

перстной кишки (ЯБДК) в возрасте 45 - 70 лет. Изучена активность ГР эритроцитов крови больных с гастродуоденальными язвами, представленных различными клиническими группами. Активность фермента определяли при поступлении больных в клинику, перед операцией, на 6-7 сутки после оперативного вмешательства или консервативного лечения и перед выпиской из стационара.

Установлено, что активность ГР во всех группах больных достоверно снижена, что зависело от тяжести заболевания. В большей степени угнетение антирадикальной защиты крови (на 49,8 %) проявилось у больных с ЯБДК, что может служить критерием её диагностики. Депрессия глутатионовой защиты крови больных ЯБЖ и ЯБДК возможно обусловлена нарушением пентозофосфатного цикла, и, в частности, снижением активности глукозо – 6 - фосфатдегидрогеназы, что приводит к уменьшению содержания никотинамид-адениндинуклеотид фосфата восстановленного (НАДФ · Н), который в эритроцитах включается в реакцию восстановления глутатиона, катализируемую ГР. Низкая активность ГР нарушает соотношение окисленных и восстановленных форм глутатиона и является одной из причин срыва целого ряда метаболических реакций организма при ЯБЖ и ЯБДК.

Показано, что преобладание окисленных форм глутатиона вызывает быстрое угнетение скорости синтеза белка, изменение транспортных функций мембран, усиление гидратации клеток, уменьшение активного транспорта и увеличение пассивной диффузии. При этом нарушается электролитный баланс ионов калия, натрия и хлора, постепенно снижается количество АТФ внутри клетки, потребление аминокислот и углеводов, активность глукозо-6-фосфатазы, Na-K-зависимой АТФ-азы, протеинкиназы. Восстановленный глутатион, являясь полифункциональным соединением, оказывает регулирующее воздействие на многие жизненно важные процессы организма, а активность ключевого фермента, восстанавливающего его, отражает не только состояние антиоксидантной защиты крови, но и является одним из патогенетических звеньев ульцерогенеза.

В динамике лечения активность ГР нормализовалась у больных с не осложнёнными формами ЯБ, лечившихся консервативно, и с осложнёнными формами ЯБ ДП. Обращает внимание, что у больных осложнёнными формами ЯБ ДПК, у которых в анамнезе выявлены диабет, гепатит, желчно-каменная болезнь и т.д., а также с осложнёнными формами ЯБЖ активность ГР превышала норму на 58,9 % и 62,7 % соответственно, что отражает, по-видимому, компенсаторное усиление систем антирадикальной защиты крови. Увеличение буферной ёмкости антиоксидантной системы за счёт повышения содержания восстановленного глутатиона следует рассматривать как проявление защитной неспецифической реакции организма больных этих клинических групп в стадии долговременной адаптации, в реализации которой значительное место занимает пластический обмен. Истощение мощности антиоксидантной системы способно привести к срыва компенсаторных реакций и к развитию в дальнейшем рецидивов и хронических форм заболеваний.

Таким образом, уровень активности ГР, является одним из критериев оценки адаптивных возможностей организма и может служить надёжным маркером эффективности лечения. Активность этого фермента можно рассматривать как косвенный показатель локализации язвенного дефекта в дополнение к основным методам диагностики. Сложный патогенез ЯБЖ и ЯБДК и обусловленная этим многоликость клинической манифестации, делают проблему уточнения некоторых сторон ульцерогенеза весьма актуальной. Проведенные исследования позволяют сделать вывод о перспективности определения активности ГР эритроцитов крови больных с гастродуоденальными язвами. Выяснение роли и взаимосвязи данного патогенетического звена с другими, и, следовательно, поиск возможности коррекции выявленных нарушений может иметь определённое теоретическое и практическое значение.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УСТРОЙСТВА ДЛЯ ПОСТУРАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ КРИВОШЕИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННОЙ НЕЙРО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Торишнева Е.Ю., Ушаков А.А.
Институт биологии и природопользования АГТУ,
кафедра медико-биологических дисциплин,
Астрахань

Врождённая мышечная кривошея является одним из наиболее распространённых поражений, наблюдаемых у детей первого года жизни, и занимает по частоте 3-е место после дисплазий тазобедренного сустава и деформаций стопы (С.Т.Зацепин, М.О. Фридлянд, И.И. Мирзоева, М.П.Конюхов).

При обследовании детей родильных домов г. Астрахани в 40% случаев был установлен этот диагноз, у детей, родившихся в головном предлежании и до 70% случаев у детей, родившихся в тазовом предлежании, при тяжелых родах, требовавших акушерских пособий.

Также часто встречается приобретённая, нейрогенного генеза кривошея у детей с перинатальным поражением мозга вследствие задержки влияния позитонических рефлексов (особенно АСШТР - асимметричного шейного тонического рефлекса с преобладанием его действия с одной какой-либо стороны).

При запоздалой диагностике и несвоевременно назначенном лечении кривошея приводит: к заметной асимметрии лица, которая проявляется в склонности подбородка, уменьшении большой половины лица, затем в асимметрии черепа; к изменению направления слухового прохода; к изменению развития верхней и нижней челюстей, придаточных полостей носа, носовой перегородки, твёрдого нёба; к ограничению полей зрения; к нарушению осанки; к изменениям в шейном и грудном отделах позвоночника. При более тяжелой форме страдания и у детей более старшего возраста заболевание приводит к S-образному сколиозу шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника. Выше перечисленное доказывает актуальность проблемы.

