

группе сравнения – 5 (9,4%, $p=0,050$). Анализ экстрагенитальных заболеваний в исследуемых группах статистически значимых различий не выявил. Анализ менструальной функции позволил установить, что средний возраст менархе, средняя продолжительность цикла, а также длительность менструальных выделений в обеих группах достоверных различий не имела. В основной группе у каждой третьей женщины в анамнезе имели место нарушения менструальной функции – 18 (32,7 на 100 женщин), что статистически достоверно отличалось от показателей группы сравнения – 5 (9,4 на 100 женщин, $p=0,003$). Обращало на себя внимание, что в основной группе повторнородящие женщины (имеющие в анамнезе прерывания беременностей) составили – 34 (61,8%), в группе сравнения – 18 (33,9%), что явилось статистически значимым ($p=0,004$).

Таким образом, сравнительная оценка социально-гигиенических и медико-биологических данных к моменту наступления беременности, последующего её течения у женщин обеих групп показала, что в основной группе имеет место большее число факторов, способных вызвать развитие угрозы преждевременных родов, чем у женщин с физиологическим течением беременности.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ РОДОВ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ УГРОЗУ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Карась И.Ю., Равинг Л.С., Рец Ю.В.

МУЗ «Горбольница №1 им. М.Н.Горбуновой»

ГОУ ВПО «Кемеровская государственная

медицинская академия» МЗ РФ,

Кафедра акушерства и гинекологии №1,

Кемерово

Угроза преждевременных родов является одной из серьёзных проблем современного акушерства и перинатологии. Преждевременные роды и их последствия являются основной причиной перинатальной заболеваемости (Кулаков В.И., 1995; Hein H.A., 1999; Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., 2003).

Целью исследования явилось изучение течения и исходов родов у женщин, перенесших угрозу прерывания беременности.

Материал и методы исследования. Основную группу (I группа) составили 55 беременных женщин в сроке 30-37 недель с угрозой преждевременных родов, группу сравнения (II группа) составили 53 беременных женщины в сроке 30-41 неделя, беременность которых протекала без клинических осложнений. Анализируя структуру родов по срокам родоразрешения в двух сравниваемых группах было выявлено, что срочные роды составили 49 (89,1%) и 50 (94,3% $p=0,331$) соответственно. Преждевременные роды встречались у 5 (9,1%) женщин основной группы и 1 (1,9%, $p=0,105$) – группы сравнения. Запоздалые роды составили 1 (1,8%) и 2 (3,7%, $p=0,546$) соответственно. В частоте возникновения аномалий родовой деятельности были выявлены некоторые отличия. Так, слабость родовой деятельности и дискоординированная родовая деятельность встречалась у женщин I и II

групп, допущенных до родов через естественные родовые пути, без статистически значимых различий. Частота быстрых и стремительных родов имела достоверную разницу и составила соответственно – 8 (15,6%) и 2 (3,8%) рожениц ($p=0,045$). Операцией кесарева сечения родоразрешено в основной группе 7 (12,7%) женщин, а в группе сравнения 2 (3,7%, $p=0,092$). Основными показаниями к операции в основной группе являлись: по два случая – декомпенсация сердечной деятельности плода и дискоординация родовой деятельности (экстренное родоразрешение), ягодичное предлежание плода (плановое родоразрешение), в одном случае – дородовое излитие околоплодных вод и отсутствие биологической готовности к родам; в группе сравнения – миопия высокой степени, слабость родовой деятельности.

При анализе исходов родов для плода в сравниваемых группах выявлено, что в обеих группах преобладали доношенные дети: в основной группе – 49 (89,1%), в группе сравнения – 53 (94,3%, $p=0,331$). При оценке детей в первую минуту после рождения выявлены следующие отличия: в основной группе, детей, рождённых с оценкой по Аргар 7-10 баллов было достоверно меньше – 48 (87,3%), чем в группе сравнения – 52 (98,1%, $p=0,034$). Оценка 6-4 баллов (средняя степень асфиксии) выставлена соответственно в 5 (9,1%) и 1 (1,8%) случаев, ($p=0,099$). Тяжёлая степень асфиксии (3 и менее баллов по Аргар) в основной группе выявлена у 2 (3,6%) новорожденных, в группе сравнения не наблюдалось.

