

- Оценить эффективность лечения по динамике биофизических показателей конкретных точек акупунктуры и определить количество сеансов лечения, необходимых пациенту;
- Создать банк данных с возможностью статистического и научного анализа;
- Повысить пропускную способность отделения при высокой эффективности и объективности результатов лечения.

За 10 лет работы на «Комплексе» пролечено более 15000 больных. Взрослые пациенты составили 63%, средний возраст пациентов 38 ± 2 года. 82% больных курсовое лечение проводилось 2-3 раза в год. Наш опыт работы свидетельствует о высокой эффективности лечения. Положительные результаты получены в 95% случаев, в том числе хорошие результаты у 75% больных, улучшение – у 20%. Наиболее высокие результаты отмечались у пациентов с ВСД, артериальной гипертензией, ангиопатиями, заболеваниями органов дыхания, заболеваниями кишечника и желчевыводящих ходов, у категории «часто болеющих детей». Возможно не только лечение уже имеющихся заболеваний, но и раннее выявление патологических изменений в организме, повышение устойчивости к стрессам. Побочных эффектов терапии, осложнений у наших больных не отмечалось.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о высокой диагностической и лечебной эффективности АККР при различной соматической патологии у взрослых и детей и позволяют рекомендовать данную технологию в практику медицинских учреждений.

К вопросу закрытия ран при ожирении

Шапошников В.И.

*Кубанская государственная медицинская академия,
Краснодар*

Важным фактором, предрасполагающим к нагноению послеоперационной раны является ожирение. В связи с увеличением из года в год лиц с избыточным весом, возрастает и число операций у больных, имеющих чрезмерно выраженную подкожно - жировую клетчатку. При ушивании ран наиболее часто используют следующие швы: простой узловый, Спасокукоцкого (8 - образный), П - образный, вертикальный петлеобразный Донати, многостежковый адаптационный матрацный Золтана.

Разнообразие методик ушивания ран свидетельствует об отсутствии у хирургов единого подхода к данному этапу выполнения операции. Это позволило нам предложить модифицированный способ закрытия послеоперационных ран у больных с избыточным весом - при толщине подкожно - жировой клетчатки более чем 3 см. При разработке метода особое значение уделяли точной адаптации всех слоев рассеченных тканей передней брюшной стенки без сдавления их шовным материалом - опасность развития данного осложнения возрастает при передне - задней компрессии тканей.

С учетом этих требований, у 58 больных в возрасте от 22 до 65 лет, имевших 111 степень ожирения, был применен многоэтажный горизонтальный матрацный метод с боковой адаптацией как всех слоев поврежденной кожи, так и подкожно - жировой клетчатки (на всю ее глубину - от глубоких слоев дермы до апоневроза). Из общего числа этих больных женщин было 52 (89,6%). У всех больных операция осуществлялась на органах брюшной полости, в том числе : по поводу большой ventральной грыжи - у 28 (48,3%), хронического калькулезного холецистита - у 27 (46,5%), различных заболеваний органов малого таза - у 3 (5,2%). Из 58 пациентов 14 (24,1%) страдали сахарным диабетом.

МЕТОДИКА. После наложения швов на апоневроз, осуществляют тщательную санацию раны (использовали салфетки, смоченные раствором фурацилина в смеси с 3% раствором перекиси водорода). Затем на расстоянии 2 - 2,5 см от апоневроза на жировую клетчатку в горизонтальном направлении на протяжении всей длины раны проводят крепкую синтетическую нить по матрацному способу бокового сближения тканей. Концы этой нити выводят на переднюю брюшную стенку (путем прокалывания всей толщины тканей) рядом с углами раны. Для удобства проведения второй нити (на расстоянии 2,5 - 3,0 см от первой) концы этой лески не натягивают, а оставляют в разведенном положении. Вторую и последующие нити проводят аналогично первой. В последнюю очередь накладывают матрацный горизонтальный капроновый шов на глубокий дермальный слой кожи. Дренажные трубки в рану не вводят, так как эти горизонтальные матрацные нити выполняют роль дренажных систем. После проведения капроновой нити через кожу, к одному из концов каждой нити привязывают шарик и вслед за этим последовательно осуществляют натяжение каждой нити, при этом полноту контактного сближения тканей оценивают визуально. После выполнения данной процедуры свободные концы ниток фиксируют при помощи короткой трубки, уложенной в поперечном направлении на брюшную стенку у места выхода лигатур. Все лигатуры удаляют одновременно на 9 - 11 день после операции.

Из 58 больных у 37 (63,2%) через жировую клетчатку были проведены две нити, у 15 (26,3%) - три, а у 6 (10,5%) - четыре. Использование синтетических ниток оказалось наиболее приемлемым в качестве адаптационного шовного материала, удаление которого происходило без каких либо затруднений. До момента снятия швов и в последующие 7 дней после выполнения этой процедуры, никаких осложнений со стороны раны не было отмечено ни у одного больного (в том числе и у больных сахарным диабетом). Однако в дальнейшем у 3 из них (5,2%) образовались лигатурные свищи, источником которых стали лавсановые узлы, наложенные на апоневроз. Это свидетельствует об необходимости использования рассасывающегося шовного материала при сближении краев раны апоневроза.

