

спектром соединений различной химической природы, проявляющих как неблагоприятные, так и позитивные эффекты. Прирост уровня МСМ в системной циркуляции рассматривается как важнейший фактор развития универсального синдрома эндогенной интоксикации, но в последнее время накапливаются данные об антиоксидантном, стресс-протекторном действии МСМ. Прирост МСМ (280), представленной компонентами пептидной природы, связывают с прямой стимуляцией ограниченного протеолиза. В то же время известно, что фракция МСМ (254) обладает выраженными АО свойствами. Наиболее важными компонентами МСМ считаются среднемолекулярные пептиды, представляющие собой промежуточные продукты протеолиза и незавершенного белкового синтеза. Кроме того, в состав МСМ включают глико- и нуклеопродные пептидов, гормоны, медиаторы – инсулин, глюкагон, соматомедин, ангиотензин, серотонин, энкефалин, кинины, а также некоторые витамины, нуклеотиды, спермин, соединения углеводной природы – олигосахара, производные глюконовой кислоты, спиртов. Можно полагать, что как среднемолекулярные пептиды, так и компоненты иной природы, входящие в состав МСМ, могут проявлять АО эффект посредством различных механизмов:

1. комплексообразования ионов металлов переменной валентности (Fe^{2+} , Cu^{+} и др.), которые в реакции Фентона и разветвления цепи генерируют наиболее токсичные АФК - $\cdot OH$ и $LO\cdot$, инициирующие ПОЛ.

2. ингибирования радикальных форм АФК, которые могут отрывать атом водорода от полиненасыщенных жирных кислот с образованием липидных радикалов, а затем гидроперекисей липидов.

3. локального снижения концентрации кислорода (путем сосудосуживающего действия) и предотвращения его включения в окисление.

Следовательно прирост содержания различных фракций МСМ в плазме крови больных опийной наркоманией может свидетельствовать не только о патологических изменениях, но и отражать развитие компенсаторных реакций, направленных на восстановление гомеостаза. Обобщая выше сказанное, можно заключить, что при опийной наркомании в состоянии абстиненции развитие оксидативного стресса сопровождается развитием СЭИ и активацией аутоиммунных процессов у больных опийной наркоманией. В результате проведения традиционной терапии у больных опийной наркоманией интенсивность генерации АФК в плазме приближается к норме. При этом после лечения уровень первичных и конечных молекулярных продуктов ПОЛ в плазме крови приближается к контролю, а содержание конечных продуктов ПОЛ – ШО – остается существенно выше, чем у здоровых людей. В процессе лечения в эритроцитах больных наркоманией уровни ДК и МДА остаются на повышенном уровне и существенно превосходят норму. Таким образом, традиционное лечение больных опийной наркоманией приводит к частичной нормализации интенсивности СРП и сохранению состояния оксидативного стресса, выраженность которого незначительно снижается. После прохождения курса традиционной терапии уровень ЦИК в крови больных опийной наркоманией снижается незначительно и

остается на повышенном уровне, что свидетельствует о сохранении аутоиммунных процессов на прежнем уровне. Содержание МСМ остается на прежнем уровне, что свидетельствует о сохранении уровня эндогенной интоксикации вызванной хроническим употреблением морфина. В целом, проведенное исследование показало, что состояние оксидативного стресса развивающееся при состоянии абстиненции не снимается при проведении традиционной терапии. Это свидетельствует о необходимости поиска новых путей лечения опийной наркомании эффективность которых можно оценить с помощью клинико-биохимических исследований.

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНЫХ ФОРМ АППЕНДИЦИТА

Османов А.О., Магомедова С.М.
ГОУ ВПО ДГМА МЗ СР РФ Россия,
Махачкала

Острый аппендицит является одним из наиболее частых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Установление диагноза острого аппендицита служит показанием к срочному оперативному вмешательству. Однако нередко диагностика острого аппендицита достаточно сложна; многие заболевания органов брюшной полости и малого таза могут симулировать клиническую картину острого аппендицита, и потому уже в течении последнего времени с целью уточнения диагноза применяют УЗИ. Особенно ценным считаем УЗИ при атипично расположенных формах аппендицита. Проблема актуальна, т.к. исследований в этой области недостаточно и наша работа представляется необходимой в виду особой лечебной тактики у этой группы больных.

За последние 3 года в хирургическом отделении РОСМП оперировано 2270 больных с острым аппендицитом, из них у 237 имелась атипичная форма аппендицита. У женщин аппендицит встречался реже, чем у мужчин (2:3).

Всем больным проводили тщательный сбор анамнеза с целью выявления характера заболевания и сопутствующей патологии, особенно врожденной. Пик заболеваемости приходится на репродуктивный возраст от 20 до 40 лет. При подозрении на острый аппендицит УЗИ проводилось сразу после поступления больных в стационар без предварительной подготовки. УЗИ аппендикса производилось с особой тщательностью и полипозиционно. При этом создавались условия дозированной компрессии брюшной стенки в проекции отростка. Установить диагноз атипично расположенного аппендицита трудно, но для поиска разработаны следующие критерии УЗИ оценки илеоцекальной области: 1) не поддающейся компрессии трубчатая структура с одним слепым концом; 2) в поперечном сечении напоминает мишень; 3) максимальный наружный диаметр превышает 6 мм; максимальная толщина стенок превышает 3 мм; 4) ригидность; 5) наличие свободной жидкости; 6) усиление, ослабление или отсутствие перистальтики кишки;

7) утолщение купола слепой кишки.; 8) повышение эхогенности жировой ткани вокруг слепой кишки и вокруг червеобразного отростка; 9) увеличенные гиперплазированные лимфатические узлы в правой подвздошной области.

