

344.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

А.Е. Березин, А.П. Власов, В.Т. Ипатенко, Р.Р. Аширов, И.В. Саушев

Мордовский государственный университет, Саранск, Россия

Проведено исследование комбинированной терапии больных острым деструктивным панкреатитом. Установлено, что при традиционном лечении деструктивного панкреатита (лекарственная терапия и хирургическая операция) возникали выраженные расстройства гомеостазиса, в том числе нарушения метаболизма липидов. Детерминирующими молекулярными проявлениями были резкий рост свободных жирных кислот, лизофосфолипидов. Последние, являясь высокотоксичными, повышали степень эндогенной интоксикации организма. Важными патогенетическими компонентами в нарушении обмена липидов при этой патологии оказались повышение фосфолипазной активности и интенсификация процессов перекисного окисления липидов. Выявлены значимые отклонения в состоянии гуморального и клеточного компонентов системы гемостаза. Это проявлялось повышением коагуляционного потенциала, снижением антикоагулянтной способности, ростом агрегационной активности тромбоцитов, угнетением фибринолиза. Установлено, что дисгармония гомеостаза наиболее выражена в раннем послеоперационном периоде, особенно в первые трое суток после операции. У больных исследуемой группы лекарственная терапия включала антиоксиданты и антикоагулянты, кроме того, применены малоинвазивные технологии (лапароскопические санации и дренирование брюшной полости). Оказалось, что в раннем послеоперационном периоде изменения гомеостатических показателей существенно отличались. Расстройства обмена липидов, изменения активности антиоксидантных и липолитических энзимов, нарушения в различных компонентах системы гемостаза по сравнению с контролем были меньшими. При сопоставлении расстройств, обращал на себя факт видимых различий уже через сутки после операции, т.е. в самый критический период с точки зрения нарушений гомеостаза. Это определяло возникновение такого фона, при котором не было прогрессирования синдрома системного воспалительного ответа. Течение послеоперационного периода улучшалось, выздоровление происходило быстрее. Следовательно, на современном этапе совершенствование лечения больных острым панкреатитом может быть за счет оптимизации лекарственной терапии и применения малоинвазивных хирургических операций. Такого рода комбинированная терапия позволяет в ряде случаев предупредить прогрессирование патогенетических реакций, приводящих к мембранодеструктивным процессам, что свойственно острому деструктивному панкреатиту.

345.

НЕКОТОРЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВЛИЯНИЯ АНТИОКСИДАНТОВ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭНДОТОКСИКОЗЕ

А.П. Власов, А.В. Герасименко, А.Е. Березин, Р.Р. Аширов, Т.Н. Дубовская, И.В. Меркушкина

Мордовский государственный университет, Саранск, Россия

Проведено исследование влияния препаратов, обладающих антиоксидантным эффектом, на морфофункциональное состояние печени при остром перитоните в эксперименте и клинике. В опытах на взрослых собаках на модели калового перитонита изучен обмен липидов первого барьерного органа – печени, основные показатели эндотоксикоза. Выявлено, что у животных контрольной группы при остром перитоните в печени развивались выраженные воспалительные явления, локальный ДВС-синдром (сосуды венозного коллектора расширены, отмечаются явления стаза эритроцитов, скопления тромбоцитов и масс фибрина), качественные и количественные изменения липидного состава. Отмечены изменения в составе нейтральных липидов и фосфолипидов. Уровень последних снижался. Наибольшие отклонения выявлены в составе свободных жирных кислот и лизофосфолипидов. Это сопровождалось нарушением детоксикационной функции органа, что проявлялось синдромом эндогенной интоксикации. При этом повышался уровень среднемолекулярных пептидов и ТБК-активных продуктов, отмечался рост индекса токсичности плазмы, снижение эффективной концентрации альбумина. Отмеченные изменения определялись на фоне интенсификации в органе свободно-радикальных реакций ПОЛ, активизации фосфолипазы А2. Установлено, что через сутки после операции явления синдрома воспалительного ответа прогрессировали. Отклонения в показателях функционального и морфологического состояния печени возрастали. Исследования в опытных группах, в которых изучены эффекты влияния витамина Е, мексидола, димефосфона показали, что в раннем послеоперационном периоде расстройства гомеостаза и явления токсемии были выражены в сравнительно меньшей степени. Установлено, что под влиянием лекарственных средств проявления острого воспаления брюшины и печени уменьшались, явления локального ДВС-синдрома становились менее выраженными. Активизировалась детоксикационная функция печени, что определялось ростом общей и эффективной концентрации альбумина, снижением уровня среднемолекулярных пептидов. В клеточных структурах печени восстанавливался состав липидов. Клинические испытания тестируемых препаратов показали аналогичные результаты. Исследования подтвердили весьма важную роль печени в реализации их благотворных эффектов.

