

10. Tijjge De X. Herpes simplex encephalitis: diagnostic and late relapse / Tijjge De X., Rozenberg F., Burlot K. [et al.] // Dev. Med. Child Neurol. - 2006. - Vol.48. - P. 60 - 63.

Укробрання

ДИНАМИКА КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ АЦИКЛИЧЕСКИМИ НУКЛЕОЗИДАМИ БОЛЬНЫХ С ЭНЦЕФАЛИТАМИ, СВЯЗАННЫМИ С АКТИВАЦИЕЙ ВИРУСОВ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ГРУППЫ

Гладкая В.М., Литвиненко Н.В., Власова Е.В.

Изучено состояние клинических, гемостазиологических показателей у 80 пациентов с энцефалитами, связанными с активацией герпетической инфекции. Проведен анализ этиотропного лечения ациклическими нуклеозидами на течение и показатели системы гемостаза в каждой группе пациентов в зависимости от типа вируса: вирус простого герпеса 1 или 2 типа, цитомегаловирус, вирус Эпштейн-Барр. Доказано положительное влияние ациклических нуклеозидов на состояние системы гемостаза и клиническое течение энцефалитов, связанных с активацией герпетической инфекции.

Ключевые слова: энцефалит, вирус герпеса, ацикловир.

Стаття надійшла 18.08.2010 р.

DYNAMICS OF KLINIKO-PARACLINIC INDICATORS ON THE BACKGROUND OF TREATMENT BY ACYCLIC NUCLEOSIDES OF PATIENTS WITH AN ENCEPHALITIS CONNECTED WITH ACTIVATION OF HERPETIC GROUP VIRUSES

Gladkaja V.M., Litvinenko N.V., Vlasova E.V.

The condition of clinical, hemostasiological indicators in 80 patients with an encephalitis connected with activation of herpetic infection was studied. The analysis of etiotropic treatment by acyclic nucleosides on a clinical course and indicators of hemostasis system in each group of patients depending on virus type was carried out: the virus of simple herpes of the 1 or 2 type, the cytomegalovirus, the Epstein-Barr virus. Positive influence of acyclic nucleosides on the condition of hemostasis system and clinical course of the encephalitis connected with activation of herpetic infection was proved.

Key words: encephalitis, herpetic infection, acyclovir.

УДК 616.366-089-008.616.381-072.1

М.А. Дубченко, Н.А. Третяк, М.А. Дубченко, О.В. Новик, С.П. Сорочиня
ВГУЗ Укробрання «Українська медичинська стоматологічна академія», г. Полтава

ИЗМЕНЕНИЕ ЛИПИДОВ И ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ КРОВИ ВСЛЕДСТВИЕ ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ХОЛЕЛИТИАЗОМ

Исследование проведено на 50 пациентах в возрасте от 30 до 70 лет и длительностью заболевания до 15 лет. Мужчин было 38%, женщин – 62%. Установлено, что метаболическая болезнь с холелитиазом сопровождается существенными нарушениями липидного обмена и перекисного окисления липидов. Изменения в показателях липидного обмена и состояния перекисного окисления липидов могут служить ориентиром тяжести течения болезни, а также эффективности хирургического и консервативного лечения пациентов. Выполнение холецистэктомии с помощью эндовидеолапароскопических операций при использовании зонтичного лапаролифтинга способствует эффективному восстановлению нарушенных обменных процессов в организме.

Ключевые слова: метаболическая болезнь, липидный обмен, холецистэктомия.

В патогенезе метаболической болезни (синдрома) и холелитиаза в основном лежат нарушения жирового обмена. Если в консервативном лечении метаболической болезни преобладают методы диетотерапии и физические упражнения, то при присоединении желчнокаменной болезни, наличие камней в желчном пузыре из-за болевого синдрома ограничивают возможность использования основного способа лечения таких больных. Замедление интенсивности жирового обмена сопровождается накоплением недоокисленных конечных продуктов обменных процессов в организме, что усугубляет течение как метаболической болезни, так и возникновение желчнокаменной болезни.

