

Таким образом, у больных АГ с Д применение симвастатина может корректировать активность ПОЛ плазмы, оптимизируя живой обмен, что может способствовать оптимизации у них реологических свойств крови.

**АКТИВНОСТЬ ПЕРЕКИСНОГО
ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ
В ТРОМБОЦИТАХ У БОЛЬНЫХ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ**

И.Н. Медведев, И.А. Скорятина
*Курский институт социального
образования (филиал) РГСУ
Курск, Россия*

Цель работы: изучить активность перекисного окисления липидов (ПОЛ) в плазме и тромбоцитах больных артериальной гипертонией (АГ) с дислипидемией (Д).

Обследован 21 больной среднего возраста с АГ 1-3 степени с риском сердечно-сосудистых осложнений 2-3 с Д. Контрольную группу составили 22 здоровых человека идентичного возраста. Активность ПОЛ в плазме оценивали по содержанию ТБК-активных продуктов набором «Агат-Мед».

Состояние ПОЛ тромбоцитов определяли по базальному и стимулированному тромбином уровню малонового диальдегида (МДА) по Shmith J.V. et. al. (1976) в модификации Кубатиев А.А., Андреев С.В. (1976). Результаты обработаны статистически критерием Стьюдента.

У пациентов установлено усиление ПОЛ. Концентрация ТБК-активных продуктов в плазме составила $5,26 \pm 0,12$ мкмоль/л.

В тромбоцитах больных базальный уровень МДА был повышен ($1,31 \pm 0,04$ нмоль/ 10^9 тр.) по сравнению с контролем ($0,67 \pm 0,06$ нмоль/ 10^9 тр.), что свидетельствует об активации в кровяных пластинках ПОЛ. Секретция МДА кровяными пластинками больных составила – $7,84 \pm 0,07$ нмоль/ 10^9 тр., ($P < 0,01$), в контроле – $5,72 \pm 0,09$ нмоль/ 10^9 тр.

Активация ПОЛ в плазме и тромбоцитах больных АГ с Д приводит к альтерации структур эндотелия, тромбоцитов и

повышению адгезивно-агрегационной способности последних.

Одним из механизмов реализации этого процесса может быть интенсификация метаболизма мембранных фосфоинозитолов с активацией тромбоксанообразования.

Синдром перекисидации в плазме у больных АГ с Д обуславливает раннее развитие и быстрое прогрессирование атеросклероза. Усиление ПОЛ в тромбоцитах способно активировать кровяные пластинки и приводить к тромбозам различной локализации, часто с летальным исходом.

Таким образом, в схемы лечения больных АГ с Д наряду с гипотензивными средствами необходимо включение средств с антиоксидантной активностью.

**УЛЬТРАЗВУКОВОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ В ОЦЕНКЕ
ВЫРАЖЕННОСТИ И
РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСТРОГО
ПАНКРЕАТИТА: ВОЗМОЖНОСТИ
И СЛОЖНОСТИ**

А.Н. Меднис, В.С. Хабицев,
Л.Н. Габараева, В.С. Дворников,
С.В. Дворников, Т.И. Кизинов,
З.А. Тотоев, Д.Т. Березова, Д.Р. Басаев,
Э.Р. Басаев

*Особый оперативный отдел «Война,
эпидемия, беженцы», Северо-Осетинская
государственная медицинская академия
Владикавказ, Россия*

Целью настоящей работы явились стандартизация диагностики и миниинвазивного лечения острого панкреатита. Актуальность темы обусловлена тем, что воспалительные заболевания поджелудочной железы среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости по частоте встречаемости занимают третье место, уступая лишь острому аппендициту и острому холециститу. При этом число случаев острого панкреатита неуклонно увеличивается, с одновременным увеличением частоты крупноочагового панкреонекроза, сопровождающегося высокой летальностью, достигающей 60-80%.

Своевременное получение диагностической информации, позволяет приме-

нять опережающий характер лечебных мероприятий, а в случае необходимости своевременно применить хирургическое вмешательство. Ультразвуковое исследование позволяет с наибольшей точностью оценить состояние поджелудочной железы, распознать гнойно-некротические осложнения заболевания и дать точную топографо-анатомическую характеристику выявленных изменений.

Среди пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости число больных острым панкреатитом составляет от 4 до 9%. Летальность при остром панкреатите, несмотря на применение современных методик консервативного и оперативного лечения, остается очень высокой и при деструктивных формах заболевания достигает 70%.

Результаты лечения больных острым панкреатитом во многом зависят от качества полученной диагностической информации. Сложность исследования поджелудочной железы обусловлена не только ее анатомическим расположением, но и ограниченными возможностями методов не прямой визуализации.

Применение ультразвукового исследования открыло новую страницу в диагностике заболеваний поджелудочной железы, поскольку этот метод впервые дал возможность неинвазивно визуализировать паренхиму железы, оценить состояние ее протоковой системы и перипанкреатических тканей.

Основные сложности проведения ультразвукового исследования при остром панкреатите связаны с пневматозом кишечника, трудностями сканирования при выраженном ожирении, а также значительным субъективизмом в оценке результатов проведенного исследования. Тем не менее это компенсируется улучшением разрешающей способности приборов, а также совершенствованием методов доплеровского исследования, в частности, появлением цветовой доплерографии с высокой чувствительностью к низким скоростям кровотока и энергетической доплерографии.

При проведении УЗИ оценивались следующие параметры: форма органа, размеры, контуры, структура и эхоген-

ность, качество визуализации панкреатического протока и его диаметр, наличие или отсутствие очаговых изменений в железе, состояние сальниковой сумки и окружающих поджелудочную железу тканей, а также наличие или отсутствие жидкости в брюшной полости.

При прогрессировании острого панкреатита в его начальной стадии в подавляющем большинстве случаев было отмечено увеличение в размерах всех отделов поджелудочной железы. В 21,5% было выявлено расширение версунгова протока более 0,4 см, диаметр которого при успешном лечении быстро уменьшался. У всех пациентов с отечной формой острого панкреатита ретро панкреатические сосуды визуализировались достаточно четко, сужения и деформации их хода не определялись.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ КАК МЕТОД МИНИИНВАЗИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

А.Н. Меднис, Л.Н. Габараева,
В.С. Хабицев, Д.Р. Басаев, Э.Р. Басаев,
Т.И. Кизинов, З.А. Тотоев, Д.Т. Березова,
С.В. Дворников, В.С. Дворников
*Особый оперативный отдел «Война,
эпидемия, беженцы», Северо-Осетинская
государственная медицинская академия
Владикавказ, Россия*

Острый панкреатит представляет собой асептическое воспаление демаркационного типа, в основе которого лежат некробиоз панкреатацинов и ферментная аутоагрессия с последующим некрозом железы и присоединением вторичной гнойной инфекции.

Среди пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости число больных острым панкреатитом составляет в настоящее время от 4% до 9%. В 45 – 65% случаев острый панкреатит возникает у людей с заболеваниями желчевыводящих путей, более чем 30% случаев заболевания обусловлено употреблением алкоголя.