



Рисунок 1. Сравнение теоретических $[\eta]_m$ и экспериментальных $[\eta]_{\text{эксп}}$ значений характеристической вязкости ПБТ, полученного без слюды и в ее присутствии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Нафадзокова Л.Х., Васнев В.А., Тарасов А.И. Пласт. массы, 2001, № 3, с. 39-41.
2. Kozlov G.V., Shustov G.B., Zaikov G.E. J. Balkan Tribolog. Assoc., 2003, v. 9, № 4, p. 467-514.
3. Нафадзокова Л.Х., Козлов Г.В., Тленкопачев М.А. Матер. Четвертого Междунар. междисциплинар.

симп. «Фракталы и прикладная синергетика, ФиПС-2005», Москва, Интерконтакт, 2005, с. 115-118.

4. Козлов Г.В., Долбин И.В. Биофизика, 2001, т. 46, № 2, с. 216-219.

5. Аскадский А.А. Физико-химия полиарилатов. М., Химия, 1968, 214 с.

Новые медицинские технологии

СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕМБРАН И ИНТЕНСИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В МОНОНУКЛЕАРАХ КРОВИ ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ

Есимова И.Е., Новицкий В.В.,
Стрелис А.К., Ткаченко С.Б.,

Уразова О.И., Воронкова О.В., Серебрякова В.А.,
Шилько Т.А., Земляная Н.А., Прокопьев В.Е.
ГОУВПО СибГМУ Росздрава,
Томск

Введение. Одним из наиболее значимых факторов нарушений иммунных процессов при туберкулезе является структурно-функциональная дестабилизация мембран мононуклеарных лейкоцитов крови – клеток, играющих ведущую роль в противотуберкулезной защите организма. В настоящее время неопровержимым считается тот факт, что нормальное функционирование плазматической мембраны определяется ее микровязкостными свойствами, зависящими, в свою очередь, от ряда факторов, в частности, от состояния процессов перекисного окисления липидов.

Целью настоящего исследования явилось изучение микровязкостных свойств мембран мононуклеаров периферической крови и активности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) при туберкулезе легких до и в динамике противотуберкулезной терапии.

Методы. Обследовано 23 пациента (мужчины и женщины) в возрасте 20-55 лет, страдающих диссеминированным лекарственно-устойчивым туберкулезом легких (ТЛ). Диагноз ТЛ устанавливали на основании данных микроскопии мокроты и рентгенологического исследования легких. Лекарственную устойчивость микобактерий туберкулеза определяли методом абсолютных концентраций. Больные обследовались до лечения, после курсов интенсивной и поддерживающей терапии. Контрольную группу составили 11 здоровых мужчин и женщин в возрасте 22-55 лет. Материалом исследования служили лимфоциты и моноциты периферической крови, выделенные на градиентах плотности фиколл-урографина 1077 и 1083 кг/м³ соответственно. Оценку структурных свойств мембран мононуклеаров проводили путем определения собственной их флуоресценции и флуоресцентного зондирования липотропным зондом пирен. Содержание малонового диальдегида (МДА) и диеновых конъюгатов (ДК) в лейкоцитах определяли спектрофотометрическим методом. Статистический анализ данных осуществляли с помощью критериев Стьюдента и Манна-Уитни с использованием программы Statistica for Windows Version 6.0.

Результаты. В ходе исследования у больных ТЛ в мембранах лимфоцитов крови было выявлено увеличение (по сравнению с нормой) коэффициентов эксимеризации пирена как до, так и в процессе химиотерапии. В моноцитах у больных ТЛ до начала лечения данные показатели не отличались от контрольных значений. После курсов интенсивной и под-

держивающей терапии отмечалось их увеличение относительно контрольного уровня. Процент индуктивно-резонансного переноса энергии в мононуклеарах крови у больных ТЛ до лечения был значительно ниже, чем у здоровых доноров. В динамике противотуберкулезной химиотерапии значение показателя увеличивалось, но не достигало контрольных значений. Результаты изучения активности ПОЛ показали, что у больных лекарственно-устойчивым диссеминированным ТЛ на начальном этапе исследования (до начала терапии) содержание МДА и ДК в лимфоцитах и моноцитах крови не претерпевало существенных изменений по сравнению с нормой. После курса интенсивной химиотерапии в мононуклеарах крови у больных ТЛ отмечалось повышение активности ПОЛ, более выраженное в моноцитах, нежели в лимфоцитах. Исключением явилось отсутствие статистически значимых изменений концентрации ДК в лимфоцитах по сравнению с нормой. На заключительном этапе обследования у больных ТЛ концентрация МДА в лейкоцитах снижалась по сравнению с таковой после завершения курса интенсивной терапии, что сопровождалось полной ее нормализацией в лимфоцитах. Концентрация ДК в лимфоцитах не изменялась по сравнению с предыдущим этапом исследования и по-прежнему сохранялась выше таковой у здоровых доноров. В моноцитах содержание ДК достоверно повышалось в сравнении с их количеством в клетках до начала лечения и после курса интенсивной химиотерапии.

