

հինի քանակի և բորբոքված հոդերի քանակի միջև: Պարզվել է, որ սկզբնական արթրիտով հիվանդների երկարատև դեղորայքային բուժումը դրական է ազդում ոսկրային աճի վրա:

Ye. A. Melk'yan, G. R. Gabrielyan, Kh. S. Sayadyan, S. V. Aghababov,
S. L. Yolyan

Serum Os'eocalcine in Rheumatoid Arthritis

In a 12-months follow-up study we studied the serum level of osteocalcine and some other changes of bone metabolism. Mean level of osteocalcine was normal at admission, it decreased at dismissal probably due to the effect of IA steroids. During 6-12 months it increased surpassing the level at admission. Serum osteocalcine correlated with the joint score. We conclude that remission inducing treatment favourably influences the course of new bone formation.

ЛИТЕРАТУРА

1. Artoñ L. V. Arthr. Rheum., 1987, 30, 7, 830.
2. Ekanstan E. A., Ljunghat S., Hallgren R. Ann. Rheum. Dis., 1986, 45, 484.
3. Hahn T. J. Textbook of Rheumatology. Philadelphia, 1989.
4. Harris E. D. Ibid, 943, 5.
5. Hermann E., Aeschlimann A., Müller W. Zeitschrift für Rheumatologie, 1987, 47, 121.
6. Kotowicz M., Hall S., Hunder G. G., Cedel C. L. et al. Ann. Rheum. Dis., 1987, 33, 1487.
7. O'Driscoll S., O'Driscoll M. Ann. Rheum. Dis., 1980, 39, 1.
8. Price P. Triangle, 1988, 27, 1, 2, 21.

УДК 616.33—006.6—089

А. В. Суджан, Н. Б. Розанова, Р. А. Шекоян, Г. Г. Мхоян

ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА НА ФОНЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

В послеоперационном периоде основной причиной гибели больных, перенесших оперативные вмешательства на желудочно-кишечном тракте, остаются несостоятельность швов анастомозов, перитонит и кишечные свищи. Как локализация злокачественного процесса, так и само оперативное вмешательство вызывают ряд метаболических нарушений в белковом, электролитном, липидном, витаминном и водном обменах [1]. После операций на желудочно-кишечном тракте ещё более усугубляются имеющиеся биохимические сдвиги в организме [2]. Это подчеркивает важность коррекции метаболизма и адекватного парентерального питания (ПП) в комплексе мероприятий при лечении и профилактике хирургических осложнений [3, 4].

Нами обследовано 25 больных раком желудка (7 женщин и 18 мужчин в возрасте от 52 до 76 лет), у которых на 3—9-е сутки после

Содержание кортизола, глюкагона, инсулина и гормона роста в плазме крови при хирургических осложнениях на фоне парентерального питания в пред- и послеоперационном периодах у больных раком желудка