В связи с отсутствием эффективной консервативной терапии холелитиаза, наиболее целесообразным способом лечения пациентов с желчнокаменной болезнью продолжает оставаться холецистэктомия. Однако хирургические методы удаления конкрементов желчных путей имеют определенные трудности, связанные с наличием у многих пациентов сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, бронхолегочного аппарата и некоторых других болезней, которым противопоказаны оперативные вмешательства традиционным способом. Особенно это относится к метаболической болезни (МБ), которая довольно распространена (до 30%) среди населения экономически развитых стран и проявляется

ожирением, желчнокаменной болезнью, сахарным диабетом с инсулинорезистентностью, гипертонией, ишемической болезнью и др. [1, 4, 5], сопровождаемые нарушением перекисного окисления.

Абдоминальное ожирение создает значительные трудности для оперативных манипуляций в брюшной полости. Кроме этого, висцеральная жировая ткань имеет морфологические и функциональные особенности. Интраабдоминальные адипоциты содержат большую плотность β - адренорецепторов, кортикостероидных и андрогенных рецепторов, что определяет высокую чувствительность висцеральной жировой ткани к липолитическому влиянию катехоламинов, и низкую – к антилиполитическому действию инсулина. Интенсивный липолиз в интраабдоминальных адипоцитах приводит к высвобождению большого количества свободных жирных кислот, которые поступают в системный кровоток, воздействуя на печень, что приводит к целому ряду метаболических нарушений (обмен углеводов, липидов и др.) [1, 5]. Перекисное окисление ненасыщенных жирных кислот и накопление токсических продуктов этого окисления – липоперекисей, альдегидов и кетонов, в итоге оказывают вредное действие на весь организм. Существуют предположения, что клетки гибнут в результате нарушения перекисного окисления липидов, входящих в состав мембран. Нарушения метаболизма в организме необходимо учитывать и корректировать их при выполнении как консервативного, так и хирургического лечения пациентов МБ с холелитиазом.

Широкое распространение в мире малоинвазивной хирургии облегчило доступ к оперативному лечению различных категорий пациентов с заболеваниями гепатобилиарной системы [2,3,6]. Сложность выполнения хирургических манипуляций в брюшной полости пациентов, особенно с МБ, заключается в сужении операционного поля за счет накопления абдоминальной жировой ткани у них. Для облегчения оперативного вмешательства на органах брюшной полости были изобретены различные расширители брюшного пространства. Лучшие из них определяются в двух направлениях: пневмоперитонеумы и механические держатели брюшной стенки. Однако и они, кроме положительных свойств, имеют целый ряд отрицательных. Из пневмоперитонеумов наиболее распространенными оказался карбоксиперитонеум. В тоже время, углекислота, как основа карбоксиперитонеума, резорбируясь в брюшной полости оказывает токсическое действие на организм, усиливая патологию оперируемого пациента. Что касается механических расширителей брюшной полости, то существующие механические аппараты, по выражению хирургов – лапароскопистов, не удовлетворяют их назначению.

Целью работы было изучение состояния липидов и липопероксидации в крови до эндовидеолапароскопической холецистэктомии с использованием нашего лапаролифтинга (Патент №26235 от 10.09.2007) и в постреабилитационном периоде у пациентов МБ с холелитиазом.

Материал и методы исследования. Исследование показателей липидного обмена и перекисного окисления липидов проведено у 50 пациентов МБ с холелитиазом, лечившихся в гастроэнтерологическом центре и хирургическом отделении Полтавской областной клинической больницы имени М. В. Склифосовского. Мужчин было 38%, женщин – 62%, в возрасте от 30 до 70 лет и длительностью заболевания до 15 лет. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц. Всем пациентам проведены в полном объеме клинические исследования с использованием лабораторно – инструментальных методов по общепризнанным методам. Эндовидеолапароскопическая холецистэктомия выполнялась согласно описанию ее в различных монографиях и учебных пособиях [2, 3, 4], с той только разницей, что фиксатором передней брюшной стенки в операциях служил наш лапаролифтинг.

