

По методике Люшера выявлены значимые различия по фактору тревожности: среди леворуких 42% лиц с повышенным уровнем тревожности, среди праворуких этот показатель – 30%; по уровню низкой тревожности значимых различий не выявлено. Сравнительный анализ факторов активности и работоспособности показал, что леворукие более склонны к «истощаемости» (за счет превышения показателей активности над показателями работоспособности) по сравнению с праворукими (16% и 30% соответственно). Показатели вегетативного тонуса полностью соответствуют таковым по данным метода КРГ.

Таким образом, наши исследования *подтверждают* данные, имеющиеся в литературе о взаимосвязи доминантности полушария (как одного из его проявлений – руконости) с адаптированностью организма, проявляющейся на различных уровнях:

- повышенной склонности леворуких к тревожности, склонности к истощаемости (Москвин В.А., 1986) (среди леворуких 42% лиц с повышенным уровнем тревожности, среди праворуких – 30%)

- установлены достоверные различия между балансом симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы и степенью формирования стрессовой устойчивости организма (Богомаз С.А., 1995) - у леворуких вагосимпатический баланс наблюдается в 36%, у праворуких - в 60%.

Выявленные значимые различия в кровенаполнении сосудов полушарий головного мозга свидетельствуют о неравномерной активности полушарий у представленных групп. Исходя из того, что кровоток в тканях изменяется в зависимости от уровня метаболизма и активности в этих тканях, и учитывая доминантность правого полушария у леворуких и левого у праворуких, можно предположить, что должно быть увеличение или хотя бы одинаковое значение кровотока в ведущем полушарии и в случае ассиметрии кровообращения (если таковая имеется) смещение ее также в сторону доминантного полушария. Выявленные нами значения у *праворуких* подтверждают «ожидания»: в 30% кровенаполнение обоих полушарий в пределах нормы, в 30% - значительно повышено вПП и ЛП одновременно, в 23% - повышено в ЛП и в пределах нормы вПП; у *леворуких* же не только нет склонности к повышению кровоснабжения доминантного правого полушария, а есть тенденция к уравниванию (в 27% кровенаполнение значительно повышено вПП и ЛП одновременно) и даже к преобладанию кровообращения недоминантного ЛП (в 27% - снижено вПП и в норме в ЛП, в 9% - повышено в ЛП). Это повышение кровенаполнения недоминантного полушария, возможно, является компенсаторным как проявление на одном из уровней сниженной адаптивной способности организма леворуких, как проявление дезадаптации организма, при которой сглаживается функциональная межполушарная асимметрия (Вейн, 2000год).

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости индивидуального подхода к больным с учетом доминантности полушария как в лечении, так и в профилактике заболеваний.

К ВОПРОСУ О КОРРЕКЦИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГИПЕРСПЛЕНИЗМОМ

Полеев А.В.

*Кубанская государственная медицинская академия
(кафедра хирургических болезней детского возраста),
Краснодар*

Гиперспленизм (ГС) представляет собой клинко-гематологическим синдромом, являющимся одним из осложнений портальной гипертензии. Клинически ГС проявляется спленомегалией разной степени выраженности. Лабораторные показатели при гиперспленизме характеризуются панцитопенией – снижением в крови всех форменных элементов (тромбоцитопения, лейкопения, анемия) или отдельных типов клеток периферической крови (парциальный ГС).

Цель исследования: разработать классификацию гиперспленизма (ГС) у детей с синдромом портальной гипертензии (СПГ) и определить показания к различным методам его лечения.

Материалы и методы. В клинике детской хирургии Кубанской государственной медицинской академии с 1997 по 2003 гг. обследовано 78 детей с СПГ. Из них осложнения заболевания в виде гиперспленизма отмечены у 22 ребёнка (28,2 %). Применялись методы медикаментозного и оперативного лечения ГС. Лекарственная терапия включала: препараты α -интерферона и его индукторов, стимуляторы лейко- и эритропоэза, глюкокортикоиды. Предлагаем собственную классификацию синдрома гиперспленизма на три формы клинического течения: 1) компенсированную, 2) субкомпенсированную и 3) декомпенсированную. Компенсированная форма ГС диагностирована у 5-и детей (6,4 %) (умеренная тромбоцитопения до 100-150 Г/л, незначительные геморрагические проявления на кожных покровах и слизистых оболочках). Субкомпенсированная форма выявлена у 6-и (7,7 %) больных (выраженная тромбоцитопенией до 70-100 Г/л, повышенная кровоточивость слизистых оболочек, кожных покровов; у 3-х отмечаются пищеводные кровотечения). Декомпенсированная форма ГС выставлена 11-и (14,1 %) больным (тромбоцитопения ниже 70 Г/л геморрагические проявления значительно выражены, у всех отмечаются пищеводные кровотечения).

Результаты исследования. Проведённый комплекс медикаментозной терапии у всех детей с компенсированным ГС привёл к нормализации показателей гемограммы с купированием геморрагических явлений. Медикаментозное лечение в группе пациентов с субкомпенсированным течением: у 3-х больных ГС переведён в компенсированную форму, у 3-х пациентов для поддержания стабильных показателей гемограммы требуются регулярные курсы фармакотерапии. При декомпенсированном течении ГС проводимое медикаментозное лечение было безуспешным. Это явилось показанием к оперативному лечению. В этом случае проведённая консервативная терапия является предоперационной подготовкой. Спленэктомия выполнена у 9-и детей этой группы (в 2-х случаях в сочетании с проксимальным спленоренальным шунтированием, в 7-и случаях в сочетании с гастроэзофа-

геальным разобщением). В послеоперационном периоде у всех больных явления ГС купированы.