Таким образом, при анализе исходов родов отмечено статистически значимое преобладание в основной группе срочных родов с быстрым и стремительным течением. В структуре экстренных показаний к кесареву сечению обращает на себя внимание декомпенсация сердечной деятельности плода, дискоординация родовой деятельности. Отличались исходы родов для новорожденных. Детей с оценкой по шкале Аргар 7-10 баллов в основной группе было достоверно меньше, чем в группе сравнения. Наряду с этим асфиксия средней и тяжёлой степени диагностирована преимущественно в основной группе.

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НА ФОНЕ НАРКОМАНИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И НИЗКОИНТЕНСИВНОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИЕЙ

Киричук В.Ф., Блувштейн Г.А., Чупахин Н.В.

Саратовский государственный

медицинский университет,

Саратов

Целью настоящей работы явилось изучение системы гемостаза у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании до и после хирургического метода лечения в сочетании с низкоинтенсивной лазеротерапией.

Нами обследованы 40 больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании, находившихся в клинике общей хирургии в 2003-2004 гг.

В качестве контрольной группы было обследовано 20 практически здоровых лиц.

Исследованы следующие показатели системы гемостаза: время свертывания нестабилизированной крови, силиконовое время свертывания цельной крови, индекс диапазона контактной активации, активированное парциальное тромбопластиновое время, содержание фибриногена, активность анти-тромбина Ш, протеинов С и S, XII а-калликреин-зависимого фибринолиза, спонтанный эуглобиновый фибринолиз.

Показатели системы гемостаза определялись при поступлении, на 4-5 сутки и на 9-10 сутки после оперативного лечения с применением низкоинтенсивной лазеротерапии. Все больные с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании разделены на две группы: с нормокоагуляционным и гиперкоагуляционным типами гемостаза.

Общая коагуляционная способность крови у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании после комплексного лечения с применением низкоинтенсивной лазеротерапии с нормокоагуляцией и гиперкоагуляцией статистически достоверно ($p > 0,05$) имела тенденцию к снижению коагуляционной активности. При данной методике лечения, включающей хирургическую тактику и низкоинтенсивную лазеротерапию, диагностировано увеличение времени свертывания нестабилизированной крови до $7,0 \pm 0,6$ мин. на 4-5 сутки и до $7,2 \pm 0,2$ мин. на 9-10 сутки комплексного лечения в группе больных с нормокоагуляцией и до $4,4 \pm 0,8$ мин. на 4-5 сутки и до $5,2 \pm 0,4$ мин. на 9-10 сутки комплексного лечения в группе больных с гиперкоагуляцией. В группе больных с нормокоагуляцией в процессе комплексного лечения с применением низкоинтенсивной лазеротерапии обнаружено статистически достоверное ($p > 0,05$) увеличение силиконового времени свертывания крови с $5,9 \pm 4,1$ мин. при госпитализации до $10,9 \pm 0,4$ мин. на 4-5 сутки и до $17,8 \pm 0,8$ мин. на 9-10 сутки комплексного лечения. В группе пациентов с гиперкоагуляцией также диагностировано увеличение силиконового времени свертывания крови с $5,3 \pm 1,0$ мин. при поступлении в стационар до $6,1 \pm 0,6$ мин. на 4-5 сутки и до $12,4 \pm 0,8$ мин. на 9-10 сутки комплексного лечения. Индекс диапазона контактной активации также имеет тенденцию к увеличению, причем в группе больных с нормокоагуляцией ИДКА повышался до $35,7 \pm 1,1\%$ на 4-5 сутки лечения и на 9-10 сутки комплексной терапии до $59,5 \pm 2,1\%$, а в группе пациентов с гиперкоагуляцией показатели ИДКА статистически достоверно повышаются на 4-5 сутки лечения до $38,0 \pm 1,5\%$ и до $58,0 \pm 3,4\%$ на 9-10 сутки комплексной терапии с применением лазероизлучения. Таким образом, по данным общих коагуляционных тестов, у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании с нормокоагуляцией и гиперкоагуляцией отмечается тенденция к нормализации коагулянтной способности крови на 9-10 сутки комплексного лечения, включающего хирургический метод лечения и низкоинтенсивную лазеротерапию.

