

казатели. Я сравнила ВОК изученных животных, прежде всего основную форму органа, количество, форму и положение его петель.

В целом ВОК грызунов напоминает спираль, растянутую весьма неравномерно на своем протяжении, что соответствует данным В.М. Петренко. Спирализация ВОК у данных грызунов нарастает по мере уменьшения плотности ее окружения (в результате прежде всего уменьшения печени). Видовые особенности формы ВОК я выразила такими формулами:

1) у К – проксимальная петля как поперечное полукольцо или дуга + прямой или слабо искривленный промежуточный сегмент + дистальная петля как фронтальное полукольцо или дуга; обе петли правосторонние;

2) у МС – проксимальная, левая петля как неполное кольцо вокруг слепой кишки + сла-

бо искривленный промежуточный сегмент + 2 дистальных петли как кольца, занимающие косоагиттальное (I вариант) или кософронтальное положение (II вариант – крупнее левая доля печени);

3) у Д – проксимальная петля как вентральное, косопоперечное неполное кольцо или широкая и низкая подкова, или дуга (около слепой кишки) + клубок 2 средних петель (на месте слабо искривленного промежуточного сегмента, правее остальных петель) + дистальная петля как дорсальное, поперечное неполное кольцо или узкая и высокая подкова; все петли (первая – главным образом) правосторонние.

Итак, в ряду (К → МС → Д) ВОК прогрессивно удлиняется и в плотном окружении искривляется, образует петли растущей крутизны: у К – 2 (неполные), у МС – 3, у Д – 4.

### Медицинские науки

#### ЭФФЕКТИВНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ПОДПЕЧЕНОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

<sup>1,2</sup>Абдулжалилов А.М., <sup>1,2</sup>Иманалиев М.Р.,  
<sup>1,2</sup>Абдулжалилов М.К., <sup>1,2</sup>Магомедова С.М.,  
<sup>1,2</sup>Магомедов М.А., <sup>1,2</sup>Гусейнов А-К.Г.

<sup>1</sup>ГБУ «РБ№2-ЦСЭМП»;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВПО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала,  
e-mail: saadat\_leon@mail.ru

Послеоперационные осложнения при ЛХЭ чаще всего бывают связаны не только с дефектами оперативного вмешательства, но и с неэффективностью дренирования подпеченочного пространства, связанной миграцией дренажа, с его дисфункцией, ретенцией выпота или желчи в подпеченочном пространстве с последующим инфицированием, развитием спаечного процесса [1, 2]. Цель исследования – повысить эффективность дренирования подпеченочного пространства путем разработки устройства для дренирования. Материал и методы исследования. Проведен анализ 105 случаев лапароскопической холецистэктомии по поводу деструктивного холецистита. При этом послеоперационные осложнения диагностированы у 14 пациентов, что составляет 13,3%, т.е. у каждого шестого-седьмого оперированного. Осложнения распределились следующим образом: дисфункция дренажа – 6, биллома – 2, подпеченочный абсцесс – 3, желчный перитонит – 1. Всех пациентов пришлось оперировать повторно с исходом выздоровление. Главной причиной оказалось неадекватное дренирование подпеченочного пространства. Для улучшения результатов ЛХЭ при деструктивном холецистите нами использован дренаж с надувной

манжетой в дистальной его части. Конструкция дренажа позволяет фиксировать дренаж в области ложа желчного пузыря и предупредить его миграцию в свободную брюшную полость, оказать компрессию ложа желчного пузыря с целью профилактики крово- и желчеистечения из его поверхности, а также предупреждения спаивания окружающих органов с ложем желчного пузыря для профилактики послеоперационной спаечной непроходимости. Предлагаемый способ дренирования использован при лечении 21 пациента с деструктивным холециститом и с высоким риском развития послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде. Дренаж вводили в брюшную полость через правый латеральный 5 мм порт, а дренаж большего диаметра – через прокол брюшной стенки после удаления порта. Дистальную часть дренажа вводили в Винслово отверстие на глубину 3-4 см, затем раздували надувную манжету до необходимого диаметра, позволяющего оказывать компрессию на поверхность ложа желчного пузыря. Раздутая манжета отодвигает вниз двенадцатиперстную и поперечноободочную кишки, а также большой сальник, что позволяет предупредить образование спаек этих органов с ложем желчного пузыря, в проксимальной части дренажа вмонтирован клапан, позволяющий создавать в дренаже аспирационное отрицательное давление и обеспечить постоянную эвакуацию экссудата наружу, предупреждая его возврат в брюшную полость, что снижает риск вероятности инфицирования брюшной полости. Выводы. В послеоперационном периоде изучали наличие остаточной жидкости в подпеченочной области, дебит дренажа, УЗИ тканей в области ложа желчного пузыря, частоту послеоперационных осложнений. Разработанный

дренаж обеспечивал эффективный отток выпота их подпеченочной области, сохранял заданную интраоперационно позицию у ложа желчного пузыря. В исследуемой группе пациентов послеоперационные осложнения, связанные с использованием разработанного устройства пока не выявлены, которые, возможно, будут иметь место при ее массовом применении.

