

процессов в суставе. СОЭ один из диагностических тестов при оценке воспалительного процесса. Цель: определить возрастзависимые изменения показателя СОЭ у женщин с дегенеративно-дистрофическими поражениями тазобедренного сустава в предоперационном периоде.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 663 женщин (от 19 до 89 лет). Всем пациенткам в период с 1990 по 2002 г. г. в РосНИИТО им. Р. Р. Вредена произвели тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава по поводу дегенеративно-дистрофических поражений сустава. В группу вошли лица с гладким послеоперационным течением, без осложнений. Проанализировано 1313 результатов исследований СОЭ, которые определяли за 1-7 дней до операции. Все пациентки были разделены на группы с разницей в 1 год. При составлении групп по принципу каждая с каждой (U-критерий Вилкоксона-Манна-Уитни) установлено, что СОЭ в возрасте 21, 27, 32, 39, 40, 41, 57, 80 лет значимо выше ($P < 0,05$) более чем в половине остальных групп. В остальных группах таких существенных отличий не выявлено. По нашему мнению полученные данные отражают дифференцировку возрастной периодизации регуляторно-метаболических процессов.

Клиника и лечение кишечного амебиаза

Витковская В.А.

Астраханская Государственная Медицинская Академия, Астрахань

Под наблюдением находилось 17 больных с кишечным амебиазом. Начало болезни было острым или с продромальными явлениями в виде недомогания, головной боли, понижения аппетита, болей в животе, вздутия. В остром периоде у основной массы (80 %) боли были схваткообразного характера с преимущественной локализацией в области слепой кишки, нередко наблюдались тенезмы.

Характерными симптомом амебиаза являлось расстройство стула. Стул жидкий от 3-4 раз был в 8 случаях в большом количестве слизи; у 7 больных – до 10-15 раз в сутки со слизью и кровью, в испражнениях было много кристаллов Шарко-Лейдена. При ректороманоскопии слизистая у 12 больных имела катарально-эрозивный, у 4^х – язвенно-некротический проктосигмоидит.

Для лечения использовались метронидазол, тинидазол, тиберал.

Дифференцированный анализ показателей тромбоцитарного и плазменного гемостаза у здоровых людей

Воробьев В. Б., Бехтерева Н. А., Прутков В. Е., Карлина Н. В.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов - на - Дону

За последние годы опубликовано большое количество работ, посвященных проблемам гемостазиологии. Однако до сих пор остается много неизученных аспектов функционирования системы свертывания крови в физиологических условиях. Все это и обуславливает актуальность данного исследования. Нами обследовано 20 практически здоровых людей в возрасте от 18 до 32 лет. Исследование гемостаза впервые проводилось методом дифференцированной электрокоагулографии (по Воробьеву В.Б., 1996) с использованием тромбоцитарной и бестромбоцитарной плазмы с применением фазового анализа и оценки состояния структурных и хронометрических показателей гемостаза.

При фазовом анализе электрокоагулограмм нами были получены следующие результаты. Первая фаза свертывания в бестромбоцитарной плазме была в 2,5 раза укорочена по сравнению с тромбоцитарной плазмой, что указывало на ускорение образования тромбопластина в бестромбоцитарной плазме. Продолжительность второй фазы была на 67% меньше в бестромбоцитарной плазме по сравнению с тромбоцитарной плазмой. Этот факт подтверждал относительное повышение скорости и интенсивности полимеризации фибрин-мономерных молекул в бестромбоцитарной плазме. Константа использования протромбина тромбопластином в тромбоцитарной плазме оказалась на 65% выше по сравнению с бестромбоцитарной. Это свидетельствовало об относительно большей интенсивности образования тромбина в тромбоцитарной плазме. На факт формирования в тромбоцитарной плазме более плотных кровяных сгустков указывало увеличение показателя эластичности сгустка на 25% по сравнению с бестромбоцитарной плазмой. В бестромбоцитарной плазме практически здоровых людей отмечалось повышение константы L на 41% по сравнению с тромбоцитарной плазмой. Это свидетельствовало об относительном повышении в бестромбоцитарной плазме как динамических, так и хронометрических процессов полимеризации фибрина и их контрактильных свойств. Коагуляционная активность бестромбоцитарной плазмы была в 2 раза выше, чем в тромбоцитарной плазме.

Таким образом, процессы появления тромбопластина и полимеризации фибрина в бестромбоцитарной плазме у здоровых людей протекали

значительно быстрее, чем в тромбоцитарной. Однако в тромбоцитарной плазме наблюдалось относительное ускорение синтеза тромбина, и образующийся в ней сгусток имел более плотный характер по сравнению с бестромбоцитарной плазмой.