Ультразвуковая картина варьирует при опущении или атопии правой почки, опущение или увеличение правой доли печени, при атеросклеротических изменениях подвздошных сосудов. Дистопия слепой кишки или долихосигма также могут привести к отрицательной интерпретации УЗИ картины атипичных аппендицитов. Объемные образования брюшной полости и забрюшинного пространства, спаечный процесс также усложняют УЗИ диагностику аппендицита. С особой осторожностью мы подходим к решению проблемы атипично расположенного отростка у женщин, в поздних сроках беременности и при воспалительных заболеваниях матки и придатков.

Для работы использован многоцелевой линейно-секторный конвексный скеннер «эхо-камера» SSD-630 японской фирмы «АЛОКА», с набором датчиков 2,5 мгц.; 3,5 мгц и 5 мгц., линейных и конвексного. При атипично расположенных формах аппендицита УЗИ картина подпеченочно расположенных аппендицитов выглядела следующими образом: увеличение размеров печени, усиление сосудистого рисунка, утолщение стенок желчного пузыря, увеличение размеров правой почки, утолщение и отечность стенок восходящего отдела толстой кишки. В нашем исследовании больных с подпеченочным расположением отростка было 21 (8,8%); с ретроцекальным расположением 147 (62,0%), при этом на УЗИ определяется, при продольном сканировании, фрагмент ретроцекально расположенного патологически измененного червеобразного отростка. Тазовое расположение отростка наблюдалась в 24 случаях (10,1%). На УЗИ у девочек отмечается увеличение размеров правого яичника и нечеткость контуров, скопление жидкости в позадидаточном пространстве. Ретроперитонеальное расположение отростка – у 15 больных (6,3%). Чаще всего больные поступают на 3 сутки, в связи с этим определяются осложненные формы острого аппендицита в виде аппендикулярного инфильтрата с жидкостным компонентом и измененными периаппендикулярными тканями. Полученные данные позволили установить, что из атипично расположенных форм аппендицита в подавляющем большинстве случаев встречаются ретроцекальные формы, и реже всего ретроперитонеальные.

Проведенные УЗИ исследования не исключают общеклинические исследования. Лапароскопическая диагностика проводилась в сомнительных случаях при несоответствии клинической и УЗИ картины. Переход на лапаротомию в случаях атипичного расположения аппендицита оправдан. Считаем, что во время лапаротомии возможность ревизии илеоцекальной области выше, оказать хирургическое пособие проще, с учетом воспалительных изменений купола слепой кишки и самого червеобразного отростка. Операция завершается установлением дренажа для введения антибиотиков и контроля возможного кровотечения.

Таким образом, в диагностике атипично расположенных аппендицитов УЗИ исследование является

кардинальным, так как информативность его достигает 95%.

ЗНАЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СВЕТООПТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ОПЕРАЦИОННЫХ БИОПСИЙ МАТКИ ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Павлович Е.Р., Ботчей В.М., Подтетенев А.Д.
*Кафедра акушерства и гинекологии с курсом
перинатологии ЛФ ВО, кафедра морфологии МБФ
РГМУ и лаборатория нейроморфологии с группой
электронной микроскопии ИКК
им. А.Л. Мясникова РКНПК МЗ РФ,
Москва*

С целью верификации клинического диагноза проводили изучение морфологии матки первородящих женщин с использованием качественного и количественного светооптического анализа биопсийного материала. Обследовали кусочки миометрия, полученные во время абдоминальных родов, выполненных по экстренным показаниям со стороны матери или плода у 6 рожениц с физиологической или патологической родовой деятельностью. Кесарево сечение выполняли в нижней трети матки, проводя разрез вдоль ее длинника. 2 женщины имели физиологическую родовую деятельность матки, а еще 4 имели дискоординацию родовой деятельности (ДРД) или ее слабость (СРД) при сроке беременности от 37 до 44 недель. Возраст женщин был от 21 до 27 лет (средний возраст - 23 ± 1 года). В части случаев имела место острая или хроническая гипоксия плода. Иссекался участок матки, промывался 0,1 М фосфатным буфером и помещался в 4% раствор параформальдегида на несколько суток в холодильник ($t = 4^\circ\text{C}$). Дофиксировали материал в 1% OsO_4 2 часа. Проводили дегидратацию в спиртах и заключение в эпоксидную смолу аралдит. Биопсии ориентированно размещали в капсулах для полимеризации. С блоков получали срезы толщиной 1-2 мкм и окрашивали их толуидиновым синим. Показали на светооптических препаратах, что мышечные пучки одного порядка в нижнем сегменте матки были сформированы из гладкомышечных клеток (ГМК), имевших разное сродство к толуидиновому синему. При этом в норме и патологии в мышечных пучках могли встречаться как интенсивно, так и слабо окрашенные миоциты. Находили и ГМК с промежуточной степенью окраски цитоплазмы. При СРД в мышечных пучках одного порядка было почти в 2 раза меньше темных миоцитов, чем при физиологических родах и ДРД. А при физиологических родах и ДРД матки светлых миоцитов было в 3,9 - 8,5 раза меньше, чем темных ГМК. При этом количество миоцитов в поле зрения было существенно выше (в 1,3 - 1,4 раза) у рожениц с нормальной родовой деятельностью, чем при ДРД и СРД матки. Это связано, по видимому, с более мелкими размерами ГМК в первой группе рожениц, по сравнению со второй и третьей (случаями дистоции). Анализ тканевых компонентов матки показал, что во всех оцененных случаях преоб-