

**ТЕПЛОВИЗИОННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ
В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ
СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
У РАННЕ ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ**

Доминникова Е.С., Кондрючая Н.С., Поройский С.В.,
Подчайнов В.С.

ВолГМУ, Волгоград, e-mail: evgenijadominnic@rambler.ru

Спаечная болезнь брюшной полости – тяжелое заболевание, нередко встречающееся в молодом, наиболее трудоспособном возрасте. Успех лечения зависит от своевременности и правильно поставленного диагноза. Среди современных неинвазивных методов лучевой диагностики особое место занимает тепловидение. Тепловизионное исследование (тепловизионная термография, радиометрия, гистерография) было выполнено на аппарате «Радуга-6». Обследовано 137 человек, разделенные на 3 группы: 1 группа (43 пациента) – отсутствие жалоб, патологии органов брюшной полости не выявлено, 2 группа (31 чел.) – пациенты с клиническим болевым синдромом живота, 3 группа (63 чел.) – пациенты с клиническим болевым синдромом живота, в анамнезе у которых были хирургические вмешательства (давность от 1 до 12 лет). Обследование пациентов проводилось в стандартных условиях: Т воздуха – $21,0^{\circ}\text{C} \pm 1,0^{\circ}\text{C}$, влажность – 40-70%, скорость движения воздуха $< 0,25\text{ м/с}$; в интервале температур – $27-37^{\circ}\text{C}$, с диапазоном шкалы температур – $5-20^{\circ}\text{C}$. Последовательно измерялась температура в 10 точках передней поверхности области живота, в 4 точках боковых и 6 точках задней поверхностей, в вертикальном и горизонтальном положении пациентов. Все пациенты с болевым синдромом области живота проходили УЗИ. Проводилась оценка качественных (изучение распределения участков гипо-, изо- и гипертермии) и количественных (определение разности Т между измененным участком и симметричной стороной, в сравнении с окружающими тканями) показателей. В качестве основных характеристик использовались данные о положении, числе, форме, размерах, интенсивности, структуре, контурах, смещении и окружающих тканях участках гипо- или гипертермии в проекции измененных участков. При анализе результатов проведенных обследований в 1 (контрольной) группе нами было выделено 3 типа термограмм: 1) с отсутствием градиента температуры (монотонная изотермия); 2) с распространенной пятнистостью, преимущественно расположенной в верхних отделах живота; 3) с индивидуальным распределением участков повышенной и пониженной температуры. Физиологическая асимметрия между наружными зонами живота составила $0,1-0,4^{\circ}\text{C}$, асимметрия по вертикали была равна $0,1-0,7^{\circ}\text{C}$. Разница температуры различных зон в сравнении с реперной зоной (гипогастральная область слева) составляла $0,1-0,7^{\circ}\text{C}$. Основными диагностическими критериями оценки термограммы были выбраны локальная гипертермия и термоасимметрия. Во 2 группе были зарегистрированы участки гипертермии, расположение которых соответствовало проекциям печени (2), желчного пузыря (12), желудка (5), поджелудочной железы (1), почек (5), мочевого пузыря (2) и придатков матки (4). Проведение УЗИ, ФГДС органов брюшной полости выявило патологию, в 100% соответствующую обнаруженным зонам гипертермии: диффузные заболевания печени с синдромом портальной гипертензии, заболевания желчного пузыря, гастродуоденит, острый и обострение хронического панкреатита, острый пиелонефрит, острый цистит, воспалительные процессы придатков матки. У пациентов 3 группы в 96,7%

случаев участки гипертермии передней поверхности живота определялись в области послеоперационного рубца. Асимметрия теплового рисунка передней поверхности живота в сравнении с симметричными точками и реперными зонами составила $0,8-1,4^{\circ}\text{C}$ и $0,8-1,8^{\circ}\text{C}$. В 100% случаев обнаруженные участки гипертермии соответствовали зонам максимальной болезненности, что позволило сформулировать предварительное заключение – болевая форма спаечной болезни брюшной полости. При УЗИ представленных участков определялись косвенные признаки спаечного процесса – гиперэхогенные линейные образования, полипозиционная ограниченность подвижности органов. По результатам тепловизионного и УЗИ был сформулирован клинический диагноз – болевая форма спаечной болезни брюшной полости. Для увеличения специфичности исследования нами был предложен тест с глюкозой: за 1 час до исследования пациентам назначался раствор глюкозы (на 250 мл воды 75 гр глюкозы). У пациентов 1 группы изменений термограмм зарегистрировано не было (отрицательная проба). У больных 3 группы в 78% случаев были зарегистрированы отличия термограмм до и после проведения пробы: увеличение термоасимметрии и интенсивности зон гипертермии на $0,3-0,9^{\circ}\text{C}$ к 30-40 минуте после глюкозной нагрузки. Полученные клинические данные свидетельствуют об эффективности применения тепловизионных методов в диагностике и дифференциальной диагностике воспалительных процессов брюшной полости, болевых форм спаек брюшной полости на этапе предварительного диагноза. Сочетание тепловизионного и ультразвукового методов позволяет получить информацию, достаточную для постановки клинического диагноза. Использование теста с глюкозой повышает информативность и содержательность клинического диагноза.

**АНАЛИЗ СОДЕРЖАНИЯ ЦИТОКИНОВ ПРИ
АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ В ЭКССУДАТЕ,
ПОЛУЧЕННОМ МЕТОДОМ «КОЖНОГО ОКНА»**

Ермаков Е.А., Климов В.В.

Сибирский государственный медицинский университет,
Томск, e-mail: evgeny_ermakov@mail.ru

Атопический дерматит (АтД) является одной из наиболее распространенных форм аллергического поражения кожи. Показатель распространенности АтД растет во всем мире. Распространенность АтД в детской популяции составляет до 15-30%, во взрослой – до 2-10% [1]. Иммунопатогенез АтД – многоэтапный и сложный процесс, полностью не изученный до настоящего времени и требующий дальнейшего более подробного исследования.

АтД – хроническое воспалительное заболевание кожи, развивающееся по IgE-зависимому механизму, патогенез которого связан с дисбалансом иммунорегуляторных субпопуляций в сторону поляризации Th2 пути и соответствующим изменением их цитокинового профиля.

Исследование цитокинового профиля при АтД позволяет оценить характер воспаления, а также назначить соответствующую противовоспалительную терапию.

Цель работы: Определение профиля цитокинов в бесклеточной фракции экссудата «кожного окна» при атопическом дерматите в разные стадии болезни и в разных участках кожи.

Материал и методы: Концентрация цитокинов определялась в бесклеточных кожных экссудатах, получаемых согласно патенту № 1534395 на изобретение «Способ диагностики аллергического диа-