

стальтика и жидкость в просвете кишечника. Изменений не выявлено в 58% наблюдений.

Дуплексное сканирование у всех обследуемых выявило нарушения кровотока в ВБА.

При ангиографическом исследовании были верифицированы тромбозы и эмболии ВБА (36,4% и 31,8% соответственно). В 31,8% наблюдений на основе отрицательного заключения и с использованием дополнительных данных был выставлен диагноз неокклюзионной ишемии.

При рентгеновской компьютерной томографии (линейной и радиальной) было установлено утолщение кишечной стенки в среднем на 8 мм, пневматизация петель кишечника, тромбы в просвете сосудов (артерий и вен), газ и жидкость в брюшной полости. Специфичность исследования была максимальной среди всех методов и составила 90%.

На основе полученных данных был составлен алгоритм обследования больного с подозрением на ОНБК и ИК.

ВЛИЯНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ НА ТРОФИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

С.В. Коротков

Научные руководители – д.м.н., профессор *В.В. Кирковский*,

д.м.н., профессор *С.И. Третьяк*

Белорусский государственный медицинский университет

Известно, что одним из важных звеньев в комплексном лечении больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости, является адекватная нутритивная поддержка организма [1,2,3].

В связи с этим, цель нашего исследования - улучшить результаты лечения больных, оперированных по поводу илеуса различного генеза, за счёт адекватного обеспечения организма пластическими и энергетическими субстратами с использованием методики раннего послеоперационного энтерального питания.

Материалы и методы. В качестве препаратов для раннего послеоперационного энтерального питания использовались элементарные смеси, которые вводились непосредственно в тощую кишку [1,2,3].

С целью ускорения сроков начала раннего послеоперационного энтерального питания использовались энтеропротекторы (озонированные и гипербарические физиологические растворы, глютамин, аргинин, 3-омега жирные кислоты, N-ацетил-L-цистеин), улучшающие функционально-метаболическое состояние тонкой кишки [1,2,3].

Исследования проводились в 2-х группах больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости. Контрольную группу составили 38 больных, которым во время операции проводилась назоинтестинальная интубация с помощью 3-х просветного зонда с целью декомпрессии и коррекции внутрикишечного статуса. Основную группу составили 25 больных, у которых в комплексном лечении наряду с декомпрессией и коррекцией внутрикишечного статуса, применялась методика раннего послеоперационного энтерального питания с коррекцией функционально-метаболического статуса тонкой кишки энтеропротекторами.

У больных исследовали: всасывающую способность тощей кишки по d(+)-ксилозе, общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, лейкоцитарный индекс интоксикации по методике Каль-Калифа, уровень средних молекул по методике В.М. Моина и соавт.. Трофический статус контролировали по альбумину, трансферрину, абсолютному числу лимфоцитов.

Результаты. Использование раннего послеоперационного энтерального питания способствовало более ранней нормализации трофического статуса; так уровень альбумина к 5-м суткам в основной группе составил $33,4 \pm 1,1$ г/л (в контрольной – $27,5 \pm 0,9$ г/л), уровень трансферрина к 5-м суткам – $1,8 \pm 0,09$ г/л (в контрольной – $1,3 \pm 0,081$ г/л), уровень лимфоцитов к 5-м суткам – 1600 ± 135 (в контрольной – 1400 ± 195). Так же отмечалась более ранняя нормализация общего и биохимического анализов крови, улучшение общего состояния больных, снижение уровня эндотоксикации, уменьшение частоты осложнений и сроков пребывания в стационаре.

Выводы. На основании полученных данных можно сделать вывод, что проведение раннего послеоперационного энтерального питания способствует более раннему восстановлению трофического статуса, что в свою очередь положительно влияет на результаты лечения больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости различного генеза.

Литература

1. Хорошилов И.Е. Руководство по парэнтеральному и энтеральному питанию. СПб.2000, 374 с.
2. Костюченко А.Л., Костин Э.Д, Курьгин А.А. Энтеральное искусственное питание в интенсивной терапии. СПб.1996, 329 с.
3. Т.С. Попова, А.Е. Шестопалов, Т.Ш. Тамазашвили. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях. Москва 2002, 320 с.

МЕЗАНГИОПРОЛИФЕРАТИВНЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ У ДЕТЕЙ

А.В. Крылова-Олефиренко

Научные руководители – к.м.н., доцент *А.М. Чичко*, к.м.н., доцент *Т.А. Летковская*
Белорусский государственный медицинский университет

Мезангиопролиферативный гломерулонефрит (МзПГН) является наиболее распространенным морфологическим типом поражения почечных клубочков у детей и в целом характеризуется относительно доброкачественным течением и прогнозом. Целью настоящей работы явилось изучение клинических особенностей первичного МзПГН у детей. Мы провели ретроспективный анализ 61 истории болезни детей с МзПГН, проходивших лечение во 2 ДГКБ г. Минска в 2000 – 2003 гг. Нефробиопсия проводилась в сроки от 3-х месяцев до 13 лет с момента заболевания. Возраст больных колебался от 3 до 15 лет. Заболевание в изученной группе клинически характеризовалось бессимптомным началом более чем в половине случаев (55%), наиболее часто проявлялось гематурией с незначительной протеинурией. Во всех случаях исследовались гистологические препараты. Мы оценивали выраженность и распространенность пролиферации мезангия, наличие склероза/гиалиноза гломерул, тубуло-интерстициальный компонент (ТИК) (дистрофия нефроэпителия, инфильтрация в строме, очаги склероза). В серии из 18 нефробиоптатов мы провели иммуногистохимическое окрашивание с моноклональными антителами к Ki-67 – нуклеопротеину, экспрессируемому делящимися клетками. Основным критерием отбора была информативность нефробиоптата (более 10 полноценных клубочков). Проведенный сравнительный анализ клинических проявлений МзПГН в зависимости от выраженности и распространенности мезангиальной пролиферации показал, что достоверно чаще при диффузном МзПГН встречаются эпизоды макрогематурии, в то время как для фокально-сегментарного МзПГН характерна изолированная протеинурия. Не было выявлено значительных различий течения МзПГН в зависимости от выраженности мезангиальной пролиферации. Достоверных различий в течении МзПГН в зависимости от наличия/отсутствия гломерулосклероза не выявлено. ТИК в изученной группе присутствовал у 77% больных. При этом наиболее часто выявлялась белковая дистрофия нефроэпителия. Проведенный анализ выявил положительную корреляционную взаимосвязь между наличием инфильтрации и признаками (б/х, ОАК) активности процесса, а также между дистрофией нефроэпителия и нарушением концентрационной функции почек. В группе, отобранной для иммуногистохимического исследования лишь в 27% случаев пролиферация мезангиоцитов отличалась от отрицательного контроля (1-2 положительных клетки). Более трех делящихся клеток в 70% клубочков мы наблюдали в одном случае – это соответствовало результатам световой микроскопии (выраженная диффузная пролиферация), в остальных – отмечались единичные положительные клетки в 20-30% клубочков. В большей же части случаев несмотря на светооптические признаки гиперклеточности мы не обнаружили пролиферации клеток в мезангиальной области.

Таким образом, можно сформулировать следующие выводы:

- Клинические проявления МзПГН в большей степени зависят от распространенности мезангиальной пролиферации, чем от ее выраженности.