Результаты ультразвукового исследования почки показали, что размеры почки существенно не изменились, но толщина паренхимы среди больных увеличилась. Возможно, это связано с улучшением кровоснабжения почки, и повышением ее функциональной способности.

На фоне разработанного лечения отмечалось достоверное снижение АД: с 131,3 ±1,7 до 120,6 ± 0,9 мм. рт. ст. ($p<0,05$). Кроме того, в конце лечения у большинства больных зарегистрировано уменьшение частоты сердечных сокращений, уменьшение степени депрессии сегмента ST, свидетельствующие об экономизации функции сердечно-сосудистой системы и улучшении метаболических процессов, способствующих улучшению кровоснабжения почки с увеличением ее резервной возможности.

Оценка общей эффективности разработанного лечения больных с единственной почкой выявила, что основная масса клинических, лабораторных и инструментальных показателей, характеризующих патологический процесс, в значительной степени улучшились. Вероятно, применение минеральной воды источника «Казанчинская» способствует усилению внутриорганного кровотока, клубочковой фильтрации, нормализует уродинамику, увеличивает диурез, не вызывает патологического раздражения структуры почки.

Минеральная вода способствует вымыванию из органов мочеполовой системы бактерий, гноеродных и слизистых субстратов, продуктов распада. Вследствие чего уменьшается степень активности воспалительного процесса; увеличиваются сниженные функции защитных коллоидов мочи выделяемых почкой и улучшается функциональное состояние почки; повышаются ее резервные возможности, снижается вероятность возникновения воспалительных заболеваний почки, мочекаменной болезни и другой сопутствующей патологии.

Субъективные ощущения больных свидетельствуют о существенном регрессе их жалоб на свое состояние, на улучшение качества жизни.

На раннем и позднем этапах проводилось комплексное обследование пациента, как в условиях поликлиники, так и в условиях урологического отделения.

При наблюдении больных в течение 12 месяцев после курса курортного лечения отмечено достоверное уменьшение частоты выявления астеноневротического синдрома ($p < 0,05$), диспепсии, отсутствие признаков возникновения какого-либо заболевания единственной почки (пиелонефрита, нефролитиаза и др.). Под влиянием комплексного санаторного лечения у большинства пациентов наблюдалась благоприятная динамика клинических проявлений в виде нормализации сниженного аппетита, исчезновения запоров и тошноты, астенического синдрома, отсутствие нарушений психоэмоционального статуса, повышенной утомляемости.

В группе сравнения, без курса санаторной реабилитации, в течение срока наблюдения у большинства пациентов отмечались астеноневротический, болевой синдромы, диспепсические нарушения. Лабораторные данные не претерпели существенной динамики по сравнению с днем выписки. Через год у 10 больных (25 %) данной группы отмечались признаки пиелонефрита единственной почки, о чем свидетельствовали анализы мочи, в том числе по Нечипоренко.

Таким образом, курортное лечение способствует улучшению общего состояния, функционального состояния почки, вероятно, за счет улучшения уро – и гемодинамики, что способствует улучшению выделительной функции единственной почки и увеличению ее резервной возможности.

Выводы

Послеоперационный период после нефрэктомии характеризуется наличием функциональных нарушений единственной почки.

Применение минеральной воды Казанчинская внутрь и в виде минеральных ванн в комплексном санаторном лечении больных после нефрэктомии способствует улучшению уро- и гемодинамики, клубочковой фильтрации и возрастанию диуреза, повышению резервной функциональной возможности единственной почки, регрессу болевого и астено-вегетативного синдромов.

Санаторное лечение больных, перенесших нефрэктомию необходимо проводить в ранние сроки после операции, как средство повышения резервов здоровья, для профилактики заболеваний единственной почки и экстранефральной патологии, стабилизации психоэмоциональных нарушений.

Список литературы

1. Настюков В.В. Новые методы курортного лечения и диагностики больных с хроническими заболеваниями мочеполовой системы // Актуальные вопросы урологии и андрологии, Железноводск, 2002. – С. 92-93.
2. Справочник по санитарно-курортному отбору // под ред. В.М. Боголюбова. – М., 2002.
3. Санаторно-курортное лечение: сборник нормативно-методической документации // под ред. А.Н. Разумова. – М., 2004.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Янбарисова Э.В., Бадретдинова Ю.А., Бадретдинов А.Ф.
БГМУ, кафедра хирургических болезней, МБУЗ ГКБ № 8, Уфа, e-mail: yanbarisova1985@mail.ru

Материалом данного исследования явились результаты обследования и лечения 563 больных острым панкреатитом, которые находились на лечении в 1- и 2-м хирургических отделениях МБУЗ городской клинической больницы № 8 г. Уфы с 2010 по 2013 гг. В данной работе приводятся результаты хирургического лечения у 53 больных. Проведенный анализ показал, что лапароскопическая санация, применение лазеротерапии способствует купированию воспалительного процесса, уменьшает интоксикацию, раннему восстановлению моторики желудочно-кишечного тракта.