Результаты исследования и их обсуждение. В таблице 1 представлены результаты исследования липидов крови у пациентов МБ с холелитиазом до операции и спустя 7 – 30 дней после холецистэктомии.

Таблица 1

Изменения показателей отдельных ингредиентов липидов крови после холецистэктомии

Показатели	Контроль	До операции	После операции через	
			7 дней	30 дней
Общие липиды, г/л	5,8±0,33	8,41±1,69	6,47±1,58	4,8±0,76
Общий холестерин, ммоль/л	4,9±0,31	7,02±1,28	5,39±1,49	5,0±1,02
В-липопротеиды, ммоль/л	668±49,5	829±49,35	716±39,21	670±49,3
Фосфолипиды, ммоль/л	1,4±0,004	1,7±0,07	1,6±0,1	1,2±0,06
Триглицериды, ммоль/л	1,4±0,30	2,6±0,35	1,7±0,41	1,3±0,05

Примечание. Различие достоверное - $P < 0,05$

Таблица 1 свидетельствует о том, что у больных МБ с холелитиазом достоверно имеет место повышение липидов в сыворотке крови: общие липиды на 45%; общий холестерин – на 43,2%; В – липопротеиды – на 24,1%; фосфолипиды – на 21,4%; триглицериды – на 85,7%. В результате эндовидеолапароскопической холецистэктомии уже через 7 дней наблюдения отмечено существенное снижение всех показателей (недоходящее до нормы) и изучаемых ингредиентов липидов крови. В тоже время, спустя 30-дневной послеоперационной реабилитации, почти во всех оперированных уровень липидов крови возвратился к нормальным величинам.

Повышенное содержание в плазме крови больных МБ с холелитиазом общих липидов, общего холестерина, В-липопротеидов, фосфолипидов и триглицеридов является следствием нарушенного липидного обмена, в котором, естественно, ведущая роль принадлежит печени. Функциональные изменения

в деятельности печени служат неотъемлемой составной частью в патогенезе развития таких заболеваний как ожирение, гепатоз, сахарный диабет, атеросклероз, желчнокаменная болезнь, метаболическая болезнь, которые имели место у исследованных больных. Перечисленные патологические явления в организме взаимосвязаны между собой и в процессе жизни, взаимодействуя между собой, могут усиливать их проявление. В связи с этим конкременты в желчном пузыре, как морфопатологические раздражители гепатобилиарной системы способствуют стимуляции нарушенных обменных процессов. Удаление калькулеза с желчным пузырем благоприятно сказывается на функцию печени и всей пищеварительной системы, о чем свидетельствует восстановление до нормальных величин липидного обмена после холецистэктомии. Как уже известно, накопление перекисей и свободных радикалов, при ослаблении антиоксидантной защиты, оказывает токсическое влияние на окислительно-восстановительные процессы в клетке, их пролиферацию и др., что является причиной многих патологических изменений в организме. Результаты исследований состояния перекисного окисления у больных МБ с холелитиазом приведены в таблице 2. Представленные данные состояния перекисного окисления липидов, свидетельствуют о существенном отклонении их от нормы у пациентов МБ с холелитиазом в сравнении со здоровыми людьми, которые приведены в графе <<контроль>>. В группе больных МБ с холелитиазом отмечен достоверный спад активности антиоксидантных ферментов супероксиддисмутаза (СОД) на 53,3%) на фоне повышения концентрации малонового диальдегида (МДА) на 98,8%), диеновых конъюгат (ДК) на 33%) и перекисной резистентности эритроцитов (ПРЭ на 68,8%). Через 7 дней, после холецистэктомии эти показатели изменились в противоположную сторону. Так, СОД повысилась на 67,8%, а остальные уменьшились: МДА на 53,5%; ДК на 74,8%; ПРЭ на 72,3%. Спустя 30 дней, после холецистэктомии в результате послеоперационной реабилитации, показатели перекисного окисления липидов приблизилось к нормальным величинам.

