

Ա.Ա.Աղաբալյան, Ա.Պ.Մակարյան, Ա.Ա.Հակոբյան, Ա.Ա.Բաղդասարյան,
Ա.Մ.Աղավելյան

ՀԵՔՍՈԿԻՆԱԶԻ ԴԵՐՐԸ ՀԱՍՏ ԱՂԻՔԻ ՈՒՌՈՒՑՔԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ

ԺԱՄԱՆԱԿ

Ուսումնասիրված է հեքսոկինազի ակտիվությունը հաստ աղիքի ուռուցքի ախտորոշման ժամանակ: Սուր աղիքային անանցանելիություն ունեցող հիվանդների մոտ մինչև վիրահատությունը հաստատված է ֆերմենտի բարձր ակտիվություն:

Հետազոտվող բոլոր խմբերում ֆերմենտի ակտիվությունը իջնում է ուռուցքը հեռացնելուց հետո:

Ուռուցքի հիստոմորֆոլոգիական պատկերի և հեքսոկինազի ակտիվության միջև նկատվում է հետևյալ կապը, որքան այն ավելի արտահայտիչ է, այնքան ավելի բարձր է ֆերմենտի ակտիվությունը:

A.S.Aghabalian, A.B.Makarian, A.A.Hakopian, A.A.Baghdassarian,
A.M.Aghavelian

THE ROLE OF HEXOKINASE IN LARGE INTESTINE CANCER DIAGNOSIS

For early diagnosis of the tumor growth in the large intestine the activity of hexokinase has been studied. It is shown that in patients with acute or partial ileus on background of the tumor affection of the large intestine increased activity of hexokinase is registered.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бассалык Н.Г., Любимов В.А. Вестник АМН СССР, 1984, 8, с. 82.
2. Гобеев В.Н., Давыдова С.Я., Хрипач Л.В. ДАН СССР, 1976, 226, с. 1210.
3. Монахов Н.К., Пожариский К.М., Шварцман А.Л. Бюл. экспер. биол. и мед., 1975, 6, с. 53.
4. Монахов Н.К., Нейнштадт Э.Л., Шварцман А.Л. Вопр. онкол., 1978, 24, 10, с. 50.
5. Монахов Н.К., Шварцман А.Л., Муха Т.В. Биохимия, 1976, 41, с. 589.
6. Нейфах С.А., Монахов Н.К., Шварцман А.Л. Вестн. АМН СССР, 1977, 3, с. 11.
7. Iumma K., Greenslade K. Biochem J., 1968, 107, 4, 22.
8. Knot W., Jamdars S., Davis P. Cancer Res., 1970, 30, 8, 2240.
9. Sato S., Sugimura T. Gann, 1984, 75, 3, 199.
10. Shatton J., Morris H., Weinhouse S. Cancer Res., 1969, 29, 6, 1161.

УДК 616.348-002

А.С.Агабян, Д.А.Александрян, М.Х.Нерсисян, М.А.Саакян, А.А.Акопян,
А.М.Агавелян

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОНКОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Известно, что течение послеоперационного периода у больных, оперированных по поводу злокачественных новообразований, зависит от целого ряда обстоятельств: эффективности предоперационной подготовки, объема опера-

тинового вмешательства, нормального функционирования жизненно важных звеньев биохимического и иммунного статуса организма и т.д. Тяжесть послеоперационного периода заболевания, связанная с развитием эндогенной интоксикации, усугубляется возникновением существенных нарушений в биологических системах, обеспечивающих нормальную жизнедеятельность организма. В этой связи первостепенным является раннее распознавание развивающейся интоксикации и своевременное принятие детоксикационных мероприятий. Однако, к сожалению, имеющимися сегодня традиционными методами биохимического и клиничко-биохимического исследования зачастую не удается диагностировать развитие этого осложнения [1, 6]. Сегодня в клинической практике широко используются методы определения креатинина /Кр/, мочевины /М/, молекул средней массы /МСМ/, лейкоцитарного и ядерного индексов интоксикации /ЛИИ и ЯИ/. Немаловажную роль в определении уровня развивающейся интоксикации играют лимфоциты, нормальная концентрация которых обеспечивает стабильность иммунной системы и защитных сил организма [7].

