

Активность АЛТ, АСТ и СДГ на фоне инфаркта миокарда и применения препарата сукцината калия

УДК 618.4—089.873

В.М. Галков (Казань). Использование монополярной электрохирургии при лапароскопической надвлагалищной ампутации матки

Группы животных	Показатели		
	АЛТ	АСТ	СДГ
1-я	49,5±3,4	158,4±17,5	14,8±1,7
2-я	87,3±26,6	426,8±68,9	20,05±2,6
P_{1-2}	< 0,01	< 0,01	> 0,05
3-я	55,7±3,6	250,0±20,3	29,5±5,7
P_{2-3}	< 0,05	< 0,05	> 0,05

50% и 40%. Во всех случаях разница была достоверной. Полученные результаты свидетельствуют об уменьшении цитолиза при воспроизведении инфаркта миокарда у крыс на фоне введения янтарнокислого калия.

Эффективность энергетического обеспечения ишемизированного миокарда оценивали по активности СДГ митохондриальной фракции. Этот показатель у крыс в контроле по сравнению с таковым у интактных животных был выше, что может быть расценено как проявление защитно-компенсаторной реакции клеток на гипоксию. При введении янтарнокислого калия активность СДГ митохондрий была выше, чем в контроле, что свидетельствует о способности янтарнокислого калия снимать ингибирование СДГ-зависимого окисления в ишемизированном миокарде.

При гистологическом исследовании миокарда животных контрольной группы были выявлены выраженный межклеточный отек и лимфостаз с разобщением миокардиоцитов. В отдельных полях зрения встречались очаги фрагментации, маляции и ступенчатых контрактур со слабовыраженной лимфогистиоцитарной реакцией. В просвете отдельных интрамуральных коронарных артерий обнаружены нити фибрина в стадии организации. При окраске по Селье в очагах повреждения определялась отчетливо выраженная фуксинофилия. Патоморфологические изменения у подопытных животных были выражены в меньшей мере. В микропрепаратах при окраске гематоксилин-эозином отмечались слабо выраженный периваскулярный и интерстициальный отеки без видимого повреждения миокардиоцитов. При окраске по Селье фуксинофилия носила очаговый характер. Морфометрическое исследование с помощью сетки Автандилова показало, что площадь пораженного миокарда в контрольной и подопытной группах равнялась соответственно 46,2±6,7% и 14,3±2,1% ($P < 0,05$). Уменьшение более чем в 3 раза площади поврежденного миокарда и его дегенеративных изменений является морфологическим подтверждением кардиопротекторных свойств янтарнокислого калия.

Таким образом, янтарнокислый калий увеличивает активность СДГ-окисления митохондрий и уменьшает ишемическое повреждение при воспроизведении изопротеренолового инфаркта миокарда.

В настоящее время методом выбора оперативного лечения при аденомиозах, субмукозных фиброматозных узлах и некрозах фиброматозных узлов является лапароскопическая ампутация матки. В своей практике мы используем разработанный нами метод монополярной электрохирургии надвлагалищной ампутации матки.

Лапароскопическая ампутация матки с придатками (и без придатков) имеет следующие основные этапы:

- 1) коагулирование в режиме резания и рассечения круглых связок матки;
- 2) коагулирование в том же режиме и рассечение проксимальных отделов маточных труб, собственных связок яичников;
- 3) коагулирование в режиме коагуляции маточных сосудов;
- 4) отсечение тела матки от шейки L-образным электродом в режиме резания;
- 5) проведение задней кольпотомии и извлечение тела матки;
- 6) ушивание кольпотомного отверстия влагалишным доступом;
- 7) санация и ревизия малого таза.

За 1,5 года нами было произведено 137 ампутаций матки. Показаниями к операции были аденомиоз (79), субмукозные миомы (47), некроз узлов (11). Средняя длительность операции — 55±15 минут. У 87% прооперированных больных послеоперационный период протекал без осложнений: больные находились в стационаре в среднем 6 дней.

В 13 случаях возникли воспалительные прикультевые инфильтраты, в 2 — кровотечение из кольпотомных ран, которые не были ушиты, в 3 — нагноение кольпотомных ран. Основное число осложнений возникло на этапе освоения и отработки технологии операций.

91% оперированных обследованы нами через 6—12 месяцев. У 11 женщин по показаниям со стороны смежных специалистов, а также в тех случаях, когда в оставленных яичниках были выявлены кисты, производились диагностические и лечебные лапароскопии. При осмотре малого таза спаечного процесса и рубцовой ткани не обнаружено.

Мы считаем, что примененная нами технология монополярной электрохирургии при лапароскопической ампутации матки, наряду с общепринятыми методами, расширяет возможности лапароскопической хирургии.

УДК 616.31+618.71+617.723]—002.44—07

А.П. Суворов, В.Ф. Оркин, А.И. Завьялов, А.Л. Бакулев, Е.В. Румянцева, Г.Х. Глыбочко (Саратов). О синдроме Бехчета

Более чем полвека назад турецкий дерматолог Хулузи Бехчет впервые описал своеобразный симптомокомплекс, состоящий из сочетания язвенных поражений полости рта, половых орга-

нов и сосудистой оболочки глаз. Дальнейшее изучение заболевания показало, что его клинические проявления гораздо разнообразнее. В настоящее время данный симптомокомплекс включает симметричный полиартрит преимущественно проксимальных суставов, тромбофлебит поверхностных и глубоких вен конечностей, менингоэнцефалит, язвенный колит, полиморфные высыпания на коже в виде фолликулитов, папул, узловатого ангиита, петехий и поражения ногтей пластин. Этиология заболевания точно не известна. Ключевую роль в патогенезе играют аутоиммунные нарушения, составляющие патоморфологическую основу в виде системного васкулита.