В послеоперационном периоде у больных, которым проводилась программированная санация, не было таких осложнений, как абсцесс сальниковой сумки, флегмоны забрюшинной клетчатки, кишечных свищей и аррозивных кровотечений.

Ключевые слова: Острый панкреатит, лапароскопия, повторные операции, лазеротерапия.

Актуальность. При общепринятых методах хирургического лечения деструктивного панкреатита значительное количество летальных исходов связано с секвестрацией, нагноением поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, с развитием аррозивных кровотечений [4, 5, 6, 7]. Патологические изменения в поджелудочной железе, сальниковой сумке, забрюшинной клетчатке при тяжелом некротическом панкреатите – невозможно полностью корригировать во время первичного оперативного пособия. Это указывает на необходимость применения программируемых санаций [1, 2, 3].

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с острым панкреатитом с использованием программируемых минимально инвазивных хирургических технологий и лазеротерапии.

Материалы и методы. Материалом данного исследования явились результаты обследования и лечения 563 больных острым панкреатитом, которые находились на лечении в 1-м и 2-м хирургических

отделениях МБУЗ городской клинической больницы № 8 г. Уфы с 2010 по 2013 гг. Проведен анализ историй болезни 53 больных оперированных в хирургических отделениях. В 2012 году отмечается снижение количества деструктивных форм, что несомненно обусловлено включением данной нозологии в программу модернизации, обеспечивающей всем больным эффективное консервативное лечение согласно федеральным стандартам.

Мужчин было 29, женщин 24, что приведено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу

Форма панкреонекроза	Мужчины Абс.	%	Женщины Абс.	%
Стерильный	9	31	11	45,8
Инфицированный	20	69	13	54,2
Всего	29	100	24	100

Возраст больных составил от 18 и старше 70 лет. Большинство больных составляют люди трудоспособного возраста от 30 до 60 лет.

Частота программируемых санаций и послеоперационных осложнений зависит от срока поступления больных в стационар.

Результаты и обсуждение

Во время лапароскопии оценивали характер экссудата в брюшной полости. При оментобурсоскопии осматривали состояние поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки. По лапароскопической картине определяли форму панкреатита, масштаб некроза поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. Исходя из этого, выбирали метод дренирования брюшной полости и сальниковой сумки. В случае, когда характер экссудата брюшной полости был серозный, поджелудочная железа отечна, жизнеспособна, имеется отек парапанкреатической клетчатки – данная лапароскопическая картина соответствует отечной форме панкреатита. Но нельзя забывать, что такие изменения в брюшной полости, свойственные отечной форме острого панкреатита, могут оказаться первичными лапароскопическими признаками обширного панкреонекроза в ранние сроки заболевания. В данном случае при прогрессирующей клинике заболевания, для оценки динамики изменения в брюшной полости мы проводили релапароскопию через 36 часов, что позволяло уточнить диагноз. В этом случае, как вариант лечения мы выбирали закрытый метод дренирующих операций, который включал в себя лапароскопическую санацию брюшной полости растворами антисептиков и активное дренирование брюшной полости при сохранении анатомической целостности сальниковой сумки. Это достигается дренированием многоканальными силиконовыми дренажами с постоянной активной аспирацией.

В случае, когда характер экссудата в брюшной полости серозный, серозно-геморрагический, имеются очаги стеатонекроза на брюшине, при панкреатоскопии железа отечна, очаги некроза жирового или геморрагического, данная картина соответствовала стерильному некрозу (мелкоочаговый менее 30%, крупноочаговый до 50%, субтотальный и тотальный от 50% некроза ПЖ – О.Е. Бобров, 2000). Выбор метода дренирующих операций зависел от объема поражения ПЖ. При наличии признаков некротизирующего панкреатита проводим осмотр сальниковой сумки. Для этого устанавливаем 2 порта: справа 5мм в мезогастрии по среднеключичной линии, слева 10мм порт в проекции желудочно-ободочной связки. «Окно» в желудочно-ободочной связке для введения лапароскопа и инструментов создаем вблизи большой кривизны желудка по среднеключичной линии. Захватив и приподняв желудочно-ободочную связку мягким зажимом, вблизи от стенки желудка диссектором расслаиваем ткани, мелкие сосуды коагулируем и пересекаем. Через образовавшееся окно осматриваем полость малого сальника, более детальный осмотр возможен с применением лапароскопа с боковой оптикой. Заднюю стенку желудка отводим ретрактором.

