

«Диагностика, терапия, профилактика социально значимых заболеваний человека»,
Турция (Анталья), 16-23 августа 2012 г.

Медицинские науки

**НЕКОТОРЫЕ МЕХАНИЗМЫ
АДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА
ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ**

Ким Т.Д., Карынбаев Р.С., Макашев Е.К.,
Смагулова З.Ш., Макарушко С.Г.

*РГП «Институт физиологии человека и животных»
НК МОН РК, Алматы, e-mail: lymphazs@mail.ru*

Лимфатическая система – это система, которая по сей день мало изучена. Любая патология в организме в первую очередь отражается на составе лимфы. Активный лимфодренаж значительно снижает воспалительные процессы в тканях органов, тем самым, ускоряя восстановительный процесс в организме. Нам представлялось интересным изучить биохимический состав лимфы при вызванном токсическом гепатите. Токсический гепатит вызывали путем введения в организм кролика соли свинца ($Pb(NH_4)_2$) (20 мг/кг в пересчете на свинец) в течение 10 дней. Забор проб крови и лимфы проводили из портальной вены и кишечного лимфатического сосуда. В пробах определяли общий белок, альбумин, щелочную фосфатазу, холестерин, глюкозу, аммиак и мочевины. Кроме того, исследовали адсорбционно-транспортную способность мембран эритроцитов, как один из механизмов, способствующих восстановлению гомеостаза в организме. С этой целью кровь центрифугировали; отделяли плазму от эритроцитарной массы; приливали к эритроцитам равный по объему плазмы 3% физраствор; слегка взбалтывали и получали смыв с эритроцитов, где проводили анализ тех же показателей, что и в плазме крови.

Результаты экспериментов показали значительное увеличение содержания исследуемых показателей, прежде всего в лимфе, а затем в плазме крови при токсическом гепатите, что рассматривается нами как результат активной абсорбции в лимфатических капиллярах, запускаемый нервными импульсами и характеризующийся активацией сократительной активности стенки лимфатических сосудов. Что является запускающим механизмом активации сократительной активности гладкомышечных клеток лимфатических сосудов в условиях отравления, пока неизвестно. Полагаем, что медленный ток лимфы, наличие многочисленных лимфоузлов, где происходит задерживание ионов тяжелых металлов, их дальнейший фагоцитоз лимфоидными клетками, нейтрализация и дальнейшее обезвреживание токсинов – есть мощная иммунологическая и барьерная защита, сопровождающаяся выбросом большого количества иммунокомпетентных лимфоцитов в лимфу

и далее в кровь, создавая благоприятные условия для обеспечения чистки организма от токсинов и доставки продуктов обмена клеток тканей и органов к соответствующим выделительным органам, создавая условия для нормального функционирования клеток тканей и сохранения гомеостаза в организме.

При исследовании адсорбционно-транспортной функции мембран эритроцитов в условиях печеночной недостаточности выявили снижение абсорбции белков, глюкозы, альбуминов и холестерина на поверхности эритроцитов, тогда как концентрация щелочной фосфатазы и триглицеридов в смывах эритроцитов оставалась высокой, что свидетельствует о роли эритроцитов в поддержании гомеостаза этих веществ в крови при печеночной недостаточности (в плазме крови концентрация щелочной фосфатазы и триглицеридов значительно превышает фоновую величину). Эти данные говорят в пользу активной компенсаторно-регулирующей роли мембран эритроцитов в обеспечении гомеостаза в крови и в целом организме. Основываясь на приведенных данных, можно говорить о наличии мощного компенсаторно-барьерного механизма в организме при интоксикации печени. Лимфатическая система органов пищеварения в условиях токсического гепатита активизирует резорбцию продуктов обмена и различных токсинов в корнях лимфатических сосудов. При дальнейшем продвижении по лимфатическим сосудам лимфа подвергается очистке в многочисленных лимфоузлах. Таким образом, очищенная от токсинов лимфа, богатая продуктами всасывания поступает в кровь, восстанавливая и восполняя потребность организма в продуктах обмена при острой печеночной недостаточности. Адсорбционно-транспортная функция мембран эритроцитов вносит свой вклад в поддержании гомеостаза крови при вызванном гепатите. Адаптация организма при отравлении солью свинца сопровождается активизацией восстановительных процессов вплоть до регенерации нарушенных тканевых структур.

**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ
МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНАЯ
МИКРОДИСКЭТОМИЯ
НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ**

Олейник Е.А., Олейник А.А., Башук И.П.

*НИУ «Белгородский государственный
университет», Белгород, e-mail: doctorolan@mail.ru*

Постоянный поиск, разработка и усовершенствование новых способов хирургического лечения поясничного остеохондроза, позволяет

повысить эффективность лечения поясничного остеохондроза.

