

скопии, когда на створовых ворсинах в большинстве фрагментов наблюдаются ответвления 2,3-го, максимально 4-го порядка. В концевом отделе выявлена десквамация синцитиотрофобласта и микроворсинок с оголением базальной мембраны.

С помощью трансмиссионной электронной микроскопии выявлено уменьшение размеров микроворсинок, их утончение, искривление, а также очаговая десквамация. В ядрах (20–30%) были найдены все стадии некроза: кариопикноз, кариорексис, кариолизис. В остальных, относительно сохранившихся ядрах, выявлено обеднение хроматина, расширение ядерных пор и фрагментарное нарушение кариолеммы.

Относительно цитоплазматических органелл можно отметить отсутствие гипертрофии, гиперплазии ультраструктур, увеличение числа вакуолей. В цитоплазме увеличена площадь фокальных некрозов. Размеры синцитиокапиллярных мембран несколько уменьшились, что происходило за счет меньшего расширения капиллярного русла. В строме ворсин значительно увеличилась площадь, занятая фибробластами и коллагеном, базальные мембраны истончены, площадь эндотелиальных клеток уменьшена и они значительно обеднены органеллами. По ламинарному краю они сглажены. В просвете капилляров наблюдались лишь отдельные эритроциты, часто с гемолизом, и лимфоциты (незначительное количество). Следует отметить, что альтеративные процессы больше выражены в группе 1А и меньше – в группе 3А.

При гистологическом изучении группы с «гестозной» патологией на первое место выступают изменения, носящие компенсаторно-приспособительный характер.

Так, ворсинчатое дерево, в большинстве своем, хорошо развито. Среди ворсин преобладают полнокровные. Синцитиоцитотрофобласт развит неравномерно. Но содержание на его поверхности синцитиальных почек даже превышает содержание их в контрольной группе, что особенно выражено в группе 2Б. Содержание фибриноида в межворсинчатом пространстве невелико. При электронномикроскопическом исследовании альтеративные процессы проявляют себя в меньшей степени, чем в группах с соматическим течением заболевания.

Таким образом, при беременности следует всегда четко отграничивать: развилось ли заболевание при беременности или носило гестационный характер, что крайне актуально для всех компонентов системы мать-плацента-плод и последующего развития новорожденного.

Литература

1. Павлова Т.В., Терехова Н.В., Завалишина Л.Э., Павлова Л.А., Хижняк Л.В. // Актуальные проблемы акушерства и гинекологии, клинической иммунологии и медицинской генетики. – Киев, 1998. – С.113-119.

2. Павлова Т.В., Петрухин В.А., Терехова Н.Л., Завалишина Л.Э., Павлова Л.А. // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1998. – №1. – С.25-28.

Федорова А.В., Павлова Т.В., Милованов А.П. Фетоплацентарный комплекс при сахарном диабете // «Сахарный диабет, беременность и диабетическая фетопатия. – М.; «М»; 2001. – С.59-137.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Ю.А. Пархисенко, А.А. Глухов, С.В. Бильченко

Кафедра госпитальной хирургии (зав. – проф. Ю.А. Пархисенко)

Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко

Наиболее грозными и частыми осложнениями желчнокаменной болезни являются механическая желтуха (МЖ) и гнойный холангит (ГХ)[4,5,7]. По данным различных

авторов, первое встречается у 13-43% больных [1,8], второе – у 66,2-88,1% [3,6]. Сочетание ГХ с непроходимостью желчных протоков осложняет ситуацию. Прогрессирующая печеночная недостаточность и эндотоксикоз требуют срочного оперативного вмешательства с целью декомпрессии желчных путей, но выраженная полиорганная недостаточность значительно повышает операционный риск при радикальных вмешательствах. В настоящее время общепринятой тактикой при МЖ является двухэтапное оперативное лечение. Оптимальным оперативным пособием на первом этапе у таких больных для декомпрессии желчных путей мы считаем эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) и инструментальную литоэкстракцию с использованием корзинки Дормиа. Если проведение ЭПСТ не возможно мы осуществляли чрескожную пункцию желчного пузыря или долевых желчных протоков под контролем ультразвукового исследования (УЗИ). Вторым этапом выполняли лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) с дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому, после адекватной ЭПСТ и литоэкстракции, или открытую холецистэктомию, холедохолитотомию с наложением билиодигестивных анастомозов. Открытые операции выполняли через минилапаротомный доступ в правом подреберье, используя набор для минилапаротомных операций.

С целью улучшения результатов лечения и сокращения сроков подготовки к проведению радикальных операций комплекс проводимых лечебных мероприятий дополняли применением различных методов озонотерапии. Приготовление озонированных растворов осуществляли с помощью установки УОТА-60-01-“Медозон”.