Хирургические осложнения	Кортизол (мкг/100 мл)							Глюкагон (пг/мл)							Инсулин (мкед/мл)							Гормон роста (нг/мл)						
	до операции			после операции				до операции			после операции				до операции			после операции				до операции			после операции			
	исходный фон	3-и сутки ПП	6-е сутки ПП	1-е сутки	осложнения			исходный фон	3-и сутки ПП	6-и сутки ПП	1-е сутки	осложнения			исходный фон	3-и сутки ПП	6-е сутки ПП	1-е сутки ПП	осложнения			исходный фон	3-и сутки ПП	6-е-сутки ПП	1-е сутки ПП	осложнения		
					1-е сутки ПП	2-е сутки ПП	3-и сутки ПП					1-и сутки ПП	2-е сутки ПП	3-и сутки ПП					1-е сутки ПП	2-е сутги ПП	3-и сутки ПП					1-е сутки ПП	2-е сутки ПП	3-4 сутки ПП
Несостоя- тельность швов анас- томы за п=11	20,5 ±0,51	19,2 ±0,76	16 ±0,2	28,2 ±0,45	29,7 ±1,8	25 ±0,3	19,8 ±0,9	72 ±2,0	35,7 ±1,2	16,3 ±0,87	78,5 ±2,1	80 ±3,3	63 ±2,7	49,4 ±1,8	22 ±1,1	98,5 ±4,1	115 ±5,2	20 ±0,8	17,9 ±1,0	25,7 ±1,3	28,4 ±2,6	2,7 ±0,05	1,2 ±0,03	0,6 ±0,01	3,5 ±0,05	4,9 ±0,07	4,0 ±0,09	3,1 ±0,02
Перито- нит п=9	24,2 ±1,0	17,5 ±0,13	12 ±0,19	26,2 ±0,31	57 ±2,4	36,5 ±1,3	20,2 ±0,9	64,7 ±1,9	58,2 ±1,1	49,6 ±3,7	71 ±3,12	83,7 ±2,9	77,8 ±3,0	54,1 ±2,6	18 ±0,6	20,5 ±1,3	40,5 ±3,1	16,7 ±1,2	11,6 ±0,5	24 ±1,6	28,1 ±2,1	4,25 ±0,06	1,28 ±0,01	0,7 ±0,01	5,4 ±0,07	6,0 ±0,03	4,7 ±0,2	4,1 ±0,02
Кишечн- е свищи п=5	21,3 ±0,87	18 ±0,6	13,5 ±0,20	23,8 ±0,29	39 ±1,4	28,1 ±0,75	16,4 ±0,6	53 ±0,9	39,1 ±0,73	33 ±1,5	58 ±1,3	76 ±2,4	71,9 ±2,0	50,6 ±1,63	33 ±1,8	41,7 ±1,9	52,6 ±2,2	28 ±1,4	23,4 ±1,1	29,6 ±2,0	42 ±2,5	3,7 ±0,04	2,8 ±0,01	1,0 ±0,02	4,0 ±0,06	4,9 ±0,08	2,6 ±0,03	2,2 ±0,01

радикальных операций на желудке возникли хирургические осложнения—несостоятельность швов анастомоза (11), перитонит (9), кишечные свищи (5). С момента выявления хирургических осложнений все больные были переведены на ПП.

Определение содержания гормонов в плазме крови проводилось радиоиммунным методом. Были использованы стандартные тест-наборы фирм «Amersham» (Англия), «CNRC» (США), «CEA-dre-Sorin» (Франция).

В таблице представлено содержание гормонов в плазме крови при хирургических осложнениях на фоне ПП у больных раком желудка в пред- и послеоперационном периодах. Данные таблицы свидетельствуют о повышенном исходном уровне кортизола до операции у всех больных: в группе больных с несостоятельностью швов анастомоза содержание кортизола было выше нормальных границ на $0,5 \text{ мкг/100 мл}$ (2,5%), с перитонитом—на $4,2 \text{ мкг/100 мл}$ (21%), а в группе больных с кишечными свищами—на $1,3 \text{ мкг/100 мл}$ (6,5%). Исходная концентрация инсулина, глюкагона и гормона роста в плазме крови при всех видах осложнений была в пределах нормы.

На фоне ПП до операции у всех больных было отмечено снижение уровня кatabолических гормонов—кортизола, глюкагона, а также уровня гормона роста. Содержание инсулина было повышено у больных с несостоятельностью швов анастомоза. Уровень кортизола, глюкагона и гормона роста снизился соответственно на $4,5 \text{ мкг/100 мл}$ (22%), $55,7 \text{ пг/мл}$ (77,4%) и $2,1 \text{ нг/мл}$ (77,7%) от исходного. Концентрация инсулина увеличилась на 93 мкЕд/мл (422,7%). У больных с послеоперационным перитонитом содержание инсулина в плазме крови повысилось на $22,5 \text{ мкЕд/мл}$ (125%) от исходного. Уровень кортизола, глюкагона и гормона роста снизился соответственно на $12,2 \text{ мкг/100 мл}$ (50,4%), $15,1 \text{ пг/мл}$ (23,3%) и $3,55 \text{ нг/мл}$ (83,5%) по сравнению с исходным фоном. В группе больных, у которых послеоперационный период осложнился кишечными свищами, концентрация кортизола, глюкагона и гормона роста соответственно уменьшилась на $7,8 \text{ мкг/100 мл}$ (36,6%), 20 пг/мл (37,7%) и $2,7 \text{ нг/мл}$ (73%) от исходной. Содержание инсулина в плазме крови у данной группы больных повысилось на $19,6 \text{ мкЕд/мл}$ (59,5%) по сравнению с исходными цифрами.

