

Под постоянным наблюдением находилось 25 пациентов с отечным ОП хирургического отделения МУЗ ГБ СМП г. Курска в возрасте от 35 до 55 лет. Группа контроля состояла из 12 здоровых доноров-добровольцев того же возраста.

Было изучено в крови содержание субпопуляций иммунофенотипированных лимфоцитов, концентрация иммуноглобулинов, некоторых цитокинов, изменение функциональной активности нейтрофилов: фагоцитарное число (ФЧ), фагоцитарный индекс (ФИ), индекс активации фагоцитов (ИАФ), спонтанный и индуцированный зимозаном НСТ-тест, индекс стимуляции нейтрофилов (ИСН), функциональный резерв нейтрофилов (ФРН).

На момент поступления у больных ОП оказалось достоверно сниженным содержание общих Т-лимфоцитов ($CD3^+$), Т-хелперной ($CD4^+$) и цитотоксической ($CD8^+$) субпопуляций, естественных киллеров ($CD16^+$), повышенным процент клеток, экспрессирующих ранние ($CD25^+$) маркеры активации и уровень В-лимфоцитов ($CD22^+$). После применения ридостина количество Т-лимфоцитов и $CD16^+$, $CD25^+$ и $CD22^+$ -клеток не изменялось, но уровень $CD4^+$ и $CD8^+$ -лимфоцитов соответствовал показателям здоровых доноров. На момент поступления в стационар концентрация IgM достоверно не изменялась, а содержание IgG, IgA и sIgA было повышенным. Включение ридостина не влияло на содержание IgM, снижало уровень IgG, sIgA и повышало концентрацию IgA по сравнению с показателями больных до лечения, но при этом нормализации показателей не происходила. На момент поступления у больных ОП обнаружено более чем в 2 раза повышение ФНО α , ИЛ-1 β , ИЛ-6 и ИЛ-4. Традиционное лечение в совокупности с ридостином не изменяло повышенный уровень плазменного ИЛ-1 β , снижало концентрацию ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО α , причем последнего цитокина, почти на 50%. При исследовании нейтрофильного звена антиинфекционной защиты у больных ОП на момент поступления в клинику отмечалось снижение фагоцитарной активности нейтрофилов (ФИ, ФЧ и ИАФ), но активность кислородзависимых механизмов, при этом, была повышенной. На фоне применения ридостина ФИ оставалось на том же уровне, что и до лечения, ИСН не изменялся, а остальные показатели, хотя и снижались, но были достоверно выше чем в контрольной группе.

Таким образом, ридостин проявил положительную, но все же, недостаточную эффективность в отношении нарушенных показателей иммунного статуса, в связи с чем, есть необходимость продолжения поиска препаратов, с более выраженным иммунокорригирующим эффектом у больных ОП.

ДЕРИНАТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Назаренко Д.П., Анишева Т.Н.,

Локтионов А.Л., Конопля А.И., Иванов С.В.

*Курский государственный медицинский университет,
Курск*

Актуальность проблемы острого панкреатита

(ОП) возрастает ежегодно, в связи с заметным увеличением числа больных с деструктивными формами панкреатита, сопровождающимися повышенной частотой развития панкреатического шока, полиорганной недостаточностью и выраженными гнойно-некротическими осложнениями, отсутствием тенденции к стабилизации или снижению, увеличением среди числа заболевших лиц молодого и среднего возраста (Панцырев Ю.М., 2000). В ряде экспериментальных (Чуева Т.В., 2002; Хмелевская Ю.В., 2003) и клинических (Аверкиев В.Л. и др., 2003) работ выявлены серьезные нарушения иммунного статуса у больных ОП. При применении иммуномодуляторов отмечается улучшение динамики клинического течения заболевания, сокращаются сроки госпитализации и восстановления трудоспособности больных, снижается частота гнойно-некротических осложнений при остром панкреатите (Толстой А.Д. и др., 2000).

В связи с этим, целью работы стало изучение иммунокорригирующих эффектов дерината у больных ОП, так как данный препарат проявил высокую иммуномодулирующую активность при лечении других патологий, сопровождающихся развитием вторичного иммунодефицита (Шестаков С.Г., 2004).

Методы исследования. Под постоянным наблюдением находилось 27 пациентов с отечным ОП хирургического отделения МУЗ ГБ СМП г. Курска в возрасте от 35 до 55 лет. Группа контроля состояла из 21 здорового донора-добровольца того же возраста.

Было изучено в крови содержание субпопуляций иммунофенотипированных лимфоцитов, концентрация иммуноглобулинов, некоторых цитокинов, изменение функциональной активности нейтрофилов: фагоцитарное число (ФЧ), фагоцитарный индекс (ФИ), индекс активации фагоцитов (ИАФ), спонтанный и индуцированный зимозаном НСТ-тест, индекс стимуляции нейтрофилов (ИСН), функциональный резерв нейтрофилов (ФРН).

У больных ОП выявлено снижение содержания $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$ -субпопуляций лимфоцитов, естественных киллеров ($CD16^+$), повышение $CD25^+$ и $CD22^+$ -клеток. После применения дерината содержание $CD3^+$, $CD22^+$, $CD4^+$, $CD8^+$, $CD16^+$ и $CD25^+$ -лимфоцитов не отличалось от показателей здоровых доноров. В сыворотке крови больных ОП по сравнению со здоровыми донорами выявлено повышенное содержание IgG, IgA и sIg, при неизменной концентрации IgM, обнаружено существенное повышение уровня ИЛ-1 β (в 2,1 раза), ФНО α (в 6,6 раза), ИЛ-6 (в 2,7 раза), ИЛ-4 (в 5,7 раза). Деринат не оказывал влияния на концентрацию IgM, sIgA но после него отмечалось максимально высокое содержание IgG и IgA, снижал, но не до уровня контрольной группы, концентрацию всех изученных цитокинов. При исследовании нейтрофильного звена антиинфекционной защиты отмечалось снижение фагоцитарной активности нейтрофилов (ФП, ФЧ и ИАФ), при этом, выявлено повышение кислородзависимых механизмов активности (НСТ-сп., НСТ-ст. тестов, ФРН). Применение дерината нормализовало ФП, ФЧ, НСТ-сп. и НСТ-ст. тесты, ФРН, ИСН, ИАФ хотя и повышался, но не достигал уровня здоровых доноров.