Учитывая данный факт, цель нашего исследования – изучить технологию проведения и определить значимость эндоскопической минимально-инвазивной микродискэктомии при лечении поясничного остеохондроза.

Для достижения этой цели нами были поставлены следующие задачи:

– Изучить технологию проведения эндоскопической минимально-инвазивной микродискэктомии.

– Провести анализ результатов эндоскопической минимально-инвазивной микродискэктомии в ближайшем послеоперационном периоде и сравнить их с общепринятой методикой хирургического лечения поясничного остеохондроза.

После ретроспективного анализа 343 больных поясничным остеохондрозом, оперированных методом эндоскопической минимально-инвазивной микродискэктомии по Destandau, нами выявлено, что для успешного выполнения оперативного вмешательства операционная должна быть оснащена видеоэндоскопической стойкой с наборами оптики со встроенными стекловолоконными световодами и наборами соответствующих инструментов. Само оперативное вмешательство должно проводиться под эндотрахеальным наркозом или с использованием перидуральной анестезии. Перед операцией, по данным МРТ и рентгенологических снимков уточнялся уровень вмешательства. В проекции интересующего межпозвонкового промежутка производится линейный разрез кожи и подкожной жировой клетчатки длиной 15–20 мм, что зависит от конституции пациента. После этого производится рассечение апоневроза мышц разгибающих туловище, скелетирование заднего полукольца позвонка и введение операционного тубуса на этом уровне. По удалению желтой связки с помощью корешкового ретрактора корешок спинного мозга смещается медиально и обнажается задняя продольная связка с подлежащей под ней задней поверхностью диска. Производится их рассечение. После чего ткань диска и секвестры удаляются. После выполнения дискэктомии производится осмотр операционного поля и тубулярный ретрактор удаляется. На мягкие ткани накладываются послойные швы (мышцы, апоневроз мышц разгибающих туловище, подкожная клетчатка, кожа).

По данной методике в нейрохирургическом отделении Белгородской ОКБ в 2009 году было оперировано 343 больных поясничным остеохондрозом.

Среди больных, которым было проведено комплексное клиническое обследование и хирургическое лечение, преобладали лица мужского пола – 199 человека (58,0%), в то время как женщин было 144 человека (42,0%). По-

добная закономерность обусловлена занятостью мужчин более тяжелым физическим трудом. Больные в возрастной группе наиболее активно работающих в различных отраслях народного хозяйства (от 20 до 60 лет), заняла доминирующее положение и составила 338 человек (98,6%). Профессиональная принадлежность была самой разнообразной, однако, физическим трудом занимались 298 пациентов (61,0%). Выявлено, что межпозвонковый диск L_V-S₁ поражен у 166 больных, 48,4%, L_{IV}-L_V (131 наблюдение, 38,2%). Грыжи на уровне L_{III}-L_{IV} в 46 наблюдениях (13,4%). Два нижних поясничных межпозвонковых диска были поражены в преобладающем большинстве случаев – 297 наблюдения (86,6%), объясняется это наибольшей нагрузкой на этот уровень.

Положительный результат хирургического лечения достигнут у 319 пациентов (93,0%). Осложнения в виде рецидива грыжи оперированного диска отмечены у 24 больных (7%).

Полученные данные указывают на преимущество эндоскопической минимально-инвазивной микродискэктомии по Destandau в лечении поясничного остеохондроза т.к. рецидив грыжи диска с использованием общепринятой методики удаления грыж межпозвонковых дисков по данным (Хелимский А.М. 2000, Шустин В.А., с соавт. 2006) составляет 10-25 %.

УЛЬТРАСТРУКТУРНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СТАБИЛЬНЫХ И НЕСТАБИЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК

Цыпленкова В.Г.

РКНПК МЗ РФ, Москва,
e-mail: tsyplenkova@cardio.ru

Осложнения атеросклероза – ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, ишемический инсульт – стоят на первом месте среди основных причин смерти населения нашей страны. Атеросклеротические бляшки могут быть стабильными и нестабильными: стабильные перекрывают просвет сосуда, нарушая кровоток. Нестабильные «грозят» разрывом, что приводит к тромбозам сосудов, инфаркту и инсульту. Существующие патологоанатомические критерии стабильности и нестабильности бляшек неоднозначны. Высокое содержание липидов, признаки воспаления, малое количество коллагена и гладкомышечных клеток, тонкая покрывка – все это признаки нестабильности. Однако в стабильных бляшках эти признаки также могут присутствовать в той или иной степени.

Нами были изучены бляшки от 9 больных, полученные вовремя операции эндартерэктомии. По патологоанатомическим критериям 6 из них были нестабильными, только 3 – стабильными. Электронномикроскопически в нестабильных бляшках отмечались явления разволокнения коллагеновых волокон, между которыми