

Биохимические показатели у пациентов I и II группы до и после операции

Показатели	I группа				II группа				Контроль
	1	2	3	4	1	2	3	4	
ЭКА, г/л	32,99±4,30	28,93±5,00	32,00±8,40	29,57±4,67	28,00±3,30	21,50±4,50	34,50±4,50	25,50±0,50	35,95±4,53
ОКА, г/л	42,60±5,59	41,30±6,60	44,18±9,70	45,00±7,00	53,00±8,60	89,00±4,00	49,00±5,00	45,00±5,00	
РСА, %	77,56±7,08	70,10±5,34	71,79±8,50	65,66±6,28	53,52±4,37	59,26±9,00	71,97±6,97	73,39±5,39	
ИИ	0,30±0,11	0,44±0,11	0,42±0,17	0,55±0,17	0,88±0,16	0,36±0,10	0,40±0,13	0,18±0,07	

Примечание: 1 - до операции, 2 - 3-и сутки после операции, 3 - 7-е сутки после операции, 4 - 21-е сутки после операции.

За 1998г по поводу желчнокаменной болезни прооперировано 302 пациента, из них 198 (65,6%) сразу после поступления в стационар. Подобная активная тактика не привела к увеличению летальности ни в одной возрастной группе. Это убеждает в верности нашего предположения и выбранной хирургической стратегии у больных катаральным и флегмонозным калькулезным холециститом без признаков перитонита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мороз И.М. Лечебная тактика при остром холецистите // Хирургия. - 1997. - № 3. - С.26-31.
2. Петров Б.А., Гальсприн Э.И., Иванова Н.Н. О лечении острого холецистита // Хирургия. - 1970. - № 4. - С.65-71.
3. Гвоздяк Н.Н., Кривичский Д.И. и др. Отдаленные результаты хирургического лечения хронического калькулезного холецистита у больных молодого возраста // Вр. дело. - 1989. - № 1. - С.85-87.
4. Рябцев А.Г., Белокриницкий Д.В. и др. Иммунореактивность при ЖКБ и ее корреляция в профилактике послеоперационных осложнений // Хирургия. - 1989. - № 1. - С.94-96.
5. Мельников О.Ф. Воспаление как индуктор регуляторных сдвигов в иммунной системе. / Иммунология и аллергия. - 1990. - Вып. 24. - С.67-69.
6. Мороз И.М., Басюк А.А. Неспецифический иммунитет у больных холециститом // Хирургия. - 1984. - № 2. - С.19-22.
7. Ковальчук Л.А., Венгер И.К. Нарушение иммунологической реактивности у больных хроническим калькулезным холециститом // Кл. хирургия. - 1989. - № 9. - С.6-8.
8. Королев Б.А. Развитие хирургии желчных путей в СССР и современное состояние проблемы / Острый холецистит: пути совершенствования диагностики и хирургического лечения. - 1998. - С.5-14.
9. Lanzini A., Northfield T.C. Pharmacological treatment of gallstones // Practical guidelines. Drugs. 1994.47(3). P.458-470.
10. D'ambrosio R., Leone L. etc. Acute cholecystitis: timing of surgery // Minerva Chir. Jan-Feb. 50:1-2. P.39-46.
11. Bjerkeset T., Edna T.H., Drogset J.O. Early elective cholecystectomy in acute stone-related cholecystectomy // Tidsskr Nor Laegeforen - 1997 Aug 30 117.20 2941-3.

А.Г. Макаровичкин, О.Л. Андреева

ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ РОЖИСТОМ ВОСПАЛЕНИИ

Уральская государственная медицинская академия, Центр экспериментальной и клинической хирургии, Лаборатория криотехнологий института физики металлов УрО РАН

Больные рожистым воспалением составляют значительную долю пациентов хирургических стационаров. Особенности современного патоморфоза рожистого воспаления является увеличение частоты геморагических (с 10 до 90% в отдельных возрастных группах) [5] и осложненных (до 44,2%) [8] форм, высокая частота рецидивирования (до 40-50%) [7]. Ошибки в диагностике рожки составляют от 30 до 50%, причем в 70% за рожку принимают абсцессы, флегмоны и другие заболевания, требующие хирургического вмешательства. В связи с этим большинство больных рожой в настоящее время лечится в условиях хирургических отделений. Рожка наносит существенный урон здоровью населения. Повторные и рецидивирующие формы болезни приводят к длительной нетрудоспособности, а развивающийся в исходе заболевания лимфостаз - к инвалидизации.

Проблема лечения рожки далека от разрешения. Оптимизм врачей, связанный с широким применением антибиотиков, к настоящему времени исчез. Продолжаются поиски новых способов лечения рожки. К настоящему времени известно более 270 методов. Большинство исследователей подтверждается необходимость комплексной терапии рожистого воспаления, стандартом лечения признано назначение химиопрепаратов, воздействующих на микробный фактор, средств, блокирующих неадекватную воспалительную

рсакию, лейкоцитария, корригирующих нарушение гемостаза в очаге, а также иммунокорректоров [9].

