Гомеостаз и инфекционный процесс

Непрямая электрохимическая детоксикация в комплексном лечении гнойно-некротических форм диабетической стопы

Авакимян В.А., Базлов С.Б., Дидигов М.Т., Гедзюн Р.В.
Кубанская государственная медицинская академия, кафедра госпитальной хирургии, Краснодар

С целью улучшения результатов хирургического лечения гнойно-некротических поражений стоп при сахарном диабете в рамках открытого проспективного контролируемого исследования произведена клинико-лабораторная оценка метода непрямой электрохимической детоксикации.

Контроль течения патологического процесса помимо клинических данных включал определение динамики лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), уровня среднемолекулярных пептидов (СМП), эффективной концентрации альбумина (ЭКА).

Основную группу составили 44 пациента, в комплекс лечения которым включалось внутривенное введение гипохлорита натрия в концентрации 600 мг/л по 200 мл два раза в сутки, контрольную 67 больных с традиционными способами детоксикации. При поступлении всем больным проведено оперативное лечение, которое включало вскрытие и дренирование гнойников, экономные ампутации стоп, некрэктомии. Коррекция гликемии осуществлялась дробным введением экзогенного инсулина.

У всех пациентов основной и контрольной групп присутствовали признаки эндогенной интоксикации, что выражалось наличием 2 и более признаков SIRS у 97,3% больных, увеличением ЛИИ до 5,8 ± 0,4 в основной, 5,3 ± 0,5 контрольной группе. Уровень СМП составил 537,3 ± 21,6 у.е. в основной и 610,5 ± 24,3 у.е. в контрольной группе, а ЭКА - 13,7 ± 0,6 г/л и 14,1 ± 0,4 г/л соответственно.

В первые 3 суток после операции у пациентов обеих групп отмечено нарастание уровня молекул средней массы до 710,6± 41,7 у.е. в основной и 688,9 ± 37,2 в контрольной и снижение ЛИИ до 4,2 ± 0,7 и 4,5 ± 0,3. Колебания ЭКА в обеих группах носили статистически недостоверный характер.

У пациентов основной группы, начиная с 3 суток послеоперационного периода отмечается снижение уровня СМП с достижением нормальных значений к 8 - 9 суткам (261,2 ± 19,8 усл. ед.). Это сопровождалось прогрессивным ростом ЭКА с максимальным приближением к общей концентрации альбумина к 10 - 12 суткам после операции. Среди больных контрольной группы тенденция к снижению концентрации СМП наблюдалась с 5-6 суток до уровня 361,4 ± 17,2 усл. ед. на 8 - 9 сутки, а приближение ЭКА к общей концентрации альбумина к 15-17 суткам послеоперационного периода.

Прогрессирование гнойно-некротического процесса в основной группе отмечено у 7 (15,9%) больных. Этим пациентам произведены высокие ампутации конечностей. В остальных случаях путем проведения этапных некрэктомий и комбинированных видов кожной пластики удалось сохранить опорную функцию конечности. Средняя продолжительность лечения составила 26,4 ± 5,7 дня. В контрольной группе выполнено 16 (23,9%) высоких ампутаций, продолжительность лечения составила 31,4 ± 3,7дня.

Таким образом, применение гипохлорита натрия в комплексе лечения гнойно-некротических поражений стоп при сахарном диабете позволяет не только уменьшить проявления синдрома эндогенной интоксикации, но и оказать модифицирующее влияние на весь ход лечения.

Иммунный статус новорожденных от матерей с патологией беременности

Аверьянов П.Ф.
Саратовский государственный медицинский университет, Саратов

Иммунологический статус новорожденного формируется в условиях сложных иммунологических взаимоотношений в системе мать-плацента-плод. Различные виды патологии беременности нарушают эти взаимоотношения, что проявляется дисметаболизмом, фетоплацентарной недостаточностью, задержкой развития плода и гипоиммуногенезом.

Целью нашего исследования явилось изучение органов иммуногенеза плодов и новорожденных от матерей с патологией беременности.

При изучении иммунокомпетентной ткани было отмечено, что независимо от этиологического фактора патологии беременности постоянные структурные изменения развивались в тимусе, селезенке и лимфатических узлах. Структурные изменения зависли от срока воздействия и в большей степени проявлялись в тимусе.

При воздействии на иммунную систему в эмбриональном периоде в тимусе преобладали альтернативные изменения, отмечался дефицит абсолютной и относительной массы, уменьшение площади долек, тимических телец, коэффициента паренхиматозно-стромального соотношения, развивалась агонезия, гипоплазия и дисплазия тимуса.