У 21 больного (36,2%) удалось определить отдаленный результат лечения, с применением описанной методики закрытия послеоперационной раны

живота, через 4 - 10 лет. У всех этих бывших пациентов отмечался хороший косметический результат - на коже имелся или еле различимый рубец (6 человек, у которых производился вертикальный разрез кожи), или слегка пигментированная полоска (15 человек, у которых был осуществлен косорасщепляющий разрез кожи по разработанной нами методике). Втяжения кожи в глубину подкожно-жировой клетчатки у них не наблюдалось и вся подлежащая под ними ткань была без грубой рубцовой перестройки.

Таким образом, у больных с выраженным ожирением закрытие послеоперационных ран целесообразно производить при помощи многоярусных горизонтальных матрацных швов, дающих хорошие ближайшие и отдаленные результаты лечения. Эти швы позволяют производить полноценное визуальное сближение тканей в боковом направлении без их сдавления, что предотвращает их обескровливание. Боковой контакт сшиваемой подкожно-жировой клетчатки резко уменьшает опасность развития грубой рубцовой ткани в области бывшей раны. Этот фактор имеет важное значение в достижении косметического эффекта. Для уменьшения риска образования лигатурных свищей со стороны узлов, наложенных на апоневроз, следует применять рассасывающуюся шовную нить.

Особенности свободнорадикальных воздействий, изученные на модели перевивной опухоли Лимфосаркома Плисса

Щербатюк Т.Г., Кондрашова М.Н.*, Мухина И.В.
ГОУ ВПО НижГМА МЗ России, Нижний Новгород,
*ИТЭБ РАН, Пушино-на -Оке

Цель исследования: разработать комплексный подход дестабилизации свободнорадикального уровня бластотрансформированных клеток и коррекции свободнорадикального баланса организма животных с экспериментальными опухолями.

Эксперименты выполнены на 547 белых нелинейных крысах, самцах. Модель неоплазии создавали путем перевивки опухолевого штамма Лимфосаркома Плисса, приобретенного в НИИ ЭТ и ДО РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН (г. Москва).

Воздействие озоном осуществляли путем интра-, паратуморального и внутрибрюшинного введения крысам озонированного физиологического раствора (ОФР) в течение 5 сеансов. ОФР вводили в качестве моно-терапии, а также в плане предлучевой подготовки (комбинированное воздействие). Облучение животных проводил врач-радиолог городского онкологического центра Синельщиков А.Д. на установке Агат Р-1. Крысы помещались в деревянный ящик (размеры 20×20 см) и подвергались воздействию гамма-излучения (дозы: 2, 1 Гр) на фокусном расстоянии 20 см.

Состояние свободнорадикальных процессов животных-опухоленосителей оценивали по интенсивности перекисного окисления липидов (ПОЛ) и активности антиоксидантной системы в крови а также гомогенатах опухолевой ткани. Радикальные

продукты ПОЛ косвенно оценивали методом Fe^{2+} индуцированной хемилюминесценции, при помощи биохемилюминометра БХП-06М (Нижний Новгород), молекулярные продукты ПОЛ: диеновые и триеновые конъюгаты - спектрофотометрически. Определяли активность антиоксидантных ферментов: Cu,Zn-супероксиддисмутазы, каталазы, глутатионпероксидазы, глутатионтрансферазы глутатионредуктазы. Использовали метод клиновидной дегидратации биологических жидкостей (Шаболин В.Н., Шатохина С.Н., 1992) Оценку противоопухолевого эффекта осуществляли по проценту торможения опухоли, который высчитывался по формуле: Средний показатель массы опухоли в контроле - средний показатель массы опухоли в опытной группе / средний показатель массы опухоли в контроле × 100% (Экспериментальная оценка противоопухолевых препаратов в СССР и США, 1980).

Статистическую обработку экспериментальных данных проводили методами одномерной статистики. Достоверность различий средних определяли по *t*-критерию Стьюдента.

В результате исследования получены следующие выводы.

1. Механизмом противоопухолевого действия озона (в виде интра- и паратуморального введения озонированного физиологического раствора с концентрацией озона в газовой смеси 3000 мкг/л) является усиленная генерация кислородных и озоновых метаболитов, инициирующих свободнорадикальное окисление, которое сопровождается повреждением биомембран, нарушением метаболизма, деструкцией и гибелью клеток лимфосаркомы Плисса.

2. Озонированный физиологический раствор в плане предлучевой подготовки животным с лимфосаркомой Плисса на позднем сроке роста опухоли повышает уровень свободнорадикальных реакций в опухолевой ткани, что приводит к усилению повреждающего действия ионизирующего излучения за счет повышения радиочувствительности опухоли; при этом уровень перекисного окисления липидов в организме -опухоленосителе выше, чем у интактных животных.

3. Комбинированное использование парентерального введения ОФР и ионизирующего излучения с меньшей дозой облучения животным с лимфосаркомой Плисса на раннем и позднем сроках роста опухоли является эффективным подходом, направленным как на дестабилизацию свободнорадикального уровня бластотрансформированных клеток, так и на коррекцию свободнорадикального баланса организма-опухоленосителя.

4. Оценка комплексного воздействия озона, ионизирующего излучения и янтарной кислоты выявила, что наиболее эффективным с точки зрения степени восстановления свободнорадикального баланса и системной структурной организации биологической жидкости является введение озонированного физиологического раствора совместно с янтарной кислотой. По проценту торможения роста опухоли на позднем сроке ее роста используемые воздействия располагаются в следующей последовательности по степени убывания: «озонированный