Новый возрос интерес и к местному лечению рожки, одним из которых является криовоздействие. Орошение очага рожистого воспаления хлористым этилом известно с 50-х годов (Алакидзе В.К., 1959). Большой вклад в изучение криовоздействия внесла уральская школа инфекционистов (Расковалов М.Г., Кортев А.И.).

С 1989г. в клинике хирургических болезней №2 УГМА (директор клиники - профессор В.А. Козлов) в комплексном лечении рожистого воспаления в качестве хладагента применяется жидкий азот, который лишен недостатков хлорэтила и благодаря низкой температуре кипения (-196°С) позволяет быстро провести охлаждение большой площади.

К настоящему времени накоплен большой опыт в криолечении гнойных ран, ожогов, язвенной болезни и другой патологии. Описаны эффекты криовоздействия на биологические мембраны, систему микроциркуляции, иммунную систему. Воздействие на кожу с целью криостимуляции приводит к снятию гипертермии, улучшению микроциркуляции, снижению инфицированности, увеличению темпа образования грануляций, восстановлению функций фибробластических элементов [6].

Наше внимание привлекло влияние криовоздействия на состояние системы альбумина, выполняющей многообразные интегрирующие функции в организме. Исследованиями ряда авторов [1,3] на примере различных патологических состояний показано изменение не столько количественных, сколько качественных показателей связывающей способности молекулы альбумина. Ранее М.Г. Расковаловым [4] описана важность нарушений белкового спектра в патогенезе рожистого воспаления. Снижение количества альбумина, обусловленное нарушением сосудистой проницаемости, приводит к углублению альтерации и, по-видимому, замедляет течение репаративных процессов в очаге воспаления.

Целью этой работы явилось изучение особенностей обмена альбумина при рожистом воспалении и влияния криовоздействия на эти процессы.

Методики и материалы. В марте-июле 1999г. под нашим наблюдением находились 29 больных рожистым воспалением, лечившихся в отделении хирургической инфекции клиники хирургических болезней №2 на базе ЦГКБ №1. На основании клинических данных всем им была диагностирована эритематозная форма рожистого воспаления со средней тяжестью течения. Очаг воспаления в 79,4% был локализован на нижних конечностях, в 20,6% были поражены верхние конечности. Первая группа (10 человек) получила общепринятую схему терапии (полусинтетические пенициллины, антигистаминные средства, венотоники). Средний возраст этой группы составил 68±9 лет. 30% больных страдало рецидивным рожистым воспалением. Второй группе (19 человек) помимо общепринятой терапии проводились сеансы криовоздействия орошением патологического очага жидким азотом до образования на коже пятна инея. Сеансы проводились ежедневно до купирования интоксикации и остального местного воспалительного процесса. Частота

сеансов составила от 3 до 6. Средний возраст больных этой группы 56±15 лет. Доля рецидивной рожки в этой группе 31,6%. Распределение больных в двух группах по полу, форме, тяжести и локализации процесса было однородным.

Контрольная группа включала 40 практически здоровых человек (средний возраст 47±4 года) [2].

Больных обследовали четырехкратно в 1, 3, 7, 10-е сутки от поступления в стационар, контрольную группу обследовали однократно. Материалом исследования служила сыворотка крови, взятая натощак. Измерения ЭКА и ОКА проводили на анализаторе АКЛ-01 с помощью набора реактивов «Зонд-альбумин» (НИМВЦ «Зонд», Россия) в соответствии с прилагаемой инструкцией. Величину РСА рассчитывали по формуле: $РСА = ЭКА/ОКА * 100\%$, ИТ - по формуле $ОКА/ЭКА - 1$.

Результаты и обсуждение. При анализе полученных данных выявлено снижение ОКА у больных рожистым воспалением во все сроки наблюдения. В обеих группах показатель ОКА составил в первые сутки 38 ± 1 1/д, что на 10,5% ниже аналогичного показателя здоровых лиц. При дальнейшем изучении нормализации ОКА на фоне лечения не произошло ни в первой, ни во второй группе, несмотря на клиническое выздоровление больных. Основные изменения претерпела ЭКА, значения которой в обеих группах исходно были снижены и составили лишь 70% к уровню ЭКА здоровых лиц. В связи с этим закономерно падение РСА и повышение ИТ, регистрируемые при первом исследовании, соответственно на 18% ниже и 0,33 выше нормы. Таким образом, рожистое воспаление в период своего разгара характеризуется как количественными, так и качественными нарушениями системы альбумина. Снижение ОКА может быть связано нарушением синтеза белка печенью за счет аутоиммунного поражения гепатоцитов, а также эксудативной белков плазмы в очаг рожистого воспаления. Резкое, более выраженное, чем снижение ОКА, нарушение качественных показателей в виде снижения ЭКА и РСА, а также повышение ИТ связано с нарастанием интоксикации вследствие уклонения в кровь токсинов возбудителя и эндогенных воспалительных метаболитов.