При повреждении лимфоидных органов в раннем фетальном периоде наряду с альтерацией паренхимы отмечались пролиферация клеток стромы, отсутствовала четкая корково-медулляоная организация, нарушение образования тимических телец и ранний склероз стромы. При воздействии на тимус в позднем фетальном периоде отмечался распад тимоцитов в коре, макрофагальная реакция и эозинофилия. В междольковых трабекулах и в стенках сосудов повышалось количество КМП, появлялись тучные клетки. При иммунофлюоросцентном исследовании тимуса установлен дефицит JgM и JgA, и ранняя жировая трансформация. В селезенке отмечалось уменьшение объема белой пульпы, Т-зи В-зависимых зон с соответствующим уменьшением плотности Т-лимфоцитов.

Согласно полученным данным морфогенез органов иммуногенеза зависит от срока воздействия по-

вреждающих факторов. Морфологические изменения тимуса - как центрального органа иммуногенеза, выходили за рамки фаз морфофункционального состояния и проявлялись агенезией, гипоплазией, дисплазией, гиперплазией, ранней жировой трансформацией или незрелым фетальным типом тимуса.

Алгоритм проведения дифференциальной диагностики

Амбалов Ю.М.
Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Дифференциальная диагностика является практически единственным способом постановки диагноза (Ю.М. Амбалов, 2000). Лишь в редких случаях распознавание болезни может быть осуществлено путем выявления и использования патогномоничных симптомов, т.е. маркерным способом (Ю.М. Амбалов соавт., 2001). Тем не менее, как показывает клинический опыт, абсолютное большинство клиницистов не владеет приемами проведения дифференциальной диагностики. В конечном итоге, это приводит к огромному числу допускаемых врачами диагностических и лечебных ошибок, особенно на начальных этапах ведения больных (Е.П. Шувалова. 2000; Ю.М. Амбалов с соавт, 2001).

Исходя из сказанного, нами был разработан алгоритм проведения дифференциально-диагностического поиска, универсальный для врачей любых специальностей.

Алгоритм проведения дифференциальной диагностики.

1. Провести первичное клиническое обследование больного (жалобы, анамнез болезни, объективные данные, анамнез жизни и др.).
2. Выделить в клинической картине заболевания какой-либо один клинический признак (лучше очевидный).
3. Обратиться к списку заболеваний при которых может встречаться этот симптом.
4. Провести предварительную дифференциальную диагностику, подтвердив или исключив максимально возможное число заболеваний, используя при этом только данные, полученные при клиническом обследовании больного *.
5. Отобрать неисключенные заболевания, перечень которых и составит предварительный диагноз.
6. Составить план дополнительных (параклинических) исследований, предусмотрев, в первую очередь, те из них, с помощью которых можно было бы подтвердить или исключить оставшиеся заболевания.
7. Определить необходимые лечебные мероприятия с учетом всех неисключенных (возможных) у данного пациента заболеваний.
8. По мере получения результатов дополнительных исследований провести заключительную дифференциальную диагностику и коррекцию лечения.
9. Поставить окончательный диагноз.

*Примечание: проводится путем выявления у больного патогномоничных признаков и противоречий клинического плана по каждой из искомых болезней и последовательного (или алгоритмического) их подтверждения или исключения.

Влияние лечения с использованием гемолизата аутокрови на состояние микробного биоценоза кожи и пораженной конечности у больных рожей

Амбалов Ю.М, Усаткин А.В., Брагина И.Н., Пшеничная Н.Ю., Коваленко А.П., Пройдаков М.А., Кузнецов В.П., Хоменко О.И.
Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Развитие микробного дисбиоценоза кожи пораженной конечности играет важнуюроль в патогенезе рожистого воспаления и его рецидивов (Ю.М. Амбалов, 1996; Н.Ю. Пшеничная, 1996).

У 49 больных рожей нижних конечностей (РНК), лечившихся с применением (n=25) и без применения (n=24) гемолизата аутокрови (ГАК), исследован в динамике болезни микробный биоценоз кожи пораженной конечности (Н.Н. Клемпарская,1986).

Установлено, что распространенность ряда микроорганизмов на кожной поверхности пораженной конечности у заболевших рожей значительно отличается от таковой у здоровых лиц. В частности, реже регистрируются S.epidermidis, M.luteus и C.xerosis.

В то же время чаще встречаются S. haemolyticus, S.faecalis и L-формы β-гемолитического стрептококка (ГС). К периоду клинического выздоровления характер распределения исследованных микроорганизмов у больных геморрагической рожей становился практически таким же, как и у здоровых лиц, причем, у больных как получавших, так и не получавших ГАК. У реконвалесцентов, перенесших негеморрагическую, результаты исследования оказались неоднозначными. У лечившихся ГАК частота выделения S. epidermidis, S. haemolyticus и C. xerosis восстанавливалась до нормальной. Реже регистрировались и L-формы ГС. В группе же сравнения характер распределения микробной флоры оставался практически таким же, как и до начала лечения.

Таким образом, применение ГАК у больных негеморрагической РНК оказывает достоверное нормализующее воздействие на состав микрофлоры кожи пораженной конечности. Использование же модифицированной аутогемотерапии при геморрагической форме рожистого воспаления не дает сколько-нибудь существенного положительного эффекта.