

**РОЛЬ ОПИСТОРХНОЙ ИНВАЗИИ В
ГОМЕОСТАЗЕ ЖИТЕЛЕЙ Г.НЯГАНЬ
ХАНТЫ-МАНСКОГО АВТОНОМНОГО
ОКРУГА**

Фролова О.В., Старцева О.Н., Вотякова О.Н.
*Тюменский государственный университет,
Тюмень*

Город Нягань с населением в 71000 человек расположен в северо-западной части ХМАО. Анализ данных по пораженности описторхозом среди школьников, работников пищевой промышленности и других социальных слоев населения показал тенденцию к снижению заболеваемости населения общими гельминтозами, но описторхная инвазия в настоящее время продолжает занимать лидирующее место.

Заболевание наносит большой экономический ущерб, и складывается он из влияния заболеваемости на производительность труда, увеличения обращаемости населения, за медицинской помощью по поводу заболеваемости органов ГЭС и ЖКТ, увеличения времени нетрудоспособности в сравнении с не зараженными, необходимости длительности лечения больных описторхозом. В среднем длительность нетрудоспособности населения города в острую фазу составляет 32 дня. Диагностика проводится методом микроскопии и серологическим методом.

Был проведен анализ данных по секционному вскрытию за 2001 - 2002 год. За этот период увеличилось количество умерших с сопутствующим диагнозом хронический описторхоз на 5% и на 12% с диагнозом хронический описторхоз с поражением ГЭС.

Выписка из протокола вскрытия: «Паразиты в желчных внепеченочных протоках. В просвете желчного пузыря пролиферация эпителия протоков, препротоковый фиброз с лимфогистиоцитарной инфильтрацией в печени и поджелудочной железе. Основное заболевание – хронический холецистит. Осложнение – массивный холестаз: массивная гибель описторхов, пробки из паразитов и конкрементов размером 0,5×0,3×0,2 см, дистрофия гепатоцитов с очагами некроза».

Борьба с описторхозом включает в себя ряд мероприятий. Среди них главным является: оперативная оценка эпидемиологической ситуации в данной местности, санитарная пропаганда, планирование и проведение противоэпидемических мероприятий. Основные пути снижения заболеваемости заложены, в первую очередь, в санитарно-просветительной работе среди населения и, соблюдения строгих правил приготовления в пищу рыбы, а во вторую - в организации активного выявления ранних стадий заболевания.

**ГЕМОСТАЗ, ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ
ТРОМБИН-ФИБРИНОГЕН И
ЛИПОПЕРОКСИДАЦИЯ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ**

Шаповалов П.Я., Сулкарнаева Г.А.
*Тюменская медицинская академия,
Тюмень, Россия*

Гипотиреоз вызывали у крыс введением мерказолила (12 мг/кг в день в составе рациона). Выбор дозы

основан на экспериментальных данных [А.П.Божко и др., 1994]. Пробы крови брали на 3-й, 5-й 10-й и 15-й дни от начала опытов. Для оценки липидпероксидации /ЛПО/ и антиоксидантного потенциала /АОП/ определяли в тромбоцитах /ТЦ/ содержание диеновых конъюгатов /ДК/, продуктов, реагирующих с барбитуратом /ТБК/, период индукции /ПИ/ и скорость окисления /СО/ [В.Н.Ушкалова, Н.В.Ионидис, 1986]. Устанавливали содержание ТЦ, интенсивность спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации, высвобождение факторов P₃ и P₄, общую коагуляционную активность тромбоцитов /ОКАТ/, показатели общей свертывающей активности (АВР и АЧТВ), показатели интенсивности взаимодействия тромбин-фибриноген /ВТФ/: ПДФ, РКМФ, Д-димеров и уровень фибриногена в плазме.

