

ного гепатита основная роль в обменных процессах принадлежит анаэробному гликолизу, а среднетяжелая форма вирусного гепатита без обострения характеризуется более резким, чем при легкой форме, угнетением гликолиза и приближением его активности к норме. В то же время ведущим механизмом окисления в лейкоцитах становится цикл Кребса, а в моноцитах — пентозо-фосфатный шунт. Среднетяжелой форме вирусного гепатита с обострением свойственны резкая активация пентозо-фосфатного шунта в лейкоцитах и не менее резкое его угнетение в моноцитах; в моноцитах же начинает преобладать гликолиз.

УДК 616.379—008.64:616.153.915

В. И. Чураков, Э. А. Прилепкина, С. М. Карханина (Куйбышев). Исследование липидных фракций у больных сахарным диабетом

Мы изучали типы гиперлиппротеидемий и воздействие нормализации углеводного обмена на липидограмму у больных сахарным диабетом. Фракционное разделение липидов сыворотки крови проводили электрофоретическим методом.

Под наблюдением находилось 80 больных от 15 до 70 лет. Контрольную группу составили 33 здоровых человека в возрасте от 22 до 26 лет. Масса тела у большинства больных (у 75) была нормальной. У обследованных были выявлены следующие заболевания: диабетическая ангиопатия сетчатки (у 73), нейропатия конечностей (у 21), ангиопатия конечностей (у 29), нефропатия I стадии (у 22), диабетический гепатоз (у 37), кетоацидоз (у 22). При поступлении в стационар у всех наблюдалась декомпенсация сахарного диабета. Пациентов по возрасту разделили на две группы: до 40 лет было 38 человек и старше этого возраста — 42. Среди больных до 40 лет заболевание в тяжелой форме было у 31, средней тяжести — у 7; среди лиц старше 40 лет — соответственно у 19 и 23. В зависимости от показаний больные получали различные антидиабетические препараты, витамины группы В, анаболические средства, ангиопротекторы, липотропные вещества.

После лечения провели раздельный анализ липидограмм у больных с полной и частичной компенсацией сахарного диабета. Гиперлиппротеидемия была определена у 41 больного. У 23 человек, 10 из которых моложе 40 лет, были гиперлиппротеидемии II и IV типа, являющиеся атерогенными. Анализ полученных данных показал, что при субкомпенсированном диабете (у 15) гиперлиппротеидемия встречается чаще, чем при компенсированном (8). У больных обеих групп с компенсированным сахарным диабетом наблюдалось достоверное уменьшение содержания хиломикронов в крови. У больных старше 40 лет при компенсации заболевания отмечалось существенное снижение уровня β -липопротеидов и холестерина, а при субкомпенсации динамика их уровня была статистически незначимой. У больных до 40 лет при компенсации сахарного диабета констатируется достоверное увеличение содержания α -липопротеидов, что уменьшает вероятность развития ишемической болезни сердца.

Исследование свидетельствует о возможности улучшения липидного обмена путем коррекции углеводного и указывает на важность дифференцированного лечения гиперлиппротеидемии, особенно у молодых больных, с целью предупреждения у них раннего развития атеросклероза и ишемической болезни сердца.

УДК 616.728.2—001—085.477.23

Я. И. Шершер, С. Н. Киреев (Саратов). Тотальное эндопротезирование при последствиях травмы тазобедренного сустава

В связи с неэффективностью многих методов лечения последствий травмы тазобедренного сустава в последние годы предпочтение отдается тотальному эндопротезированию.

Под нашим наблюдением находилось 60 больных (мужчин — 43, женщин — 17) с последствиями травмы тазобедренного сустава; возраст пациентов — от 30 до 70 лет (один пациент был старше 70 лет). 20 человек в разные сроки после травмы перенесли различные операции: открытое вправление вывиха головки бедренной кости, артропластику и др. Всем 60 больным было выполнено 61 тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава конструкцией Я. И. Шершера.

Эндопротезирование проводили по следующим показаниям: переломы головки бедренной кости, несросшиеся переломы и ложные суставы шейки бедренной кости, неправильно сросшиеся переломы вертлужной впадины, посттравматические асептические некрозы головки бедренной кости IV стадии, коксартрозы III стадии.

Применялись три методики тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, основанные на отсечении большого вертела: 1) на ножке из ягодичных мышц; 2) на ножке из ягодичных мышц и со свободным лоскутом из наружной широкой мышцы бедра длиной до 4—5 см; 3) с сохранением всех мышц, прикрепленных к нему.

Гипсовая иммобилизация после операции по первой и второй методикам продолжалась 3—4 нед, по третьей — 2 нед или вовсе не применялась. Через 4 мес после эндопротезирования больные начинали приступать на оперированную конечность, через 6 мес им разрешалась полная нагрузка.

Исходы лечения в сроки от 6 мес до 13 лет были изучены у всех 60 больных. Результаты признаны хорошими у 56 прооперированных, удовлетворительными — у 4, неудовлетворительными — у одного (в связи с нагноением эндопротез был удален на 20-й день после операции).