



Рис. 2. Рентгенография легких от 4.09.2012г.



Рис. 3. Общий вид больного, 37-ые сутки после операции



Рис. 4. 42-ые сутки после операции. Гастро- и еюностома сняты

#### Список литературы

1. Абакумов М.М. Гнойный медиастинит // Хирургия. Журнал им.Н.И. Пирогова 2004; 5.
2. Брискин Б.С., Верткин А.Л., Вовк Е.И., Маматаев Р.К. Догоспитальная помощь при хирургических заболеваниях органов брюшной полости: острая абдоминальная боль // Медицинский научно-практический журнал Лечащий врач. Неотложная помощь № 06/02.
3. Вижнис Е.И. Спонтанный разрыв грудного отдела пищевода, осложненный медиастинитом (синдром Бурхаве). БелМАПО 2005.
4. Завгороднев С.В., Корниенко В.И., Пашков В.Г. и др. Спонтанный разрыв грудного отдела пищевода, осложненный гнойным медиастинитом, двусторонним гидронефротаксом, эмфиземой плевры и бронхиальным свищом // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2007; 4: 54-56.
5. Корымасов Е.А., Белян А.С., Пушкин С.Ю. и др. Спонтанный разрыв пищевода, осложненный распространенным гнойно-некротическим медиастинитом и сепсисом // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2011; 1: 70-71.
6. Тимербулатов Ш.В., Тимербулатов В.М. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве). Эндоскопическая хирургия 2009; 6: 48-50.
7. Яковенко Э.П. Абдоминальный болевой синдром: этиология, патогенез и вопросы терапии // Медицинский научно-практический журнал Лечащий врач. Гастроэнтерология № 05-06/01.

8. Mahmodlou R., Abdirad I., Ghasemi-rad M. Aggressive surgical treatment in late-diagnosed esophageal perforation: a report of 11 cases. ISRN Surg. 2011.

9. Smith J.S., McCallister J.W. Boerhaave's syndrome. West J Emerg Med. 2010 February; 11(1): 74-75.

10. Vaidya Sh., Prabhudessai S., Jhavar N., Patankar R.V. Boerhaave's syndrome: thoracoscopic approach. J Minim Access Surg. 2010 Jul-Sep; 6(3): 76-79.

#### БЕЛКОВЫЙ СПЕКТРОМ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Зозуля А.Ю., Сорокин А.В., Азарова Ю.Э., Долгарева С.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, e-mail: dolgareva-svetlana@rambler.ru

**Цель исследования** – изучение состояния белкового спектра мембран эритроцитов при экспериментальном остром панкреатите и гнойном холангите.

**Материалы и методы:** Острый панкреатит моделировали на крысах Вистар по Шалимову С.А. (1989), гнойный обтурационный холангит – по методике, разработанной на кафедре хирургических болезней № 1 Курского государственного медицинского университета. Эритроциты получали из крови по методу Beutler. Мембраны эритроцитов получали методом Dodge. Электрофорез проводили по методу Laemmli. Статистическую обработку результатов исследования проводили, используя непараметрические методы: критерии Вилкоксона, Крускала-Уоллиса, Фридмана и непараметрический вариант критерия Ньюмена-Кейлса. Статистически значимыми считали различия с  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение:** В условиях моделирования острого панкреатита у животных наблюдается снижение  $\alpha$ - и  $\beta$ -спектрина на 30,4% и 28,5%, соответственно, снижается представительность анкирина почти в 2 раза и глицеральдегид-3-фосфатдегидрогеназы на 24,2%. При гнойном холангите после моделирования происходит увеличение представительности анионтранспортного белка на 21,1%,  $\beta$ -спектрина на 16,0% и белка полосы 4.5 на 57,8%, но уменьшение представительности глицеральдегид-3-фосфатдегидрогеназы на 39,6%. При этом в условиях обеих моделей хирургической патологии наблюдается снижение глицеральдегид-3-фосфатдегидрогеназы, который является одним из важнейших ферментов гликолитического расщепления глюкозы, т.к. формирует 2-3-бифосфоглицератный шунт, регулирующий диссоциацию оксигемоглобина.

**Вывод:** При сходных изменениях в системе антиоксидантной защиты при таких хирургических патологиях, как гнойный холангит и острый панкреатит, имеют место совершенно различные изменения в белковой составляющей мембран клеток, в частности эритроцитов.

#### ОСОБЕННОСТИ ГЕМОПОЭЗА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ГИПОКСИЮ И БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Исмаилова М.А., Маткурбанова Д.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, e-mail: dilrabo\_2112@mail.ru

**Актуальность.** В настоящее время отмечается рост рождения недоношенных детей, в России недоношенность составляет 7-10% от общего числа новорожденных. По некоторым странам Европы она составляет до 20% (ВОЗ 2005). Выживаемость недоношенных составляет около 99% при рождении в 33-37 недель беременности, у глубоко недоношенных детей рожденных до 29 недель по различным данным составляет от 70-80 до 90-95%. (Баранов 2007). При-