22±0,3 г двух возрастных групп: старым (n=10) в возрасте 49,3±0,3 недель и молодым (n=19) в возрасте 27,8±1,9 недель были сингенно перевиты клетки РМЖ подкожно (п/к) под правую переднюю лапу. В течение 4 недель наблюдали за динамикой проявления (субклиническая стадия, средний диаметр d≤4 мм) и роста опухоли (после проявления, клиническая стадия роста, d>4мм). Далее провели экстирпацию опухоли под наркозом (золетил:ветранквил в физиологическом растворе =1:1:18, соответственно). После операции в течение 10 недель следили за динамикой появления и роста рецидивов РМЖ и динамикой выживания мышей. Для сравнения средних параметров по группам использовали t-критерий Стьюдента и непараметрический критерий Фишера (сравнение долей).

Результаты. Опухоли у старых мышей проявлялись медленнее, чем у молодых. Через 4 недели после перевивки РМЖ у старых самок было 60% мышей с субклинической стадией опухолевого роста против 26% в контроле (p<0,05). После экстирпации РМЖ рецидивы проявились у всех мышей. Динамика появления рецидивов по группам достоверно не различалась (табл. 1), однако, тенденция к более раннему обнаружению рецидивов у старых самок представляется интересной. Динамика роста рецидивов РМЖ не отличалась по группам (табл. 2). Старые самки в эксперименте погибли раньше молодых (табл.3). Однако, их возраст на момент смерти был достоверно выше, чем у молодых (58,5±0,4 нед. против 40,9±3,5 нед., p= 0,0009).

Таблица 1

Доля мышей с рецидивами (%) РМЖ в послеоперационном периоде

Недели после операции	0.4	1.1	1.6	1.9	2.7	3.0	3.4
старые	25%	50%	50%	50%	75%	100%	100%
молодые	0	22%	56%	67%	89%	100%	100%

Таблица 2

Средний размер рецидивов РМЖ в послеоперационном периоде по группам

Недели после операции	0.4	1.1	1.9	2.7	3	3.4	3.9	4.6	5.3
старые	0.3	1.0	1.9	5.3	5.6	7.7	9.5	9.6	12.5
молодые	0.0	0.4	2.3	5.2	7.2	8.4	9.5	12.0	13.3

Таблица 3

Динамика выживания в послеоперационном периоде по группам

Недели после операции	0	3.4	4.6	5.3	6.4	6.7	7.3	8.4	9.4	10
старые	100%	100%	75%	50%	25%	0				
молодые	100%	89%	89%	78%	67%	67%	56%	44%	22%	0

Выводы. Динамика проявление и роста перевитого РМЖ зависела от возраста: у старых мышей опухоли проявились позднее и были менее агрессивными. Таким образом, используемая модель отражает закономерности, наблюдаемые в клинике РМЖ.

Список литературы

1. Gnerlich J.L., Deshpande A.D., Jeffe D.B. et al . Elevated breast cancer mortality in women younger than age 40 years compared with older women is attributed to poorer survival in early-stage disease. J Am Coll Surg. 2009 208(3):341-7.

2. Moiseeva E. Anti-breast cancer drug testing. Original Approaches. Novel Set of Mouse Models – Lambert Ac. Publ, 2009. – pp. 220

АЛКОГОЛЬНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Ахматханова С.М., Казакова Ю.А., Карпов С.М., Шевченко П.П.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, e-mail: Maga09051997@mail.ru

Актуальность. Алкогольную ситуацию в нашей стране на данный момент можно считать чрезвычайным: имеет место рост потребления спиртных напитков, и как следствие развития самотоневрологических расстройств у пьющего населения. Следствием алкоголизации является снижение нравственного, социального уровня личности. Злоупотребление алкогольными напитками приводит к неблагоприятным последствиям как для самого алкогольно зависимого так и для его микроокружения.

Алкогольная энцефалопатия является одной из основных причин деменции и диагностируется у 10-30% пациентов с клиническими признаками слабоумия. Проблема осложняется тем, что признаки латентной энцефалопатии отмечаются у большинства лиц, злоупотребляющих алкоголем. Как известно, алкогольная энцефалопатия ассоциируется с повышенным риском производственного и транспортного травматизма, а также с ассоциированным поведением. В связи с этим актуальной задачей является изучение современных методов лечения алкогольной энцефалопатии.