#### Список литературы

1. Борисов А.Е. Технические особенности лапароскопической холецистэктомии и ее осложнения / А.Е. Борисов, Л.А. Левин, В.П. Земляной. – СПб, 2001. – 186 с.
2. Седов В.М. Осложнения в лапароскопической хирургии и их профилактика / В.М. Седов, В.В. Стрижелецкий. – СПб, 2002. – 179 с.

### МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАРОДОНТИТА РАЗЛИЧНЫХ СТЕПЕНЕЙ ТЯЖЕСТИ

Лепёхина Л.И., Лепёхина О.А.

*ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж, e-mail: olgastorm@inbox.ru*

Итоги исследования материала 111 биопсий слизистой оболочки десны показали, что органно-тканевые и клеточно-тканевые проявления пародонтита более разнообразны и вариабельны, нежели полученные при клиническом и клинико-лабораторном исследовании. На эту вариабельность в каждой из клинических групп указывают результаты расширенной гингивоскопии (изменения характера поверхности слизистой и особенности окрашивания десны). Морфологические проявления пародонтита в каждой из клинических групп связаны с особенностями локального изменения многослойного плоского эпителия (МПЭ), хотя основные картины близки и представлены акантозом, нарушениями дифференцировки, дистрофическими изменениями эпителиоцитов и пролиферацией эпителия в соединительную ткань. Очаговая гистио-лимфоцитарная инфильтрация стромы при легкой степени пародонтита у больных с отягощением процесса меняется диффузной. Морфологическая картина эпителиального пласта пациентов с пародонтитом легкой степени характеризуется дистрофическими изменениями эпителиоцитов в средних и частично нижних зонах МПЭ, в 9.5% случаев определяется акантоз. Инфильтрация соединительной ткани наблюдается непостоянно (в 19% случаев она отсутствует), при этом инфильтрат отделен от базальной мембраны свободной от его элементов зоной соединительной ткани. Для больных со средней степенью пародонтита характерно гипоплазия эпителиального пласта, пролиферация эпителия определялась в 20% случаев, более чем у трети больных выражена потеря стратификации. Инфильтрация соединительной ткани прогрессирует от ограниченной

до крупноочаговой и диффузной, топографически связана с базальной мембраной. Наиболее тяжелая картина морфологических изменений наблюдается у пациентов с активным течением пародонтита: отсутствует типичная картина организации эпителиального пласта, он резко истончен, развивается пролиферация эпителия в соединительную ткань, массивный диффузный инфильтрат в 66% случаев захватывает субэпителиальную зону и его элементы контактируют с эпителиоцитами герменативной зоны пласта.

### О ВЛИЯНИИ ГЕНОТИПОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Маль Г.С., Татаренкова И.А., Болдина Н.В., Полякова О.В.

*Курский государственный медицинский университет, Курск, e-mail: kuwschinka1991@mail.ru*

Внедрение фармакогенетического подхода к оценке индивидуальных особенностей эффективности и безопасности гипополипидемических препаратов позволит определить рациональную лекарственную терапию и существенно сэкономить время подбора эффективной схемы терапии и финансовые затраты пациентов.

**Материалы и методы:** Под наблюдением находилось 120 мужчин (40-60 лет), страдающих ИБС.

Фармакологическая коррекция осуществлялась розувастатин (10 мг/сут). В случае отсутствия достаточного эффекта по показателю ХС ЛНП пациент переводился на комбинированную терапию с добавлением эзетимиба в дозе (10 мг/сут).

С целью поиска индивидуальных критериев для применения гипополипидемических средств было проведено генотипирование полиморфизмов следующих генов: белка-переносчика ЭХ – СЕТРТаq1В, липопротеинлипазы – LPLHindIII.

**Результаты:** включение эзетимиба 10 мг/сут в схему гипополипидемической терапии привело к достижению целевых значений ХС ЛНП у 30% больных ИБС; при монотерапии розувастатином 10 мг/сут носительство генотипа + 279AA по полиморфизму СЕТРТаq1В ассоциируется с повышением уровня ХС ЛВП на 27% в сравнении с генотипами + 279GG/GA (16,7%); носительство генотипов + 495GG и -786CC по полиморфизмам LPLHindIII определило большую предрасположенность к нарушению липидного обмена за счет высоких атерогенных фракций липид-транспортной системы до лечения и низкую эффективность розувастатина 10 мг/сут; выявленное влияние генотипов на эффективность различных схем гипополипидемической коррекции позволяет выработать индивидуальный режим фармакологического контроля у больных ИБС.