346.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ СОВРЕМЕННЫМ ЭНЗИМНЫМ ПРЕПАРАТОМ И ЛАКТУЛОЗОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ, АССОЦИИРОВАННЫМ С КИШЕЧНЫМ ДИСБАКТЕРИОЗОМ

И.И. Дегтярева¹, С.В. Скопиченко¹, И.Н. Скрыпник², Н.Н. Козачок¹, Г.В. Оседло¹, В.М. Потяженко², Н.П. Козел¹

¹Военно-медицинская академия, Киев; ²Медицинская стоматологическая академия, Полтава, Украина

Цель – изучить эффективность лечения больных хроническим панкреатитом с экзокринной недостаточностью (ХПЭН) с синдромом раздраженной толстой кишки (СРТК), ассоциированным с кишечным дисбактериозом (КД), с помощью заместительной энзимной терапии в сочетании с лактулозой (дуфалак – Д).

42 больным ХПЭН назначали панкреатические ферменты в минимикросферах – креон (К), 10000 и 25000 МЕ по 1-2 капсулы во время основной еды и по 1 капсуле во время «перекусов», при выраженных абдоминальных болях – дуспаталин по 200 мг 2 раза в сутки. 33 (76,2%) больным ХПЭН и КД с повышением роста протеолитической и

снижением роста сахаролитической флоры назначался Д по 40-60 мл в сутки – 1 месяц. У больных ХПЭН на фоне лечения метеоризм, абдоминальные боли, стеаторея исчезали к 14-21 дню. У больных ХПЭН с наличием СРТК или хронического колита (ХК), ассоциированных с КД, на фоне лечения Д у 21 улучшилась и у 11 нормализовалась бактериограмма каловых масс. Под влиянием К проводится не только заместительная энзимотерапия, но и создается функциональный покой ацинарным клеткам поджелудочной железы (ПЖ), в результате чего незначительно, но достоверно повышается в дуоденальном содержимом дебит гидрокарбонатов (в базальной порции 25.1 ± 0.87 против 19.5 ± 0.95 при норме $28,1 \pm 1,65$ мг-экв/ч, стимулированной – 49.8 ± 2.9 против $37,8 \pm 3,43$ при норме 54.5 ± 3.63 мг-экв/ч) и активность липазы (в базальной порции $45,4 \pm 3,15$ против $29,7 \pm 3,15$ при норме $72,5 \pm 8,25$ мкмоль/мл/ч; стимулированной $198,5 \pm 7,85$ против $162,6 \pm 8,82$ при норме $234,6 \pm 8,7$ мкмоль/мл/ч). Применение мезим-форте, панзинорма у больных ХПЭН часто сопровождается еще большей панкреатической недостаточностью за счет угнетения синтеза собственных ферментов ПЖ.

Таким образом, К – высокоэффективный препарат для лечения больных ХПЭН, после лечения которым повышается внешнесекреторная функция ПЖ. При наличии у больных ХП СРТК или ХК, ассоциированного с КД, целесообразно назначение Д, поскольку на фоне применения препарата уменьшается или исчезает КД.

347.

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АКТИВНОСТИ КЛЕТОК КРОВИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БЕСКАМЕННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ПРИСУТСТВИИ ФИТОПРЕПАРАТОВ *IN VITRO*

