

ходимости – 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 косога 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.

Гигантский безоар желудка

Борщигов М.М., Барзаева М.А.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

Безоары - псевдоопухоли образующиеся из растительной клетчатки, косточек, листьев, волос, которые в желудке пропитываются слизью, перемешиваются с пищевыми массами, под влиянием микроорганизмов и желудочного сока претерпевают различные изменения. В зависимости от состава основного вещества безоара различают: фитобезоары-камни из косточек плодов, особенно из косточек плодов хурмы, трихобезоары- желудочные камни из проглоченных волос и шерсти, себобезоары- жировые камни из проглоченного животного жира- в основном козьего или говяжьего); пиксобезоары- плотные образования, состоящие из смолы; минералобезоары- состоящие из мела, шеллак-безоары- из красящих и смолистых веществ, гематобезоары - из сгустков крови, микробезоары - грибы, псевдобезоары и смешанные.

Мы приводим пример собственного наблюдения гигантского полимеробезоара.

Больной Б., 60 лет, поступил в хирургическое отделение ГКБ № 3 им С.М.Кирова г.Астрахани 30.09.03 с клиникой острого панкреатита. Заболел 7 дней назад после обильного приема суррогатов алкоголя, стал неадекватен, поступил в психиатрическую клинику. Состояние больного постепенно ухудшалось, в связи с чем был транспортирован в дежурную клинику. Состояние тяжелое, заторможен, на вопросы отвечает адекватно, но с трудом. Контакт затруднен. Пульс 100 уд в мин. АД - 90/60

мм.рт.ст. Живот несколько поддут, мягкий, болезненный в эпигастрии где пальпируется плотное, болезненное, подвижное образование больших размеров 20 x 15 см без участков размягчения. Предварительный диагноз: Острый панкреатит инфильтрат сальниковой сумки. Проводилась противовоспалительная, дезинтоксикационно-корректирующая терапия. При УЗИ в эпигастрии, в проекции пальпируемой опухоли обнаружено образование без четких контуров, жидкостенных полостей. Связать его с каким-то органом невозможно (находится кпереди от поджелудочной железы). ФГДС: при подробном осмотре, после промывания желудка по большой кривизне от кардия до антрального отдела визуализируется темно-серое с неровной поверхностью образование, не смещаемое при изменении положения тела. Структура крайне плотная, не кровоточит. Заключение: Безоар желудка. Рентгеноскопия желудка. После приема контраста через рот, акт глотания не нарушен. Желудок резко увеличен в объеме, в нем виден дефект наполнения, с нечеткими контурами. Структура дефекта наполнения неравномерна. Перистальтика отсутствует, эвакуации из желудка нет. Заключение: Безоар желудка. Анализ крови. Нб 119г/л; Ze 17,7-10, ЭР 3,55-10, СОЭ 35 мм/ч.

14.10.03. Операция: Лапаротомия. Гастротомия, Удаление безоара. Дренирование брюшной полости. Желудок больших размеров, всю его полость занимает плотной консистенции образование. Гастротомия по передней стенке желудка, через который удален черного цвета безоар размерами 30 x 15 см, представляющий собой слепок полости желудка. После операции с больным проведена беседа в ходе которой дополнительно удалось выяснить, что он до поступления в психиатрическую клинику употреблял суррогаты алкоголя и выпил монтажную пену (полиуретановая монтажная пена -4,-4,-дифенилметандиизоционат). 28.10.03г. на 14 сутки после операции в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение. Послеоперационная рана регенерировала первичным натяжением. Швы сняты.

Литература:

1. Агрба В.З. Безоары желудка. Клин. мед. 1981; 59(4):85-86
2. Беляев А.А. Безоары желудка и их осложнения. Хирургия.1993;5:44-47.
3. Смаков Г., Карпов В., Куницкий Ю., Хрикулов Ю. Безоары желудочно-кишечного тракта. Врач 1998; 6:22-23.

Новая технология лечения больных туберкулезом легких с множественными деструкциями

Гаврильев С.С., Винокурова М.К., Илларионова Т.С., Яковлева Л.П.

Якутский научно-исследовательский институт туберкулеза Минздрава Республики Саха (Якутия), Якутск

Актуальность. Лечение больных туберкулезом легких с множественными деструкциями легочной

ткани имеет большие сложности и является малоизученным вопросом современной фтизиатрии. До сих пор не существуют избирательно предназначенные режимы химиотерапии больных данной категории.

Цель исследования. Разработка интегрированного способа лечения больных распространенным туберкулезом легких с множественными деструкциями с использованием инфракрасного лазерного излучения в виде глубокого фотофореза межреберно введенного изониазида и применением фитосбора из местных лекарственных растений в сочетании с другими туберкулостатиками.

