

больным постмастэктомическим синдромом. Возможно, причиной тому является недостаточная информированность неврологов об этой проблеме, а также определенный скептицизм относительно прогноза «онкологических» больных. «Вы не наша больная» - эти слова приходится слышать женщинам на амбулаторном неврологическом приеме. Всё это существенно снижает эффективность медицинской помощи больным постмастэктомическим синдромом. Учитывая вышеописанную ситуацию, мы в ходе нашей работы проводили больным постмастэктомическим синдромом не только так называемую «базовую» медикаментозную терапию, но и коррекцию возникающих психоэмоциональных расстройств. Наряду с показателями депрессии и тревожности учитывались и показатели качества жизни, которые в ходе терапии улучшались. Врачи любых специальностей должны помнить о том, что в любой момент в их кабинет может зайти пациент, получивший лечение по поводу какого-либо онкологического заболевания (в том числе и страдающий постмастэктомическим синдромом) и нуждающийся уже в помощи не онколога, а невролога, терапевта, врача ЛФК и т.д. И, конечно, в ответ он не должен услышать фразу «Вы не наша больная», которая никак не сочетается с постулатами клятвы Гиппократата.

**УРОВЕНЬ ЖИРОВОГО ОБМЕНА
И ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ
ЛИПИДОВ БОЛЬНЫХ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ НА ФОНЕ
СИМВАСТАТИНА**

И.Н. Медведев, И.А. Скорятина
*Курский институт социального
образования (филиал) РГСУ
Курск, Россия*

Цель работы: исследовать влияние симвастина на липидный спектр крови и активность перекисного окисления липидов (ПОЛ) у больных артериальной гипертонией (АГ) с дислипидемией (Д).

Обследовано в динамике 20 больных с АГ 1-3 степени с риском 2-3 с Д. Кор-

рекция АД проводилась симвастином в дозе 10 мг вечером. Контрольную группу составили 22 здоровых человека.

Содержание общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ) исследовали энзиматическим колориметрическим методом наборами фирмы «Витал Диагностикум», ХС ЛПВП – набором фирмы ООО «Ольвекс Диагностикум» энзиматическим колориметрическим методом, общие липиды (ОЛ) – набором фирмы «Лакхема». Уровень ХС ЛПНП рассчитывали по W.Fridwald et al. (1972). Содержание ЛПОНП определяли по формуле (содержание ТГ/2,2).

Активность ПОЛ в плазме оценивали по содержанию ТБК-активных продуктов набором фирмы ООО «Агат-Мед» и уровню ацилгидроперекисей (АГП) по Гаврилов В.Б., Мишкорудная М.И (1983). Липидный обмен и ПОЛ исследовались через 4 нед. лечения и через 4 нед. после его отмены. Результаты обработаны критерием Стьюдента (t).

У больных также выявлена гиперлипидемия (ОЛ- $8,6 \pm 0,04$ г/л) II б типа, концентрация ТБК-активных продуктов в плазме составило $5,26 \pm 0,12$ мкмоль/л (в контроле – $3,02 \pm 0,04$ мкмоль/л), АГП составляли $3,12 \pm 0,06$ Д₂₃₃/мл (контроль $1,43 \pm 0,007$ Д₂₃₃/мл).

Через 6 нед. лечения симвастином достигнута позитивная достоверная динамика в липидном спектре крови. Содержание ОХС и ХС ЛПНП составило $5,8 \pm 0,06$ ммоль/л и $4,01 \pm 0,09$ ммоль/л, соответственно. Уровни ТГ и ХС ЛПОНП также достоверно снизились на 10%.

Отмечавшаяся до лечения гиперлипидемия претерпела достоверную динамику (ОЛ составили $8,3 \pm 0,12$ г/л).

Количество ТБК-активных продуктов снизилось с $5,26 \pm 0,12$ мкмоль/л до $4,89 \pm 0,16$ мкмоль/л, уровень АГП также стабилизировался на отметке $2,69 \pm 0,03$ Д₂₃₃/мл. Это свидетельство об ослаблении синдрома перекисидации, что в сочетании с улучшением показателей липидного профиля уменьшало риск развития атеросклероза. Ни по одному из исследованных параметров не удалось достичь контрольных значений.