Вывод. Течение ТЛ характеризуется снижением микровязкости анулярной липидной фазы и нарушением белок-липидных взаимоотношений в мембранах мононуклеарных лейкоцитов крови до и в динамике противотуберкулезной химиотерапии. Активность ПОЛ в лимфоцитах и моноцитах у больных ТЛ до начала химиотерапии соответствует норме и повышается после интенсивной фазы лечения. После завершения полного курса противотуберкулезной терапии показатели ПОЛ в лимфоцитах и моноцитах сохраняются выше контрольных значений.

**РЕГИОНАРНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ
АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ
У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ
ПО ПОВОДУ ОСТРОГО
ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

Кузнецов А.В., Шевела А.И.,
Морозов В.В., Федин Е.Н.

*НИИ клинической и экспериментальной
лимфологии СО РАМН,*

*Муниципальная клиническая больница № 12,
Новосибирск.*

Холецистэктомия из мини-доступа в настоящее время является операцией выбора в лечении больных с острым калькулезным холециститом. Методика холецистэктомии из мини доступа (по М.И.Прудкову) хорошо зарекомендовала себя в нашей клинике, где она применяется с 1996 года. Ее меньшая травматичность по сравнению со стандартной лапаротомной операцией и более легкая переносимость по сравне-

нию с лапароскопической методикой (за счет отсутствия инфулированного газа в брюшной полости) вывели ее на первое место у больных с острым калькулезным холециститом. Особо считаем ее показанной у пожилых пациентов с серьезной сопутствующей патологией.

В послеоперационном периоде считаем оптимальным проведение антибактериальной терапии через круглую связку печени. Это обеспечивает максимальное близкое подведение антибактериального препарата к месту воспаления, снижение болевых ощущений и более скорое восстановление клинических и лабораторных показателей состояния пациента. В доступной литературе нам не удалось встретить описание канюлирования круглой связки печени при данном виде операций.

В нашем исполнении канюлирование проводится по окончании оперативного приема (холецистэктомии) перед ушиванием трансректального оперативного доступа. Не удаляя фиксирующего кольца с осветителем и ретракторами, делается прокол кожи толстой и длинной иглой со внутренним диаметром 1,5мм, по средней линии живота на границе эпигастральной и мезогастральной областей. Игла под пальпаторным и визуальным контролем проводится в толще круглой связки, максимально близко к печени, не нарушая целостности брюшины круглой связки. Через иглу проводится леска-проводник, игла извлекается и по проводнику проводится катетер, внутренний диаметр которого 1,2мм. Со стороны брюшной полости на круглую связку вокруг катетера накладывается герметизирующий кетгутый шов для предотвращения в дальнейшем уклонения лекарственной смеси ретроградным током на брюшную стенку. К коже катетер фиксируется тонкой нитью. Методика похожа на установку подключичного катетера по Сельдингеру с тем лишь отличием, что вместо подключичной вены канюлируется круглая связка печени. Стандартный подключичный катетер с диаметром 1,0-1,2мм вполне подходит для описанной манипуляции. Наличие на нем отверстий для фиксирующей нити и съемная резиновая пробка весьма удобны. Для проведения антибактериальной терапии в катетер установленный в круглую связку печени вводили комплексную лекарственную смесь, состоящую из 250мг ампициллина натриевой соли, 5мл 0,025% раствора новокаина, 2мл 2% раствора папаверина. Введение осуществляли медленно, болюсно 3 раза в сутки, длительность лечения 5 дней. У пролеченных больных, мы не встретили аллергических реакций, воспалительных процессов и инфильтратов в месте установки катетера. Удаление катетера безболезненно, на коже практически не остается следа от его установки.

Подобный способ антибактериальной терапии позволяет избежать многократных внутримышечных инъекций, что приводит к улучшению самочувствия пациентов в послеоперационном периоде за счет отсутствия боли в местах инъекций и постинъекционных инфильтратов. Прицельное введение антибиотика привело к снижению используемой дозы препарата и уменьшению системного действия антибиотика на организм в целом.