У пациентов с гнойно-инфекционными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании как с нормокоагуляцией, так и с гиперкоагуляцией на 4-5 сутки после комплексного лечения на фоне лазеротерапии происходит статистически достоверное ($p > 0,05$) удлинение активированного парциального тромбопластинового времени до $31,0 \pm 2,0$ сек. у больных с гиперкоагуляцией; до $30,4 \pm 1,4$ сек. с нормокоагуляцией и дальнейшее повышение данного показателя на 9-10 сутки до $32,0 \pm 2,1$ сек. у больных с гиперкоагуляцией; до $30,4 \pm 1,4$ сек. у пациентов с нормокоагуляцией. В процессе хирургического лечения у больных с нормокоагуляцией и гиперкоагуляцией происходит удлинение активированного парциального тромбопластинового времени.

Уровень фибриногена в крови больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании с нормокоагуляцией и гиперкоагуляцией статистически достоверно ($p > 0,05$) не изменялся на 4-5 и 9-10 сутки после комплексного лечения, что позволяет сделать вывод о нормальном протекании 3-й фазы процесса свертывания крови у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании после хирургического метода лечения с применением лазеротерапии.

Нами диагностированы изменения противосвертывающих механизмов системы гемостаза у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании с нормокоагуляцией и гиперкоагуляцией. Так, до лечения активность антитромбина Ш до лечения статистически достоверно ($p > 0,05$) резко снижена у больных с гиперкоагуляцией и составляет $42,5 \pm 3,3\%$ и значительно отличается от показателей группы больных с нормокоагуляцией – $72,4 \pm 3,7\%$. На 4-5 сутки после хирургического вмешательства на фоне применения низкоинтенсивной лазеротерапии происходит увеличение активности антитромбина Ш до $95,5 \pm 3,4\%$ у больных с нормокоагуляцией и до $66,9 \pm 3,3\%$ у пациентов с гиперкоагуляцией. В группе больных с гиперкоагуляцией на 9-10 сутки лечения происходит дальнейшее увеличение активности антитромбина Ш до $73,6 \pm 3,6\%$ и до $125,6 \pm 4,5\%$ в группе пациентов с нормокоагуляцией. Выявлено достоверное ($p > 0,05$) снижение активности протеинов С и S у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании с нормокоагуляцией до $0,6 \pm 0,2$ (но) при госпитализации с последующим увеличением данного показателя до $0,7 \pm 0,4$ (но) на 4-5 сутки и до $0,8 \pm 0,2$ (но) на 9-10 сутки комплексной терапии. В группе больных с гиперкоагуляцией повышение нормального соотношения до $0,7 \pm 0,4$ было только на 9-10 сутки комплексного лечения. Происходит нормализация резистентности фактора Va к активированному протеину С у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании с нормокоагуляцией и гиперкоагуляцией на 4-5 сутки после комплексного лечения на фоне низкоинтенсивной лазеротерапии, до $0,7 \pm 0,6$.

После комплексной терапии больных с гнойно-инфекционными осложнениями на фоне наркомании фибринолитическая активность крови значительно снижалась на 4-5 сутки у пациентов с нормокоагуля-

цией до $10,1 \pm 0,1$ мин. и с гиперкоагуляцией до $12,7 \pm 0,4$ мин. с последующим снижением на 9-10 сутки до $7,9 \pm 0,6$ мин. в группе больных с нормокоагуляцией и до $9,6 \pm 0,3$ мин. с гиперкоагуляцией.

Таким образом, изучение показателей свертывающей системы крови у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании, которым применяли комплексное лечение, включающее активную хирургическую тактику и применение низкоинтенсивной лазеротерапии выявило, что использование лазеротерапии способствует восстановлению свертывающего потенциала крови за счет нормализации внешнего и внутреннего механизмов образования протромбиназы и повышению фибринолитической активности. Нормализация показателей гемокоагулограммы у больных с гиперкоагуляцией наступало на 9-10 сутки.

