дачи, связаны с сандостатином, либо  ${\bf c}$  физическим воздействием на поджелудочную железу (локальная гипотермия).

В клинике госпитальной хирургии СГМУ накоплен определенный опыт применения сандостатина и методики внутрисальниковой локальной гипотермии (ИГТ). В период с 1999 г по 2002 г. оперировано 87 пациента с тяжелыми формами панкреонекроза. Среди них 48 мужчин и 39 женщин. Возраст больных колебался от 26 до 77 лет.

Искусственная гипотермия — один из неспецифических методов торможения внутриорганной активации панкреатических энзимов, позволяющий уменьшить их патологическое влияние на организм больного и деструкцию поджелудочной железы. Снижение температуры в области ПЖ до  $30-35,5^{0}$ С по данным литературы приостанавливает активацию панкреатических ферментов, уменьшает секрецию, понижает протоковую гипертензию. Одним из вариантов локальной гипотермии является внутрисальниковая ИГТ.

Мы проводим сеансовую гипотермию с помощью латексных баллонных зондов, устанавливаемых в сальниковую сумку, по 5 - 6 часов 3 - 4 раза в сутки. Для контроля степени охлаждения поджелудочной железы, нами был создан специальный прибор — цифровой индикатор температуры (ЦИТ-1) особенностью которого являются «микро» - датчики, которые устанавливаются на поверхность железы интраоперационно, и за счет своего малого размера, позволяют фиксировать температуру ПЖ, практически исключив, погрешности измерения (за счет других органов).

В изучаемых группах изучались: уровень лейкоцитов в периферической крови, лейкоцитарный индекс интоксикации, среднемолекулярные пептиды (МСМ), показатели вязкости крови, гематокритное число, коагулограмма, КОС, электролитный состав, уровень глюкоземии, аутоиммунный статус.

При сравнительной оценке лабораторных показателей трех групп пациентов с точки зрения динамики раневого процесса наиболее информативными оказались: лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг и степень диастазурии, ЛИИ, МСМ, титр аутоантител к ПЖ и другим органам – мишеням. Уже на вторые – третьи сутки с момента начала лечения сандостатином или гипотермией отмечалось достоверное снижение диастазурии.. К третьим суткам в большинстве случаев показатель диастазурии принимал близкие к нормальным значения (8-16 Ед.), при этом в контрольной группе данный показатель оставался высоким до 6 – 7 суток. Последующие сутки послеоперационного периода уровень диастазурии не повышался выше нормальных показателей.

Сравнение уровня лейкоцитов в периферической крови в ближайшем послеоперационном периоде показало их большие значения и колебания в группе сопоставления. Если у пациентов, получавших сандостатин, либо ИГТ к 7 и 8 суткам (соответственно) этот показатель возвращался к норме, то в группе сопоставления он составил  $12,4\pm5,0$  х  $10^9/\pi$ . Маловероятно прямое влияние искусственной гипотермии и сандостатина на уровень лейкоцитов в крови. Нарастание лейкоцитоза к 7-10 суткам послеоперационного пе-

риода в группе сопоставления напрямую связано с большим количеством гнойных осложнений.

Отмечено значительное снижение показателя МСМ и уровня аутоантител к ПЖ уже к 3-4 суткам у пациентов получавших сеансы ИГТ, либо терапию сандостатином.

**Выводы:** 1. Использование контролируемой локальной искусственной гипотермии является методом выбора при лечении пациентов с деструктивными формами панкреатита.

2. Применение сандостатина в качестве базисной панкреатосупрессии, при условии раннего использования адекватных доз, позволяет эффективно купировать явления панкреатической токсемии, осуществлять профилактику прогрессирования панкреонекроза в период полиорганной недостаточности.

Факторы риска развития послеоперационного воспаления при проведении экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией ИОЛ. Максимов В.Ю., Дмитриева О.Г., Аксиненко А.М. Capamob

При обработке 132 историй болезни пациентов с послеоперационным иридоциклитом (из 1171 обработанной истории) были выделены наиболее часто встречающиеся факторы риска развития послеоперационного воспаления при проведении экстракапсулярной экстракции катаракты с имплантацией различных видов ИОЛ. К ним следует отнести: травмы глаз в анамнезе – выявлялись в 42% случаев, воспалительные заболевания глаз в анамнезе - выявлялись в 26% случаев, воспалительная реакция в послеоперационном периоде на парном глазу – 15% случаев, глаукома – 21%, миопия высокой степени – 12%, перенесенные ОРВИ за 2 и менее месяца до операции – 45%, воспалительные заболевания ЛОР органов -10%, воспалительные заболевания мочевыводящих путей – 14%, воспалительные заболевания дыхательных путей 8%, заболевания желудочно-кишечного тракта - 19%, сахарный диабет (І и ІІ тип) - 23%, генерализованный атеросклероз - 68%, гипертоническая болезнь - 43%, аллергические заболевания -10%, аутоиммунные заболевания - 6%, онкологические заболевания (в анамнезе или в настоящее время) – 3%, избыточный вес – 28%, изменения в данных лабораторного обследования (лейкоцитоз, лейкопения, изменения в лейкоцитарной формуле, положительные острофазовые реакции - С-реактивный белок, сиаловые кислоты, ДФА и др.) – 28%, обнаружение в мазках с конъюнктивы и в мазках сыворотки крови герпесвирусных антигенов сплошь в поле зрения (метод флюоресцирующих антител) – 48%, выявление Ig M (A) к ВПГ, ЦМВ, хламидиям (иммуноферментный анализ) – 32%, выявление Ig G к этим же возбудителям в диагностически значимых титрах (обязательна оценка данных в динамике через 2 недели, месяц) – 51%, нарушение фагоцитарной активности нейтрофилов в НСТ-тесте – 43%.