Таким образом, исследование иммуномодулирующих свойств дерината у больных ОП выявило его достаточно высокую эффективность в отношении нарушенных показателей иммунного статуса, что делает этот препарат перспективным для применения в составе комплексной консервативной терапии при ОП.

ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ ФНО- α И НЕОПТЕРИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ

Озерова Е.А., Князева Л.И., Горайнов И.И.,
Князева Л.А., Мещерина Е.М., Мещерина Н.С.
*Курский государственный медицинский университет,
Курск*

Лечение пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) – одна из сложных проблем здравоохранения. Долгое время центральная роль в развитии ХСН отводилась нейрогормональной активации. В последние годы прогрессирование ХСН связывают также с изменением иммунной активности и системным воспалением. Изменение иммуновоспалительной активности проявляется увеличением продукции провоспалительных цитокинов – фактора некроза опухоли- α (ФНО- α) и интерлейкинов. В последние годы появились работы по исследованию уровня неоптерина как маркера активности клеточного иммунитета при различных заболеваниях. Целью настоящей работы явилось изучение динамики содержания ФНО- α и неоптерина в сыворотке крови больных ХСН в зависимости от особенностей фармакотерапевтического воздействия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: обследовано 85 больных в возрасте 42–65 лет с признаками ХСН I-II ФК (по NYHA). Контрольную группу составили 22 здоровых донора. ФНО- α в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем «Протеиновый контур», г. Санкт-Петербург; неоптерин определяли иммуноферментным методом (BRAHMS, Германия). Все больные получали комплексную терапию с учетом ФК ХСН и были разделены на три группы. Лечение больных первой группы (n=40) включало ингибитор ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ)-эналаприл. Терапия больных второй группы (n=45) включала эналаприл и кардиоселективный бета-блокатор метопролол. Больным третьей группы (n=45) назначили эналаприл и бета-блокатор нового поколения с выраженной антиоксидантной и умеренной сосудорасширяющей активностью – карведилол. Эналаприл назначали в дозе 30±10 мг/сут, средняя доза метопролола составила 50±25 мг/сут, карведилол назначали в дозе 50±25 мг/сут

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ: Установлено, что в первой группе больных, отмечается значительное снижение уровня ФНО- α (с 380,2±19,8 до 155,2±13,2 пкг/мл $p<0,01$) и неоптерина (с 8,9±0,5 до 7,5±0,3 нмоль/л $p<0,01$). У больных второй группы выявлена аналогичная динамика без достоверных раз-

личий сравниваемых показателей, хотя и отмечается тенденция к их снижению, при этом уровень ФНО- α составил 149,2±11,3 пкг/мл ($p<0,01$), уровень неоптерина — 7,2±0,3 нмоль/л ($p<0,01$). Наиболее выраженное снижение изучаемых показателей достигнуто в группе больных, получавших терапию эналаприл+карведилол: уровень ФНО- α составил 115,2±14,3 пкг/мл ($p<0,01$), уровень неоптерина снизился до 6,3±0,3 нмоль/л ($p<0,01$).

Исследования показали, что эналаприл и карведилол обладают противовоспалительным действием при ХСН. При этом следует отметить, что метопролол не обладает подобной эффективностью. Корректирующее влияние эналаприла на уровень ФНО- α и неоптерина обусловлено снижением синтеза ангиотензина II-нейрогормона, стимулирующего выработку ФНО- α и снижением активности системы моноцитов-макрофагов. Эффективность карведилола обусловлена опосредованным влиянием на РААС систему, а также связана с уменьшением оксидативной активности при ХСН.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ УЗЛОВОГО КОЛЛОИДНОГО ЗОБА

Оленева И.Н., Ликстанов М.И., Зинчук С.Ф.
*Городская клиническая
больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемерово*

В последние годы отмечается неуклонный рост уровня тиреоидной патологии и тенденция к утяжелению ее течения. Распространенность узловых форм нетоксического зоба в йоддефицитных регионах России достигает уровня 23,8% от всей тиреоидной патологии. Оперативное лечение продолжает оставаться одним из самых востребованных при узловых поражениях щитовидной железы, число операций на щитовидной железе неуклонно возрастает. В связи с этим, врачу приходится чаще встречаться в своей практике с рецидивами зоба после оперативного лечения, частота которых, по данным различных авторов, составляет от 0,5 до 39 %, при этом повторно оперируются от 3,1 до 72 % больных, а также с развитием послеоперационного гипотиреоза, который является в 0,8 - 50 % случаев.

В последние годы развернулась широкая дискуссия относительно целесообразности назначения тиреоидных гормонов после оперативного вмешательства на щитовидной железе для профилактики послеоперационного гипотиреоза и рецидива заболевания, продолжительности их приема и дозах. Неоднозначно оценивается характер рецидивирования зоба в зависимости от функциональной активности тиреоидного остатка, в том числе, в экспериментальных работах. Многие аспекты этой проблемы носят дискуссионный характер и требуют дальнейшей разработки.