

фильтрацией в печени и поджелудочной железе. Основное заболевание – хронический холецистит. Осложнение – массивный холестаз: массивная гибель описторхов, пробки из паразитов и конкрементов размером 0,5×0,3×0,2 см, дистрофия гепатоцитов с очагами некроза».

Борьба с описторхозом включает в себя ряд мероприятий. Среди них главным является: оперативная оценка эпидемиологической ситуации в данной местности, санитарная пропаганда, планирование и проведение противоэпидемических мероприятий. Основные пути снижения заболеваемости заложены, в первую очередь, в санитарно-просветительной работе среди населения и, соблюдения строгих правил приготовления в пищу рыбы, а во вторую – в организации активного выявления ранних стадий заболевания.

Состояние среднемолекулярных пептидов плазмы крови у больных с острым нарушением мозгового кровообращения

Хаупшева М.М.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

В последние десятилетия все большее внимание уделяется так называемым «средним молекулам», представителям кислоторастворимой фракции крови, расцениваемым как универсальные критерии эндогенной интоксикации. В связи с этим определенным интересом представляет изучение уровня среднемолекулярных пептидов (СМП) у больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).

Под наблюдением находилось 23 больных с ОНМК по ишемическому типу в возрасте от 38 до 78 лет. Мужчин было 15, женщин – 8. Развитию ОНМК у всех больных предшествовала артериальная гипертония в течение 3–18 лет. У 5 больных выявлен сахарный диабет, у 4 больных – перенесенный инфаркт миокарда. Определение уровня СМП в плазме крови проводилось на 1–3, 7–10, 21–23 сутки с момента развития мозговой «катастрофы». За показатели нормы принят интервал от 0,250 до 0,270 оптических единиц (ОЕ), установленный при обследовании 40 здоровых лиц.

Проведенные исследования показали, что в 1–3 сутки заболевания у всех больных выявлено повышение уровня концентрации средних молекул. При этом наиболее значительное повышение отмечалось у больных, развитие острого сосудистого заболевания которых сочеталось с декомпенсацией сахарного диабета. У таких больных уровень СМП превышал показатели здоровых лиц на 0,204–0,214 ОЕ. У больных с инфарктом миокарда в анамнезе уровень СМП превышал показатели условной нормы на 0,170–0,194 ОЕ.

Анализ результатов исследования уровня концентрации средних молекул на 7–10 сутки с момента развития ОНМК показал, что их уровень все еще отличается от показателей условной нормы, хотя наблюдается тенденция к его снижению. Менее значимое снижение наблюдалось у больных, острому сосудистому заболеванию которых сопутствовал сахарный

диабет, а также у больных с сопутствующими заболеваниями инфекционно-воспалительной природы. Изучение уровня СМП на 21–23 сутки показало, что у 12 больных показатель укладывался в интервал условной нормы, у 3 больных оказался несколько ниже, а у 7 – оставался достаточно высоким. В число последних 7 больных входили 4 больных с сахарным диабетом, двое больных с постинфарктным кардиосклерозом, а также 1 больной с осложнением гнойно-воспалительного характера. У одного больного уровень СМП на 23 сутки оказался выше показателя уровня СМП на 1 сутки, что было обусловлено развитием повторного ОНМК.

Таким образом, изучение уровня концентрации средних молекул в сыворотке крови в динамике у больных с ОНМК выявило его значительное повышение в первые сутки с момента развития заболевания, тенденцию к снижению на 7–10 сутки, и приближение к уровню нормальных величин на 21–23 сутки. Колебания уровня СМП зависят от характера клинического течения ОНМК, наличия сопутствующей патологии и осложнений.

Инфекционный риск медицинских технологий

Хромова Н. Л.

МУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского», Кемерово

Изучение инфекционного риска применяемых медицинских технологий велось в отделении эндоскопической хирургии и отделения печеночной хирургии в МУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского».

В отделении печеночной хирургии выполняется в среднем 1100 операций в год, из которых до 400 и более – лапароскопические холецистэктомии (ЛХЭ) (40–46%). ЛХЭ представляет собой оперативное удаление пораженного желчного пузыря с использованием эндоскопической аппаратуры. За период с 1996 по 2003 г.г. всего выполнено 3230 ЛХЭ.

По степени агрессии лечебно-диагностического процесса медицинские технологии в отделении печеночной хирургии разделяются две группы: 1 – высокотравматичные, куда вошли традиционные «открытые» операции, проводимые в отделении; 2 – малотравматичные – эндоскопические технологии, включающие в себя ЛХЭ и лапароскопию, выполняемые в отделении.

Критерием отнесения операций в ту или иную группу являлось отсутствие или наличие широкого полостного разреза, который определяет более высокую степень травматизации тканей и, как следствие, большую выраженность хирургического стресса.

По степени инвазии применяемые в отделении печеночной хирургии медицинские технологии были отнесены к следующим группам: высокоинвазивные (эндоскопические операции, выполненные на органах брюшной полости, в частности ЛХЭ) и низкоинвазивные (традиционные открытые операции в этом же отделении).

Высокая степень инвазии данной технологии объясняется использованием большого количества