Обращает внимание, что, несмотря на проводимую терапию и положительную клиническую динамику, при дальнейшем контроле этих показателей они остаются монотонно сниженными. Средние значения приведены в таблице.

Причины такой монотонности в настоящее время неясны. Возможным объяснением данного факта может служить образование в эти сроки большого количества циркулирующих иммунных комплексов, а также персистенция L-форм стрептококка в организме.

При анализе результатов применения в комплексной терапии рожистого воспаления криовоздействия обращают внимание следующие тенденции. Если в первые сутки наблюдения все анализируемые показатели были практически равнозначны, то при применении криовоздействия с 3-х суток при неизменных значениях ОКА начинается постепенная нормализация качественных параметров (ИТ, РСА).

Таблица

Показатели связывающей способности альбумина у обследованных групп больных рожистым воспалением (группа 1 - традиционная терапия, группа 2 - терапия с применением криовоздействия)

Группа		ОКА, г/л	ЭКА, г/л	ИТ, ед.	РСА, %
здоровые n=40		42±2	37±2	0,14	88
Группа 1 n=10	1 сутки	38±1	26±1	0,47	70*
	3 сутки	38±1	26±1	0,48	69
	7 сутки	38±1	26±1	0,47	70*
	10 сутки	38±1	26±1*	0,47*	70*
Группа 2 n=19	1 сутки	38±1	26±1*	0,48	69*
	3 сутки	38±1	26±1	0,46*	70*
	7 сутки	37±2	27±2	0,44*	71
	10 сутки	36±6	28±3*	0,29*	77*

Примечание * - различия достоверны по отношению к группе сравнения

На 3-и сутки регистрируется достоверное (p<0,05) снижение ИТ. Достижающего минимальных величин к 10-м суткам. Снижение ИТ к 10 суткам на 40% от исходного сопровождается и восполнением резерва связывания альбумина, который со временем увеличивается на 17% от исходного. В то же время анализируемые показатели в группе сравнения остаются практически неизменными весь период лечения. Наибольшие изменения претерпевает индекс токсичности, изменения которого представлены на графике:



В то же время отметим, что, несмотря на клиническое выздоровление, нормализации показателей, характеризующих активность связывающих центров альбумина, ни в одной из групп не произошло, что требует продолжения исследований. Дальнейшая работа в этом направлении представляется актуальной как для дальнейшего изучения патогенеза рожистого воспаления, так и для совершенствования возможности его терапии.

Выводы

1. Течение рожистого воспаления сопровождается резким дисбалансом белкового спектра крови. Наибольшие изменения претерпевают качественные показатели связывающей способности молекулы альбумина (ЭКА, РСА, ИТ).

2. Описанные нарушения сохраняются в течение всего острого периода рожки и имеют тенденцию к нормализации при клиническом выздоровлении больных.

3. Применение криовоздействия положительно влияет на состояние системы альбумина, не приводя, однако, к нормализации изученных показателей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева О.Л., Добрецов Г.Е., Цвиренко С.В. и др. / Актуальные вопросы медицины и экологии. - Екатеринбург, 1999. - С.12-14.
2. Андреева О.Л., Цвиренко С.В., Сергеева М.П. и др. / Актуальные вопросы медицины и экологии. - Екатеринбург, 1999. - С.18-19.
3. Миллер Ю.И., Добрецов Г.Е. // Клин. лаб. диагн. - 1994. - № 5. - С.20-22.
4. Расковалов М.Г. Рожа: Автореф. дис. ...д.м.н. - Свердловск, 1974.
5. Рыскинд Р.Р., Самтолокин К.Н., Лисенко А.Б. // Клин. геронтология. - 1997. - № 1. - С.43-48.
6. Сандомирский Б.П., Волкова Н.А., Журавлев А.С. и др. // Криобиология. - 1985. - № 1. - С.29-36.
7. Храмов М.М., Шипилов М.В., Манькова М.И. // Клин. медицина. - 1998. - № 4. - С.17-21.
8. Черкасов В.Л. Рожа. - М.: Медицина, 1986.
9. Erysipelodermatit epidemiologiques, cliniques et therapeutiques (111 observations) / В. Crickx, F. Chevron, M. Sigal-Nahum et al. // Ann. Derm. Venereol. - 1991. - Vol. 118, № 1. - P.11-16.

А.Ю. Прокопов

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЕГО ФОРМЫ

Уральская государственная медицинская академия, Центр экспериментальной и клинической медицины, Центральная городская клиническая больница №1

Проблема желчнокаменной болезни (ЖКБ) остается окончательно нерешенной и продолжает привлекать внимание широкого круга исследователей. Эта патология широко распространена во всем мире и на протяжении последних лет наблюдается неуклонный рост заболеваемости [1,2,12,13]. Соответственно