

Под наблюдением в пульмонологическом отделении находились 40 больных ХОБЛ. В период обострения заболевания принимали: антибиотики (амоксциллин), комбинированный бронходилататор – беродуал, амброксол. До лечения и после в плазме крови определяли показатели, характеризующие оксидантный статус организма: общую прооксидантную активность (ОПА) по накоплению в модельной системе с TWEEN-80 малонового диальдегида и концентрацию тиобарбитурат - реактивных продуктов (ТБРП). Для характеристики антиоксидантного статуса организма в гемолизате определяли общую антиоксидантную активность (ОАА) по степени ингибирования аскорбат-ферро-индуцированного окисления TWEEN-80 до тиобарбитурат-реактивных продуктов и активность основных антиоксидантных ферментов - супероксиддисмутазы (СОД) по степени ингибирования восстановления нитросинего тетразолия супероксидом, образующимся при взаимодействии феназин-метасульфата и НАДН; активность каталазы (КАТ) по подавлению окисления молибдата перекисью водорода; активность глутатионпероксидазы (ГП) по убыли восстановленного глутатиона при его окислении гидроперекисью третичного бутила. Контрольную группу составили 20 практически здоровых добровольцев.

У больных ХОБЛ в период обострения была значительно повышена ОПА плазмы ($p < 0,001$) и уровень ТБРП ($p < 0,001$) по сравнению с уровнем здоровых людей. В тоже время у всех больных были снижены показатели антиоксидантной защиты в эритроцитах по сравнению с уровнем здоровых людей: ОАА на 31% ($p < 0,05$), активность СОД на 26% ($p < 0,001$), КАТ на 20% ($p < 0,05$) и ГП на 13% ($p < 0,01$). К выписке, после курса медикаментозной терапии, на фоне клинического улучшения наблюдали значительное снижение уровня показателей оксидантного статуса, ОПА на 46,7% ($p < 0,001$) и ТБРП на 25,2% ($p < 0,001$), однако показатели антиоксидантного статуса существенно не менялись.

У больных ХОБЛ при обострении заболевания имеется выраженный дисбаланс между продукцией активных форм кислорода и активностью внутриклеточных антиоксидантных энзимов, что свидетельствует о снижении адаптивных возможностей антиоксидантной системы этих больных. Клинически эффективный курс медикаментозной терапии значительно снизил выраженность наблюдаемого дисбаланса, за счет уменьшения продукции активных форм кислорода, без существенного влияния на антиоксидантный статус.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВИДНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Иванов П.А., Антюхин К.Э.

*Городская больница скорой медицинской помощи,
эндоскопическое отделение*

Курск

В последнее время, в связи с развитием эндоскопических методов диагностики и лечения, широко стала применяться эндоскопическая электрохирурги-

ческая полипэктомия. Данный метод имеет неоспоримые преимущества перед оперативными методами лечения той же патологии.

Для выполнения эндоскопических электрохирургических операций на полиповидных новообразованиях желудочно-кишечного тракта с 1970 года используются различные модификации диатермических петель работающих с применением тока высокой частоты в монополярном режиме. Однако при работе с данными устройствами существует опасность развития тяжелых осложнений, частота которых достигает 7,5% случаев, летальность достигает 0,5%, причем подавляющее число осложнений связано с применением тока высокой частоты в монополярном режиме. Так, кровотечения после полипэктомии встречаются в 5,3% случаев, перфорации стенок желудка или кишечника – 1% случаев, в 1,3% случаев встречаются ожоги и некрозы слизистой оболочки вне зоны полипов.

С целью профилактики этих осложнений нами разработано устройство для проведения высокочастотной электрохирургической эндоскопической электроэксцизии полиповидных новообразований желудочно-кишечного тракта с применением тока высокой частоты в биполярном режиме (положительное решение от 01.13.2003 по заявке № 2003 131785 от 04.11.2003). Устройство содержит два управляемых сочлененных электрода с возможностью их перемещения посредством привода ручки фиксатора вдоль оси устройства. Оба электрода снабжены токоизолирующими оболочками, находятся внутри электроизолированного тefлонового корпуса и имеют на проксимальных концах электроразъемы для подключения к противоположным полюсам источника тока. Оба электрода имеют дистальную рабочую часть свободную от токоизоляционной оболочки длиной до 5 см, соединены на дистальном конце токоизолирующим шариком диаметром 3мм., являющимся препятствием для электрического тока между разнополярными электродами. В рабочем состоянии устройство на дистальном конце образует форму проволочной петли, что позволяет осуществлять набрасывание устройства на новообразование, с последующим захватом его и проведением электроэксцизии с применением тока высокой частоты в биполярном режиме. Ввиду того, что при использовании высокочастотного тока в биполярном режиме ток действует между активными электродами, а в нашем случае между ними располагается удаляемое новообразование, создаются наилучшие условия для проведения электроэксцизии без угрозы распространения тока на окружающие ткани, следовательно, без угрозы осложнений, связанных с применением монополярных электродов.

В отделении успешно применено описанное устройство при полипэктомии у 22 пациентов, электрохирургических осложнений не получено.