В настоящее время комплексная терапия кривошееи состоит в сочетании консервативных ортопедических мероприятий со специальной лечебной гимнастикой, массажем и физиотерапевтическими процедурами. В качестве консервативных ортопедических мероприятий в настоящее время используются: гипсовая повязка (Фридлянд М.О. 1954); ватно-марлевая повязка (Чаклин В.Д. 1957); специальная повязка (Биезинь Л.И. 1968); укладка мешочками с песком (Юмашев 1971); ватно-марлевая баранка (Волков М.В., Дедова В.Д., 1972); картонно-ватно-марлевый воротник (Мирзоева И.И., Конюхов М.П., 1983); головодержатель из ткани «Трикор» (Научно - производственный центр «Огонёк», Москва 1992.).

Известные устройства имеют ряд существенных недостатков. Они вызывают мацерацию кожи новорожденного в местах их соприкосновения, имея циркулярную форму, сдавливают шею ребенка с возможностью прижатия сосудов, дыхательных путей, не формируют шейный лордоз, необходимость постоянного контроля за положением устройства на ребенке, не обеспечивают достаточной коррекции.

Нами предложено устройство для постуральной коррекции кривошееи (подана заявка на изобретение № 2002133551/14(035306) от 10.12.2002, по которой от 7 апреля 2004 г. принято решение о выдаче патента на изобретение), в котором устранены изложенные выше недостатки и при его использовании создаются комфортные условия коррекции положения головы и формирования функции грудино – ключично - сосцевидной мышцы. При нейрогенном генезе кривошееи оно способствует редуцированию влияния позотонических рефлексов.

Устройство контактирует с кожей ребенка по задней поверхности шеи, в области ушной раковины со здоровой стороны и в области сосцевидного отростка с пораженной стороны, не охватывает шею циркулярно. Благодаря форме устройства обеспечивается надежная фиксация в корректированном положении при сохранении возможности поворота головы в сторону поражения, формируя функцию пораженной мышцы. Это устройство использовалось для реабилитации детей с сочетанной нейро-ортопедической патологией в Астраханском Областном Специализированном доме ребенка (акт использования от 1.10.2003 г.) для детей, имеющих кривошеею как врожденного, так и приобретенного нейрогенного характера, в возрасте от 1,5 мес. до 2 лет. В каждом случае проведения постуральной коррекции с помощью выше указанного устройства получен положительный результат, осложнений не отмечалось.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ КУЛЬТИ ЖЕЛУДКА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Шурыгин К.В.

Ростовская областная клиническая больница

Сонографическая оценка эвакуаторной функции резецированного желудка является важным звеном в исследовании эффективности радикальных операций.

Целью работы явилась разработка ультразвуковых критериев оценки нарушений моторной функции культи желудка у больных после хирургического лечения рака желудка.

Трансабдоминальным ультразвуковым методом обследованы 94 пациента после субтотальной резекции желудка в связи с его опухолевым поражением. Все исследования проводили с использованием ультразвукового сканера SonoAce-5000 (Medison, Ю. Корея), оснащенного конвексным датчиком 3,5 МГц. В качестве показателей, характеризующих функциональное состояние резецированного желудка, могут выступать значения периода полувыведения его содержимого. В связи с этим, при ультразвуковом исследовании культи желудка измеряли величины объема органа через определенные временные промежутки (через каждые 10 мин). Суть метода состояла в определении времени уменьшения показателя объема содержимого желудка до 1/2 от исходного после приема натощак 300-500 мл физиологического раствора. При этом применяли формулу определения показателя объема желудка: $Vn = a(S_{1n}+S_{Fn})x hn/ho$, где a - коэффициент размерности, равный 1 ед. измерения, n - номер измерения, S_1 - величина очерченной площади поперечного сечения антравального отдела желудка в средней трети, S_F - величина очерченной площади культи желудка во фронтальном срезе, h - высота стояния уровня жидкости в полости желудка (от уровня верхней стенки антравального отдела желудка), ho - высота стояния уровня жидкости в полости желудка при первом измерении.

На основании проведенных исследований было выявлено, что искусственные жомы в области гастро-энтеро- и гастроэзофагоанастомоза в ранний послеоперационный период выполняли роль полноценных сфинктеров, которые обеспечивали порционную эвакуацию, восстановление резервуарной функции культи желудка и в значительной степени препятствовали рефлюксу в пищевод либо в культи желудка. Анализ полученных результатов оценки периода полувыведения содержимого желудка в зависимости от способа пилорусмоделирующего анастомоза позволил выявить, что ускоренная эвакуация содержимого культи желудка была отмечена только у пациентов с формированием жома без искусственного клапана, что говорит о недостатках данного метода пилорусмоделирующей операции. Из полученных результатов также следует, что замедленная эвакуация содержимого желудка в подавляющем большинстве случаев (84,3%) наблюдалась в раннем послеоперационном периоде (первые 2 недели после операции). Это объясняется отеком области анастомоза и снижением моторной активности культи желудка в этот период времени.

Эхоскопически функция пилорусмоделирующего жома проявлялась у пациентов в виде слоистых сокращений по типу "сжимающегося и разжимающегося цилиндра". В первые 8 суток после операции у большинства пациентов (92,3%) перистальтика культи желудка отсутствовала или была едва заметна вследствие малой амплитуды, составляющей менее 20%. Так, при ультразвуковом исследовании в ближайшем послеоперационном исследовании были установлены низкие показатели частоты перистальтики