

лечении 139 больных с хроническими и острыми анальными трещинами.

Из 127 больных с хронической трещиной большинство составляли женщины – 86 пациенток (67,71%), мужчин – 41 (32,28%). Возраст пациентов составлял от 17 до 72 лет. Задняя анальная трещина диагностирована у 107 больных, передняя – у 11 (8,66%), сочетание передней и задней трещины отмечено в 10 наблюдениях (7,87%). Анамнез заболевания составлял от 2-х месяцев до 15 лет. 6 больных (в том числе 2 – с передними трещинами) были ранее оперированы по поводу анальной трещины, 4 пациентов оперированы ранее по поводу хронического геморроя 3-4 ст.

Обследование больных включало клинический осмотр, ректоскопию, анальную электроманометрию, электромиографию, а также эндоректальное УЗИ и рентгенологические исследования.

Все 12 больных (по 6 мужчин и 6 женщин) с острой анальной трещиной обратились в сроки до 2 недель от начала заболевания. Следует отметить, что больные с впервые выявленной острой задней анальной трещиной, при отсутствии другой колоректальной патологии, требующей оперативного вмешательства, лечились амбулаторно. Консервативная терапия включала анальгетики, спазмолитики, противовоспалительные средства, препараты, улучшающие микроциркуляцию и была направлена на ликвидацию спазма сфинктера и стимуляцию регенерации (эпителизацию трещины). Кроме того, индивидуально определялись показания к выполнению спирт-новокаиновых блокад трещин, пресакральных новокаиновых блокад (по стандартной методике), физиолечению.

Оперировано 117 больных. У 10 пациентов (с анамнезом 2-3 месяца) консервативная терапия позволила достичь заживления трещин без выполнения операции. По характеру оперативного вмешательства пациенты были разделены на 3 группы. Первую группу составили пациенты, которым выполнили иссечение трещины в сочетании с задней дозированной сфинктеротомией, во второй группе иссечение трещины дополнялось модифицированной «закрытой» подслизистой боковой дозированной сфинктеротомией. Третью группу составили пациенты, которым наряду с иссечением трещины и дозированной сфинктеротомией одновременно выполнены операции по поводу полипов прямой кишки, хронического геморроя 3-4 ст., либо неполных внутренних свищей. Операции в данной группе завершались частичным ушиванием дна раны (при геморроидэктомии), либо фиксацией краев слизистой к ее дну.

Сроки послеоперационного наблюдения составили от 6 до 30 месяцев. Рецидив трещины отмечен в 4-х наблюдениях (3,41%). В двух случаях рецидив получен после иссечения трещины в сочетании с задней «открытой» сфинктеротомией, в одном наблюдении отмечен рецидив задней трещины после удаления «двойной» (на 6-и и 12-и часах) трещины (первая группа), и однажды – при simultанном удалении аденоматозного полипа прямой кишки (третья группа). Во второй группе наблюдений рецидивов не отмечено.

Наиболее благоприятное послеоперационное течение отмечено у больных второй группы наблюдения. Это проявлялось меньшей интенсивностью болевого синдрома, ранней активизацией больных, отсутствием необходимости задержки стула после операции, сокращением сроков послеоперационного пребывания в стационаре (которые составляли от 2-х до 7-и суток). При этом, достоверного различия в сроках полного заживления операционных ран не отмечено. Послеоперационной инконтиненции не отмечено ни в одном случае. У четверых больных (в том числе троих мужчин старше 50 лет) в послеоперационном периоде имели место дизурические расстройства, купированные консервативно.

Выводы.

1. Отсутствие клинического эффекта от консервативной терапии анальных трещин в течение 3-х месяцев от начала заболевания, является показанием к операции.

2. Обязательным этапом операции должно быть выполнение дозированной сфинктеротомии по одной из общепринятых методик. Точное соблюдение техники и правил выполнения сфинктеротомии позволяет получать стабильно хорошие результаты и избежать развития послеоперационного недержания.

3. Выполнение «закрытой» подслизистой латеральной сфинктеротомии по сравнению с «открытой» задней, позволяет снизить интенсивность послеоперационного болевого синдрома, способствует ранней активизации больных.

4. Техника выполнения simultанных операций при сочетании анальной трещины и других проктологических заболеваний нуждается в доработке ввиду необходимости соблюдения принципов лечения анальной трещины в условиях дополнительной операционной травмы, наличия обширной раневой поверхности и целесообразности ее частичного ушивания.

СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПОЛОВОЗРЕЛЫХ КРЫС ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НА ОРГАНИЗМ ОЛОВА

Грушко М.П., Федорова Н.Н.,
Берберова Н.Т., Коляда М.Н.

*Астраханский государственный университет,
Астрахань*

Экспериментальная часть работы выполнена с использованием 40 самцов белых крыс. Эксперимент продолжался в течение 21 дня в осенний период года. При проведении исследования руководствовались базисными нормативными документами: рекомендациями по экспериментальной работе с использованием животных при Минздраве РФ, рекомендациями ВОЗ. Животные содержались в виварии НИИ по изучению лепры в контролируемых условиях: 12-часовой период освещения, комнатная температура $+20 \pm 2^\circ\text{C}$, влажность 5—70%, корм *ad libitum*. Все самцы имели средний вес 320,0г (290,0-343,0г), были половозрелыми (6 месяцев жизни).

8 самцов первой группы кормили кашей с неорганическим оловом (SnCl_2 в концентрации 12,5 мг на

1 кг корма) в течение трех недель (неконтролируемая концентрация).