Выводы. Выбор метода лечения ГС у детей с СПГ должен основываться на клинической форме течения заболевания. Медикаментозная коррекция эффективна при компенсированной и субкомпенсированной формах ГС. В случае декомпенсации заболевания показано оперативное лечение.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМАХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Пономарева Ю.А., Базлов С.Б.

*Кубанская государственная медицинская академия,
Краснодар*

В рамках открытого проспективного контролируемого исследования изучена эффективность различных режимов и путей введения антибиотика у 112 больных сахарным диабетом с гнойно-некротическими поражениями стоп.

Методы контроля течения патологического процесса включали в себя определение динамики микробной обсемененности ран, морфологии раневых отпечатков, динамику иммунологических показателей.

Основную группу с непрямым эндолимфатическим введением антибиотика составили 37 пациентов, первую контрольную - 49 больных с традиционным способом введения антибиотика согласно фармакокинетики препарата; 26 больных с регионарной антибиотикотерапией путем пункции бедренной артерии или катетеризации а. epigastrica inferior вошли во вторую контрольную группу.

В 98 (87,5%) наблюдениях возбудитель был представлен монокультурой, у 14 (12,5%) пациентов выделены ассоциации из двух и более микроорганизмов с чувствительностью к цефтазидиму. Уровень микробной обсемененности в основной группе составил $6,3 \pm 0,4 \times 10^6$ КОЕ/1 г ткани, в первой и второй контрольных группах $9,5 \pm 0,3 \times 10^5$ КОЕ/1 г ткани и $5,9 \pm 0,2 \times 10^6$ КОЕ соответственно. Исходно у больных основной и контрольных групп отмечено: угнетение бактерицидной системы миелопероксидазы нейтрофильных лейкоцитов, лизосомальных катионных белков и функционально-метаболической активности нейтрофилов; снижение CD3+ и устойчивый Т-клеточный субпопуляционный дисбаланс, выражающийся в относительном уменьшении количества CD4+, увеличении индекса CD4/CD8 и количества CD16+ (NK-клеток); снижение микробной емкости крови и процента фагоцитоза. В основной группе к исходу 5-7 суток лечения в большинстве случаев наблюдалось снижение уровня микробной обсемененности до субпороговых значений ($p < 0,05$). Это сопровождалось уменьшением выраженности клинических признаков эндогенной интоксикации, увеличением абсолютного количества основных субпопуляций Т-лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+). Морфология раневых мазков у 81,1% больных отражала воспалительно-регенеративный тип реакции. В первой кон-

трольной группе достоверное снижение микробной обсемененности отмечено к 10 суткам, во второй к 7 суткам лечения, однако даже на 12-15 сутки уровень микробной обсемененности превышал пороговые значения, а положительная динамика иммунного статуса отмечена только к 20-25 суткам лечения. Прогрессирование гнойно-некротического процесса в основной группе отмечено в 13,5% наблюдений. Этим пациентам произведены высокие ампутации конечностей. В остальных случаях, путем проведения этапных некрэктомий и операций, направленных на восстановление магистрального и улучшение коллатерального кровотока, удалось сохранить опорную функцию конечности. В первой и второй контрольных группах число ампутаций составило 26,5% и 19,2%. Таким образом, применение не прямой эндолимфатической терапии позволяет улучшить течение раневого процесса и снизить иммунодепрессивное действие антибиотиков за счет уменьшения суточной дозы препарата, что приводит к улучшению результатов хирургического лечения у больных с гнойно-некротическими поражениями стоп при сахарном диабете.

САРКОМЫ МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Приходько Е.В., Лазарева Н.И.

НИИ КО ГУ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Задача исследования: Изучить особенности клинического течения сарком матки у больных репродуктивного возраста.

Материалы и методы: В исследование включены 42 больные саркомами матки в возрасте от 16 до 45 лет, проходившие лечение в РОНЦ РАН с 1990-2001 гг., а также 7 больных выявленных ретроспективно за период с 1972-2001 гг. с указанием на сочетание с непосредственным фактом беременности.

Результаты исследования: Из 42 больных саркомами матки по возрастному признаку отмечено следующее распределение: 16-25 лет - 4 (9,5%), 26-35 лет - 7 (16,5%), 36-45 лет - 30 (74%). Медиана возраста составила - 38 лет. Большинство больных 98% имели сохраненную менструально-репродуктивную функцию и лишь одна больная находилась в менопаузальном периоде более 4 лет. 3 больные (7%) не имели беременностей, используя различные методы контрацепции, 1 больная страдала первичным бесплодием. 9,5% больных не имели родов, 12% - аборт. В большинстве случаев, по количеству родов (74%) и абортов (72%), фертильная функция больных саркомами матки не нарушена, более того у 16 больных (46%) количество произведенных абортов составило от 3 до 7 раз. По гистологическому признаку лейомиосаркома (ЛМС) встречалась в 23 случаях (54%), чаще наблюдалась в возрасте 41-45 лет - 12 больных, эндометриальная стромальная (ЭСС) 15 (35,7%), с одинаковой частотой наблюдалась в возрасте 36-40 и 41-45 лет по 5 больных соответственно, эмбриональная рабдомиосаркома (РМС) 3 (7,1%) - это больные от 16-20 лет, карциносаркома 1 (2,4%). Частота сочетания беременности с саркомой матки отмечена в 7% случаях от всех видов сарком и 1,5% от всех злокачест-