На первые сутки после хирургического вмешательства имелись следующие гормональные изменения: в группе больных с несостоятельностью швов анастомоза уровень кортизола, глюкагона и гормона роста увеличился соответственно на $7,7 \text{ мкг/100 мл}$ (37,6%), $6,5 \text{ пг/мл}$ (9%) и $0,8 \text{ нг/мл}$ (29,6%) по сравнению с исходным уровнем, а концентрация инсулина—на $2,0 \text{ мкЕд/мл}$ (9,1%) от дооперационной. У больных с перитонитом содержание кортизола, глюкагона и гормона роста повысилось соответственно на $2,0 \text{ мкг/100 мл}$ (8,3%), $6,3 \text{ пг/мл}$ (9,7%) и $1,15 \text{ нг/мл}$ (27%) от предоперационного фона. Уровень инсулина снизился на $1,3 \text{ мкЕд/мл}$ (7,2%). В группе больных с кишечными свищами концентрация инсулина уменьшилась

на 5,0 мкед/мл (15,2%), а содержание кортизола, глюкагона и гормона роста увеличилось соответственно на 2,5 мкг/100 мл (11,7%), 5,0 пг/мл (9,4%) и 0,3 нг/мл (8,1%) по сравнению с дооперационным фоном.

При хирургических осложнениях у больных раком желудка были выявлены определенные нарушения гормонального баланса, которые выражались в увеличении содержания кортизола, глюкагона и гормона роста соответственно на 15,9 мкг/100 мл (62,3%), 10,8 пг/мл (17%) и 1,0 нг/мл (24,6%), а концентрация инсулина уменьшилась на 4 мкед/мл (19,2%). Так, в группе больных с несостоятельностью швов анастомоза наблюдалось повышение уровня кортизола, глюкагона и гормона роста соответственно на 1,5 мкг/100 мл (5,3%), 1,5 пг/мл (1,9%) и 1,4 нг/мл (40%), а содержание инсулина снизилось на 2,1 мкед/мл (10,5%) по сравнению с послеоперационным фоном (1-е сутки). В группе больных с перитонитом наблюдалось уменьшение концентрации инсулина на 5,1 мкед/мл (30,5%), повышение уровня кортизола, глюкагона и гормона роста соответственно на 30,8 мкг/100 мл (117,5%), 12,7 пг/мл (17,9%) и 0,6 нг/мл (11,2%) от послеоперационного фона. В группе больных, у которых образовались кишечные свищи, содержание инсулина снизилось на 4,6 мкед/мл (16,4%), а концентрация кортизола, глюкагона и гормона роста увеличилась соответственно на 15,2 мкг/100 мл (63,9%), 18 пг/мл (31%) и 0,9 нг/мл (22,5%) по сравнению с первыми сутками послеоперационного периода.