Распространенность заболевания в разных климатических зонах неодинакова. Наибольшее число наблюдений встречается в странах Ближнего Востока и Средиземноморья. В Японии синдром Бехчета является одной из главных причин слепоты и достигает частоты 1:1000 населения. В Северной Америке и Австралии патология встречается в 500 раз реже. В отечественной литературе описания данного синдрома единичны. Возможно, это связано с редкостью случаев в России, недостаточным знанием врачами симптоматики заболевания. Неполный симптомокомплекс особенно сложен для дифференциации и ведет к диагностическим ошибкам. Такие больные лечатся у стоматологов, оториноларингологов, ревматологов, окулистов и гинекологов с диагнозами: афтозный стоматит, фарингит, болезнь Рейтера, иридоциклит, язва Чапина—Липшюца и др.

Приводим наше наблюдение.

С., 25 лет, поступила в клинику кожных и венерических болезней Саратовского медицинского университета 03.03.1997 г. с жалобами на резко болезненные язвы на слизистых оболочках ротовой полости и гениталий. Больна 5 лет, когда без видимой причины отметила появление болезненных язвочек на слизистых оболочках щек и деснах. Высыпания постепенно увеличивались в размерах. Неоднократно лечилась в стоматологической клинике с диагнозом: афтозный стоматит. Получала наружно препараты, восстанавливающие трофику тканей (облепиховое масло, масло шиповника, каротолин) и противовоспалительные (полоскания настоем шалфея, отваром коры дуба) с временным эффектом. Шесть месяцев назад впервые появились резко болезненные язвы в области больших половых губ, вульвы и шейки матки. Трудность половых контактов привела к кризису семейных взаимоотношений. Женщина обратилась к гинекологу, который рекомендовал обследование на сифилис в клинике.

Объективно состояние удовлетворительное. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны при пальпации. Костно-суставной аппарат без деформаций, активные и пассивные движения в полном объеме.

Тоны сердца звучные, ритмичные. АД — 120/80 мм Нг, частота пульса — 67 уд. в 1 мин. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не определяются. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Кожные покровы чистые. На слизистых ротовой полости (небной дужке слева, правой щеке

по ходу смыкания зубов, а также на языке и слизистой верхней губы) имеются язвенные дефекты от 0,5 до 1 см в диаметре с подрытыми, неровными, четкими краями и перифокальной гиперемией ярко-розового цвета. Дно язвенных дефектов покрыто плотно сидящей пленкой фибринозного характера.

Наружные половые органы развиты правильно. В области большой половой губы справа — глубокая солитарная язва 1,5—2 см в диаметре, неправильных очертаний с подрытыми краями, четкими контурами. Шейка матки цилиндрической формы. Цервикальный канал щелевидный, над ним имеется легко кровоточащая язва правильной округлой конфигурации, размером 1,5 × 1,5 см, дно ее покрыто сероватым налетом. Паховые лимфоузлы не определяются.

Общий анализ крови: Нб — 117 г/л, эр. — $4,6 \cdot 10^{12}/л$, л. — $3,3 \cdot 10^9/л$, п. — 2%, с. — 47%, лимф. — 47%, эоз. — 4%; СОЭ — 5 мм/ч.

Общий анализ мочи патологии не выявил.

Уровень глюкозы в крови — 4,7 ммоль/л. Тимоловая проба — 3,8 ед. С-реактивный протеин 2+. N-ацетил-нейраминаовая кислота — 380 ед, ДФА — 330 ед. КСР на сифилис и реакция микропреципитации отрицательные.

Иммунограмма: абсолютные и относительные показатели Т-лимфоцитов и их субпопуляций, а также В-лимфоцитов соответствуют норме. Фагоцитарный индекс (97%) и фагоцитарное число (14,2) повышены. Количество активных фагоцитов, иммунорегуляторный индекс и лейко-Т-лимфоцитарный индекс в норме. IgA — 4,9 г/л, IgM — 2,8 г/л, IgG — 26 г/л, ЦИК — 250 ед.

Проведено исследование отделяемого гениталий. Шейка матки: л. — все поле зрения, слизь — значительное количество. Вагина: л. — до 30 в поле зрения, слизь — значительное количество. Уретра: л. — до 40 в поле зрения, слизь — значительное количество. При бактериоскопическом исследовании (по Романовскому—Гимзе и иммунофлуоресцентным методом) гонококки, трихомонады, хламидии, микоплазмы, уреоплазмы, гарднереллы и грибы рода *Candida* не обнаружены. С помощью иммуноферментного анализа в эпителиальных клетках идентифицирован цитомегаловирус.

Результаты осмотра окулистом: диск зрительного нерва бледноват с темпоральной стороны; конус миотической; макулярная область не изменена; поля зрения соответствуют норме; увеит не выявлен.

Осмотр невропатологом: очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

Осмотр оториноларингологом: патологии ЛОР-органов не обнаружено

Диагноз: синдром Бехчета, неполная форма. Большой протеин проведен комплексное лечение: внутрь антибиотики (аминогликозиды), тиосульфат натрия, иммунал, дипроспан, делагил, наружно на язвы — водные растворы анилиновых красителей, ASD-f 3 солкосерил. В результате курса лечения наступило клиническое выздоровление.

Описанный случай представляет интерес в связи с редкостью заболевания, его неполной клинической картиной и поздней диагностикой. Углубленное обследование и выбранная тактика лечения позволили достичь клинической ремиссии синдрома Бехчета и реабилитировать больную в социальном плане.