Показано, что склонность к изменению всех показателей выявляется в ранние сроки введения мерказолила. Изменения становятся заметнее с увеличением длительности введения и к 15-му дню оказываются статистически достоверными. Все показатели меняются однонаправлено: угнетение ЛПО, рост антиоксидантной активности, снижение активности тромбоцитов и гемокоагуляционного потенциала. Детальнее это выглядит так: после 15-дневного введения мерказолила интенсивность ЛПО в плазме и тромбоцитах уменьшилась, вырос АОП, снизились общая коагуляционная активность тромбоцитов, спонтанная и АДФ-агрегация, уменьшилось высвобождение фактора P₄, снизилась общая свертываемость крови (удлинение АВР и АЧТВ), обнаружались признаки замедления ВТФ (снижение уровня ПДФ, РКМФ и Д-димеров, прирост числа тромбоцитов и концентрации фибриногена).

Так как глубина гипотиреоза, вызываемого мерказолилом, оказалась сравнительно небольшой (судя по степени снижения уровня тироксина), провели дополнительные исследования, чтобы сопоставить глубину гипотиреоза (ориентируясь на уровень T₄ в крови) с интенсивностью сдвигов ЛПО и гемостаза. Для этого использовали 6-метилтиоурацил /6-МТУ/, который у крыс (в дозе 300 мг/кг) вызывает глубокую блокаду функции щитовидной железы [С.Г.Аптекарь, 1952; А.Ш.Бышевский, 1960].

Первоначально изучили морфологию щитовидной железы на 15 и 30-й дни введения тиреостатика, оценивая прирост массы тела и массы щитовидной железы, микроскопическую структуру железы и содержание T₄ в крови. Микроскопическая структура щитовидной железы контрольных крыс представляет собой характерную для здорового животного картину: ткань железы состоит из фолликулов овальной формы близких по размерам, коллоид гомогенный (интенсивная голубая окраска), заполняет просветы фолликулов. Секреторный эпителий кубической формы, невысокий, промежуточная соединительная ткань слабо выражена.

У крыс, получавших 6-МТУ, на 15-й день выявляется нарушение формы фолликулов: границы изломаны, встречаются фолликулы, не содержащие коллоида, местами коллоид имеет розоватую окраску, клетки фолликулярного эпителия призматической формы, выше, чем в контроле. Соединительноткан-

ные прослойки утолщены, капиллярная сеть расширена.

На 30-й день введения 6-МТУ щитовидные железы ассиметричны, их дольки резко увеличены, темно-красные, плотные, легко вылушиваются из прилежащих тканей без дополнительной сепаровки. При микроскопии гистологических препаратов обнаруживается, что фолликулы резко деформированы, стенки некоторых спались и фолликулы приобрели звездчатую или щелевидную форму. Коллоид сохранен лишь в части фолликулов, но и здесь он не заполняет просветов. Клетки фолликулярного эпителия удлинены, набухшие, отмечается зернистость. Встречаются папиллярные разрастания эпителия, выпячивающиеся в полость фолликулов. Полости отдельных фолликулов заполнены эпителиальной массой. Соединительная ткань железы чрезмерно развита, капиллярная сеть резко расширена, сосуды переполнены клетками крови. В интерстициальной соединительной ткани встречаются островки фолликулярного эпителия, клетки которого заполнены многочисленными вакуолями с содержимым, окрашенным в голубой цвет.

К этому же сроку введения 6-МТУ выявилась тенденция к увеличению массы тела. Достоверным увеличением массы тела оказалось на 30-й день введения 6-МТУ. Масса щитовидной железы (в пересчете на 100 г массы тела) также возросла к 15-му и еще более заметно – к 30-му дням. На 30-й день уровень T_4 при введении 6-МТУ ниже контрольного на 90%.

