

нием ХС ЛВП на 26,4 % ($p < 0,05$), указанные сдвиги липид-транспортной системы оказались сопоставимы с таковыми при 24-недельной коррекции эндурацином у больных ИБС с сочетанной ГХС. Однако наиболее выраженное снижение АИ достигнуто у больных с сочетанной ГХС (24,3%; $p < 0,05$) по сравнению с больными с изолированной ГХС (29,9%; $p < 0,05$). Динамика апопротеинового спектра сыворотки крови при 24-недельной коррекции эндурацином у больных ИБС как с изолированной, так и с сочетанной ГХС выразилась в сопоставимом повышении апо А I на 26,4 и 25,1 % ($p < 0,05$) соответственно, снижению апо В на 24,8 % ($p < 0,05$), индексного параметра апо В / апо А I на 18,6 ($p < 0,05$). При этом увеличилась также и степень загруженности ХС ЛВП апопротеином А I на 12,4 % ($p < 0,05$). Указанные изменения у больных ИБС с изолированной ГХС в липид-транспортной системе по степени выраженности при 24-недельной фармакокоррекции эндурацином были сопоставимы с аналогичными при сочетанной ГХС.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о достаточно выраженной эффективности эндурацина у больных ИБС с различными типами гиперлипидемий при 8, 16 и 24-недельной фармакокоррекции, как ГХС и ГТГ, так и их сочетаний, что диктует целесообразность использования данной группы гиполипидемических препаратов при выше указанной патологии в медицинской практике.

ИЗМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ГЕРОНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Парахонский А.П., Тимофеев В.А.

Кубанская медицинская академия,

Краевой госпиталь ветеранов войн,

Краснодар

Увеличивающаяся продолжительность жизни приводит к росту числа заболеваний, характерных для лиц пожилого и старческого возраста. Одним из множества сопутствующих заболеваний характерных для людей пожилого и старческого возраста является доброкачественная гиперплазия предстательной железы – аденома простаты (АП). Современные методы хирургического лечения несут риск серьезных осложнений, таких как тромбозы, кровотечения, а также противопоказаны больным с отягощенным соматическим статусом.

Цель работы - совершенствование диагностики и профилактики осложнений при лечении АП у лиц геронтического возраста. Под наблюдением находились 94 больных, с АП, находившихся на лечении в клиническом госпитале ветеранов войн. Для изучения тромбоцитарного звена гемостаза использовали: подсчет количества тромбоцитов; определение адгезии тромбоцитов; их, индуцированной АДФ активации; оценку освобождения тромбоцитарных факторов 3 и 4, определение антигепариновой активности. Характеристику коагуляционного звена изучали с помощью показателей: времени свёртывания крови, времени рекальцификации плазмы, активированного парциального тромбопластинового, тромбинового и каоли-

нового времени, протромбинового индекса. Для исследования фибринолитической системы и антикоагулянтов применяли определение антитромбина III, индекса активности протеина С, фибринолитической активности, растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК), фибриногена Б. Липидный спектр крови характеризовали при определении общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой и низкой плотности. Оценены факторы риска, состояние системы гемостаза, липидного спектра у геронтических больных с множественной сопутствующей патологией, страдающих АП, на этапе предоперационной подготовки, в различные сроки после оперативного вмешательства и применения трансуретральной микроволновой термотерапии (ТУМТ).

Установлено, что до операции все больные АП находились с исходно равными изменениями липидного обмена и гемостаза, соответствующими их возрасту. После аденомэктомии выявлены изменения в системе гемостаза во все сроки исследования: снижение антитромбина III, повышение РФМК, гиперагрегация тромбоцитов, активация коагуляционного звена. Математическое моделирование позволило обосновать характеристику восстановительного периода у больных с АП после применения ТУМТ, проявляющуюся периодическими колебаниями спада и подъема функциональной активности всех звеньев системы гемостаза.

Выявлены наиболее значимые клинические и гемостазиологические критерии риска возможных тромботических и геморрагических осложнений. С применением системного многофакторного анализа обосновано патогенетическое значение гемостазиологических нарушений в динамике у больных с АП при оперативном лечении и при использовании ТУМТ. В качестве критериев диагностики предложена программа проведения гемостазиологических тестов, определена их информативность и оптимальные сроки применения у геронтических больных с АП.

Показано, что в первые десять суток после аденомэктомии в системе гемостаза развивается комплекс клинических и лабораторных синдромов патологического характера. ТУМТ вызывает менее выраженные сдвиги в липидном обмене и системе гемостаза. Системный многофакторный анализ выявил напряжение всех звеньев системы гемостаза, но наиболее неустойчивым оказалось коагуляционное звено, что необходимо учитывать для профилактики возможных осложнений.

Установлено, что реагирование системы гемостаза у лиц пожилого и старческого возраста после аденомэктомии и термотерапии носит саногенный характер и является патогенетически значимым в отношении возможного развития сердечно-сосудистых осложнений. Послеоперационный период и восстановительный процесс после ТУМТ у геронтических больных сопровождается выраженными и продолжительными динамическими нарушениями со стороны различных звеньев системы гемостаза, но после ТУМТ этот период менее продолжительный.

