

**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

встречаемости 1:4000–5000 новорожденных). Актуальность этой проблемы обусловлена отсутствием единого мнения о необходимости расчленения лечения на три этапа (колостома - радикальная операция - устранение калового свища). Ряд авторов предпочитает выполнение первичной радикальной операции: у новорожденных с бессвищевой формой атрезии, а также при свище в мочевую и половую системы или узком промежностном свище - хирургическое вмешательство выполняется в первые часы жизни ребенка в экстренном порядке. При ректовестибулярных и широких промежностных свищах хирургическая коррекция проводится в более старшем возрасте, учитывая клиническое течение заболевания и физиологическое развитие. При использовании такой тактики лечения значительными остаются показатели послеоперационной летальности - до 20% случаев и гнойно-септических осложнений - до 62,5% наблюдений.

По нашему мнению наиболее эффективным методом оперативного лечения аноректальных пороков развития считается трехэтапная хирургическая коррекция.

Располагаем опытом лечения 72 детей с различными формами атрезии ануса и прямой кишки. Сроки проведения первого этапа оперативного лечения (наложение колостомы) зависят от формы порока развития. Новорожденным с атрезией прямой кишки без свища противоестественный задний проход накладывался по жизненным показаниям в экстренном порядке, в первые часы после рождения. Все новорожденные поступали в реанимационное отделение, где проводилась кратковременная предоперационная подготовка: декомпрессия желудочно-кишечного тракта, парентеральное введение антибиотиков широкого спектра действия, гемостатическая терапия, введение витаминов, кардиотропных препаратов, компенсация больного по витальным функциям. При диагностированных свищевых формах данного порока развития хирургическая тактика зависит от вида свища, его диаметра и протяженности. При ректовестибулярных и промежностных свищах экстренное оперативное вмешательство не выполняется. Проводится отмывание свищевого хода от меконеального слепка и его бужирование до диаметра необходимого для полноценного адекватного опорожнения толстой кишки. В дальнейшем в качестве подготовки к основному этапу операции противоестественный задний проход накладывается в 6 месяцев у детей, находившихся на естественном вскармливании, а у детей с искусственным вскармливанием колостома накладывалась в 3-4 месячном возрасте, в связи с более манифестирующими запорами. Наличие свищей любой другой локализации является показанием к выведению *anus praeter naturalis* сразу после установления диагноза. Толстокишечный свищ накладывался на левую половину толстой кишки. Такая локализация имеет ряд преимуществ: остается достаточный отрезок толстой кишки для ее низведения на промежность, правильно сформированная «шпора» препятствует забросу толстокишечного содержимого в атрезированный отдел толстой кишки, из физиологического функционирования «выключается» минимальный участок кишечника, создаются оптимальные условия для нормального

функционирования практически всего кишечника, что значительно облегчает коррекцию гомеостаза в послеоперационном периоде и проведение предоперационной подготовки перед радикальной операцией.

Разделение хирургического лечения на три этапа позволяет добиться хороших клинико-функциональных результатов лечения, по материалам нашей клиники за последние 10 лет летальных исходов не было, а количество ГСО составляет 11,68% наблюдений.

Иммунологические аспекты у детей с долихосигмой

Стрюковский А. Е., Тараканов В. А.,
Нестерова И. В., Бондаренко С. Б.,
Мазурова И. Г.

Кубанская государственная медицинская академия, Краснодар

Целью работы является изучение иммунного статуса у больных долихосигмой. Актуальность проблемы обусловлена сложностью лечения, высоким процентом неэффективности существующих методов терапии - 70-80%, наличием клинических признаков иммунодефицитов у больных. Это позволило предположить наличие вторичных иммунодефицитных состояний у данной группы больных.

Располагаем опытом лечения 64 больных с долихосигмой. Всем проведено иммунологическое исследование с использованием тестов 1-го и 2-го уровней. Изучение иммунного статуса позволило диагностировать его нарушения в 100% случаев. Наиболее часто отмечались дисфункции в системе фагоцитоза - 98,47% наблюдений. На втором месте, по частоте встречаемости стоят нарушения Т-клеточного звена - 76, 33%. Дефекты функционирования гуморального звена иммунитета диагностированы в 41,12% случаев. Комбинированные поражения иммунной системы отмечались у 79,57% наблюдений. При проведении исследования выявлена корреляция между тяжестью органических нарушений и дисфункциями иммунитета.

Имунокоррекция проводилась - при нарушении Т - клеточного звена - иммунофаном; при дисфункции фагоцитарной активности - ликопидом, при дисфункции гуморального звена - миелопид; нарушение активности нейтрофильных гранулоцитов - Вифероном. Все препараты использовались в возрастных дозировках. Нормализация иммунного статуса снижала частоту возникновения инфекционных заболеваний и позволяла быстрее купировать проявления хронического колостаза.

Проведенное исследование делает перспективным включение иммунокоррекции в комплекс лечения данного контингента больных.