

**Состояние системы гемостаза и
антитромбогенной активности сосудистой
стенки при диабетической микроангиопатии**

Солун М.Н., Дихт Н.И.

*Саратов, Саратовский медицинский
университет, ММУ «Городская клиническая
больница №9»*

Цель: изучить состояние сосудисто-тромбоцитарного звена (функциональной активности тромбоцитов и антитромбогенной активности сосудистой стенки) у больных сахарным диабетом (СД), осложненным микроангиопатиями различной локализации.

Методы: объектом изучения явились 250 больных СД 1 типа тяжелой формы, средний возраст которых составил $26,13 \pm 0,79$ лет. Среди больных было практически равное количество мужчин и женщин. У всех пациентов выявлена диабетическая ангиопатия нижних конечностей функциональной стадии, полинейропатия диагностирована у 89,7% больных, ретинопатия - у 79,4%, преимущественно I стадии, нефропатия - у 37,3% больных. При отборе пациентов учитывали отсутствие сопутствующих заболеваний для исключения их влияния на исследуемые показатели системы гемостаза. В контрольную группу вошли 15 практически здоровых лиц (7 мужчин и 8 женщин), средний возраст которых соответствовал возрасту обследуемых больных. Для определения антитромбогенных свойств стенки сосудов (антиагрегационной, антикоагулянтной и фибринолитической активности) использована манжеточная проба (Балуда В.П. и др., 1992). Для изучения функциональной активности тромбоцитов применен метод определения агрегации тромбоцитов, индуцированной АДФ (G.V.R. Vogt, O'Braen, 1964). Изучение тромборезистентности сосудистой стенки у больных СД проводилось в зависимости от длительности заболевания.

Результаты: практически у всех больных выявлена активация тромбоцитов и снижение антитромбогенной активности сосудистой стенки, степень выраженности которых зависела от длительности СД. При длительности заболевания до 10 лет частично сохраняется функциональная активность сосудистой стенки по синтезу и секреции простациклина, антитромбина III, тканевых активаторов плазминогена. При длительности СД более 10 лет антитромбогенная активность сосудистой стенки резко снижена, особенно ее способность к синтезу и секреции антикоагулянтов и антиагрегантов, при частично сохраненной способности к образованию и секреции тканевых активаторов плазминогена.

Выводы: установленная нами активация процессов внутрисосудистого свертывания крови у больных СД, пропорциональная длительности заболевания, а так же значительное снижение (вплоть до полного отсутствия) тромборезистентности пораженных СД сосудов представляет высокую степень риска развития тромботических осложнений в сосудах микроциркуляции и, как следствие, необратимое прогрессирование поздних осложнений СД.

**Фармакологическая иммунокоррекция в
лечении хронического пародонтита**

Сороковик М.Н., Конопля А.И., Князев А.И.

*Курский государственный медицинский
университет, Курск*

Целью исследования стало изучение эффективности фармакологической коррекции нарушений иммунного статуса при хроническом пародонтите (ХП).

Под наблюдением находилось 57 пациентов обоего пола в возрасте 20-50 лет. Больные были разделены на 3 группы: первая группа – пациенты, которым проводили базовое лечение; больные второй группы получали дополнительно деринат; пациенты третьей группы – иммунофан. До и после проводимого лечения в смыве из десневого кармана определяли содержание IgM, IgG, sIgA, ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-6. Помимо этого устанавливали фагоцитарную (фагоцитарное число – ФЧ, фагоцитарный индекс – ФИ) и функциональную (показатели спонтанного и индуцированного зимозаном НСТ-теста) активность нейтрофилов из смыва десневого кармана.

Практически все исследуемые показатели врожденного иммунитета до лечения были достоверно ниже, чем в контрольной группе (здоровые доноры). В смыве из десневого кармана у больных ХП отмечалось повышение содержания ФНО- α , ИЛ-1 β , IgG и sIgA, кроме того, обнаруживался IgM, который в норме отсутствует. В отношении ИЛ-6 нами было выявлено снижение концентрации этого цитокина в смыве нелеченных больных ХП. Базовое лечение не приводило к значительному изменению показателей функциональной и фагоцитарной активности нейтрофилов смыва десневого кармана, незначительно, но достоверно снижало содержание ФНО- α , ИЛ-1 β и ИЛ-6 в смыве из десневого кармана.

После лечения деринатом наблюдалось достоверное увеличение ФИ и показателей функциональной активности нейтрофилов смыва (но не до уровня здоровых доноров), снижение уровня ФНО- α , в меньшей степени – ИЛ-1 β ; концентрация ИЛ-6 была существенно выше, чем в контроле.

Наиболее эффективной оказывается иммунофан, так как у пациентов в отношении показателей врожденного иммунитета был получен максимальный корригирующий эффект, так как большинство показателей оказались на уровне здоровых доноров; уровень ФНО- α в смыве из десневого кармана существенно не изменялся, наиболее существенно снижались уровни ИЛ-1 β и ИЛ-6.

**К вопросу о колостомии при аноректальных
пороках развития**

Стрюковский А. Е., Тараканов В. А.,
Нестерова И. В., Мазурова И. Г., Бондаренко С. Б.
*Кубанская государственная медицинская
академия, Краснодар*

Среди патологии детского возраста, корригирующейся только хирургическим путем, особое место занимают аноректальные пороки развития (частота