

признаков воспалительного процесса, сопровождающиеся подъемом РО >106 единиц, целесообразно оперативное вмешательство. В случае подъема значений РО >110 единиц при соответствующей клинико-лабораторной картине либо при сомнительных признаках острого воспалительного процесса весьма вероятно развитие воспалительных изменений.

Значения РО <90 единиц свидетельствуют о деструктивном характере протекающих процессов (гангрена, абсцесс) и требуют соответствующей коррекции лечебной программы и тактики ведения пациента с подозрением на ОА. Разработанный критерий может служить дополнительным источником информации о наличии и активности воспалительного процесса, его специфичность составляет >90% (при установленной точке разделения), а общая информативность заключения о наличии либо отсутствии воспалительного процесса близка к 90%.

Выводы. Разработана неинвазивная, доступная, безопасная и высокоинформативная методика резонансно-радиоволнового обследования пациентов на предмет выявления и мониторинга воспалительных изменений в брюшной полости.

Определены резонансно-радиоволновые показатели у здоровых лиц, и пациентов с воспалительной патологией органов брюшной полости, установлены точка разделения критерия идентификации воспалительного процесса равная 106 усл. ед. Предложено использовать разработанный резонансно-волновой критерий в дифференциально-диагностических целях, при сомнении в диагнозе ОА и для мониторинга динамики выявленных патологических изменений, проводя мониторинг значений РО.

Литература

1. Седов В.М. Аппендицит.— СПб.: ООО «Санкт-Петербургское медицинское издательство».— 2002.— 232 с.
2. Калитеевский П.Ф. Болезни червеобразного отростка.— М., Медицина.—1970.— 198 с.
3. Петросян В.И. и др. // Мм-волны в биологии и медицине.— 2003.— №1.— С. 23–26.
4. Громов М.С. и др. // Невский радиологический форум «Новые горизонты» 7-10 апреля 2007.— СПб.— С.736–738.
5. Петросян В.И. и др. // Биомед. технол. и радиоэлектроника.— 2002.— №1.— С. 28–38.
6. Петросян, В.И. и др. // Биомед. радиоэлектроника.— 2000.— №1.— С.1–3.

УДК 616.366-002

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПОРΟΣКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

М.А.СЕРДЮКОВ*

Ежегодно в мире выполняется около 2,5 млн. операций на желчных путях. В подавляющем своем большинстве это холецистэктомия. В России по поводу желчно-каменной болезни (ЖКБ) производится до 100 000 операций в год, а в США >500 000.

Для большинства пациентов с ЖКБ в настоящее время золотым стандартом является *эндовидеохирургическая холецистэктомия* (ЭВХХ), которая имеет важные преимущества перед традиционными вмешательствами. Появление метода *лапароскопической холецистэктомии* (ЛХЭ) явилось новой вехой в развитии хирургии ЖКБ. За чуть более чем 10-летний период существования она завоевала широкое признание и получила дальнейшее совершенствование. Эндоскопическим методом стали производить до 70-80% холецистэктомий. В нашей клинике на базе НУЗ отделенческой больницы на станции Астрахань – 1 ОАО «РЖД» произведено 380 ЛХЭ и 160 холецистэктомий традиционным способом за 6 летний период.

Анализ результатов, открытой и ЛХЭ показал, что операции по поводу хронического холецистита при открытой методике больной проводит в стационаре в среднем около 12 дней, при лапароскопических операциях ~4,6 дня. При традиционной холецистэктомии больной проводит около 3 суток в условиях реанимационного отделения, а при ЛХЭ ~1 сутки. Расширение режима больного при традиционной ХЭ наступает на 3-4 сутки, и то при

использовании укрепляющего бандажа, а при ЛХЭ больным разрешают вставать и ходить уже на 2 сутки. При традиционной ХЭ больные нуждаются в дополнительных затрат на лечение, таких как оснащение перевязочной, в/в ведение инфузионных растворов. Нами при ЛХЭ на операционные проколы накладывались внутрикожные швы, которые не нуждались в дополнительном использовании перевязочного материала и снятии швов.