Клинические наблюдения и методы специального исследования. Под наблюдением находились 85 (основная группа) и 32 (контрольная группа с обычным режимом химиотерапии) больных молодого и среднего возраста, страдающие распространенным инфильтративным туберкулезом легких с множественными кавернами с явлениями выраженного фиброза, хронического бронхита и массивным бактериовыделением. У 30 больных определялись почасовые концентрации изониазида в плазме крови, а спектрофотометрически содержание в крови альфа-токоферола и малонового диальдегида. Всем больным проводилось клинико-лабораторное, рентгенологическое, бактериологическое и бронхологическое исследование.

Результаты лечения и их обсуждение. В период от 1 до 4 месяцев лечения методом лазерофитотерапии с глубоким фотофорезом изониазида отмечено прекращение бактериовыделения в 84,1% случаев, превышающее в 5 раз показатель к этому времени контрольной группы (16%). По обеим группам прекращение бактериовыделения составило соответственно 97,7% и 68% случаев со средним сроком его наступления через 2,3 месяца в основной группе и 5,2 месяца в контрольной группе больных, то есть, ускорено на 2,9 месяца, что указывает на преимущество предложенного способа лечения.

Существенным показателем интегрального взаимодействия лечебных компонентов способа является высокая частота закрытия каверн, достигающая 89,4% при сокращении их сроков заживления на 2,4 месяца при низких показателях контрольной группы. Бронхологически у всех больных установлено излечение гнойных и катаральных эндобронхитов.

Заключение. Ключевым механизмом лечебного действия метода лазерной терапии больных указанного контингента является усиление направленной микроциркуляции ткани под воздействием локального лазерного излучения в режиме ударной волны, увлекающей межреберно внутримышечно введенный раствор изониазида вглубь легочной ткани через фиброзные изменения. Об этом свидетельствует незначительный уровень концентрации в плазме крови больных, указывающий на создание депо препарата в легких. Высокая эффективность способа лечения подтверждена достоверно положительными сдвигами показателей альфа-токоферола и снижением уровня малонового диальдегида, а также нормализацией клеточного и гуморального иммунитета.

Высокие результаты лечения указывают на то, что фармакодинамический эффект цельных молекул изониазида, доставленных локальным воздействием лазерного импульса в очаг поражения, интегрируется и потенцируется действием фитосбора. В этом заключается эффект направленной фармакокинетики межреберно введенного препарата под воздействием инфракрасного лазерного излучения с глубоким проникающим в ткани свойством. Сохраняется гомеостаз внутренних органов. При динамическом наблюдении ни в одном случае не наблюдались гепатотоксические, нейротоксические и аллергические проявления. При длительном лазерном воздействии и фитотерапии не наступало истощение антиоксидантной системы, а наоборот отмечалась ее активация, выразившаяся в двукратном повышении содержания в плазме крови альфа-токоферола у обследованных больных. Способ лечения 20 мая 2003 г. получил патент Российской Федерации за 2204408 С2.

Альтернативный метод введения изониазида, дополненный инфракрасным лазерным воздействием и фитотерапией, позволяет выделить новое положение химиотерапии на Крайнем Севере, направленное на обеспечение фармакокинетической защиты организма от нежелательных действий препарата, особенно при сопутствующих заболеваниях печени, желудка и почек у больных туберкулезом легких.

Синтез ил-1 и фно- α макрофагами мышей на фоне действия бактериального лектина

Горельникова Е.А., Абросимова О.В.,
*Тихомирова Е.И., Карпунина Л.В.

*Саратовский Государственный Аграрный Университет им. Н.И. Вавилова; *Саратовский Государственный Университет им. Н.Г. Чернышевского, Саратов*

Цитокины представляют собой группу полипептидных медиаторов, участвующих в формировании и регуляции защитных реакций организма. Важнейшими регуляторами воспалительных и иммунных процессов являются монокины – цитокины, выделяемые активированными моноцитами и макрофагами. Особый интерес представляют провоспалительные цитокины интерлейкин-1 (ИЛ-1) и фактор некроза опухоли альфа (ФНО-α). Важность и перспективность изучения механизма действия этих цитокинов заключается в их значительной роли в пато- и иммуногенезе. ИЛ-1 и ФНО-α опосредуют общие гематологические сдвиги, характерные для ответа макроорганизма на инфекцию (лихорадка, уменьшение массы тела, синтез острофазных белков, увеличение проницаемости сосудов). Данные цитокины играют центральную роль в развитии острой фазы воспаления, вызываемого инфекциями и повреждениями тканей. ИЛ-1 и ФНО-α особенно токсичны при совместном действии. Они способны блокировать мембранное пищеварение и перистальтику кишечника, вызывать деструкцию гепатоцитов, провоцировать гиперкалиемию и ацидоз. Совмест-