Таким образом, у больных АГ с Д применение симвастатина может корректировать активность ПОЛ плазмы, оптимизируя живой обмен, что может способствовать оптимизации у них реологических свойств крови.

**АКТИВНОСТЬ ПЕРЕКИСНОГО
ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ
В ТРОМБОЦИТАХ У БОЛЬНЫХ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ
С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ**

И.Н. Медведев, И.А. Скорятина
*Курский институт социального
образования (филиал) РГСУ
Курск, Россия*

Цель работы: изучить активность перекисного окисления липидов (ПОЛ) в плазме и тромбоцитах больных артериальной гипертонией (АГ) с дислипидемией (Д).

Обследован 21 больной среднего возраста с АГ 1-3 степени с риском сердечно-сосудистых осложнений 2-3 с Д. Контрольную группу составили 22 здоровых человека идентичного возраста. Активность ПОЛ в плазме оценивали по содержанию ТБК-активных продуктов набором «Агат-Мед».

Состояние ПОЛ тромбоцитов определяли по базальному и стимулированному тромбином уровню малонового диальдегида (МДА) по Shmith J.V. et. al. (1976) в модификации Кубатиев А.А., Андреев С.В. (1976). Результаты обработаны статистически критерием Стьюдента.

У пациентов установлено усиление ПОЛ. Концентрация ТБК-активных продуктов в плазме составила $5,26 \pm 0,12$ мкмоль/л.

В тромбоцитах больных базальный уровень МДА был повышен ($1,31 \pm 0,04$ нмоль/ 10^9 тр.) по сравнению с контролем ($0,67 \pm 0,06$ нмоль/ 10^9 тр.), что свидетельствует об активации в кровяных пластинках ПОЛ. Секретция МДА кровяными пластинками больных составила – $7,84 \pm 0,07$ нмоль/ 10^9 тр., ($P < 0,01$), в контроле – $5,72 \pm 0,09$ нмоль/ 10^9 тр.

Активация ПОЛ в плазме и тромбоцитах больных АГ с Д приводит к альтерации структур эндотелия, тромбоцитов и

повышению адгезивно-агрегационной способности последних.

Одним из механизмов реализации этого процесса может быть интенсификация метаболизма мембранных фосфоинозитолов с активацией тромбоксанообразования.

Синдром перекисидации в плазме у больных АГ с Д обуславливает раннее развитие и быстрое прогрессирование атеросклероза. Усиление ПОЛ в тромбоцитах способно активировать кровяные пластинки и приводить к тромбозам различной локализации, часто с летальным исходом.

Таким образом, в схемы лечения больных АГ с Д наряду с гипотензивными средствами необходимо включение средств с антиоксидантной активностью.

**УЛЬТРАЗВУКОВОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ В ОЦЕНКЕ
ВЫРАЖЕННОСТИ И
РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСТРОГО
ПАНКРЕАТИТА: ВОЗМОЖНОСТИ
И СЛОЖНОСТИ**

А.Н. Меднис, В.С. Хабицев,
Л.Н. Габараева, В.С. Дворников,
С.В. Дворников, Т.И. Кизинов,
З.А. Тотоев, Д.Т. Березова, Д.Р. Басаев,
Э.Р. Басаев

*Особый оперативный отдел «Война,
эпидемия, беженцы», Северо-Осетинская
государственная медицинская академия
Владикавказ, Россия*

Целью настоящей работы явились стандартизация диагностики и миниинвазивного лечения острого панкреатита. Актуальность темы обусловлена тем, что воспалительные заболевания поджелудочной железы среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости по частоте встречаемости занимают третье место, уступая лишь острому аппендициту и острому холециститу. При этом число случаев острого панкреатита неуклонно увеличивается, с одновременным увеличением частоты крупноочагового панкреонекроза, сопровождающегося высокой летальностью, достигающей 60-80%.

Своевременное получение диагностической информации, позволяет приме-