Небольшая травматичность при операции ЛХЭ, щадящая инструментальная техника обеспечивают легкое течение послеоперационного периода, кратковременное нахождение больного в стационаре (3-5 дней) и сокращение сроков восстановления трудоспособности (2,5-3 нед). Этими факторами определяется низкий процент послеоперационных осложнений со стороны операционной раны, брюшной полости и сердечно-легочной системы. Достоинства ЛХЭ делают ее социально значимой и перспективной в лечении ЖКБ.

Качество жизни (КЖ) – один из новых критериев эффективности лечения различных заболеваний, представляет собой интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанную на его субъективном восприятии. Для оценки КЖ использовался метод SF-36 (Short-Form Health Survey), было опрошено 58 пациентов в возрасте от 21 года до 79 лет (в среднем 55,79 ± 1,78 лет). Срок после операции на момент опроса составил от 1 года до 5 лет (в среднем (3,59 ± 0,16 лет). По большинству шкал опросника были получены сравнительно высокие результаты (в пределах 82–93 баллов), при этом значительное число больных отмечало улучшение состояния после операции (средняя оценка по шкале NT составила 1,98). Снижение показателей наблюдалось по шкалам общего здоровья (49 баллов) и жизнеспособности (62 балла), что связано с преобладанием среди пациентов старших возрастных групп, имеющих ряд хронических соматических заболеваний. Была обнаружена зависимость показателей КЖ от пола, возраста, количества сопутствующих заболеваний, состояния сердечно-сосудистой системы, наличия или отсутствия др. заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны, особенностей операции и послеоперационного периода, выраженности симптомов до- и после хирургического вмешательства.

Итоги исследования позволили сделать вывод о том, что КЖ пациентов после выполнения ЛХЭ остается достаточно высоким и определяется не только успешностью выполнения операции, но и общесоматическим статусом больных, что подтверждает необходимость комплексного подхода в их лечении.

УДК 616-001; 615/33

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Р.Р. АЛМАКАЕВ, А.П. ВЛАСОВ, И.С. ГЕРАСЬКИН, В.И. ЧУБАРОВ*

Начало XXI характеризуется резким повышением случаев травматизма, связанного с ростом потока транспортных средств, локальными военными конфликтами и др. факторами. Для механической травмы типичны тяжесть и множественность поражений всех областей тела, в том числе и таза [2, 5]. Общим проявлением травматической болезни у больных с переломами костей таза является травматический (посттравматический) токсикоз (эндотоксикоз) [3], который представляет собой сложный многоэтапный прогрессирующий патологический процесс, протекающий стадийно от начальной токсемии до эндотоксикоза различной степени выраженности, обусловленного тяжестью повреждения биологических мембран [6, 7]. Хотя пусковые моменты возникновения эндотоксикоза различны, но патогенетические звенья его носят универсальный характер и включают в себя мембранодеструктивные процессы, рецепторные нарушения, изменения внутриклеточной деятельности и даже генома [1, 4].

Цель работы – оценка выраженности расстройств гомеостаза, в т.ч. липидного обмена при *травматической болезни* (ТБ).

Материалы и методы исследования. В эксперименте на модели повреждения костей таза, а также в клинике при их переломе в динамике изучен ряд показателей гомеостаза, в т.ч. ли-

* Астраханская ГМА, каф. хирург. болезней педиатрического факультета

* Мордовский университет им. Н.П. Огарева, каф. факультетской хирургии, 430000 г. Саранск, ул. Большевикская, 68

пидного обмена, что позволило оценить функциональное состояние печени и тяжесть ТБ в целом. Для изучения показателей эндотоксикоза определяли эффективную и общую концентрацию альбумина, содержание молекул средней массы. Липиды фракционировали методом тонкослойной хроматографии. Количественное определение липидов вели денситометрическим методом (денситометр Model GS-670) с программным обеспечением Phosphor Analyst/PS Software. Оценивали интенсивность процессов ПОЛ и фосфолипидная активность. Данные обрабатывали методом вариационной статистики по критерию Стьюдента. Вычисления производили по программе Microsoft Excel XP.