Цель. Изучить современные методы лечения алкогольной энцефалопатии.

Результаты исследования. Алкогольная энцефалопатия – одна из групп алкогольных психозов, развивающихся при хроническом алкоголизме; характеризуется сочетанием психических расстройств с системными соматическими и неврологическими нарушениями, нередко доминирующими в клинической картине.

Лечение. Лучшим способом лечения алкогольного поражения мозга является профилактика. Особенно не рекомендуется злоупотреблять алкоголем женщинам, подросткам и пожилым людям, которые более чувствительны к нейротоксическим эффектам алкоголя. Для медикаментозного лечения проводятся следующие мероприятия:

– систематическая дезинтоксикация: в/в капельно гемодез, изотонический р-р глюкозы с хлоридом калия до 800-1000 мл в сутки в сочетании с 20-40 мг лазикса в/в и в/м и сердечно-сосудистыми средствами (сердечные гликозиды).

– назначение ингибитора транспорта электролитов и диуретика фуросемида препятствует гидратации мозга и снижает алкогольную нейродегенерацию. Перспективным для лечения алкогольного повреждения мозга, других нейродегенеративных заболеваний считается использование фактора роста мозга. Патогенетическое лечение алкогольной энцефалопатии

Гайе–Вернике и корсаковского психоза заключается в назначении больших доз (от 400 мг до 1 г) витамина В1, а также витаминов В2, В6, РР, С.

– антигипоксанты и ноотропы: 20 мл 20% р-ра натрия оксибутирата в/в капельно или струйно (особенно показаны при судорогах), 30-60 мл 20% р-ра ноотропила (пирацетам) в/в, 0,5 г глицина сублингвально, если больной может глотать, 0,05-0,1 г энцефабола (пиридитол) 3 раза в день, 0,5 г глутаминовой кислоты 3 раза, 0,5 г аминалона 3 раза в день;

– для улучшения микроциркуляции и реологических свойств крови применяют 5 мл трентала в/в капельно, 2 мл 0,5% раствора курантила в/в капельно, 400-500 мл реополиглюкина в/в капельно, при подозрении на геморрагический инсульт от назначения этих лекарств следует воздержаться.

Вывод: Главным условием успешного лечения алкогольного поражения мозга является полный отказ от употребления алкоголя. Для этого необходимо: разработать предупредительные меры и методы борьбы против алкоголизма. Сюда можно отнести: лекции о вреде пьянства, видеозаписи кошмаров исхода алкоголизма, отсутствие пьянства у родителей, хороший круг трезвых друзей и коллег. Лекции и видеозаписи нужно демонстрировать в школах, техникумах, институтах.

Список литературы

1. Яхьев С.Х.,Хадж Е.А.С.,Долгова И.Н.,Карпов С.М. Основные причины и распространенность хронических болевых синдромов среди неврологических больных // Международный научно-исследовательский журнал=Research Journal of International Studies.2013.№ 10-5(17). С. 39.

2. Карпов С.М.,Осипова Н.А.,Высочина А.А. Токсическое влияние суррогатов алкоголя на формирование синдрома ретробульбарного неврита // Международный научно-исследовательский журнал=Research Journal of International Studies.2013.№ 10-5(17).С.14.

3. Алкоголизм / под ред. Г.В. Морозова и др. – М., 1983.

4. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. – М., 1987. – С. 165.

5. Руководство по психиатрии / под ред. Г.В. Морозова, т. 2, с, 143, М., 1988; Руководство по психиатрии, под ред. А. Б. Снежневского, т. 2. с. 311, М., 1983.

6. Большая медицинская энциклопедия / Б.В. Петровский. – М., 1974.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Байрамалова Л.А., Валеева Ф.А., Шамсиев Р.Э., Журавлев И.А.