**Дифференцированный анализ
хронометрических и структурных
показателей гемостаза в
физиологических условиях**

Воробьев В. Б., Бехтерева Н. А., Фомичев В. Л.,
Ускова Т. В.

*Ростовский государственный медицинский
университет, Ростов — на — Дону.*

В данной работе изложены результаты обследования 20 практически здоровых людей в возрасте от 18 до 32 лет. Для исследования показателей гемостаза в физиологических условиях нами впервые был использован метод дифференцированной электрокоагулографии (по Воробьеву В.Б., 1996) с использованием цельной крови, тромбоцитарной и бестромбоцитарной плазмы с применением фазового анализа и оценки состояния структурных и хронометрических показателей гемостаза.

При сравнении продолжительности фаз свертывания в различных фракциях крови были получены следующие результаты. Первая фаза свертывания протекала наиболее быстро в бестромбоцитарной плазме (ее продолжительность была равна $0,416 \pm 0,021$ мин). Следовательно, наибольшая активность синтеза тромбoplastина имела место в бестромбоцитарной плазме. В цельной крови первая фаза свертывания была самой продолжительной из всех исследованных фракций (ее длительность составила $2,125 \pm 0,111$ мин). Таким образом, образование тромбoplastина происходило значительно медленнее в цельной крови по сравнению с тромбоцитарной и бестромбоцитарной плазмой. Вторая фаза свертывания была самой короткой в бестромбоцитарной плазме (ее продолжительность составила $1,0 \pm 0,040$ мин). Это указывало на наибольшую скорость полимеризации фибрина в данной фракции по сравнению с тромбоцитарной плазмой и цельной кровью. Наиболее длительно ($2,25 \pm 0,121$ мин) вторая фаза свертывания протекала в цельной крови, что свидетельствовало об относительном замедлении образования фибрина по сравнению с тромбоцитарной и бестромбоцитарной плазмой. Минимальная амплитуда электрокоагулограммы равнялась $0,5 \pm 0,01$ см в цельной крови и была нулевой в тромбоцитарной и бестромбоцитарной плазме. Это указывало на формирование более плотного сгустка в тром-

боцитарной и бестромбоцитарной плазме по сравнению с цельной кровью

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что процессы появления тромбoplastина и полимеризации фибрина происходили наиболее быстро и активно в бестромбоцитарной плазме по сравнению с другими фракциями. В цельной крови первая и вторая фаза свертывания протекали относительно более медленно. В тромбоцитарной и бестромбоцитарной плазме образующийся сгусток имел более плотный характер, чем в цельной крови.

**Исследование роли эритроцитов в
физиологии гемостаза методом
дифференцированной
электрокоагулографии**

Воробьев В. Б., Бехтерева Н. А., Гречко Г. В.,
Павлинова И. Б., Воробьева Э. В.

*Ростовский государственный медицинский
университет, Ростов-на-Дону.*

По данным многих авторов, именно электрокоагулография является оптимальным методом для исследования гемостаза. В данной работе впервые для изучения роли эритроцитов в физиологии гемостаза был применен новый метод - дифференцированная электрокоагулография (по Воробьеву В.Б., 1996) с использованием цельной крови и тромбоцитарной плазмы с применением фазового анализа и оценки состояния структурных и хронометрических показателей свертывания. Нами обследовано 20 практически здоровых лиц в возрасте от 18 до 32 лет.

При фазовом анализе электрокоагулограмм, полученных при исследовании цельной крови и тромбоцитарной плазмы мы получили следующие результаты. Первая фаза свертывания в цельной крови была в 2 раза длиннее по сравнению с тромбоцитарной плазмой, что указывало на более медленное образование тромбoplastина в цельной крови. Продолжительность второй фазы (времени полимеризации фибрина) была на 35% продолжительнее в цельной крови по сравнению с тромбоцитарной плазмой. Структурный анализ выявил следующие различия. На факт формирования в цельной крови более плотных кровяных сгустков указывало увеличение показателя эластичности сгустка по сравнению с тромбоцитарной плазмой. В цельной крови практически здоровых людей отмечалось снижение константы L на 71% по сравнению с тромбоцитарной плазмой. Это свидетельствовало об относительном снижении в цельной крови как динамических, так и хронометрических процессов полимеризации фибрина и их контрактильных свойств. Коагуляционная активность цельной крови была