

рекции. Длительность гипокальциемии составила 6 ± 3 недели, после чего уровень сывороточного Са составил $2,1 \pm 0,3$ ммоль/л.

В период послеоперационного наблюдения в 3-й группе пациентов нами зафиксировано улучшение клинических проявлений: у 9 (64%) пациентов исчезли или значительно уменьшились боли в костях и суставах при ходьбе, у 6 (42,8%) пациентов исчез или значительно уменьшился болевой синдром в скелетных мышцах, у 10 (71,4%) пациентов значительно уменьшился или прекратился кожный зуд, у 2 (14,3%) пациентов исчезли и не рецидивировали кальцификаты в подкожно-жировой клетчатке, у 3 (21%) пациентов снижены поддерживающие дозы эритропоэтинов, у 3 (21%) пациентов исчезла необходимость в их назначении.

Выводы:

1. Распространённость ВГПТ среди пациентов, получающих диализотерапию, составляет 78%, при этом 25% пациентов имели крайне тяжёлую и тяжелую степень ВГПТ.

2. Снижение уровня ПТГ до уремического ($150-300$ пг/мл), нормализация фосфорно-кальциевого обмена, регрессия клинических проявлений ВГПТ, возможность малоинвазивного доступа в случае развития рецидива ВГПТ позволяют рекомендовать использование тотальной паратиреоидэктомии с аутотрансплантацией ткани паращитовидной железы в мышцы предплечья как операции выбора с целью хирургической коррекции ВГПТ.

3. В послеоперационном периоде у большинства пациентов развивается гипокальциемия. Для профилактики этого состояния необходим регулярный контроль уровня кальция в крови, назначение адекватных доз препаратов кальция, активных метаболитов витамина Д и использования диализата с высоким содержанием Са при проведении сеансов гемодиализа.

КОРРЕКЦИЯ АМИНОКИСЛОТНОГО ДИСБАЛАНСА ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Климович И.И., Дорошенко Е.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Гродно, Беларусь

Острый деструктивный панкреатит является одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии. До настоящего времени не разработаны методы направленной метаболической коррекции у больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП) при консервативном и оперативном

лечении [1].

Цель работы. Оценка способов коррекции аминокислотного дисбаланса при лечении острого деструктивного панкреатита.

Материалы и методы. У 35 больных ОДП в возрасте от 31 до 77 лет на фоне коррекции аминокислотного дисбаланса, кроме общеклинических, лабораторных и инструментальных методов обследования, нами проведено исследование фонда свободных аминокислот и их производных в плазме крови [2]. Кровь для определения свободных аминокислот забирали в день поступления больных и через 5 и 15 суток после коррекции. Из них 16 больных были после операций (секвестрэктомия из поджелудочной железы, парапанкреатической клетчатки), 13 больных – с ферментативным перитонитом, которым проводились лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости, остальные больные (6) получали консервативное лечение. Показатели пула свободных аминокислот сравнивались с таковыми у 109 здоровых доноров. Содержание свободных аминокислот и их производных в хлорнокислых экстрактах плазмы крови и тканях определяли методом ионообменной хроматографии [2].

Результаты и обсуждение. В группе больных, получавших коррекцию аминокислотами (Полиамин, по 400 мл в течение 5 суток), весьма редко определялся фибриноген В. Протромбиновый индекс у больных, получавших стандартное лечение, находился на верхней границе нормы, в то время как у получавших полиамин он был достоверно ниже.

Активность альфа-амилазы крови через 3 суток после начала лечения становилась достоверно ниже, чем при традиционном лечении, а активность диастазы мочи, как правило, приходила к норме через 5–6 дней при применении полиамина, в то время как при традиционном лечении она нередко оставалась повышенной до 10 суток (таблица).

Таблица – Лабораторные и клинические показатели, характеризующие эффективность лечения больных ОДП

Лабораторные показатели плазмы крови	Время поступления	15 суток после начала лечения	
		контроль	полиамин
Фибриноген В, г/л	0,38 ± 0,03	0,21 ± 0,02	0,10 ± 0,02#
Протромбиновый индекс	0,98 ± 0,06	0,98 ± 0,04	0,85 ± 0,04#*
альфа-амилаза, 3 сут, г/ч·л	371,3 ± 21,1	162,2 ± 27,0	111,8 ± 26,5*
Мочевина крови, мМ	11,2 ± 1,3	9,1 ± 1,2	8,0 ± 0,71
Белок общий, г/л	55,1 ± 1,7	58,7 ± 2,7	64,8 ± 2,2#
Диурез (мл)	803 ± 72,1	1302 ± 333	1955 ± 326

p < 0,05 по сравнению с группами:

* – контроль, # – поступление

Кроме того, в группе больных, получавших полиамин, снижались проявления эндотоксикоза (уровень мочевины крови, постепенно увели-

чивалось содержание белка в плазме крови, снижалась температура тела, увеличивался диурез) быстрее, чем при традиционном лечении. Продолжительность стационарного лечения больных ОДП после применения полиамина уменьшалась на 3,2 дня. Применение полиамина у больных ОДП повышало уровень орнитина в плазме крови, что может свидетельствовать об активации цикла мочевинообразования. Концентрации глутамина, цистина и метионина, треонина, валина, изолейцина, глицина и серина нормализовались к концу лечения, а концентрации аланина, глутаминовой кислоты, этаноламина и гистидина достоверно повышались.

Заключение. Применение полиамина у больных ОДП оказывает выраженный клинический эффект, который заключается в улучшении показателей гемостаза, уменьшении симптомов эндогенной интоксикации и тромбоопасности, а также оказывает корригирующее влияние на основные звенья аминокислотного дисбаланса, имеющегося при ОДП, сокращает сроки пребывания больных в стационаре.

Литература:

1. Гарелик, П.В. Острый деструктивный панкреатит. Диагностика, тактика и лечение: методические рекомендации / П.В.Гарелик, К.А.Жандаров, С.Э. Савицкий и др. – Гродно. – 2008. – 32 с.
2. Amino Acids (Chemistry, Biology, Medicine) / Ed. Lubec C., Rosental J.A. // N.Y.: Escom, 1990. — 1196 p.

ЛАЗЕРНАЯ РЕКАНАЛИЗАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*Денисенко В.Л.¹, Бухтаревич С.П.¹, Скудский М.М.²,
Ерушевич А.В.², Шкуднов А.К.²*

УЗ «Вторая Витебская областная клиническая больница»¹
УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер»²
Витебск, Беларусь

Введение. Колоректальный рак в структуре онкологической патологии занимает третье место в большинстве развитых стран мира, а количество пациентов с запущенными формами заболевания и в настоящее время достигает 70%. В Республике Беларусь также отмечается рост заболеваемости колоректальным раком. За последние одиннадцать лет (с 1990 по 2011 г.) число пациентов с впервые установленным диагнозом рака данной локализации увеличилось с 12,9 до 19,5 чел. на 100 тысяч населения. Самым частым осложнением колоректального рака является обтурационная кишечная непроходимость, которая развивается у 69% больных.