Т.Г. Константинова, С.А. Плескановская, Г.К. Овезова, М.А. Ибрагимов

Туркменский государственный медицинский институт, Ашгабат, Туркменистан

Целью исследования являлось определение влияния водных растворов фитопрепаратов (ФП), полученных из верблюжьей колючки *Alhagi persarum* (ФП1) и можжевельника туркменского *Juniperus turcomanica* (ФП2, на морфологию эритроцитов (Эр), перекисную резистентность Эр (ПРЭ) и миграционную активность лейкоцитов (Лц) (МАЛ) периферической (ПК) и венозной (ВК) крови 25 практически здоровых лиц обоего пола (ПЗЛ) в возрасте 18-26 лет и 35 больных хроническим бескаменным холециститом в возрасте 35-55 лет. Исследования показали, что ФП1 тормозит МАЛ ПЗЛ ($p < 0,01$) и снижает ПРЭ ($p < 0,001$); ФП2 – стимулирует МАЛ ($p < 0,001$) и снижает ПРЭ, но в значительно меньшей степени по сравнению с ФП1 ($p < 0,01$). У больных ХБХ ФП1 стимулирует МАЛ и увеличивает ПРЭ ($p < 0,01$ и $< 0,05$, соответственно); ФП2 в равном числе случаев как стимулирует, так и угнетает МАЛ и ПРЭ ($p < 0,01$ во всех случаях). Клетки ВК более чувствительны к воздействию ФП, особенно ФП1 ($p < 0,001$ во всех случаях). При инкубации Эр ПЗЛ в присутствии ФП1 не менее 15% Эр ПК и 29% Эр ВК изменяют свои размеры и форму. ФП2 – 4 и 6%, соответственно, против 0,4 и 0,6% в физиологическом растворе с $pH=7,4$ ($p < 0,001$; $p < 0,01$ и $p < 0,05$, соответственно). Таким образом, фитопрепараты верблюжьей колючки и можжевельника туркменского *in vitro* изменяют морфологию эритроцитов, снижают их перекисную резистентность и существенно модулируют миграционную активность лейкоцитов (особенно венозной крови) больных хроническим бескаменным холециститом. ФП1 и ФП2 противоположны по характеру воздействия на клетки крови изученного контингента лиц. Степень и характер их влияния зависят от индивидуальной чувствительности человека. Авторы допускают, что фитопрепараты взаимодействуют с клетками крови человека за счет экспрессированных на их мембранах рецепторов к активным компонентам ФП либо за счет каналогенной способности последних.

348.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

В.М. Воронин Белгородский государственный университет, Белгород, Россия

Проблема реабилитации больных с желчекаменной болезнью (ЖКБ) в силу высокой экономической затратности является весьма актуальной не только для медицинской общественности, но и в целом для всего общества. По данным Национальных институтов здоровья (США) (1992) 10-15% взрослого населения страдает ЖКБ. Нами проведен финансовый анализ историй болезни больных, оперированных традиционным (ТХЭ) и видеолaparоскопическим (ВЛХЭ) способом. Установлено, что на ТХЭ в среднем из бюджета расходуются около 10 тыс. рублей (9370 ± 1840), а на ВЛХЭ в среднем около 2 тыс. рублей (1850 ± 144). Эти цифры получены без учета амортизации оборудования. Цена оборудования для ВЛХЭ в настоящий момент составляет 2,8 млн. рублей, а для ТХЭ около 100 тыс. рублей. Разница в цене приводит к мысли о высокой стоимости ВЛХЭ, хотя большими она переносится значительно легче.

Нами установлена экономическая закономерность при расчете стоимости ВЛХЭ: существует прямо пропорциональная зависимость между количеством и стоимостью операции на одной единице оборудования для ВЛХЭ. Чем больше количество операций на одной единице оборудования мы выполняем, тем значительно меньше, в конечном результате, снижается стоимость операции. При выполнении 1000 операций на одной стойке в год мы будем затрачивать на одну операцию 4650 рублей: ($1850 \text{ руб.} \times 1000 \text{ операций}$) + ($2800000 \text{ руб.} \times 1000 \text{ операций}$). При выполнении 2000 операций на одной стойке в год на одну операцию затратим 3250 руб.: ($1850 \text{ руб.} \times 2000$) + ($2800000 \text{ руб.} \times 2000 \text{ операций}$). При финансовом анализе историй болезни больных, оперированных традиционным способом, данной закономерности не отмечено. При условии концентрации оборудования, врачей-специалистов и самих больных с ЖКБ мы получим экономию средств, которые можно использовать в здравоохранении для улучшения качества лечения и реабилитации больных с ЖКБ.

349.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЧЕЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ, ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

А.А. Гусейнова, Ф.З. Касумова

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, Баку, Азербайджан

Изучено состояние легочной (ЛГ) и центральной гемодинамики (ЦГД) у 86 больных с почечно-каменной болезнью (ПКБ), осложненной хроническим пиелонефритом (ХП), до и после хирургического лечения. ЛГ изучалась методом сцинтиграфии легких после введения больным макроагрегата альбумина меченого ^{99m}Tc . ЦГД – методом