

обходимо учитывать следующие моменты: диагностическую чувствительность и специфичность теста; прогностическую ценность теста; отношение правдоподобия; безопасность метода; степень доступности метода; стоимость метода; соотношение стоимость/эффективность.

При отборе наиболее достоверных диагностических и лечебных технологий из потока разнообразных предложений целесообразно принимать во внимание лишь те источники, которые отвечают определенным критериям, обеспечивающим «качество доказательности».

Научно обоснованный способ управления объемом лабораторных исследований в настоящее время рассматривается как наиболее перспективный.

Высокая значимость гемостазиологических лабораторных исследований в медицинской практике подчеркивает необходимость оптимизации диагностики и в коагулологии.

Исследования системы гемокоагуляции для пациентов терапевтического профиля имеют ряд особенностей, обусловленных, во-первых, большим процентом хронических заболеваний, протекающих с осложнениями, также влияющими на гемокоагуляцию; во-вторых, скрытым характером гемостазиологических нарушений, вызывающих осложнения; в-третьих, необходимостью длительного приема лекарственных препаратов; в-четвертых, наличием у многих пациентов нескольких хронических заболеваний.

В связи с этим, врач-клиницист, наблюдая длительное время пациента, должен знать, как часто назначать исследования системы гемостаза, в каком объеме и через какой промежуток времени, а также как влияют на гемокоагуляцию принимаемые больным препараты.

Прерогативой врача лаборатории является предоставление клиницистам данной информации, определение диагностической информативности тестов при различной нозологии и разработка оптимальных диагностических алгоритмов.

Большое значение для данной категории больных имеет определение функционального состояния отдельных звеньев гемостаза, отражающего запас прочности системы гемокоагуляции, ее адаптивные и компенсаторные возможности. Использование различных функциональных проб дает представление о состоянии механизмов регуляции гемокоагуляционного потенциала, нарушение которых играет важную роль в патогенезе большинства хронических заболеваний.

ФАКТОР ФОН ВИЛЛЕБРАНДА В ПОЧЕЧНЫХ БИОПТАТАХ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Василевская О.А., Бажина О.В., Баранов А.А.,
Чмырь В.В.
Ярославль

Антиген фактора фон Виллебранда (ФВ:Аг) - высокомолекулярный гликопротеид, синтезирующийся эндотелиальными клетками. Он является маркером повреждения сосудистого эндотелия. Возможно, по-

вреждение эндотелиальных клеток в ответ на воздействие циркулирующих иммунных комплексов, аутоантител, цитокинов играет важную роль в патогенезе хронического гломерулонефрита. Целью настоящего исследования является определение значения антигена фактора фон Виллебранда, обнаруженного в почечных биоптатах, у больных хроническим гломерулонефритом.

Материал и методы: обследовано 11 больных с хроническим гломерулонефритом (9 мужчин и 2 женщины, средний возраст $35,5 \pm 8,9$ лет). У 9 (81,8%) из них диагностирован мезангиопролиферативный гломерулонефрит. В остальных случаях имел место мембранозный гломерулонефрит и нефрит с минимальными изменениями. Антиген фактора фон Виллебранда определяли в биоптатах почечной ткани.

Результаты исследования: в ткани почек ФВ:Аг был выявлен у 9 (81,8%) человек с различными клиническими вариантами хронического гломерулонефрита. В большинстве случаев его депозиты обнаруживались в интерстиции - в 7 (77,8%) случаях, причем у двух из них ФВ:Аг присутствовал в капсуле клубочка. Еще у 1 больного этот гликопротеин также выявлялся в капсуле клубочка, а в 1 случае он располагался в эндотелии капилляров. Наличие и характер распределения ФВ:Аг в ткани почек не коррелировали с увеличением его концентрации в сыворотке крови, а также с особенностями клинической картины заболевания и уровнем протеинурии.

Таким образом, данное исследование свидетельствует о возможности локально-почечного образования фактора Виллебранда. Клиническое значение обнаружения ФВ:Аг в ткани почек и особенности его распределения требуют дальнейшего изучения.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРФТОРАНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПЕРИОСТИТОВ ЧЕЛЮСТИ.

Гаджиев М.Г.

Дагестанская государственная медицинская академия

Расстройства микроциркуляции (МЦ) занимают одно из ведущих мест в патогенезе острых гнойных заболеваний челюстно-лицевой области. Они являются причиной частых осложнений в постоперационный период. Поэтому поиск новых эффективных способов комплексной послеоперационной терапии и профилактики осложнений одонтогенных воспалительных заболеваний является актуальной задачей (Н.Н.Бажанов и др., 1985; Н.Н.Бажанов, В.А.Козлов и др., 1997).

Как известно перфторан (ПФ) обладает антигипоксическими, сорбционными, детоксикационными, противовоспалительными и другими свойствами (А.М.Голубев, 1997). В связи с этим, нами была поставлена задача изучить эффективность использования перфторана в комплексной лимфотропной терапии острого гнойного периостита челюсти, в после-

операционный период у экспериментальных животных.