Результаты. Оценка экспериментального биопсийного материала показала, что в тканях печени при переломе костей таза происходят существенные модификации липидного обмена. Максимальное снижение количества суммарных фосфолипидов наблюдалось через 5 суток после моделирования, число которых было ниже первоначальных данных на 19,2% ($p < 0,05$). На 7-е сутки наметилась тенденция к повышению содержания суммарных фосфолипидов, хотя полученные значения оставались достоверно ниже исходного уровня на 15,8%. Только на 15-е сутки концентрация суммарных фосфолипидов приближалась к первоначальным цифрам. Количество неэстерифицированного холестерина в первые пять суток наблюдения снижалось от 11,3% ($p < 0,05$). На 10-е сутки концентрация холестерина возросла к нормальным значениям. На 1-м этапе наблюдения (3 сут.) содержание эфиров холестерина было ниже нормы на 15,1%, на 5-е сутки лечения возрастало на 19,7% ($p < 0,05$), а на 10-е их количество снижалось, но оставалось выше исходных данных на 8,3% ($p < 0,05$). Наиболее высокое содержание свободных жирных кислот в тканях печени было отмечено через 5 суток после перелома костей таза (выше исходных данных на 83,1% ($p < 0,05$)). В последующие сроки наблюдения количество свободных жирных кислот снижалось так, что через 10 суток их доля была повышена на 41,7% ($p < 0,05$), а через 15 – результаты были сопоставимы с исходными данными. Количество моно-, ди- и триацилглицеролов изменялось неравнозначно. Через 3 суток после моделирования уровень моноацилглицеролов был повышен на 14,8% ($p < 0,05$). На 5-е сутки концентрация моноацилглицеролов резко снижалась ниже нормы на 12,3% ($p < 0,05$), а на 10-е сутки их значения приближались к первоначальным данным. Уровень диацилглицеролов во всех этапах наблюдения прогрессивно снижался и был достоверно ниже исходных значений. На 1-м этапе их количество было ниже на 16,1%, на 3 сут. – на 19,8%, на 15-е сутки – ниже нормы на 10,1%. Максимальное накопление триацилглицеролов в тканях печени отмечено на 3 сутки, когда их содержание было выше исходных значений на 13,3% ($p < 0,05$). На 10-е сутки шло некоторое снижение концентрации триацилглицеролов (выше нормы на 8,2%).

На фоне ярких расстройств липидного обмена у животных регистрировался синдром эндогенной интоксикации. Нами обнаружено, что общая концентрация альбумина (ОКА) через трое суток после моделирования травмы была снижена на 8,8% ($p < 0,05$). На 5 сут. уровень ОКА продолжал снижаться и был ниже исходных данных на 15,2% ($p < 0,05$). К 10-м суткам наметилась тенденция к росту общей концентрации альбумина, однако она оставалась достоверно ниже нормы на 7,9% ($p < 0,05$). Снижение ОКА сопровождалось уменьшением эффективной концентрации альбумина (ЭКА), которая в течение первых 3-х суток снижалась до 19,1 и 26,1% ($p < 0,05$) от нормы. На 10-е сутки ЭКА возросла, оставаясь ниже исходных показателей на 19,4% ($p < 0,05$). Уменьшение ЭКА повлекло за собой спад резерва связывающей способности альбумина на всех этапах наблюдения. Эта динамика изменений эффективной концентрации и связывающей способности альбумина способствовала накоплению в плазме крови токсических веществ, о чем говорил рост индекса токсичности плазмы на 3 сут. на 59,2% ($p < 0,05$), затем – на 49,4–71,1% ($p < 0,05$) выше исходных данных.

Изучение выраженности интоксикационного синдрома и расстройств липидного обмена у больных с переломами костей таза показало, что динамика изменений гомеостатических показателей во многом соответствовала таковой в эксперименте. У больных регистрировались явные количественные и качественные изменения состава липидов плазмы крови (рис. 1), повышение уровня гидрофильных и гидрофобных токсических продуктов (рис. 2). Указанные отклонения гомеостатических констант

коррелировали с течением патологического процесса, характером репаративной регенерации.