Скорость ЛПО упала к 15 дню заметно: содержание ДК в тромбоцитах ниже на 73, содержание ТБК - соответственно на 30 %; период индукции удлинился на 15%, а скорость окисления уменьшилась на 21%. Количество тромбоцитов к этому же сроку увеличилось на 17%, ОКАТ снизилась на 15, интенсивность спонтанной агрегации – на 33, АДФ-агрегации – на 25 %. Высвобождение факторов P_3 и P_4 уменьшилось на 20 и 44 % соответственно. Тесты АВР и АЧТВ удлинлись соответственно на 13 и 10 %, содержание фибриногена увеличилось на 26 %, а содержание ПДФ и РКМФ снизилось соответственно на 18 и 27 %.

Эта совокупность изменений свидетельствует, что с торможением ЛПО и ростом антиоксидантного потенциала снижается общая свертываемость и интенсивность ВТФ.

Все сдвиги усилились к 30-му дню: содержание липопероксидов упало в заметно большей степени - уровень ДК на 82, а ТБК-продуктов – на 49 %. Заметнее увеличилась и антиоксидантная активность: период индукции в тромбоцитах удлинился на 56, а скорость окисления уменьшилась соответственно на 58. Число тромбоцитов было несколько выше, чем на 15-й день, однако, это различие недостоверно, хотя степень прироста по отношению к контролю составляет 21 % (на 15-й день прирост составил 17% относительно контроля). ОКАТ снизилась на 29 %, интенсивность спонтанной агрегации – на 51%, а АДФ-индуцированной агрегации – на 43 %. Высвобождение факторов P_3 и P_4 уменьшилось соответственно на 28 и 59 %. АВР и АЧТВ удлинлись на 15 и 12 %, что существенно по сравнению с 15-м днем, но достовер-

но по сравнению с контролем ($p < 0.05$). Содержание фибриногена увеличилось на 26%, содержание ПДФ и РКМФ снизилось на 26 и 31 %, т.е. заметнее, чем на 15-й день.

Следовательно, наряду со снижением функции щитовидной железы, соответствующим торможением ЛПО и ростом антиоксидантной активности, становится заметнее гипокоагулемическая тенденция, проявляющаяся удлинением показателей общей свертываемости активности и снижением показателей активности тромбоцитов, а также показателей интенсивности ВТФ. Рассмотренные выше сдвиги предположительно можно связывать со снижением уровня тиреоидных гормонов (преимущественно T_4), т.е. с изменением, первично спровоцированным в обсуждаемом эксперименте.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА НА КОРРЕКЦИЮ ВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Шапошников В. И.

*Кубанская государственная медицинская академия,
Краснодар*

Важным фактором, предрасполагающим к благоприятному исходу лечения больных с распространенным гнойным перитонитом, является нормализация водного обмена. Проведенные экспериментальные исследования на 47 собаках показали, что по мере прогрессирования калового перитонита от начала его создания и к 12 часу эксперимента (без какой либо корригирующей терапии) происходят закономерные изменения соотношения различных жидкостных секторов, которые в терминальном периоде выражаются в уменьшении интерстициального пространства (ИП) за счет увеличения как внутрисосудистого объема, так и объема внутриклеточного сектора. Снижение воды в ИП сопровождается ростом в ней концентрации ионов натрия и хлора, а затем и калия, что косвенным образом свидетельствует об тяжелых нарушениях водного и солевого обменов на уровне клетки и в первую очередь в паренхиме почек и печени. Для ликвидации этих нарушений используют перитонеальный диализ, который позволяет существенно компенсировать утраченную функцию указанных органов. Для подтверждения этого мнения, у 18 больных в процессе проведения проточного перитонеального лаважа - диализа, с использованием жировых эмульсий и чередования (через каждые 4 часа) струйного и капельного вливания в брюшную полость 1,5% раствора поваренной соли и других жидкостей, был изучен водный обмен. Характер нарушения водного обмена определялся при помощи типичных методик до лечения, в конце 1- 2 суток диализа и через 1 сутки после его прекращения. У всех пациентов перед лечением было обнаружено уменьшение количества плазмы и увеличение внеклеточной и внутриклеточной жидкости. Все больные в течение всего срока перитонеального диализа и в первые сутки после его окончания получали одинаковое в объемном и качественном отноше-