8 самцов второй группы кормили кашей с органическим оловом (триметилловохлорид – $(\text{CH}_3)_3\text{SnCl}$ – в концентрации 12,5 мг на 1 кг корма) в течение трех недель (неконтролируемая концентрация).

8 самцов третьей группы получали кашу с трибутиловохлоридом (12,5 мг на 1 кг корма), который предварительно растворяли в хлороформе. Последний не улетучивался полностью – $\text{CH}_3\text{H}_9\text{SnCl}$. В опыте изучалось сочетание действия токсикантов.

8 самцов четвертой группы получали кашу с фенилпорфирином, который предварительно был растворен в хлороформе.

8 самцов были контрольными.

По окончании опыта животных декапитировали, предварительно погружая в наркоз (внутрибрюшинное введение 5%-ного раствора хлорилгидрата, 25 мл на 1% г массы животного). Взятые кусочки тазовых почек животных зафиксировали в растворе 12%-ного нейтрального формалина. Гистологическое исследование тканей почек проведено по общепринятым методикам (Волкова О.В., Елецкий Ю.К., 1984).

В результате исследования обнаружено, что в почках исследованных животных произошли значительные патологические изменения. Так, у крыс первой группы в почках отмечены многочисленные мелкие, точечные кровоизлияния в межканальцевую ткань. В почечных тельцах видимых изменений не было отмечено. Почечные канальца этой группы крыс были окружены расширенными капиллярами. У 20% канальцев в почечном эпителии имелись разрушенные клетки, в цитоплазме наблюдалось мутное набухание, контуры ядер были нечеткими. Просвет всех канальцев был резко сужен из-за отека стенок, в его просвете присутствовал белок.

У второй исследованной группы крыс были отмечены многочисленные некротические участки как в межканальцевой ткани так и в эпителии почечных канальцев. Отмечено, что у 50% почечных телец происходило слипание петель капилляров со стенками капсул, остальные тельца имели небольшое количество эритроцитов в мочевых полостях. Мочевые пространства были сужены. У части канальцев клетки стенок были разрушены. У оставшихся канальцев стенки были резко отечными, что приводило практически к отсутствию просвета.

У третьей группы в интерстициальной ткани тазовой почки были отмечены обширные очаги некроза, крупные очаговые кровоизлияния. В одних почечных тельцах наблюдалось многоклеточность петель кровеносных капилляров, их слипание, в других – происходила атрофия капиллярных клубочков, в третьих эритроциты находились в суженых мочевых пространствах. Выявлено набухание клеток всех отделов нефрона. Отмечено разрушение большинства извитых канальцев, в оставшихся канальцах (10%) наблюдалась вакуолизация цитоплазмы проксимальных и дистальных канальцев, резкий отек их стенок, что приводило к исчезновению в них просвета.

Четвертая группа характеризовалась присутствием очень мелких точечных кровоизлияний в межканальцевой ткани. В почечных тельцах изменений не

было отмечено. У 30% почечных канальцев в просвете имелся белок.

Контрольная группа крыс не имела видимых изменений в почках, за исключением присутствия небольших количеств белка в извитых канальцах.

Таким образом, в результате проведенных исследований отмечено, что олово как органическое, так и неорганическое, и особенно трибутиловохлорид, растворенный в хлороформе негативно влияет на организм, что ведет к многочисленным патологическим изменениям в тазовых почках исследованных животных, в том числе к острой почечной недостаточности.

ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ КОЛИЧЕСТВА ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА В СВЕТЕ ГЛАВНЫХ ПОСТУЛАТОВ СИНЕРГЕТИКИ

Губин Г.Д.¹, Губин Д.Г.¹, Вайнерт Д.²,
Рыбина С.В.¹, Куликова С.В.¹.

¹ГОУ ВПО Государственная
медицинская академия, Тюмень
²Университет им. Мартина Лютера,
Галле, Германия

Дискуссия о медико-биологической сущности здоровья продолжается и становится все более актуальной в связи с назревшей необходимостью создания новой медицинской доктрины – медицины здоровья. Есть один, очень существенный фактор, препятствующий практическому внедрению в жизнь принципов медицины здоровья – это слабое знание четких критериев широко распространенных, но малоизученных пограничных состояний в характеристике здоровья (донозологические, преморбидные состояния, состояния напряжения, утомления, срыв адаптации). Особенно для теории и практики в этом вопросе недостает их количественной оценки.

В журнале «Валеология» за 2005 (№1) сделано заключение, что «здоровье» представляет собой способность организма противостоять в онтогенезе процессу дезадаптации через реализацию внутри- и межсистемных механизмов, автономно и устойчиво сохранять гомеостаз при различных условиях внешней среды. Такое определение дано после анализа 24 основных определений дефиниций здоровья за период с 1960 по 2004 год. Вышеприведенное определение здоровья нами в целом разделяется, но особенно нашему пониманию сущности здоровья близко представление нашего коллеги – хронобиолога из Германии Гильдебрандта (1976), который определил «здоровье как состояния оптимальной гармоничности между временными структурами внутри организма, и воздействиями внешней среды».

Мы на основе многолетних хронобиологических исследований, проводимых с 1964 года по настоящее время (в онтогенезе позвоночных, в том числе человека и в филогенезе позвоночных, в экспериментальных условиях, при различных состояниях напряжения, в том числе при экспедиционно-вахтовом методе труда, а также при различных видах патологии) сделали заключение, что здоровье – это гармония ритмов и, прежде всего, циркадианных ритмов биопроцессов.