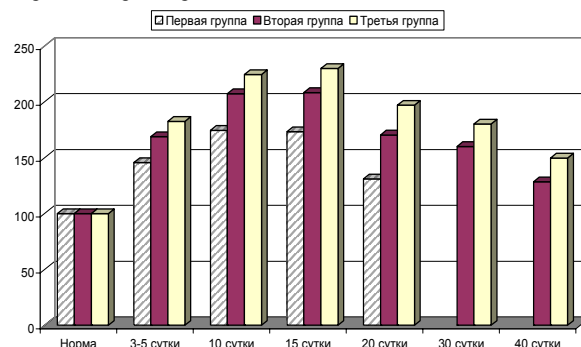


Рис. 1. Уровень свободных жирных кислот в плазме крови у больных переломами костей таза. Здесь и далее: нормальный уровень показателей принят за 100%; данные, изменение которых достоверно по отношению к норме, при $p < 0,05$

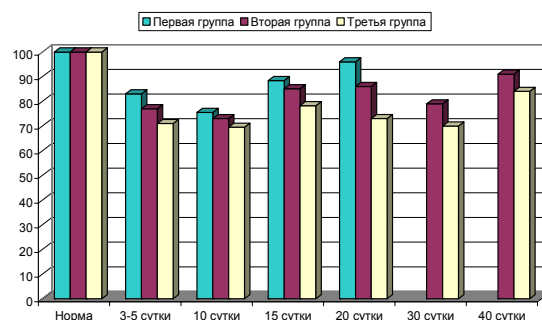


Рис. 2. Резерв связывания альбумина у больных с переломами костей таза

Клинические и экспериментальные исследования показали, что при травматическом повреждении (на примере сочетанного перелома костей таза) развивается синдром эндогенной интоксикации, который сопровождается выраженными мембранодеструктивными явлениями со стороны клеточных структур печени, нарушениями липидного состава плазмы крови. Отклонения гомеостатических показателей коррелируют с тяжестью патологии, что может быть принято в оценке тяжести ТБ.

Литература

1. Власов А.П. и др. // Мат-лы 6-го Всерос. съезда анестезиол. и реаниматол. – М. – 1998. – С. 152–152.
2. Десятое А.В. // Вестн. хир. – 1990. – № 2. – С. 64–68.
3. Гуревич К.Я. и др. // Вестн. хир. – 1988. – № 4. – С. 71–74.
4. Лужников Е.А. и др. // Анестезиол. и реаниматол. – 1993. – № 3. – С. 56–64.
5. Повзун С.А. // Актуальные вопросы патологической анатомии травматической болезни у раненых в Афганистане: Труды ВМедА. – СПб., 1995. – Т. 238. – С. 73–79.
6. Уткин М.М. // РМЖ. – 1996. – № 6. – С. 30–33.
7. Черкес-Заде Д.И. Лечение повреждений таза и их последствий. – М.: Медицина, 2006. – 192 с.

УДК 616.37.002

ДЕТОКСИКАЦИОННЫЙ ЭФФЕКТ ПРЕПАРАТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ

С.С. ВИШНЯКОВ, А.П. ВЛАСОВ, А.Г. ЗАХАРКИН, Н.В. МАРОЧКИНА, И.В. МЕРКУШКИНА, Е.П. ТЮРИНА, Л.А. ЦЫБЕЗОВА*

Лечение больных острым панкреатитом (ОП) остается одной из нерешенных проблем в абдоминальной хирургии, что объясняется высокой летальностью. Основной причиной смерти больных с ОП является эндотоксикоз [6, 7]. В регулировании течения заболевания возможно использование лечебных программ, вектор которых направлен не только на основной очаг

* Мордовский университет им. Н.П. Огарева, кафедра факультетской хирургии, 430000 г. Саранск, ул. Большевикская, 68