Эксперименты проводились на белых беспородных крысах, которые были распределены на следующие серии: 1) модель – 10 животных; 2) контроль – 20 животных; 3) опытная группа – 20 животных. Модель острого гнойного периостита достигалась по методу М.М. Соловьева (1992 г.). Контрольной группе после оперативного вскрытия и дренирования поднакостничного абсцесса, в течении 5 дней однократно вводили антибиотики, анестетики и физиологический раствор по 0,2 мл; 0,2 мл и 0,5 мл соответственно лимфотропным методом (Н.В.Яременко, М.М. Соловьев и др. 2002). Опытной группе проводилось аналогичное лимфотропное лечение с включением в комплексную терапию эмульсии ПФ (0,5 мл), вместо физиологического раствора

Морфологическое исследование в контрольной и опытной группах на биопсийном материале взятого в конце лечения (5-й день). Гистопрепараты десны окрашивали гематоксилин-эозином, пикрофуксином по Ван-Гизон. Мазки-отпечатки, взятые с раневой поверхности окрашивали по Романовскому – Гимзе.

Анализ гистопрепаратов на модели показал наличие лейкоцитарных инфильтратов, особенно в глубоких слоях собственной пластинки слизистой оболочки, а также множество мелких периваскулярных инфильтратов. На препаратах наблюдались явления лимфостаза с агрегацией сегментоядерных нейтрофилов (наличие гнойных тромбов) в просвете лимфатических сосудов. Гемокапилляры резко расширены, контуры их причудливо извиты и деформированы, с признаками паравазальных геморрагий. Микроскопия мазков-отпечатков с раневой поверхности обнаружила большое число лейкоцитов. В цитограмме также отмечались эритроциты и плоскоэпителиальные клетки.

При морфологическом исследовании контрольной группы выявлялось сохранение микроциркуляторных расстройств и наличие очаговых лейкоцитарных инфильтратов в десне на 5-й день лечения. В мелких лимфатических сосудах сохранялись явления агрегации лейкоцитов, что по-видимому приводило к компрессии лимфатического русла, увеличению площади лимфатических сосудов и интерстициальных пространств. В мазках – отпечатках наблюдалось определенное снижение количества лейкоцитов и наличие небольшого числа моноцитов, а также плоскоэпителиальных клеток.

Лимфотропная терапия в сочетании с ПФ в опытной группе животных на 5-й день лечения, наряду со стиханием воспалительных реакций, обнаружила значительную коррекцию микроциркуляторных расстройств. Микроскопия гистопрепаратов, полученных у этой группы показала, что контуры капилляров ровные, без признаков геморрагий, лимфатические сосуды были свободны от гнойных тромбов, значительно расширены, с четкими, ровными контурами и образовывали петли тесно примыкающие к сосудам гемоциркуляторного русла. В цитограммах отпечатков значительно снижалась численность лейкоцитов и одновременно увеличивалось количество моноцитов.

В мазках также отмечалось появление большого числа макрофагов.

Таким образом, морфологическая оценка эффективности лимфотропной терапии обнаружила снижение признаков воспаления как в контрольной, так и в опытной группах животных. Однако сравнение результатов исследования в обеих группах обнаружило большую коррекцию после комплексной терапии с включением ПФ. Этот эффект, по-видимому, связан со свойствами ПФ оказывать местное антигипоксическое, детоксикационное, сорбционное действие, с улучшением микроциркуляции, реологии крови и лимфы. На наш взгляд повышение эффективности лечения в опытной группе, также, обусловлен усилением противомикробного действия антибиотиков эмульсией ПФ (М.В.Малышева и др., 1999) и увеличением тканевого фагоцитоза перфторуглеродными частицами (А.М.Голубев и др., 1998).

Полученные результаты исследований достоверно подтверждают корригирующую способность ПФ при его лимфотропном введении в ходе комплексной терапии экспериментальных гнойных периоститов челюсти.

ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗВУКОВ МЕТОДОМ БРОНХОФОНОГРАФИИ У ДЕТЕЙ

Гречуха Т.А., Камышова Е.А., Якушенко М.Н.

*Кабардино-Балкарский государственный
университет, Нальчик*

У детей первых лет жизни затруднена оценка функции внешнего дыхания в силу объективных причин, в связи с чем, верификация вида нарушения бронхиальной проходимости проводится по клиническим критериям. В то время как своевременная оценка функции внешнего дыхания имеет важное диагностическое значение, необходима для оценки эффективности проводимой терапии.

В последние годы используется новый метод оценки внешнего дыхания, основанный на процедуре регистрации (сканирования) респираторного цикла с целью обнаружения специфических акустических признаков изменения в воздухоносных путях – бронхография. В основе бронхографии лежит анализ паттерна дыхания – частотно-амплитудных характеристик шумов, возникающих при дыхании, и обработанных математически дискретным преобразованием Фурье.

Метод позволяет зафиксировать временную кривую акустического шума, возникающего при дыхании, с последующей математической обработкой. Частота колебаний дыхательных шумов определяется в пределах от 0 до 12,4 кГц с последующим расчетом «акустической» работы дыхания как эквивалента работы легких, затрачиваемой на совершение акта дыхания. Компьютерный комплекс позволяет отображать фиксируемые дыхательные шумы на экране монитора, а также объективно оценивать характеристики дыхательных шумов, которые не выявляются при физикальном обследовании. Зона высоких частот