В связи с вышесказанным представлялось целесообразным провести сравнительное изучение клиничко-биохимических методов выявления эндогенной интоксикации с целью их эффективного использования в диагностике и прогнозировании эндогенной интоксикации.

Таблица 1

Сравнительная оценка биохимических критериев интоксикации

Заболевание и показатели	Время наблюдения /сутки/				
	1	2	3	4	5
ЧКН /n=75/					
Кр	130,7±2,12	134,2±1,30	128,4±2,02	127,3±1,31	127,1±2,12
М	8,8±0,17	9,10±0,12	8,1±0,11	7,80±0,21	7,50±0,14
МСМ	0,384±0,06	0,415±0,02	0,347±0,02	0,320±0,03	0,252±0,04
ОКН /n=30/					
Кр	140,6±1,72	151,2±2,22	166,4±2,04	150,1±2,12	147,0±1,27
М	11,7±0,11	12,8±0,23	16,7±1,02	10,9±1,10	8,70±0,87
МСМ	0,425±0,05	0,450±0,02	0,415±0,03	0,350±0,03	0,290±0,01
Перитонит /n=13/					
Кр	167,7±2,34	170,3±1,98	161,1±2,11	157,2±1,44	150,1±2,12
М	16,4±1,22	16,7±1,13	13,2±0,88	11,9±1,01	11,1±1,14
МСМ	0,550±0,31	0,585±0,24	0,440±0,17	0,400±0,21	0,380±0,12

Примечание. Креатинин выражали в мкмоль/л, мочевины - в ммоль/л,

МСМ - ус.ед.;

во всех случаях $P < 0,01$.

Контрольное значение показателей: Кр-123,2±2,95, М- 7,38±0,11,

МСМ - 0,246±0,018

Для выполнения поставленной задачи было обследовано 105 больных с злокачественными новообразованиями толстой кишки, в том числе 75 с частичной кишечной непроходимостью /ЧКН/, 30 с острой кишечной непроходимостью /ОКН/. У 14 больных был диагностирован перитонит. Диагноз установлен на основе клиничко-инструментально-лабораторных методов исследования и верифицирован морфологически.

Количественные характеристики Кр, М, МСМ, значений ЛИИ, ЯИ и лимфоцитарного индекса /ЛИ/ определяли общепринятыми методами [2 - 5]. В качестве контроля использовали кровь 30 относительно здоровых людей /доноров/.

Первая серия исследований была посвящена изучению клинико-биохимических показателей у больных в день поступления в стационар. Отклонения от физиологически допустимых величин отмечались в показателях ЛИИ, ЛИ и уровне МСМ, тогда как концентрации Кр, М и значения ЯИ оставались в пределах нормальных значений. Изменения показателей ЛИИ и ЛИ указывают на существенные сдвиги в лейкоформуле, обусловленные в основном изменениями количественного баланса нейтрофилов.

Изучение клинико-биохимических параметров у больных с ЧКН в послеоперационном периоде выявило изменения исследованных показателей, причем наиболее значительные сдвиги отмечались в показателях ЛИИ и уровне МСМ, остальные параметры изменялись незначительно и достигали нормальных величин к 3-4 суткам.

Клинико-биохимическая характеристика больных с ОКН отличалась более выраженными изменениями, что соответствовало клиническому течению заболевания. В отличие от аналогичных показателей у больных с ЧКН у этой группы больных восстановление исследуемых параметров происходило гораздо медленнее. Такие глубокие изменения показателей клинико-биохимического анализа говорят о развитии выраженной эндогенной интоксикации с усугублением тяжести клинической картины заболевания.

