

ются к контролю, наблюдается нормализация относительной микровязкости липидного бислоя и зон белок – липидных контактов близки мембран эритроцитов. Кроме того, установлено повышение на 38% эффективности безызлучательного переноса энергии электронного возбуждения с триптофановых остатков мембранных белков на пирен по сравнению с ГБО и приближение данного показателя к контролю. Проведение СКЭНАР–воздействия приводит к снижению полярности липидной фазы и зон белок – липидных контактов, что может способствовать стабилизации гидрофобного бислоя мембран эритроцитов крыс. Таким образом, можно заключить, что проведение курса СКЭНАР–воздействия животным, подвергнутым оксидативному стрессу, позитивно сказывается на динамике про- и антиоксидантного равновесия в организме. Наблюдается снижение уровня ДК в плазме крови и нормализация уровня ШО в мембранах эритроцитов. Повышается активность СОД у интактных животных и частично восстанавливается синергизм работы АО ферментов после ГБО. Происходит нормализация стабильности и структурного состояния эритроцитарных мембран. Следовательно, СКЭНАР–воздействие обладает выраженным антиоксидантным и мембраностабилизирующим действием и является новым способом коррекции окислительного-восстановительного гомеостаза.

МЕСТО ПРОГРАММИРОВАННЫХ САНАЦИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Мизиев И.А., Ахкубеков Р.А.
*Кабардино-Балкарский
государственный университет,
Нальчик*

Перитонит – это одно из наиболее частых и тяжелых заболеваний в брюшной хирургии.

Целью работы было оценить эффективность программированных санаций брюшной полости в лечении распространенного перитонита различной этиологии, разработать показания к наложению лапарастомии, изучить возможные осложнения ее.

Программированная лапарастомия была выполнена у 34 пациентов с разлитым перитонитом. При наложении лапарастомии для временного закрытия живота использовали рассасывающуюся синтетическую сетку, подшитую к апоневрозу, или при ее отсутствии, перфорированную перчаточную резину. Края раны при этом сближали на протекторных швах. Кроме того брюшная полость дренировалась силиконовыми трубками по общепринятой методике.

Количество санаций колебалось от 3 до 12. Интервал между санациями составлял 24-72 часа. В этот период больные находились в реанимационном отделении, где получали антибактериальную, дезинтоксикационную, инфузионную, симптоматическую терапию, белковые препараты, плазмо- и гемотрансфузии.

Летальность среди больных, которым проводились программированные санации брюшной полости, составила 48%. При этом надо учитывать, что боль-

ные, которым проводились этапные санации брюшной полости, изначально находились в тяжелом состоянии. Причиной смерти явилась полиорганная недостаточность.

Одним из тяжелых осложнений перитонита является абдоминальный компартмент-синдром (АКС), проявляющийся возрастающим дыхательным сопротивлением, понижением сердечного выброса, снижением диуреза на фоне повышенного внутрибрюшного давления (ВБД). Перечисленные признаки отмечались, несмотря на очевидно “нормальное” или возрастающее давление в камерах сердца (ЦВД) в сочетании с вздутием живота. Было выявлено, что АКС может существенно влиять на течения перитонита, значительно утяжеляя его. При внутрибрюшном давлении 15 мм рт.ст. возникают неблагоприятные, но легко компенсируемые сердечно-сосудистые проявления; внутрибрюшное давление 20 мм рт.ст. может вызвать нарушение функции почек и олигурию, а увеличение до 40 мм рт.ст. приводит к анурии.

ВЫВОДЫ. Лапарастомия является лечебным методом, который показан небольшому числу пациентов. Она относится к тяжелому вооружению в арсенале хирурга, поэтому необходимо четко определить показания к ее применению.

Следует предупреждать развитие АКС, не закрывая живот с усилием; при необходимости накладывая только кожные швы, либо завершая операцию лапарастомией. При уже развившемся АКС на фоне разлитого перитонита показана декомпрессия брюшной полости путем перехода на программированную лапарастомию.

Учитывая вышесказанное, показаниями к использованию программированных лапарастомий можно считать:

- Критическое состояние пациента (нестабильность гемодинамики), препятствующее установлению надежного контроля за источником инфекции при первой операции.
- Избыточный перитонеальный (висцеральный) отек, препятствующий закрытию абдоминальной раны без чрезмерного натяжения.
- Обширные дефекты брюшной стенки.
- Невозможность устранить или контролировать источник инфекции.
- Неуверенность в жизнеспособности оставленных кишечных петель
- Неостановленное кровотечение (необходимость тампонады)

МОРФОЛОГИЯ ВОСПАЛЕНИЯ В ГИПЕРПЛАЗИРОВАННОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Мизиев И.А., Князев М.Ш., Чотчаев М.А.
*Кабардино-Балкарский
государственный университет,
Нальчик*

В клинике факультетской и эндоскопической хирургии КБГУ наблюдались 235 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), которым проведено оперативное лечение.