

Выявленное в ходе исследований повышенное содержание МДА с максимальным значением на высоте острого процесса и с постепенным снижением параллельно положительной динамике, свидетельствуют о возможной активации процесса ПОЛ.

У больных бактериальной ангиной во всех периодах заболевания имел место рост показателей НСТ-теста нейтрофильных лейкоцитов (табл.1). Снижение уровня НСТ-теста в периоде угасания клинических симптомов т.е. при улучшении состояния больных, статистически достоверно. В периоде ранней реконвалесценции показатели НСТ-теста остаются повышенными по сравнению с уровнем НСТ-теста здоровых, что говорит о неполном завершении патологического процесса. У больных с катаральной ангиной и при легком течении в период ранней реконвалесценции происходит нормализация показателей НСТ-теста.

Свободно-радикальные процессы протекали бы бесконтрольно, если бы в организме не было бы антиоксидантов. Динамическое исследование уровня ЦП при заболевании бактериальной ангиной выявило угнетение этого плазменного антиоксиданта с максимальным подавлением на высоте клинических проявлений ангины (табл.1). При терапии параллельно положительной динамике заболевания шло возрастание содержания ЦП с приближением к уровню нормы, а при легком течении – с возвращением в пределы нормы. Закономерные сдвиги содержания ЦП у больных ангиной зависели от периода, стадии заболевания, степени тяжести болезни. Более выраженное угнетение уровня ЦП отмечено при тяжелом проявлении болезни (табл.2)

Одним из ферментов, защищающих клетки от воздействия активных форм кислорода, является каталаза. Она широко распространена в организме человека и животных, причем наибольшие количества фермента обнаружены в эритроцитах, печени и почках. Функцией этого фермента является предотвращение накопления перекиси водорода, образующейся при дисмутации супероксидного аниона и при аэробном окислении восстановленных флавопротеидов. Определение активности каталазы основано на определении скорости утилизации перекиси водорода в реакционной смеси, в которую вносят биологический материал, содержащий фермент. Об интенсивности утилизации перекиси водорода судят по скорости снижения экстинкции при длине волны, на которую перекись водорода имеет максимум светопоглощения [4–6].

Изучение активности каталазы эритроцитов выявило, что на высоте острого процесса, т.е. в периоде разгара заболевания, имеет место значительное повышение активности каталазы эритроцитов. В периоде угасания клинических симптомов, параллельно с улучшением общего состояния и клинико-лабораторных показателей, прослеживалось постепенное снижение активности каталазы с возвращением к норме в периоде ранней реконвалесценции (табл.1,2). При этом активность каталазы зависела от степени тяжести и наличия сопутствующих заболеваний. Достоверно более высокие значения активности каталазы наблюдались у больных с тяжелыми формами заболевания, а также при наличии сопутствующих заболеваний.

Полученные данные у больных бактериальной ангиной выявили выраженные сдвиги в свободно-радикальном статусе организма, носящие односторонний характер. Показано возрастание про- и угнетение антиоксидантных компонентов, степень которых зависела от клинической формы, стадии болезни, тяжести и характера течения, наличия сопутствующих заболеваний, а также характера лечения.

Выводы. У больных ангиной выявлено повышение уровня прооксидантных компонентов СРО: МДА в плазме крови и спонтанного НСТ-теста лейкоцитов с максимальным значением в периоде разгара болезни и с их спадом в сторону нормализации при реконвалесценции. Изучение антиоксидантных компонентов обнаружило дисбаланс в изменении этих показателей, т.е. угнетение содержания ЦП плазмы крови на повышение активности каталазы эритроцитов. Степень и длительность изменений показателей про- и антиоксидантной систем при бактериальной ангине зависели от стадии и степени тяжести патологического процесса, клинических форм заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, а также полноты выздоровления.

Литература

1. Антонова Т.В. и др. // Клини. лабор. Диагностика. – 1999. – №7 – С.23–24.