Таблица 2

Сравнительная оценка клинико-лабораторных критериев интоксикации

Заболевание и показатели	Время наблюдения /сутки/				
	1	2	3	4	5
ЧКН /n=75/					
ЛИИ	3,03±0,25	3,11±0,19	2,03±0,28	1,72±0,13	1,51±0,42
ЯИ	0,09±0,02	0,013±0,02	0,08±0,05	0,078±0,03	0,072±0,03
ЛИ	0,345±0,04	0,300±0,01	0,320±0,02	0,380±0,04	0,430±0,03
ОКН /n=30/					
ЛИИ	3,62±0,21	3,71±0,11	3,76±0,18	2,21±0,13	1,71±0,22
ЯИ	0,017±0,06	0,013±0,02	0,011±0,02	0,091±0,03	0,087±0,04
ЛИ	0,235±0,05	0,220±0,01	0,274±0,04	0,345±0,05	0,390±0,02
Перитонит /n=13/					
ЛИИ	3,89±0,17	3,91±0,14	3,12±0,12	2,47±0,21	2,22±0,09
ЯИ	0,021±0,02	0,022±0,01	0,012±0,02	0,010±0,03	0,09±0,04
ЛИ	0,110±0,03	0,100±0,02	0,180±0,03	0,290±0,04	0,344±0,01

Примечание. Контрольные значения показателей:

ЛИИ - 1,5±0,05,

ЯИ - 0,065±0,03,

ЛИ - 0,410±0,12.

Наиболее выраженные изменения в клинико-биохимической характеристике послеоперационного периода заболевания наблюдали у больных, у которых этот период был осложнен перитонитом. Все исследуемые параметры были резко изменены, причем изменения значений ЛИИ, ЛИ и МСМ наступали раньше клинических признаков развития интоксикации. Восстановле-

ния значений этих показателей до физиологических величин не отмечалось практически в течение всего времени наблюдения, однако наблюдалась тенденция к их нормализации. Это обстоятельство позволяет прогнозировать возможное возникновение перитонита на ранних этапах его развития.

Данные проведенных исследований суммированы в таблицах /табл. 1 и 2/.

Для оценки истинной степени эндогенной интоксикации (СЭИ) нами предложена формула, основанная на отношении ЛИИ к сумме ЯИ и ЛИ.

$$\text{СЭИ} = \text{ЛИИ} : (\text{ЯИ} + \text{ЛИ}).$$

В норме эта величина составляет $3,15 \pm 0,05$ и увеличивается прямо пропорционально усугублению клинической картины заболевания. Результаты этих исследований приведены в табл. 3.

Таблице 3

Значения СЭИ у онкопроктологических больных в послеоперационном периоде

Сроки наблюдения /сутки/	Патология и величина СЭИ		
	ЧКН	ОКН	Перитонит
1	$6,965 \pm 2,04$	$10,0 \pm 2,22$	$29,69 \pm 4,76$
2	$9,904 \pm 1,46$	$11,85 \pm 3,12$	$32,05 \pm 7,02$
3	$5,025 \pm 2,03$	$13,19 \pm 1,98$	$16,25 \pm 3,34$
4	$3,755 \pm 1,12$	$5,057 \pm 1,10$	$8,231 \pm 2,21$
5	$2,988 \pm 1,08$	$3,584 \pm 0,82$	$5,115 \pm 1,34$

Таким образом, проведенное исследование выявило, что в послеоперационном периоде у больных наблюдаются выраженные изменения клинко-биохимических параметров крови. Наиболее значительные изменения отмечаются в значениях ЛИИ, ЛИ и уровне МСМ, сохраняющиеся до конца срока наблюдения. Рекомендованная формула подсчета степени эндогенной интоксикации позволяет оценить истинную степень тяжести послеоперационного периода и прогнозировать его последующее течение.

НИИ проктологии МЗ РА

Поступила 30.7.93.