При хирургических осложнениях на фоне ПП были исследованы изменения гормонального баланса, которые выражались в снижении уровня кортизола, глюкагона, гормона роста соответственно на 23,1 мкг/100 мл (62%), 28,6 пг/мл (35,7%), 2,2 нг/мл (41,2%), а концентрация инсулина в плазме крови повысилась на 15,2 мкед/мл (93,5%) от начала развития осложнений. В группе больных с несостоятельностью швов анастомоза выявлено уменьшение содержания кортизола, глюкагона и гормона роста соответственно на 9,9 мкг/100 мл (33,4%), 30,6 пг/мл (38,3%) и 1,8 нг/мл (36,7%) от начала развития осложнения, а концентрация инсулина увеличилась на 10,5 мкед/мл (58,6%). У больных с перитонитом отмечалось снижение уровня кортизола, глюкагона и гормона роста соответственно на 36,8 мкг/100 мл (64,4%), 29,6 пг/мл (35,4%) и 1,9 нг/мл (31,6%) по сравнению с началом осложнения, а содержание инсулина повысилось на 16,5 мкед/мл (142,2%). В группе больных с кишечными свищами увеличилась концентрация инсулина на 18,6 мкед/мл (79,5%), а уровень кортизола, глюкагона и гормона роста уменьшился соответственно на 22,6 мкг/100 мл (58%), 25,4 пг/мл (33,4%) и 2,7 нг/мл (55,1%) по сравнению с гормональным фоном в момент выявления осложнений.

В группе больных (7 человек), которые умерли при явлениях дальнейшего прогрессирования гнойно-септического процесса и кахексии, не удалось скорректировать гормонально-метаболические нарушения при проведении ПП. При выявлении хирургических осложнений у данной группы больных содержание глюкагона и инсулина

в плазме крови было в пределах физиологической нормы. Концентрация кортизола была выше нормы на 38,2 $\mu\text{кг}/100 \text{ мл}$ (191%), уровень гормона роста превышал нормальные границы на 1,2 $\text{нг}/\text{мл}$ (24%). На фоне ПП у данной группы больных было отмечено некоторое улучшение обменных процессов, что выражалось в уменьшении содержания кортизола, глюкагона и гормона роста соответственно на 1,8 $\mu\text{кг}/100 \text{ мл}$ (3,1%), 7,3 $\text{пг}/\text{мл}$ (8,5%) и 0,2 $\text{нг}/\text{мл}$ (3,2%) от начала развития осложнений. Однако в дальнейшем наблюдалось резкое повышение кортизола, глюкагона, гормона роста соответственно на 11,3 $\mu\text{кг}/100 \text{ мл}$ (19,4%), 76,8 $\text{пг}/\text{мл}$ (89,1%), 2,1 $\text{нг}/\text{мл}$ (33,9%) и падение концентрации инсулина на 8,6 $\text{мкЕд}/\text{мл}$ (80,4%) по сравнению с началом развития осложнений, т. е. за 1—2 дня до смерти у больных содержание кортизола превышало физиологические границы на 49,5 $\mu\text{кг}/100 \text{ мл}$ (247,5%—в 3,5 раза), а уровень гормона роста—на 3,3 $\text{нг}/\text{мл}$ (66%—в 1,7 раза).

Таким образом, у больных с хирургическими осложнениями на фоне ПП удалось добиться улучшения обменных процессов, т. е. уменьшить уровень кортизола, глюкагона, гормона роста и увеличить содержание инсулина.

Адекватное и своевременное парентеральное питание приводит к улучшению самочувствия больных, подавлению катаболической реакции, стимулирует силы организма и является действенным средством профилактики и лечения хирургических осложнений.

Клиническая больница «Эребуни»

Поступила 22/IV. 1991 г.