При первичной ревизии сальниковой сумки определяли показания и срок проведения повторной оментобурсоскопии. Срок проведения повторных санирующих операций выполняли в сроки 48-72 часов. Количество программированных санаций зависело от формы панкреонекроза и объема поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. У некоторых больных было проведено до 4 санаций. Больше всего их проводили у больных инфицированной формой панкреатита, с субтотальным и тотальным поражением поджелудочной железы и с забрюшинной флегмоной. Программируемая санация выполнена в 27 случаях.

Мы также в послеоперационном периоде проводили оментобурсоскопию фиброхоледохоскопом фирмы «Olympus». Во время осмотра приточно-отточным методом промывали полость сальниковой сумки растворами антисептиков, мелкие секвестры вымывали током жидкости и удаляли с помощью электроотсоса, крупные секвестры с помощью зажима «аллигатор». Также удаляли грубые фибринозные наложения, проводили ревизию гнойных затеков в забрюшинной клетчатке с эвакуацией содержимого, санацией и установкой активного двухпросветного дренажа. Данный способ использован нами для лечения 13 больных с инфицированной формой панкреонекроза.

В комплексном лечении гнойно-деструктивных осложнений острого панкреатита нами применен полупроводниковый лазер аппаратом «Альфа-1м». Использовали излучение полупроводниковых светодиодов (так называемое квазимонохроматическое излучение), спектр излучения которых примерно на порядок шире спектра излучения лазеров, длина волны 0,8-0,95 мкм. При лазерном облучении патологического очага происходит укорочение фаз воспалительного процесса, подавляются экссудативная и инфильтративная реакции. Больным в послеоперационном периоде производилось ежедневное чрескожное облучение проекции поджелудочной железы полупроводниковым лазером из 4 точек мощностью 6 Вт по 64 секунды с частотой 80 Гц и паравертебрально на уровне 10-11 грудных позвонков по 64 секунды из 4 точек. Использовали насадку для облучения через бурсооментостому из 2 точек, и длительность воздействия снижалась до 32 секунд на поле. Общее количество сеансов лазеротерапии составило 10-12.

Проведенный анализ показал, что на фоне традиционного лечения лазеротерапия уменьшала болевой синдром, что снижало потребность в анальгетиках. Восстановление нормальной моторики ЖКТ наступило на 2-3 суток раньше. Снижалась интоксикация, что

подтверждалось динамикой лабораторных показателей уровня лейкоцитарного индекса интоксикации.

В послеоперационном периоде у больных, которым проводилась программированная санация, не было таких осложнений, как абсцесс сальниковой сумки, флегмоны забрюшинной клетчатки, кишечных свищей и аррозивных кровотечений.

Ликвидация гнойной интоксикации и подтверждение факта очищения полости бурсооментостомы позволило выписать больных на амбулаторное долечивание с остаточными полостями бурсооментостомы. Средний койко-день составил 25,3 дня.

Таким образом, показаниями для лапароскопической программируемой санации при остром панкреатите мы считаем:

1) Клинически диагностированном панкреонекрозе, для установления его формы и объема поражения в динамике.

2) При контрольных ультразвуковых исследованиях наличие жидкости в сальниковой сумки и брюшной полости.

3) Стойкая или прогрессирующая мультиорганная дисфункция, несмотря на комплексную интенсивную терапию в течение 3-7 суток, что свидетельствовало в наших наблюдениях об инфицировании поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки.

Выводы

1. Программируемая лапароскопическая санация брюшной полости, сальниковой сумки и забрюшинного пространства позволяет в ранние сроки купировать эндотоксическое действие ферментов поджелудочной железы и снизить риск инфицирования забрюшинного пространства.

2. Применение для лечения деструктивного панкреатита миниинвазивных хирургических технологий с первичным и повторными оментобурсоскопиями, диагностикой распространенности некротических процессов в паренхиме ПЖ и окружающей клетчатке – все это в целом, позволяет контролировать течение гнойно-некротического процесса в самой железе и парапанкреатической зоне, добиться купирования гнойно-воспалительного процесса.