БГМУ, Уфа;
БУЗ ГКБ № 8, Уфа, e-mail: ludmila-bajramalova@yandex.ru

В клинике хирургических болезней БГМУ на базе ГКБ № 8 по поводу кист поджелудочной железы за последние 10 лет оперировано 56 человек (мужчин – 48, женщин – 8). Возраст больных варьировал от 24 до 70 лет. У 30 человек кисты появились после перенесенного деструктивного панкреатита, у 18 они явились осложнением хронического панкреатита, чаще алкогольной этиологии. Травма железы стала причиной образования кист у 7 больных.В диагностике кист поджелудочной железы наиболее информативным считаем ультразвуковое сканирование. Оно позволяет точно определить локализацию кисты, изменения в самой железе, размеры ее, наличие камер и перегородок в полости ее, характер содержимого, толщину стенок т.е. дает возможность определять степень их зрелости что позволяет до операции визуализировать структуру ложных кист поджелудочной железы.

Актуальность. Количество больных с кистами и свищами поджелудочной железы в последние годы увеличилось. Наиболее частой причиной кистообразования являются перенесенные деструктивные формыпанкреатита, которые осложняются кистами в 30-50% (1, 3, 4). Травма поджелудочной железы какэтиологический фактор образования кист находится на втором месте. Отмечается рост частоты кист, возникающих на фоне хронического панкреатита у больных с алкоголизмом. Реже встречаютсяпаразитарные кисты поджелудочной железы – эхинококковые, описторхозные. Врожденный характер кистозных образований наблюдается у 5-12% больных. Возможности развития таких опасных для жизни осложнений как нагноение кист, кровотечение в полость кисты, перфорация их, являются, по мнению большинства авторов, показанием к оперативному лечению.

Несмотря на многообразие оперативных вмешательств при кистах поджелудочной железы, результаты их не совсем удовлетворяют хирургов: радикальные операции в большинстве своем травматичны, дают высокий процент осложнений, а при паллиативных вмешательствах нередки рецидивы заболевания.

Цель работы: Улучшить результаты диагностики и лечения больных с кистами поджелудочной железы.

Материалы и методы. В клинике хирургических болезней БГМУ на базе ГКБ № 8 по поводу кист поджелудочной железы за последние 10 лет оперировано 56 человек (мужчин – 48, женщин – 8). Возраст больных варьировал от 24 до 70 лет. У 30 человек кисты появились после перенесенного деструктивногопанкреатита, у 18 они явились осложнением хронического панкреатита, чаще алкогольной этиологии. Травма железы стала причиной образования кист у 7 больных. В трех наблюдениях кисты носили рецидивирующий характер, первая операция у них былапроизведена в другом лечебном учреждении по поводу нагноения и заключалась в наружном дренировании.

Результаты и обсуждение. Клиническая картина кист поджелудочной железы складывалась из нескольких групп симптомов. Болевой синдром (постоянные ноющие боли, приступообразные с иррадиацией в спину илевое плечо) был обусловлен как заболеванием самой железы, так и давлением кист на соседниеорганы и был характерен для всех больных. Вторая группа симптомов объяснялась сдавлениемкистой гепатодуоденальной связки, выходного отдела желудка, двенадцатиперстной кишки. Онавыражалась вжелтухе, нарушении эвакуации изжелудка. Третья группа симптомов была связана свнешнесекреторной и инкреторной деятельностью железы (тошнота, жидкий стул, потеря веса) (2,4).

При осложнениях кист (нагноении, кровотечении в полость кисты, перфорации) определялась высокая температура, сопровождающаяся ознобом, усилением болей в результате гипертензии в кисте, быстром увеличении в размерах пальпируемого в проекции железы образования, признакахнарастающей анемии или появлении признаков внутрибрюшного кровотечения или перитонита (3,6,8).

В диагностике кист поджелудочной железы наиболее информативным считаем ультразвуковое сканирование. Оно позволяетточно определить локализацию кисты, изменения в самой железе, размеры ее, наличие камер иперегородок в полости ее, характер содержимого, толщину стенок т.е. дает возможность определять степень их зрелости что позволяет до операции визуализировать структуру ложных кист поджелудочной железы (2,7,8).

Кисты первой степени зрелости были выявлены у 16 (28%) пациента, кисты второй степени зрелости – у 28 (50%), а кисты третьей степени – у 12 (24%) пациентов. В основу разделения кист по трем степеням зрелости легла классификация по определению степени зрелости капсулы кисты (6).