Ա. Վ. Սուդյան, Ն. Բ. Ռոզանովա, Բ. Ա. Շեկոյան, Գ. Գ. Մխոյան

ՍՏԱՄՈՐԵՄ ՔԱՂՑԿԵՂՈՎ ՀԻՎԱՆՆԵՐԻ ՄՈՏ ՎԻՐԱՐՈՒԺԱԿԱՆ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀՈՐՄՈՆԱԼ-ՆՅՈՒԹԱԳՈՆԱԿԱՆ ՋՈՒԳԱԶՈՆՆԵՐԸ ՀԱՐԱՂԻՔԱՅԻՆ ՍՏՄԱՆ ՅՈՒՆ ՎՐԱ

Հետազոտվել են 25 հիվանդ, որոնց մոտ ստամոքսի վիրահատությունից հետո առաջացել են վիրաբուժական բարդություններ՝ բերանակցական կարերի անկարգություն, փորամիզի բորբոքում, աղիքային վիրախորշեր: Մալիտակուցների, ջրի, վիտամինների և էլեկտրոլիտների կորստի հետևանքով առաջացած բարդությունները ավելի են ծանրացրել արդեն խախտված կլինիկական-լաբորատորական պատկերը և առաջացրել են օրգանիզմի հորմոնալ հաշվեկշռի ավելի կոպիտ խանգարումներ:

Վիրաբուժական բարդությունների դեպքում բարձրացել է կորտիզոլի, գլյուկոկոկոկոլի, ածխածնի հորմոնի պարունակությունը և իջել է արյան շիճակի մեջ ինսուլինի մակարդակը:

Հարադիքային սնման ֆոնի վրա հորմոնալ հաշվեկշիռը և նյութափոխանակության բնույթի այլ տեղաշարժերը կանոնավարման տեխնիկան ունեն:

A. V. Sudjian, N. B. Rozanova, R. A. Shekoyan, G. G. Mkhoyan

Hormonal-Metabolic Parallels of Surgical Complications in Patients with Stomach Cancer in Case of Parenteral Nutrition

Twenty five patients with surgical complications such as insufficiency of the anastomose stiches, peritonitis, intestinal fistula were investigated. In patients with surgical complications it was found out that the

level of cortizol, glukagon and the hormon of growth were increased and the level of insulin was decreased.

Hormonal balance and other metabolic changes had a tendency of normalization in case of parenteral nutrition.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веретинд А., Суджан А. В. Внутривенное питание. М.—Стокгольм, 1984.
2. Clark R. G. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 1973, 66, 755. 3. Weiss G. M., Schramm A., Barzilai A., Assa J. Congress International de Nutrition Parenterale. Abstracts, Montpellier 12—14 Sept., 1974. 4. Mazfajden B. V., Dudrick S. J. Congress International de Nutrition Parenterale. Abstracts, Montpellier 12—14 Sept. 1974.

УДК 616.853—089

К. Я. Оглезнев, Г. Г. Шагинян

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Хирургическое лечение больных с травматической эпилепсией (ТЭ) в настоящее время базируется на следующих принципах: 1) возможность установления при помощи современных диагностических способов ряда патологических субстратов в головном мозге, являющихся активными в возникновении эпилептического разряда и участвующих в его распространении; 2) возможность хирургического воздействия на эпилептический очаг или структурные элементы эпилептической и противоэпилептической систем нередко с достижением прекращения или уменьшения частоты и тяжести эпилептических припадков, а также коррекцией ряда нарушений психоэмоциональной сферы у больных.

В клинике ЦИУВ (на базе нейрохирургического отделения клинической больницы им. С. П. Боткина) за период 1990—1992 гг. обследовано 19 больных ТЭ, из них оперативное вмешательство произведено у 15.

Больных амбулаторно обследовали эпилептолог и нейропсихолог. Во всех случаях производились электроэнцефалография, краниография, нейроофтальмологическое обследование до и после операции, компьютерная томография головного мозга, трем больным сделана керотидная ангиография. Возраст больных—15—47 лет, мужчин—12, женщин—7. У 9 больных в анамнезе отмечена закрытая черепно-мозговая травма, у 10—открытая. Ранее 12 больных подвергались оперативному вмешательству по поводу внутричерепных гематом. Длительность заболевания с момента травмы до появления первого эпилептического припадков—от 6 месяцев до 5 лет, в анамнезе припадков отмечены в течение 7 месяцев—34 лет. Многие больные в момент обращения в клинику имели группу инвалидности.