3. Программируемая лапароскопия, эндоскопическая оментобурсоскопия с своевременной секвестрнекроэктомией в хирургическом лечении острого панкреатита и полупроводникового лазера позволяет снизить количество послеоперационных осложнений, уменьшить сроки пребывания больного в стационаре на 5.3 койко-дня, снизить летальность до 11,1 %.

Список литературы

1. Костюченко А.Л., Филин В.И. Неотложная панкреатология. Справочник для врачей, издание 2-е, исправленное и дополненное. – СПб.: Издательство «Деан», 2000.

2. Кузнецов Н.А., Перминова Г.И., Аронов Л.С., Бастатский В.Г., Затонская Н.В., Ревук М.С.. Эндоскопическая диагностика и лечение острого панкреатита // Хирургия. 1996. № 1.

3. Нестеренко Ю.А., Лищенко А.Н., Михайлусов СВ. Гнойно-некротические осложнения острого панкреатита (руководство для врачей и преподавателей). – М., 1998.

4. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Острый панкреатит – М.: ПРОФИЛЬ, 2007. – 336 с.

5. Савельев В.С., Бурневич С.З., Гельфанд Б.Р., Орлов Б.Б. Деструктивный панкреатит: современное состояние проблемы // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2000. № 2. Т. 159. С. 116-123.

6. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Вопросы классификации и хирургического лечения при панкреонекрозе // Анналы хирургии. – 1999, 4.

7. Острый панкреатит. Учебное пособие для студентов старших курсов медицинских вузов, клинических интернов и ординаторов. – М.: Издательский дом «Русский врач», 2006. – 60 с.

Секция «Актуальные вопросы анатомии и гистологии», научный руководитель – Чаплыгина Е.В., д-р мед. наук, профессор

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ГИСТОЛОГИЯ АТРИАЛЬНОГО И ВЕНТРИКУЛЯРНОГО МИОКАРДА СЕРДЦА ИНТАКТНЫХ КРЫС

Кива А.А., Рахманова Г.А., Лужанский Д.С., Ящинская Е.Л., Маркво Л.И.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, e-mail: mark-wo@yandex.ru

Heart failure as one of the most common pathologies in developed countries, leading to a decrease in the quality of life, continues to remain a medico-biological problem. An important role in solving specific and general issues of cardiac pathology is given in morphological studies. Chronic heart failure (CHF) is one of the most common complications of coronarogenic and noncoronarogenic heart diseases. For the correct and unbiased interpretation of CHF, the application of some cardioprotectors for a successful treatment is necessary to study the structure of intact myocardium in experimental rats. Having this aim the ventricular and atrial heart of adult intact rats were investigated with routine methods of light and electron microscopy. The optical -light and electron microscopy studies have shown that myocardial fibers in the heart ventricle are more dense than in the atrium. The layer of loose connective tissue with blood vessels and nerves are between myocardial fibers. Ventricular and atrial cardiomyocytes are elongated or oval in shape, and ventricular myocytes are larger than atrial. The structure of the sarcolemma cardiomyocytes in both parts of the heart is usual. Intercalated disks «step» – «z» shape with common types of contacts are visible at the joints in contact cardiomyocytes. Nucleus is oval or round in shape with a predominance of heterochromatin and is located in the centre of the cell. Contractile apparatus is represented by typical myofibrils between which are located the mitochondria longitudinally. The mitochondria in ventricular myocytes are bigger, longer, with densely packed cristae and matrix, than in atrial myocytes. Sarcoplasmatic reticulum is developed in the ventricle myocardium and is represented by numerous channels and tubes. The elements of the Golgi complex are developed in atrial cells. There are secretory cells with numerous osmiofilic granules in the atrial cardiomyocytes.

УЛЬТРАСТРУКТУРА КАРДИОМИОЦИТОВ ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ДОКСОРУБИЦИНА

Мареев В.В., Архипова Т.В., Дьяченко С.М.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, e-mail: mark-wo@yandex.ru

Simulation of chronic damages to the ultrastructure of cardiomyocytes by dint of anthracycline antitumor antibiotics, which have selective cardiotoxicity effect, allows to estimate the whole range of structural and functional changes, which are developed in these cells, and to determine the nature and extent of their death. Doxorubicin is one of the most effective drugs from this group. The aim of this work is to study the nature and dynamic changes in the ultrastructure of cardiomyocytes in violation of their regenerative capacity as affected by the anthracycline antibiotic – doxorubicin, which has cardiotoxic effects.

We have studied the nature of the intracellular reorganization of ventricular cardiomyocytes of 40 rats after a course of intraperitoneal administration of doxorubicin. Methods of light and electron microscopy of ultrathin sections of the myocardium revealed that