Эти данные были подвергнуты математической обработке. Рассчитано весовое значение каждого из факторов и определен их критический суммарный

вес, при котором следует ожидать развитие послеоперационных иридоциклитов, а, следовательно, выработать соответствующую тактику предоперационной подготовки, направленную на устранение (уменьшение весового значения) того или иного фактора риска.

## Состояние местного иммунитета репродуктивного тракта женщин-подростков

Малафеева Э.В., Елфимова Е.К., Ауце Е.И., Абайтова Н.Е.

Ярославская медицинская академия, Ярославль

Репродуктивная система женщин претерпевает выраженные возрастные изменения. В этих условиях, неизбежно, может изменяться состояние местных защитных механизмов репродуктивного тракта. Особое значение приобретает изучение состояния местного иммунитета у женщин-подростков, так как воспалительные заболевания органов малого таза у подростков являются одной из актуальных проблем современной гинекологии, а их развитию способствует снижение защитных механизмов организма женщины.

Цель работы – изучение особенностей местного иммунитета репродуктивного тракта женщин-подростков.

Нами проведено обследование 30 женщинподростков в возрасте от 14 до 17 лет, что соответствовало пубертатному периоду, и 40 женщин в возрасте от 18 до 40 лет, что соответствовало периоду половой зрелости. Материалом для исследования служила цервикальная и вагинальная слизь. Клеточные механизмы местного иммунитета оценивались на основании изучения активности и интенсивности фагоцитоза нейтрофилов, гуморальные факторы характеризовали на основании определения концентрации иммуноглобулинов классов G, A, M, секреторных иммуноглобулинов класса А и уровня лизоцимной активности слизи. Проведенные исследования показали, что активность факторов местной противоинфекционной защиты подростков существенно отличается от активности этих механизмов иммунитета у женщин репродуктивного возраста. У подростков установлено снижение фагоцитарной активности нейтрофилов, лизоцимной активности слизи, уровня иммуноглобулинов классов G, А и секреторных иммуноглобулинов класса А. Наряду с этим у подростков наблюдается повышение уровня иммуноглобулинов класса М в секрете слизистых. Поскольку слизистые оболочки репродуктивного тракта женщин являются мощным барьером, препятствующим проникновению микроорганизмов, снижение активности ряда факторов местного иммунитета у подростков может определять развитие генитальных инфекций у женщин данной возрастной группы. Полученные данные характеризуют возрастные особенности состояния местного иммунитета репродуктивного тракта и могут быть использованы при диагностике, профилактике и иммунотерапии урогенитальных инфекций у женщин-подростков.

## Применение аппарата "Миомед" у детей с нейрогенной дисфункцией органов малого таза Малых А.Л.

МУЗ ЦК МСЧ, Ульяновск

Проблеме нарушений функций малого таза посвящена обширная библиография, чему способствует неясность этиопатагенеза этих заболеваний. Количество методов лечения энуреза, энкопреза и других нейрогенных дисфункций превышает 550. /Буянов М.И. 1985, А.В. Папаян 1999., Л.А. Лаптев 1998/ Такое разнообразие в методах лечения, говорит, с одной стороны о сложностях лечения, с другой — о сомнительной эффективности используемых методов.

Целью данной работы являлось изучение эффективности аппарата «Миомед» (Голландия) у детей с различными типами нейрогенной дисфункции органов малого таза у детей.

Под нашим наблюдением находилось 90 детей в возрасте от 7 до 15 лет. Перед лечением все они прошли комплексное обследование, которое включало в себя доплерографию почечных сосудов, ретроградную цистометрию, урофлоуметрию. После установление типа ЭНДМП больные с гиперрефлекторным типом (54,5%) прошли лечение по спазмолитической методике, а гипорефлекторным - стимулирующим. Лечение проводилось на аппарате «Миомед» (Голландия) фирма «In Raf. Это прибор является физиотерапевтическим комбайном. Он позволяет проводит электрофизиологическое обследование, определять динамику кожного потенциала мышц тазового дна и внутриректального давления. В зависимости от уровня данных показателей, индивидуально подбирается программ реабилитации. Полученные результаты ретроградной цистометрии имели корреляционную связь с показателями электромиографии (Р<0,05). У 38 детей определялось спастическое тазовое дно, один из типов нейрогенной дисфункции диафрагмы. У детей с гиперрефлекторным типов ЭНДМП максимальный потенциал до лечения составил макс= $117,6\pm21,3$ ; после лечения – Р макс =  $72,3\pm16,5$ (P<0,05), r=0,735. В процессе лечения, кроме улучшения данных инструментального обследования у больных с обоими видами дисфункции уменьшались или исчезали явления ЭНДМП, улучшалось общее самочувствие пациента, симптомы вегетососудистой дистонии претерпевали обратное развитие. Аппаратная процедура проводилась в течение 5-15 минут в зависимости от типа ЭНДМП. Использовались биологически активные точки по каналам мочевого пузыря, легких, желудка: 4(II), 36(III), 21(XI), 22(XI), 23,28,38 (XI). Количество процедур от 5 до 15. Катамнестическое исследование проводилось через один год. Выздоровление отмечалось у 49,5 детей с гипорефлекторным типом НДМП, хотя показатели Рмакс  $=23,7\pm6,9$  (P>0,05), хотя он мало отличался от показателей до лечения. У детей с гиперрефлекторным типом данные электромиографии достоверно уменьшились у 75,3% больных, а выздоровление отмечалось только у 61,5% детей. Таким образом, применение аппарата «Миомед» у детей с различными типами ЭНДМП следует считать целесообразным. У больных с гиперрефлекторным типом показатели миографии