**ВЛИЯНИЕ АЛЬФА-ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ
НА СОСТОЯНИЕ НЕЙТРОФИЛЬНОГО ЗВЕНА
АНТИИНФЕКЦИОННОЙ ЗАЩИТЫ У
БОЛЬНЫХ НЕОСЛОЖНЕННОЙ
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ
НА ФОНЕ ОПЕРАТИВНОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА И НАРКОЗА**

Кирсанова Е.В., Локтионов А.Л., Конопля А.И.
*Курский государственный медицинский университет,
Курск*

Применение анестетиков тормозит процессы адгезии и хемотаксиса нейтрофилов периферической крови, приводит к снижению их функциональной активности, угнетает способность продуцировать интерфероны, ФНО α и целый ряд других цитокинов, отвечающих за развитие воспалительной реакции и межклеточной кооперации при формировании иммунного ответа. Подобный механизм авторы связывают с прямым действием препаратов для анестезии, обусловленный связыванием их с рецепторным аппаратом клетки, и косвенным, возникающим из-за нарушения внутриклеточной регуляции других клеток, участвующих в иммунном ответе (Максимов А.В., 1991; Морган-мл Дж.Э., Мэгид С. Михаил, 2000).

В связи с этим, целью исследования явилось изучение изменений функциональной активности нейтрофилов периферической крови у пациентов после операции и наркоза, а также влияния препарата берлитион на нарушенные показатели врожденного иммунитета.

Методы исследования. Исследование проводилось на базе Областной клинической больницы г. Курска. Под постоянным наблюдением находилось 56 пациентов женского пола, средний возраст которых составлял 44 года, страдающих неосложненной желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Все пациентки были разделены на две группы: в первую вошли 12 больных, оперированных по поводу ЖКБ по общим обезболиванием, и получавших традиционное лечение, во вторую – 44 пациентки, дополнительно получавших в составе анестезиологического пособия «Берлитион®300ЕД». Исследуемым материалом служила цельная периферическая кровь. Лейкоциты выделяли

на градиенте плотности фиколл-верографина (1,077 г/л). Забор крови производился до, через час и через трое суток после оперативного лечения и применения анестетиков. Оценивали изменение фагоцитарного числа (ФЧ), фагоцитарного показателя (ФП), индекса активации фагоцитов (ИАФ), спонтанного и индуцированного зимозаном НСТ-теста, индекс стимуляции нейтрофилов (ИСН), функциональный резерв нейтрофилов (ФРН).

Выявлено, что до операции повышалась фагоцитарная активность нейтрофилов периферической крови (ФП, ФЧ, ИАФ), а при изучении кислородзависимых механизмов активности, оказалось, что НСТ-сп. тест был ниже, а НСТ-ст. тест – выше, чем в контрольной группе, в связи с чем, повышались ФРН и ИСН. Уже через час после операции наблюдалось даже по сравнению со здоровыми донорами снижение фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови: ФП, ФЧ и ИАФ оказались даже ниже, чем в контрольной группе. Из показателей кислородзависимой активности полиморфноядерных лейкоцитов НСТ-сп. тест не изменялся, НСТ-ст. тест, ФРН и ИСН снижались, но не достигали уровня здоровых доноров. Включение берлитиона в анестезиологическое пособие через час после операции нормализовало только НСТ-сп. тест и ИСН, остальные показатели не отличались от группы больных, не получавших препарата.

На 3-и сутки после операции и наркоза у больных, в анестезиологическое пособие которых берлитион не включался, выявлено снижение даже по сравнению со здоровыми людьми фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови. По показателям кислородзависимой активности нейтрофилов НСТ-сп. тест оказался также ниже, чем в контрольной группе и у больных до операции, при нормализации НСТ-ст. теста и ФРН. Не изменялся ИСН по сравнению с показателями больных до операции. На фоне применения берлитиона на 3-и сутки отмечалась нормализация всех показателей фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови, НСТ-ст. теста и ИСН, при этом НСТ-сп. тест и ФРН были существенно выше, чем в контрольной группе.

Таким образом, у больных неосложненной ЖКБ после операции и наркоза в различные временные промежутки отмечается угнетение фагоцитарной активности нейтрофилов, при этом, повышаются кислородзависимые механизмы активности полиморфноядерных клеток, что может стимулировать активацию процессов перекисного окисления липидов. Включение в схему анестезиологического пособия берлитиона несущественно корригирует показатели через час после операции, но через 3-е суток, происходит нормализация большинства исследованных показателей.