Таким образом, диагностика, прогнозирование и лечение возможных гемостазиологических осложнений при лечении АП у больных пожилого и старче-

ского возраста должны проводиться с учётом всех факторов риска (наличие сопутствующих заболеваний, липидного спектра, системы гемостаза). Для диагностики и прогнозирования гемостазиологических осложнений при лечении АП целесообразно исследовать в динамике показатели гемостаза, наиболее информативными из которых являются: время рекальцификации, время свёртывания крови, фибринолитическая активность, каолиновое время, антигепариновая активность, адгезивность тромбоцитов, антиромбин III, РФМК. Для выявления угрозы гемостазиологических осложнений при лечении АП необходима всесторонняя клиническая и лабораторная оценка тромбоопасности. В критические сроки наиболее высокого тромботического риска необходим контроль за состоянием сердечно-сосудистой системы и назначение профилактической лекарственной терапии.

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА В ОЦЕНКЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский университет,
Краснодар*

Старение - совокупность эндогенных процессов различной природы, сопряжённых со временем и приводящих организм к смерти. Истинный возраст человека определяется не временем, прошедшим с момента рождения, а показателем, отражающим его жизнеспособность. Степень жизнеспособности и определяется как биологический возраст (БВ). Определение БВ как меры степени возрастных изменений биологических возможностей организма на каждом этапе онтогенеза, как меры предстоящей продолжительности жизни может дать оценку не только прошлого, настоящего, но и будущего организма. (БВ) и является мерой системной дезинтеграции организма в процессе старения.

Сложность состоит в том, что молекулярные, структурные, функциональные изменения при старении нарастают гетерохронно, гетеротропно, разнонаправлено. Группа биологических параметров прогрессивно нарастает с возрастом (артериальное давление, содержание холестерина, синтез гормонов гипофиза, концентрация в клетке ряда ионов, чувствительность тканей к некоторым биологически активным веществам). Величина других прогрессивно падает (тканевое дыхание, активность многих защитных ферментов, синтез ряда белков, активность пищеварительных желез, гормонообразование).

Достижения экспериментальной и клинической иммуногеронтологии позволяют рассчитывать на использование показателей иммунитета в качестве критериев биологического возраста (БВ). Доказательством этого являются выраженные возрастные изменения иммунитета, а также связь заболеваний людей пожилого и старческого возраста с различными иммунологическими расстройствами. Установлены значительные сдвиги иммунологических показателей в зависимости от фазы некоторых патологических процессов.

Целью работы являлась попытка разработки воспроизводимой и надёжной методики, позволяющей выявить чёткие различия между календарным (КВ) и БВ человека. С позиции иммунолога старение можно охарактеризовать как процесс нарастания тканевой несовместимости, являющейся одним из проявлений системной дезинтеграции организма. Появляются новые антигены, толерантность к которым не программируется отбором. Это нарушает баланс между иммунной системой и тканями организма. Возможны два варианта исхода возникшего иммунологического конфликта: активное неспецифическое подавление иммунологических реакций и стимуляция реакций аутоиммунных лимфоцитов на появляющиеся антигены. Эти варианты реализуются в две принципиально различные стратегии: активную иммуносупрессию и аутоиммунность. В первом случае имеет место увеличение продолжительности жизни, хотя и с появляющимися и персистирующими антигенами и аутореактивными клетками. Во втором случае сохраняется постоянство спектра аутоантигенов даже за счёт снижения продолжительности жизни. При сопоставлении типов изменения иммунитета при старении можно отметить, что иммуносупрессорный тип в плане продолжительности жизни более благоприятен, чем аутоиммунный. Установлено, что у здоровых лиц пожилого возраста продолжительность предстоящей жизни прямо коррелирует с величиной показателей антигенонеспецифической иммуносупрессии, а наличие антител в крови является плохим прогностическим признаком. Выявлено увеличение с возрастом Т-супрессорных лимфоцитов и стимуляция активной иммуносупрессии у здоровых людей пожилого возраста.

Установлено, что показатели иммунитета могут служить критериями биологического возраста. Чисто количественные закономерности не отражают системной сложности иммунных процессов, их сопряжённости с механизмами старения и продолжительностью жизни, вследствие чего имеют ограниченную информативность при оценке БВ. Более информативными являются качественные признаки изменения иммунитета, на основании которых можно определить такие интегральные показатели как иммуносупрессия и аутоиммунность.

БВ – это модель старения. Одним из элементов этой модели является КВ. В каскадной цепи возрастных процессов нет рубежа, слева от которого расположены физиологические, а справа патологические признаки. Это проблема количества, а не качества; попытки разделить физиологию и патологию в процессах старения безуспешны. Болезни, связанные со старением, есть следствие специфического хронопатологического процесса, на входе которого расположены элементарные механизмы старения, а на выходе – клинически диагностируемые симптомы, синдромы и их нозологические группы. Наследственность и внешняя среда модифицируют сопряжённость между физиологическим и патологическим компонентами старения, но не изменяют её фундаментального характера. Хронопатологический процесс различен в проявлениях, но един в системной сути.