

носителем дальнейшего развития болезни – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными для больного.

При отношении принятия к детям со стороны родителей, 2 (6%) ребенка из 18 (61%) реагируют на

онкологическое заболевание по эгоцентрическому типу. Эгоцентрический тип характеризуется «уходом ребенка в болезнь». Пациента больше интересуют данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения.

Таблица 3. Соответствие типов родительского отношения и типов реагирования на болезнь детей с онкопатологией

Тип отношения родителей к ребенку с онкопатологией	Тип отношения ребенка к заболеванию
ПРИНЯТИЕ 61% (18 род.)	гармоничный 56% (16 дет.)
	эгоцентрический 6% (2 реб.)
МАЛЕНЬКИЙ НЕУДАЧНИК 27% (8 род.)	меланхолический 20% (6 дет.)
	апатический 6% (2 реб.)
СИМБИОЗ 12% (4 род.)	тревожный 6% (2 реб.)
	апатический 6% (2 реб.)

При родительском отношении по типу «маленький неудачник» (27% - 8 родителей) у детей диагностируется отношение к заболеванию по меланхолическому (20% - 6 детей) и апатическому (6% - 2 ребенка) типу. Меланхолический тип реагирования на болезнь проявляется в общем состоянии удрученности, пессимизма, неверия в выздоровление, в возможное улучшение и в эффект лечения. У пациента возникают активные депрессивные высказывания и мысли, есть риск суицидального поведения. Отмечается неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных. В свою очередь апатический тип реагирования на болезнь тоже характеризуется общим пессимистическим настроением, пассивной позицией пациента по отношению к своей судьбе, к заболеванию и к лечению.

При родительском отношении по типу «симбиоз» (12% - 4 род.) у детей был выявлен апатический (6% - 2 реб.) и тревожный (6% - 2 реб.) тип отношения к заболеванию. Тревожный тип реагирования ребенка к болезни проявляется в постоянном беспокойстве в отношении неблагоприятного течения болезни, в мнительности по поводу возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Пациента больше интересуют данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения.

При анализе типов родительского отношения и типов отношения ребенка к заболеванию можно выявить взаимосвязь между этими показателями: при родительском отношении по типу «принятия» (61%) отмечается гармоничный тип отношения к болезни у онкологически больных детей (56%): ребенок адекватно оценивает свое состояние, принимает активное участие в процессе лечения и реабилитации.

МЕХАНИЗМЫ САНОГЕНЕЗА КАК ПРИНЦИП КЛАССИФИКАЦИИ БАКТЕРИОЗОВ

Одинцов Ю.Н., Перельмутер В.М.
Сибирский государственный медицинский университет, Томск

В зависимости от ведущих механизмов саногенеза нам представляется целесообразным подразделять бактериозы на следующие группы:

А. "Токсигенные" бактериозы (дифтерия, газовая гангрена, ботулизм, столбняк и др.). Обычная локализация возбудителей – входные ворота инфекции. Основным эффектором патогенеза – токсин (Т-зависимый антиген, первого типа). Основным эффектором саногенеза – антитоксин (IgG). Тип иммунного ответа – Th2. Выздоровление наступает вследствие образования и последующей элиминации иммунных комплексов, а также киллинга (за счет фагоцитоза) возбудителей в очаге воспаления.

Б. Нетоксигенные негранулематозные бактериозы:

Б1. Бактериозы, возбудители которых содержат поверхностные Т-независимые антигены (Ti-антигены, второго типа):

Б1а) Бактериозы, возбудители которых содержат классический ЛПС (Ti- антигены энтеропатогенных кишечных палочек, салмонелл, шигелл и др.). Обычная локализация возбудителей – слизистые кишечного тракта (входные ворота) и региональные лимфатические узлы. Основные эффекторы патогенеза – эндотоксин и живые бактерии. Тип иммунного ответа – Th2. Саногенез обеспечивается уничтожением бактерий нефагоцитарным путем – за счёт иммунного лизиса с участием IgM и комплемента по классическому пути активации.

Б1б) Бактериозы, возбудители которых содержат поверхностные (капсульные) Ti- антигены (пневмококки, гемофильные бактерии и др.). Обычная локализация возбудителей - слизистые дыхательного тракта и региональные лимфатические узлы, нередко они проникают и в кровь. Основным эффектором патогенеза – живые бактерии. Тип иммунного ответа – Th2. Саногенез наступает вследствие, главным образом, иммунного лизиса с участием IgM и комплемента. В случае проникновения бактерий этой группы в кровь, основную роль в очищении макроорганизма от возбудителей играет селезенка – основное место фагоцитоза слабо опсонизированных (или неопсонизированных) бактерий.

Б 2. Бактериозы, возбудители которых содержат поверхностные Т-зависимые антигены (Т- антигены, антигены первого типа). Локализация возбудителей (стафилококки, стрептококки и др.) – входные ворота (кожа, слизистые), региональные лимфатические узлы, системное поражение (органы).