Патогенетическая обоснованность использования озона в хирургии обусловлена четырьмя основными факторами: его высокой антимикробной активностью, антигипоксантным действием, неспецифическими иммунокорректирующими свойствами, относительной простотой применения и низкой стоимостью.

Применение озонотерапии приводит к увеличению концентрации общего белка, происходящее в основном за счет стимуляции синтеза альбумина в печени, повышению концентрации в печени глутатиона, цитохрома р-450, активности глутатион-редуктазы. На субклеточном уровне в гепатоцитах отмечается гипервезикуляция и гипертрофия цистерн гладкого эндоплазматического ретикулума, гиперплазия микротелец и митохондрий[2].

Таким образом, учитывая данные о влиянии озона на метаболические процессы в печени применение озонотерапии у больных с МЖ патогенетически обосновано.

Проведен анализ результатов лечения 70 больных желчнокаменной болезнью, осложненной МЖ и ГХ. Больные были разделены на две клинические группы – основную и контрольную. Основную группу составили 35 пациентов, в комплексе лечения которых использовали озонотерапию; контрольную- 35 пациентов, леченных согласно современным принципам. В основной группе при проведении парентеральной озонотерапии использовали концентрации озона, растворенного в 0,9% растворе NaCl в пределах 400-600 мкг/л. Курс парентеральной озонотерапии продолжался 7-10 суток по 1 сеансу в сутки. При проведении регионарной озонотерапии, интраоперационное промывание холедоха после ЭПСТ и литоэкстракции и промывание холедоха после ЛХЭ с дренированием его по Холстеду-Пиковскому, использовали концентрации озона растворенного в 0,9% растворе NaCl в пределах 1000-1200 мкг/л.

Получены следующие результаты. К 8-м суткам от начала лечения показатели печеночной дисфункции и эндогенной интоксикации значительно снизились в основной группе и менее выражено снижение этих показателей в контрольной группе. Достоверность различий между группами оценивали по критериям Стьюдента. Различия считались достоверными при значении $p < 0,05$. Динамика снижения показателей печеночной дисфункции и эндогенной интоксикации, выраженная в процентах, отражена в таблице 1.

Лабораторные показатели	Основная группа	Контрольная группа	P
Билирубин общий мкмоль/л	51%	62%	<0,05
Аспартатная трансаминаза ммоль/сл	49%	31,5%	<0,01
Аланиновая трансаминаза ммоль/сл	63,5%	42%	<0,01
Щелочная фосфотаза ЕД/Л	42,5%	11%	<0,05
Гамма-глтамилтранспептидаза ЕД/Л	44%	9%	<0,05
СОЭ	32%	11%	<0,05
Молекулы средней массы	27%	13%	<0,05

Примечание: p – достоверность различий между основной и контрольной группами на 7-9 сутки.

Применение озонотерапии в комплексном лечении больных желчнокаменной болезнью осложненной МЖ и ГХ позволяет улучшить результаты лечения пациентов, способствует более быстрому купированию печеночной дисфункции, эндогенной интоксикации и холангита. Сокращаются сроки подготовки к проведению необходимых радикальных операций и соответственно период госпитализации больных в хирургическом стационаре.

Таким образом, полученные результаты показали эффективность применения различных методов озонотерапии в комплексном лечении больных желчнокаменной болезнью осложненной МЖ и ГХ, что позволяет рекомендовать их к широкому клиническому применению.

Литература

1. Савельев В.С., Филимонов М.И., Василенко Ю.В., Капранов С.А., Винокуров М.М. Хирургия 1995; 1: 23-25.
2. Масленников О.В., Контрощикова К.Н. Озонотерапия: Внутренние болезни: Пособие.- Н.Новгород, 1999.-56с.
3. Ибадильгин А.С., Куанышбеков А.С. и др. IV конференция “Современные проблемы хирургической гепатологии”: Тезисы докладов. Тула 1996; 1: 90-91.
4. Галеев М.А., Тимербулатов В.М. Желчнокаменная болезнь и холецистит. Уфа: БГМУ 1997.
5. Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. М: Медицина 1987.
6. Шор-Чудновский М.Е., Бугаев В.И. и др. Клиническая Хирургия 1991; 9: 5-8.
7. Ермолов А.С., Жарахович И.А., Норман И.М., Целуйко Д.Л. Хирургия 1989; 7: 58-61.
8. Deutsch A.A., Nudelman I., Gutman H., Reiss R. Chledochoduodenostomy an important surgical tool in the management of common bile duct stones. A review of 126 cases. Eur J Surg 1991; 157: 9: 531-533.

ЯДЕРНО-СФЕРИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ САМООРГАНИЗУЮЩИХСЯ СИСТЕМ КАК МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ЦЕЛОСТНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

Н.В. Поддубный, О.Н. Поддубная

По самой скромной статистике более 1/3 терапевтических больных страдают психосоматическими расстройствами. Существует многолетняя достаточно успешная