброкачественного генеза.

Для выяснения данной цели было обследовано 36 больных с МЖ в возрасте от 20 до 78 лет. У всех больных были определены концентрация малонового диальдегида (МДА), активность каталазы (КАТ) и среднемолекулярные пептиды (СМП) в крови, ТП и желчи. Биопсию печени производили во время операции путем иссечения участка ткани массой 1,5-2 г по её краю в V-м сегменте с последующим ушиванием дефекта. В качестве контроля показатели ПОЛ-АОЗ (антиоксидантной защиты) крови изучены у 12 практически здоровых лиц.

Наши исследования показали, что содержание метаболитов ПОЛ в эритроцитах крови повышаются, а показатели АОЗ снижаются. В результате интенсификации процессов липопероксидации в ТП накапливается токсичный метаболит МДА, со снижением активности КАТ. Более высокое содержание данного