2. Владимиров Ю.А. // Вестник РАМН, 1998. – №7. – С.43–57.
3. Волчегорский И. и др. // Клини. лабор. диагн. – 2002. – №1. – С.45.
4. Данилюк И.Г. и др. Свободно-радикальные процессы и перекисное окисление липидов. Сб. науч. тр. – М., 1993. – С.56–61.
5. Добротина И.Ф. и др. // Иммунол. – 1998. – №5. – С.49–50.
6. Дубинская Е.Е. // Биохимия. – 1993. – Т.58, №2. – С. 218–273.
7. Камышников В.С. Спр-к по клинике и биохим. лабор. диагностике. – В 2-х тт. – Минск: Беларусь, 2000.
8. Крайнева Т.А. и др. Вестник службы крови России. – 2002. – №1. – С.27–30.
9. Медицинские лабораторные технологии (в 2-х тт.) / Под ред. А.И. Карпищенко. – СПб: Интермедика, 1999. – Т.2. – С.27.
10. Назоев Б.С. // Лаб. дело. – 1983. – №8. – С.7–11.
11. Stuart I. et al. // Histochem. – 1975. – Vol.7, № 5. – P.471–487.
12. Ushima M., Michara M. // Analut Biochem. – 1978. – Vol.86, № 1. – P.271–278.

616.1/9: 616-057

ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У РАБОТНИЦ ПОДВИЖНОГО СОСТАВА.

А.Н.КОМАРОВА*

Цель работы – оценка заболеваемости различной соматической патологией у работниц подвижного состава в результате действия неблагоприятных факторов производственной среды.

Материалы и методы. На базе Отделенческой клинической больницы ст. Барнаул в период 2004–2007 гг. исследовали состояние соматического здоровья у работниц подвижного состава, подвергающихся воздействию таких неблагоприятных факторов рабочего процесса, как шум, вибрация, нестабильный микроклимат, нарушение режима сна и бодрствования.

Основную группу составила 501 проводница пассажирских вагонов дальнего следования. Ср возраст составил 36,06±9,2. Стаж работы во вредных условиях труда 12,06±6,9. Группой контроля являлось 136 работниц обслуживающей сферы, не имеющих контакта с вредными факторами в возрасте 34,1±9,4, при стаже работы 9,5±6,3. Отбор проводился при обращении профилактических осмотрах с использованием анкетирования. Применялись дополнительные методы исследования.

Результаты. В системе железнодорожного транспорта имеются профессиональные вредности, главными из которых являются шум, вибрация, нестабильный микроклимат. При этом ни сами факторы, ни заболевания не являются чем-то специфичным для этой категории работающих. Ряд ученых [5–7] указывают на неудовлетворительные в гигиеническом отношении условия для работы проводников пассажирских вагонов дальнего следования. Стаж работы, связанный с действием шумовибрационного фактора, необходимый для развития болезни, исчисляется годами и связан с количественным уровнем вредных факторов, их характеристикой, длительностью контакта во время рабочей смены, указанными дополнительными воздействиями в виде неблагоприятного микроклимата, нарушения режима труда и отдыха и индивидуальными особенностями организма [3,4].

Неблагоприятные факторы подвижного состава воздействуют на центральную и периферическую нервную систему, дыхательные пути, сердечно-сосудистую и кроветворную систему, эндокринные органы. При углубленном медицинском обследовании работниц подвижного состава различная экстрагенитальная патология выявлена у 1665 женщин основной группы. Уровень заболеваемости на 1000 у проводниц составил 3323,4, в контрольной группе 2176,4 (p<0,001). Такой высокий уровень патологии связан с наличием у женщин нескольких заболеваний. На первом месте среди экстрагенитальной патологии у проводниц пассажирских вагонов находится остеохондроз, который наблюдается в 67,1%, что в 2,7 раза выше, чем в группе сравнения (p<0,001). Такая высокая частота патологии вызвана, по-видимому, тяжелыми условиями труда (воздействие вибрационного фактора, длительное пребывание на ногах в двигающемся составе, перемещением тяжелых предметов) В [1, 2] приводят различные цифры частоты остеохондроза. В среднем заболеваемость в популяции составляет 46,8–51,4%, что достоверно ниже, чем полученные нами данные в основной группе. Признавая факт

* Отделенческая КБ на ст. Барнаул, 656015, г. Барнаул, пр. Строителей, 14

влияния комбинации неблагоприятных факторов, следует отметить специфичность их воздействия на костную систему, так как варикозное расширение вен нижних конечностей встречается одинаково часто в обеих группах.

