мический зоб также имеет широкое распространение, составляя 35-67%. Таким образом, вполне возможно, что суровые климатогеографические и неблагополучные экологические условия Крайнего Севера неблагоприятно воздействуют на организм человека, вызывая значительную частоту СД и йоддефицитных заболеваний (ЙДЗ).

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности поздних осложнений СД диабетической нефропатии, гепатопатии и тиреоидной патологии среди пациентов в условиях Крайнего Севера (на примере Республики Саха) и научное обоснование их профилактики и лечения.

Для решения поставленной цели нами было обследовано 1139 больных, из них 711 пациентов СД и 428 человек – тиреоидной патологией, прошедших через специализированное эндокринологическое отделение Якутского республиканского центра экстренной медицинской помощи за последние 3 года. Возраст больных колебался от 15 до 71 года, с длительностью заболевания от 1 до 30 лет. всем больным были проведены полное клиническое и лабораторно-инструментальное исследования, отражающие функциональное состояние гепатобилиарной системы, почек и щитовидной железы. В результате обследования 711 больных СД у 158 пациентов (22,3%) была выявлена диабетическая нефропатия, а у 266 больных (37,5%) были констатированы сопутствующие заболевания почек и мочевыводящих путей. У 114 пациентов (16,1%) была диагностирована диабетическая гепатопатия. Нами также была изучена распространенность заболеваний щитовидной железы среди взрослого населения РС(Я) с общим охватом 428 человек (402 женщины и 26 мужчин) в возрасте от 15 до 70 лет. среди осбедованных преобладали лица среднего трудоспособного возраста. Так, лица до 40 лет составили 58,% (251 человек), а старше 41 лет - 41,4% (177 пациентов). В структуре тиреоидной патологии ведущее место занимали лица с диффузным токсическим зобом - 205 человек (47,8%), на втором месте находились больные с эндемическим зобом - 81 пациент (18,9%), на третьем месте с гипотиреозом - 55 (12,9%), далее с узловым зобом - 50 человек (11,7%), лица с аутоиммунными тиреоидитами составили 6,5 (28 человек) и у 9 женщин был диагностирован рак щитовидной железы, что составило 2,1%. Узловой зоб, аутоиммунный тиреоидит и рак щитовидной железы чаще встречались среди больных из улусов с наиболее неблагоприятной экологической обстановкой (Мирнинского, Сунтарского, Нюрбинского).

Таким образом, в условиях Крайнего Севра СД и заболевания щитовидной железы имеют широкое распространение. Диабетическая нефропатия и гепатопатия развиваются в более молодом возрасте, спустя 5-7 лет от дебюта СД, тогда как в средней полосе России поздние осложнения сахарного диабета возникают через 10-12 лет. В структуре тиреоидной патологии ведущее место занимают ЙДЗ (эндемический зоб) и диффузный токсический зоб. Дефицит йода в биосфере и дисбаланс некоторых других микроэлементов на территории Республики Саха, а также антропогенное загрязнение окружающей среды ведут к нарастанию тяжести заболеваний щитовидной железы.

Хирургическое лечение острого холецистита

Гвоздюк А.И., Юсупов И.А., Борщигов М.М.
Городская клиническая больница № 3 им. С.М.Кирова, Астрахань

Главным в тактике лечения острого холецистита являются сроки операций. Предшествующий опыт, скрытое, атипическое клиническое течение острого холецистита (с самого начала или чаще под воздействием консервативной терапии), «запоздалые» операции, высокая летальность и неудовлетворенность результатами лечения заставили нас пересмотреть тактику хирургического лечения острого холецистита, сделать ее более активной, отвечающей изменившимся условиям.

По этой проблеме в данной работе проанализирован материал клиники общей хирургии за 8-летний период (1995-2002 гг.). За это время в клинику поступило 899 больных по поводу острого холецистита. Из них женщин было 657 (73%), мужчин- 242 (26,6%), в возрастных пределах от 17 до 85 лет (соотношение заболевания у мужчин и женщин составило 1:3). Чаще всего острый холецистит встречался в возрастной группе от 50 до 80 лет (75%). По сравнению с нашими данными за период 1969-1979 гг., можно судить о «постарении» контингента пациентов с острым холециститом.

В настоящее время мы придерживаемся следующей тактики лечения острого холецистита, по которой больные распределяются на 3 группы. Первую группу составляют пациенты, у которых течение болезни приняло бурный характер, имелась клиника местного или распространенного перитонита, подозрение на деструкцию или перфорацию желчного пузыря. Эта группа больных подлежит экстренной операции в первые часы после 2 – 4 часовой интенсивной предоперационной подготовки и дополнительного обследования.

Ко второй группе были отнесены больные с острым холециститом без перитонита. При поступлении и в ближайшие часы пребывания в клинике у этих пациентов не было абсолютных показаний к операции. Лечение таких больных начинали с консервативных мероприятий (антиспастические средства, новокаиновые блокады, инфузионная терапия, антибиотики и т.д.). Если в течение первых 2 – 3 суток острый процесс не купировался или нарастали воспалительные явления, то это служило показанием к срочной операции.

Остальные больные были отнесены к третьей группе. Под воздействием консервативной терапии острые воспалительные изменения в желчном пузыре у этих пациентов купируются и наступает, так называемый, «холодный период». В дальнейшем данная группа больных обследуется (УЗИ, по необходимости – холецистохолангиография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, лабораторные анализы, консультации специалистов и т.д.). Часть из них, при наличии показаний и при согласии, оперируются в плановом порядке.

Эти три группы больных с различной тактикой и различной летальностью или ее отсутствием не сравнимы. Более высокая летальность в первой группе

больных лишь свидетельствует о тяжести патологии и в этой связи нередко - о ее запущенности.

