

Таким образом, наш небольшой опыт применения эндолимфатической и лимфотропной терапии распространенных форм гнойного перитонита свидетельствует о высокой эффективности этого метода лечения и позволяет рекомендовать его для более широкого использования в ЛПУ. Считаем, что у всех больных с разлитым перитонитом необходимо применять эндолимфатическую или лимфотропную терапию. Внедрение данных способов лечения позволило сократить применение дорогостоящих антибиотиков и других препаратов на 30%, а также сократить сроки лечения на 3-5 суток.

#### **Механизмы развития хронического состояния при псориазе**

Цыганок С.С., Парахонский А.П.

*Кубанская государственная медицинская академия,  
Краснодар*

Результаты анализа литературы и собственных иммунологических исследований свидетельствуют о наличии у больных псориазом иммунодефицитного состояния, характеризующегося дефицитом Т-клеточного звена иммунитета, дисбалансом иммуноглобулинов различных классов. Выявлены нарушения в содержании Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров, В-клеток, активированных лимфоцитов, естественных киллеров. Установлена корреляция между сниженным коэффициентом соотношения Т-хелперов и Т-супрессоров/цитотоксических клеток и тяжестью псориазического процесса. В системе гуморально-клеточной кооперации иммунокомпетентных клеток большое значение имеют полиморфно-ядерные нейтрофильные лейкоциты, функциональная активность которых исследовалась в тесте с нитросиним тетразолием (НСТ-тест), по активности фагоцитоза, миелопероксидазы, содержанию щелочной и кислой фосфатаз. Установлено, что изменения в иммунной системе при псориазе характеризуются стадийностью, коррелирующей с тяжестью и длительностью течения болезни. Как при остром, так и при затяжном течении болезни отмечалось умеренное повышение всех трёх классов иммуноглобулинов А, М, G, увеличение количества В-лимфоцитов (до 25,6%). Подавленной оказалась система Т-клеточного иммунитета: количество Т-лимфоцитов уменьшилось до 33,7%, Т-хелперов – до 18,7%. Все показатели фагоцитарной активности указывали на угнетение функций системы нейтрофильных лейкоцитов. Увеличение длительности и нарастание тяжести заболевания сопровождается более выраженной поликлональной активацией В-клеток, количественным и функциональным угнетением Т-системы, с преимущественным уменьшением числа Т-хелперов. Крайняя степень выраженности иммунодефицитного состояния наблюдается у лиц с псориазической эритродермией и артритом. У больных с бессимптомными бактериемиями НСТ-тест повышается на 23%, а при септических состояниях на 40% и более; цитологический показатель активности клеток (ЦПА-тест) повышается на 50-70%. Полученные результаты свидетельствуют о наличии у больных псориазом септического состояния бактериального

генеза. Проведенное исследование у больных псориазом состояния гемостаза выявило повышенную активность коагуляционного звена, обусловленную увеличением концентрации фибриногена и усилением активности антиплазминов. Гиперкоагуляция характеризуется внутрисосудистой активацией прокоагулянтного звена системы гемостаза, появлением в циркуляции тромбина, вызывающего протеолитическое расщепление фибриногена с последующим образованием фибрин-мономера и продуктов деградации фибрина. В сосудах начинают образовываться микроскопические тромбоцитарно-фибриновые микротромбы, то есть развивается 1 стадия синдрома диссеминированного внутрисосудистого свёртывания, что характерно для хронического воспалительного процесса. Степень и характер изменений зависели от тяжести и клинического течения псориаза. На высоте клинических проявлений наблюдалась выраженная активация противосвёртывающей системы. Об этом свидетельствовали: увеличение продуктов деградации фибрина, снижение активности антиплазминов, удлинение тромбинового времени и повышение уровня свободного гепарина. Сохранение высоких уровней НСТ и ЦПА-тестов после лечения, сочетающихся с лейкоцитозом, лейкоцитарным сдвигом влево, снижением относительного и абсолютного числа лимфоцитов, моноцитозом, повышенной СОЭ, увеличенной активностью коагуляционного звена гемостаза, существованием остаточных инфлюэнций, подтверждает концепцию формирования хронического септического состояния с участием аутоиммунного конфликта псориазической болезни. Выявленные нарушения иммунного статуса при различных формах и длительности псориазической болезни свидетельствуют о наличии иммунодефицитного состояния характеризующегося дефектом, как Т- так и В-звена иммунитета, что обуславливает снижение резистентности организма к инфекционным агентам и частое развитие септических осложнений при тяжёлых формах псориаза.

#### **Биохимические механизмы гомеостаза при перитоните**

Шапошников В.И.

*Государственная медицинская академия, Краснодар*

Одной из главных задач в выработке адекватной тактики лечения при распространенном гнойном перитоните является определение до операции границы допустимых, а значит саморегулирующихся, нарушений гомеостаза, за пределами которой традиционная лечебная тактика успеха принести не может. В таких ситуациях требуется уже включение в лечебный процесс более мощных механизмов детоксикации - по принципу эфферентных технологий. В констатации, наличия или отсутствия у больного критического порога нарушений гомеостаза, большое значение имеют биохимические исследования крови и мочи.

С целью определения закономерностей этапных нарушений внутренней среды организма при перитоните, нами были проведены экспериментальные исследования на 47 беспородных собаках, у которых распространенный гнойный перитонит был вызван