Вегетососудистая дистония имеет центральное происхождение [1, 2]. У обследованных нами женщин она выявлена в основной группе – у 39,5% женщин, в контрольной – у 20,6% ($p < 0,01$). Полученные данные подтверждают, что одной из главных точек приложения неблагоприятных факторов труда является центральная нервная система, в частности гипоталамус.

Заболеемость диффузно-узловым зобом (ДУЗ), у проводниц пассажирских вагонов достоверно выше, чем в группе контроля и составляет 43,7%, против 27,2% ($p < 0,001$). Важно отметить, что среди заболевания щитовидной железы встречались не только чаще, но и имели более тяжелое течение. Отмечен рост патологии щитовидной железы с увеличением стажа. В первые 5 лет работы на подвижном составе наблюдается явный рост патологии щитовидной железы. При стаже 1-5 лет ДУЗ был выявлен у 28,9% женщин, что в 4,3 раза выше, чем в группе сравнения.

В первые годы работы в виброопасной профессии наблюдается развитие патологических процессов в щитовидной железе [3]. При стаже 6-10 лет патология щитовидной железы встречается в 30,6% против 15,4 группы сравнения ($p < 0,05$). В последующие годы идет уравнивание заболеемости ДУЗ в основной и контрольной группах. При стаже свыше 15 лет наблюдается адаптация организма к неблагоприятным факторам трудового процесса и стабилизация заболеемости.

Среди другой экстрагенитальной патологии у работниц основной группы обнаружена достоверно более высокая заболеемость хроническими холециститами и панкреатитами, что, видимо, можно объяснить нарушениями питания связанными со спецификой работы: несвоевременный прием пищи, стрессовые ситуации, необходимость работы в ночное время. Общая заболеемость патологией органов пищеварения на 1000 работающих составила 1165,7 у работниц подвижного состава, против 845,6 группы сравнения ($p < 0,05$). У работниц подвижного состава, имеющих патологию пищеварительной системы, выявлены более высокие показатели билирубина $16,5 \pm 2,52$, против $13,6 \pm 2,94$ группы сравнения ($p < 0,001$), диастазы $25,0 \pm 4,60$ против $19,8 \pm 5,93$ ($p < 0,001$), АЛат– $0,50 \pm 0,13$ против $0,24 \pm 0,16$ ($p < 0,001$), АСаТ– $0,35 \pm 0,12$ против $0,24 \pm 0,11$ ($p < 0,001$). Данные изменения в показателях свидетельствуют о действии неблагоприятных производственных факторов пищеварительную систему.

Указывается на возможность развития таких заболеваний, как хронический панкреатит и холецистит при действии неблагоприятных факторов труда [4], приводятся данные о высокой заболеемости сердечно-сосудистой системы у работниц подвижного состава, но в нашем исследовании выявлено не было [4–7].

Выводы. У работниц подвижного состава отмечается достоверно чаще, чем в контрольной группе отмечается патология щитовидной железы, составляющая 43,7%, при частоте в группе сравнения 27,2%. Отмечается достоверная значимость в зависимости от стажа работы. У проводниц пассажирских вагонов достоверно чаще, чем в контроле отмечается остеохондроз, составивший 67,1%, при частоте его в контроле 25,0%. Отмечается зависимость остеохондроза от стажа работы проводником. Выявлена достоверно более высокая у проводников железнодорожного транспорта по сравнению с контрольной группой частота заболеваний желудочно-кишечного тракта (1165,7 на 1000 работающих против 845,6). Достоверно чаще у работниц подвижного состава встречается вегетососудистая дистония, свидетельствующая о нарушениях в гипоталамо-гипофизарной системе.