Во всех трех группах больных операция - холецистэктомия чаще всего выполнялась из косого доступа в правом подреберье – у 713 (79,3%) больных, в 144 (16%) случаях – из верхнесрединного, у 11 (1,2%) пациентов – из параректального доступа и у 31 (3,5%) больных была выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

По сравнению с нашими данными за период 1969 – 1979 гг., когда хирургическая активность составляла 26,5%, отмечается смена хирургической тактики в сторону ее активизации, из всех поступивших больных с острым холециститом за период с 1995-2002гг. было прооперировано 42% пациентов. Это позволило нам снизить показатели послеоперационной летальности с 8,6% в 1969 – 1979 гг. до 2,2% в 1995 – 2002 гг.

Свободнорадикальный статус больных псориазом

Гострова С.В., , Кульдагова Л.Ф., Хараева З.Ф.
Кабардино-Балкарский Государственный Университет, Нальчик

Этиопатогенез псориаза, несмотря на большое внимание, уделяющееся изучению этого дерматоза, остается важной проблемой дерматологии. В последнее время большое внимание уделяется изучению иммунных нарушений и развивающемуся дисбалансу между образованием активных кислородных соединений и антиокислительным потенциалом систем организма. Защитной силой против токсического действия свободных радикалов является антиокислительная система, представленная супероксид дисмутазой, каталазой, глутатион -S- трансферазой и другими антиокислительными энзимами. Однако при ряде патологических процессов соотношение между свободнорадикальными показателями и активностью антиоксидантной системы меняется, что может привести к патологическим изменениям в тканях и усугублению тяжести протекания воспалительного процесса. При данном дерматозе эти нарушения приводят к сокращению продолжительности клеточного цикла, увеличению популяции пролиферирующих клеток, удвоению растущей фракции эпителиоцитов (в процесс вовлекаются в норме не пролиферирующие клетки). Целью исследования было изучение радикалпродуцирующей способности нейтрофилов, каталазной активности (КА) лейкоцитов и антиоксидантной активности (АОА) плазмы крови больных псориазом.

Обследовано 132 больных, находящихся на стационарном лечении, (55 женщин и 77 мужчин в возрасте от 18 до 45 лет), из них: 42 человека с псориатической эритродермией, 21 человек с ладонно-подошвенной локализацией, 54 пациента с псориатической артропатией в стадии обострения процесса, и 15 человек - здоровые доноры. Для оценки прооксидантной активности макроорганизма исследована интенсивность люминолзависимой и люцигенинзависимой хемилюминесценции (ХЛ) нейтрофилов больных псориазом. Антиокислительная активность (АОА) плазмы крови исследовалась по метолу Клебанова Г.И., каталазная активность лейкоцитов (КА) определялась йодометрическим методом.

При обработке данных выявлено значительное повышение радикалпродуцирующей способности нейтрофилов и снижение активности антиоксидантной системы крови во всех изучаемых группах пациентов. Среднее значение вспышки люминолзависимой ХЛ у больных псориазом изучаемых групп превышало аналогичные показатели здоровых лиц более чем в 4 раза ($p<0,01$). Интенсивность люцигенинзависимой ХЛ различалась в зависимости от степени тяжести воспалительного процесса: у больных с артропатическим и ладонно-подошвенным псориазом показатели увеличены в 6 раз (30,0±3,0отн.ед., норма 5,0±3,0отн.ед.) и в 5 раз (25,0±3,0отн.ед), у больных с псориатической эритродермией — в 17 раз (85,0±15,0отн.ед.) ($p<0,01$). Наибольшее снижение антиоксидантной системы лейкоцитов отмечается при наиболее тяжелой форме дерматоза – артропатическом псориазе: КА составила 2,5±0,1 мкг/ед. белка ($p<0,05$) (у здоровых лиц 3,4±0,4 мкг/ед. белка), АОА угнетена в 2,5 раза. Наименьшее снижение выявлено у больных с ладонно-подошвенной локализацией: КА 3,2±0,3 мкг/ед. белка ($p>0,05$), АОА составила 40±3% ($p<0,05$), что на 15% меньше показателей контрольной группы (55±5%) ($p<0,01$). Данный факт свидетельствует о взаимосвязи повышения продукции свободных радикалов и снижения антиоксидантной активности с тяжестью псориатического процесса.

Таким образом, уровень повышения радикалобразования нейтрофилами и степень снижения показателей АО активности крови больных псориазом служит диагностическим признаком тяжести протекаемого процесса и является патогенетической основой целесообразности применения антиоксидантных препаратов.

Морфологические изменения плаценты лабораторных крыс при стафилококковой интоксикации

Гуляева Н.И., Комоватова Е.А.
ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия Минздрава России», кафедра гистологии, Пермь

Многочисленными исследованиями последних лет доказана ведущая роль плаценты в физиологии и патологии сложной биологической системы «мать-плацента- плод», ее участие в интеграции большинства обменных процессов между организмами матери и плода. Патология плаценты, включая ее недостаточность, является причиной внутриутробной задержки развития плода (ЗВУР), возникновения хронической гипоксии плода или приводит к перинатальной смертности (Г.М.Савельева с соавт, 1998; В.И.Бычков с соавт, 1999; В.Е.Радзинский с соавт, 2001). В 24-33% случаев фетоплацентарная недостаточность развивается в результате инфицирования плаценты, включая в 12,2% случаев признаки гнойного воспаления (Е.Н.Фомичева с соавт, 1997; А.П.Милованов, 1999). Значительная роль в развитии гнойно-септических заболеваний беременных и родильниц