Ա.Ա.Աղաբալյան, Դ.Ա. Ալեքսանդրյան, Մ.Խ. Ներսիսյան, Մ.Ա. Սահակյան,

Ա.Ա. Հակոբյան, Ա.Մ. Աղաբալյան

ՕՆԿՈՊՐՈԿՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻՆ ԿԼԻՆԻԿԱ-ԲԻՈՔԻՄԻԱԿԱՆ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ ՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԾՐՋԱՆՈՒՄ

Ներկա հետազոտությունը նվիրված է կլինիկա քիթքիմիական ուսումնասիրություններին, որոնք կատարվել են հաստ աղիքի շարորակ ուռուցքներով հիվանդների մոտ վիրահատական շրջանում: Ցույց է տրված, որ այդ շրջանի հիվանդների մոտ գրանցված է թունավորման հետևանքով լեյկոցիտար և լիմֆոցիտար ինդեքսների միջին գանգվածի մոլեկուլների մակարդակի շեղումներ, որոնք պրակտիկորեն պահպանվում են նրանց մոտ մինչև ստացիոնարից դուրս գրվելը: Մշակված է թունավորման ինդեքսը որոշելու բանաձև, որը թույլ է տալիս որոշելու թունավորման աստիճանը վիրահատական շրջանում և կիրառել համապատասխան թունազրկման միջոցառումներ:

CLINICO-BIOCHEMICAL CHARACTERISTICS OF POSTOPERATIVE PERIOD IN ONCOPROCTOLOGICAL PATIENTS

Clinico-biochemical characteristics in postoperative period of patients operated for malignant tumors of colon was studied.

It is stated that in this period significant changes in leukocytes index values of intoxication, lymphocytar index and middle mass molecules level are registered. They are practically preserved till discharge of the patient from the hospital.

It is worked out the formula of digiting of intoxication index allowing to evaluate the true gravity degree of postoperative period and use corresponding detoxication measures.

ЛИТЕРАТУРА

1. Владыка А.С., Беляков Н.А., Шугаев А.М. и др. Вестн. хир., 1986, 8, 126.
2. Габриелян Н.И., Левицкий Э.Р., Дмитриева А.А. и др. Методические рекомендации. М., 1985.
3. Даштаянц Г.А. Клиническая гематология: Киев, 1978.
4. Колб В.Г., Камышников В.С. Справочник по клинической медицине. М., 1982.
5. Рейс Б.А., Чернышев А.К., Николов В.М. Вестн. хир., 1986, 6, 53.
6. Саакян М.А., Акопян А.А., Элоян Д.В. и др. Сов. мед., 1991, 5, 68.
7. Шахбазян А.А., Векслер Х.Ч. В кн.: Иммунологические, генетические и энзиматические факторы в этиологии, патогенезе и клинике внутренних болезней. М., 1974.

УДК 616.361-089

Л.К.Багдасарян, Г.Э.Эксюзян, А.Б.Саакян

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА

Наиболее неблагоприятный исход при проктологических заболеваниях наблюдается у больных с анаэробным парапроктитом. Причиной является как нерешенность общей проблемы лечения газовой инфекции, так и некоторые особенности проявления этого инфекционного процесса в параректальной клетчатке [3, 4]. Анаэробная инфекция значительно отягощает течение заболевания и приводит к послеоперационной летальности в 20 - 60% случаев [1].

Сообщение основано на результатах лечения больных (101) с острым анаэробным парапроктитом, находившихся на стационарном лечении в ургентном отделении НИИ проктологии МЗ РА с 1976 по 1992 г.

Из общего числа 5250 пациентов с острым парапроктитом за указанный период анаэробная форма составила 1,9%. Женщин было 26 (25,7%), мужчин - 75 (74,3%). Наиболее часто заболевание возникло у пациентов трудоспособного возраста (73,3%). Продолжительность заболеваний до 5 дней выявлена у 11 больных (10,9%), от 5 до 10 дней - у 42 (41,6%), от 11 до 15 - у 30 (29,7%), от 16 до 20 - у 15 (14,8%) и у 3 пациентов (3,3%) - 22 дня.

Из этих больных 36 (35,6%) первично обратились в наш стационар, где и был установлен диагноз. Из других поликлиник к нам направлено 34 пациен-