Литература

1. Баянова Л.Р. // Вертеброневрология. – 2002. – №3. – С. 87.
2. Вербовой А.Ф. // Гигиена труда. – 2004. – №3. – С. 39–40.
3. Вильк М.Ф. // Гигиена и санитария. – 2001. – №6. – С. 37.
4. Копцов В.А. и др. // Гигиена и санитария. – 2001. – №1. – С. 38–42.
5. Копировский К. М., Делекторский Н. В. // Гигиена и санитария. – 2001. – №5. – С. 25–27.
6. Кривуля С. и др. // Гигиена и санитария. – 2001. – №4. – С. 34–36.
7. Любченко П. Н., Янышина Е. Н. // Медицина труда и пром. экология. – 2001. – № 6. – С. 15–19

УДК: 616.34-007-43-089.844-006

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОЙ И КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Ю.И. ЗИМИН*

Пластика вентральных грыж является одной из наиболее распространенных операций в абдоминальной хирургии, составляя 10-21% [1] от общего числа операций. Это связано не только с количественным ростом общего числа лапаротомий, но и с увеличением оперативных вмешательств у больных пожилого и старческого возраста. Примерно у 2–15% больных после лапаротомий возникают вентральные грыжи [2], и в связи с возрастающим числом хирургических вмешательств на органах брюшной полости частота послеоперационных вентральных грыж возросла за последнее десятилетие в 9 и более раз [38]. Учитывая распространение данной нозологической формы, проблема хирургической реабилитации является и медицинской, и социально-экономической. Пока нет единой концепции возникновения вентральных послеоперационных грыж и единого мнения по ряду вопросов тактики и техники операции. Вопрос, чему же отдать предпочтение – собственным тканям или инородному материалу.

Специальные исследования, посвященные лечению послеоперационных вентральных грыж у больных со злокачественными новообразованиями с комплексной и комбинированной терапией, немногочисленны. В ряде случаев это связано с тем, что данная проблема «растворяется» в общехирургических стационарах, в ряде случаев видится многими хирургами у данной категории больных неактуальной, в силу неясности прогноза и оперативные вмешательства проводятся только по жизненным показаниям. Но, учитывая улучшающиеся результаты лечения онкобольных в последнее время, вопросы хирургической реабилитации онкобольных с послеоперационными вентральными грыжами с целью улучшения качества жизни имеют немаловажное значение. У больных, которым проводится первичное оперативное вмешательство, имеются такие патологические показатели, как потеря веса, анемия, дистрофические процессы мышечно-апоневротических слоев передней брюшной стенки, что ведет к неполноценности раневого процесса. Наряду с масштабным характером оперативных вмешательств, продолжение лечения специальными методами (лучевая терапия, химиотерапия) позволяет говорить о специфике вентральных грыж у онкобольных.

Несмотря на значительное количество предложенных пластических методов грыжесечений, данная проблема далека от разрешения, что свидетельствует о неудовлетворительных результатах лечения. Для закрытия мышечно-апоневротического дефекта передней брюшной стенки используют синтетические материалы, металлические сетки, алло- и ксенотрансплантаты. Однако использование чужеродного материала нередко является причиной развития инфильтратов, нагноения, свищей, что является предпосылкой возникновения рецидивной грыжи. В последнее время возрастает число работ, посвященных использованию собственной кожи как пластического материала. Данный материал доступен, взятие его с зоны операционной раны проводится без нанесения дополнительной травмы. Достаточная механическая прочность во всех направлениях [4], а содержание комплекса биоактивных веществ способствует улучшению местного гемостаза и стимуляции процессов регенерации [5]. В.Н. Янов [6] называет аутодермальный лоскут «превосходным материалом», преимущества которого перед другими несомненны.

Цель – улучшение результатов лечения онкобольных с послеоперационными вентральными грыжами, имеющих в анамнезе лучевую и химиотерапию, путем хирургической тактики и техники оперативных вмешательств с применением аутодермы.

Материал и методы. Обследовано 37 больных, которым выполнено пластическое пособие с использованием аутодермы. Работа выполнена на базе отделения абдоминальной хирургии Пензенского Облонкодиспансера. Оперированные были женщинами. По возрасту: от 31 года до 40 лет – 1; от 41 года до 50 лет – 2; от 51 года до 60 лет – 16; от 61 года до 70 лет – 15; от 71 года до 80 лет – 3. 23 больным со злокачественными новообразованиями матки (С54) выполнена радикальная пангистерэктомия с последующей лучевой терапией (у 6 – сочетанная лучевая тера-

* Пензенский областной онкологический диспансер