

варительно вводился контрикал (гордокс), затем производилась капельная инстилляция адекватного антибиотика и необходимых лечебных компонентов. В среднем проводилось 3-7 таких введений, которые не вызывали осложнений. Только в одном случае возник небольшой местный отек. В результате ускорились нормализация температуры и детоксикация, подавлялся гнойный процесс в паренхиме легкого и бронхах. Отмечена быстрая положительная рентгенологическая и гематологическая динамика. В итоге во всех 32 случаях было достигнуто значительное улучшение состояния больных.

Работа представлена на научную V Общероссийскую конференцию «Гомеостаз и инфекционный процесс» (г. Кисловодск, 19-21 апреля, 2004 г.)

### **СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Гладилин Г.П., Ребров А.П., Бутунина Н.А.  
*Саратовский Государственный Медицинский Университет, Саратов*

Важнейшую роль в патогенезе таких заболеваний, как ревматоидный артрит, хронический гломерулонефрит и системная красная волчанка, играет повреждение сосудистой стенки.

В настоящее время исследования сосудистого компонента гемостаза преимущественно базируются на определении времени кровотечения и резистентности капилляров. Однако данные методы не могут отразить в полной мере степень повреждения сосудистой стенки, а также связаны с некоторыми трудностями выполнения.

Целью нашего исследования явилась оценка информативности манжеточной пробы, позволяющей исследовать функциональную активность сосудистой стенки, а именно антиагрегационную, антикоагулянтную, фибринолитическую, и определение десквамированных эндотелиальных клеток, являющихся морфологическим маркером повреждения сосудистой стенки.

Обследованы больные с хроническим гломерулонефритом, ревматоидным артритом и системной красной волчанкой с разной активностью процесса (всего 300 человек).

Определялась степень агрегации, активность АТ III и фибринолитическая активность до и после наложения манжеты.

Метод определения десквамированных эндотелиоцитов основан на изоляции клеток эндотелия вместе с тромбоцитами в плазме больного с последующим осаждением тромбоцитов с помощью АДФ, а эндотелиоцитов – поэтапным центрифугированием.

В результате выявлено, что во всех группах больных снижение антиагрегационной, антикоагулянтной и фибринолитической активности коррелирует с циркулирующими эндотелиоцитами, и наиболее выражены у больных с активной формой заболевания.

Таким образом, можно утверждать, что данные методы являются достаточно объективными и информативными и могут быть использованы в качестве дополнительных критериев диагностики заболеваний с поражением сосудистой стенки иммунного характера.

### **НОВАЯ МЕТОДИКА ОРГАНСОХРАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РТМ I СТ**

Грицай А.Н.

*Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН и Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, Москва, Ростов-на-Дону*

Акад. Ю.С. Сидоренко разработана и внедрена в 1986г. оригинальная оперативная методика субтотальной экстирпации матки с сохранением тазового дна.

Показаниями к этой операции являются предопухольные и доброкачественные процессы в области эндометрия и шейки матки. Кроме того, эту операцию целесообразно проводить при сочетании фибромиомы матки с различными предопухольными состояниями шейки матки (дисплазия, лейкоплакия, эритроплакия, рубцовая деформация, эрозия и т.д.). В последнее время с развитием органосохраняющих принципов в онкологии при ранних стадиях опухолевого процесса, нами была использована денная методика у больных РТМ I стадии. В этих условиях, как известно, операцией выбора является тотальная экстирпация матки по общепринятой методике.

Предложенная нами методика субтотальной экстирпации с сохранением тазового дна представляется в данной ситуации более целесообразной, поскольку необходимый радикализм достигается на фоне меньшего объема оперативного вмешательства, меньшего операционного риска, и с меньшими последующими функционально-неврологическими расстройствами, имея в виду сохранение тазового дна. Этапы этой операции предусматривают первоначально типичную надвлагалищную ампутацию матки с придатками. Затем, на уровне внутреннего зева культы шейки матки, отсекается брюшина заднего свода от шейки матки и прямой кишки на 5-6см. По цервикальному каналу сзади культы шейки матки рассекается до свода, и вся её ткань выворачивается, а затем слизистая цервикального канала и прилежащая 1/3-1/2 мышечного слоя циркулярно иссекаются вместе с шейкой матки. На оставшийся мышечный участок культы матки накладываются циркулярно в 2-3 яруса швы. После чего сформированная мышечная культа перитонизируется, как обычно, брюшиной мочевого пузыря. 25 больным РТМ I ст. была выполнена модифицированный вид субтотальной экстирпации матки. Больные подразделялись по возрастным подгруппам: 15 больных от 35 до 45 лет поздний репродуктивный с сохранением не только сексуальной, но и гормональной функций (с оставлением яичников с двух сторон) и 10 больных с 46-49 лет - перименопаузальный возраст - с формированием искусственной культы из тканей шейки матки.