Таблица 2

Изменения показателей перекисного окисления после холецистэктомии

Показатели	Контроль	До операции	После операции через	
			7 дней	30 дней
МДА ммоль/л	7,76± 0,92	15,43±1,17	8,25±0,78	7,16±1,24
ДК ммоль/л	16,84±0,85	22,63±1,05	16,94±0,83	16,5±1,16
ПРЭ,% гем	11,1±0,54	18,74±1,12	13,52±0,64	12,6±0,92
СОД ед.	2,1±0,16	1,12±0,16	1,88±0,14	2,0±0,17

Примечание. Различие достоверное – P < 0,05

Обнаруженные изменения перекисного окисления у пациентов МБ с холелитиазом говорят не только о патологической перестройке липопероксидации у них, но и об истощении механизмов естественной антирадикальной защиты. По данным многих исследований процесс свободнорадикально окисления в организме протекает более интенсивно за счет относительно низкой концентрации кислорода в циркулирующей крови и дисфункции клеточного метаболизма с прогрессированием микроциркуляторных, гипоксических и органопатологических изменений в органах, что имеет место у пациентов МБ с холелитиазом.

Выводы

1. Метаболическая болезнь с холелитиазом сопровождается существенными нарушениями липидного обмена и перекисного окисления липидов.
2. Изменения в показателях липидного обмена и состояния перекисного окисления могут служить ориентиром тяжести течения МБ с холелитиазом и эффективности хирургического и консервативного лечения.
3. Выполнение холецистэктомии с помощью эндовидеолапароскопических операций у пациентов МБ с холелитиазом с послеоперационной реабилитацией способствует эффективному восстановлению нарушенных обменных процессов в организме.
4. Особенно важным является продолжение всеобъемлющего изучения проблем, как метаболической болезни, так и холелитиаза, тем более их сочетание в хирургической практике.

Литература

1. Кобалова М.Д. Метаболический синдром: принципы лечения / М.Д. Кобалова, В.В. Толкачева. – Москва, - 2005. -10с.
2. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию / А.В. Малоштан, В.В. Байко, А.М. Тищенко, И.А. Криворучко. - Харьков. - 2005. - 356 с.
3. Лапароскопическая хирургия в лечении заболеваний желчных путей / М.Е. Ничитайло, В.В. Дьяченко, П.В. Огородник, А.Н. Литвиненко // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. -1999. -Т.3. -№3. -С.40-43.
4. Скибчик В.А. Серцево-судинні захворювання при цукровому діабеті / В.А. Скибчик, Т.М. Соломенчук - Львів. - 2006. - 166с.
5. Смірнова І.П. Ожиріння / І.П. Смірнова // Нова медицина. - Вінниця. - 2004. - №3 (14). - С. 17-19
6. Федоров И.В. Оперативная лапароскопия / И.В. Федоров, К.Ш. Зыятдинов, Е.И. Сигал - Москва, <<Триада Х>>. - 2004. - 463 с.

Реферат

**ЗМІНИ ЛІПІДІВ І ЛІПОПЕРОКСИДАЦІ В
КРОВІ ЗАВДЯКИ ЕНДОВІДЕОЛАПАРОСКО-
ПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІІ У ПАЦІЄНТІВ
МЕТАБОЛІЧНОЮ ХВОРОБОЮ З
ХОЛЕЛІТІАЗОМ**

**Дудченко М. О., Третяк Н. Г., Дудченко М. А.,
Новак О. В., Сорокіна С. И.**

Дослідження проведено на 50 пацієнтах віком від 30 до 70 років і давністю захворювання до 15 років. Чоловіків було – 38%, жінок – 62%. Установлено, що метаболічна хвороба з холелітіазом супроводжується суттєвими порушеннями ліпідного обміну і перекисневого окислення ліпідів. Зміни в показниках ліпідного обміну та стану перекисневого окислення ліпідів можуть служити орієнтиром тяжкості перебігу хвороби та ефективності хірургічного і консервативного лікування пацієнтів. Виконані холецистектомії за допомогою ендовідеолапароскопічних операцій з використанням лапароліфтинга сприяють ефективному відновленню порушеного обміну речовин в організмі.