Основные эффекторы патогенеза – живые бактерии и, в меньшей степени, их токсины. В иммунном ответе чётко прослеживается смена синтеза IgM на IgG. Тип иммунного ответа при адекватном течении инфекционного заболевания – Th2. Саногенез обусловлен иммунным фагоцитозом, иммунным лизисом и антитоксинами.

В. Гранулематозные бактериозы:

В1. Острые неэпителиоидноклеточные гранулематозные бактериозы (листерии, салмонеллы брюшного тифа, паратифов А, В и др.). Возбудители содержат поверхностные Т-зависимые антигены. Эффекторами патогенеза являются живые бактерии. Фагоцитоз незавершенный. Тип иммунного ответа – Th2 и Th1. Появление IgM сопровождается образованием гранулём. Саногенез и обратное развитие гранулём происходит при участии Т CD8, а продукция IgG – опсонин обеспечивает завершенность фагоцитоза и предотвращает образование новых гранулём. В завершении фагоцитоза имеет значение γ -IFN, входящий в набор цитокинов, свойственный Th1 части иммунного ответа.

В2. Хронические эпителиоидноклеточные гранулематозные бактериозы (микобактерии туберкулеза, лепры; бруцеллы и др.). Возбудители содержат поверхностные Т-зависимые антигены. Эффекторами патогенеза являются живые бактерии. Фагоцитоз незавершенный. Тип иммунного ответа – Th1 (у лиц без иммунодефицита) и Th2 (при дефектности иммунной системы). Появление IgM, по-видимому, также может являться ведущим фактором образования гранулём. Действия цитокинов Th1 набора не достаточно для завершенности фагоцитоза, что приводит к появлению в гранулеме эпителиоидных клеток. Саногенез успешен только при Th1 типе иммунного ответа.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИММУНОЛОГИИ И ХИРУРГИИ

Парахонский А.П.

Кубанская медицинская академия, Краснодар

Основная идея развития хирургии определяется глубоким пониманием кардинальных положений: 1) необходимостью изучения общих и местных защитных реакций здорового и больного человека с выявлением путей целенаправленного воздействия на них, 2) необходимостью единения теории с практикой и интенсивного, рационального привлечения к решению конкретных (биологических, медицинских, хирургических) задач точных наук с их методиками и возможностями, мало доступными практическому врачу. Обращает внимание, что в настоящее время много внимания в хирургии уделяется техническому аспекту в ущерб биологическим знаниям. Суть наших исследований заключается в том, чтобы на базе использования тончайших методик фундаментальных наук решать конкретные задачи, диктуемые практической медициной. Это: снижение повреждающего воздействия болезни, операций, обезболивания, лекарств, инфекции; регуляция регенерации, воспаления и состояния больного; расшифровка неизученных сторон патогенеза многих болезней, а отсюда – совершенст-

вование диагностики, прогнозирования, лучший эффект консервативного и хирургического лечения с соответствующим и вполне реальным снижением осложнений и летальности. Хирургия – величайшее достижение человечества – должна быть не довлеющей основой, а лишь методом в сложном и разнообразном комплексе лечения больного человека. Такой подход позволяет решать общие фундаментальные проблемы во взаимоотношениях связи с частным, что закладывает основу для рационального развития хирургии и способствует эффективному и целенаправленному решению частных задач (на базе общих) с исчерпывающим использованием современных достижений хирургии и медицины.

По нашим данным развитие многих хирургических болезней сопровождается выраженными изменениями в иммунной системе (ИС), характеризующимися как состояние вторичного иммунодефицита (ИДС). Возникновению ИДС у больных способствует комплекс патологических факторов основного заболевания, стресс, обезболивание, операционная травма. Эти факторы угнетают иммунный ответ и подавляют фагоцитарную активность лейкоцитов. Поэтому повышение защитных сил организма является важным элементом в улучшении результатов лечения. Показано, что течение различных заболеваний находится в прямой зависимости от глубины и характера нарушений ИС. Отсюда, весьма актуальным является разработка диагностических критериев, позволяющих в ранние сроки заболевания выявить состояние резистентности организма больного, прогнозировать возможные осложнения и организовать рациональное патогенетическое лечение.

Выполненные исследования показали существенные изменения клеточных и гуморальных факторов защиты, а также неспецифической резистентности у многих хирургических больных. Коррекция возникающих иммунных нарушений является важным и обязательным элементом в комплексной терапии больных, позволяющим добиться успеха при лечении и снизить летальность.

Иммунные технологии в современной лабораторной практике базируются на использовании моноклональных антител и используются для оценки нейрогуморальных нарушений и состояния звеньев ИС, для определения уровней онкомаркеров и иммунодепрессантов. Нам представляются следующие возможности использования иммунологических технологий в хирургической клинике:

- диагностика патологий, выявление показаний к хирургическому лечению, установление топического диагноза;
- выявление резервных возможностей функционального состояния различных систем и органов больного;
- прогноз и оценка эффективности хирургического лечения;
- динамический контроль лечения заболевания и оценка состояния больного на различных этапах хирургического лечения; выявления механизмов действия фармакологических препаратов и методов лечения;