Ключові слова: метаболічна хвороба, ліпідний обмін, холецистектомія.

Стаття надійшла 24.06.2010 р.

**CHANGE OF LIPIDS AND
LIPOPEROXYDATION OF BLOOD OWING TO
ENDOVIDEOLAPAROSKOPIC
CHOLECYSTECTOMIA AT PATIENTS WITH
METABOLIC ILLNESS AND CHOLELITIASIS**

**Dudchenko M.A., Tret'yak N.G., Dudchenko M.A.,
Novak O.V., Sorokina S.I.**

Research is spent on 50 patients at the age from 30 till 70 years and duration of disease till 15 years. Men there were 38 %, women - 62 %. It is established, that metabolic illness with chilelitiiasis is accompanied by essential infringements of lipid's exchange and peroxidations of lipids. Changes in indicators lipid's exchange and a condition peroxidations of lipids can to serve as a reference point of weight of a current of illness, and also efficiency of surgical and conservative treatment of patients. Performance of cholecystectomy with the help endovideolaparoscopic operations at use umbellate laparolifting promotes effective restoration of the broken exchange processes in an organism.

Keywords: metabolic illness, lipid's exchange, cholecystectomy.

УДК 616.366-089-008.616.321-072.1

М. А. Дудченко

ВІУЗ України «Українська медичинська стоматологічна академія», І. Полтава

**ОЦЕНКА ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ
МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ХОЛЕЦИСТИТАМИ**

Сравнительная оценка эффективности зонтичного лифтинга и карбоксиперитонеума при эндовидеолaparоскопической холецистэктомии проведена на 115 больных. Результаты исследований показали, что зонтичный лапаролифт является более эффективным приспособлением для выполнения эндовидеолaparоскопических операций, особенно у пациентов метаболической болезнью и позволяет расширить перечень применяемых за счет традиционных хирургических инструментов и сокращает затраты на дорогостоящие лапароскопические инструменты.

Ключевые слова: зонтичный лапаролифтинг, карбоксиперитонеум, холециститы.

Лечение холециститов продолжает оставаться дискутабельной и окончательно не решенной проблемой. Особенно это относится к категории страдающих метаболической болезнью (МБ), которая мало изучена в терапевтической практике и не разрабатывается на должном уровне в оперативном направлении, хотя в экономически развитых странах более 30% населения имеет это заболевание [6]. До сих пор отсутствует четкая граница между исчерпывающими терапевтическими возможностями лечения и началом хирургических вмешательств при различных формах течения воспалительных процессов в желчных путях. В тоже время по данным многих литературных источников [4, 6] по поводу калькулезного и острого бескаменного холецистита операции стали одним из наиболее частых лечебных вмешательств в плановой и неотложной хирургии брюшной полости. Повышенный интерес к данной патологии связан с ростом послеоперационной летальности, возрастающим числом повторных и реконструктивных операций на желчных протоках, предпринимаемых из-за неполноценности первичных хирургических вмешательств [9].

Целью работы было сравнение эффективности механического подъемника брюшной стенки и карбоксиперитонеума при эндовидеолaparоскопической холецистэктомии у пациентов МБ с холециститами.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 115 пациентов МБ с сопутствующим холециститом. Среди них были с острым калькулезным (27%) и бескаменным (19,1%) холециститом и хроническим калькулезным (45,2%) и бескаменным (8,7%) холециститом. Мужчин было 22, женщин - 93. Возраст их составлял: до 40 лет - 20, от 41 до 50 лет – 31, старше 51 года и более - 44. Длительность заболевания до 1 года была отмечена у 12% пациентов, от 1 до 4 лет – у 29%, от 5 до 9 лет – у 23%, от 10 до 14 -