

боли внизу живота и в области крестца в первую половину беременности и схваткообразные боли – во вторую половину. Подтверждением диагноза служило наличие повышенной сократительной активности миометрия при ультразвуковом исследовании.

Анализ частоты невынашивания беременности продемонстрировал, что наиболее частой угрозой прерывания беременности является при сроке инвазии до 1 года ($22,4 \pm 3,9\%$ в первую половину и $44,2 \pm 4,6\%$ во вторую половину беременности) либо более 5 лет ($29,1 \pm 5,2\%$ и $54,4 \pm 5,7\%$ соответственно). Длительность описторхозной инвазии оказывает влияние на частоту случаев угрозы прерывания беременности как в первую, так и во вторую ее половину ($F=48,7$). При увеличении длительности описторхозной инвазии вероятность угрозы прерывания беременности достоверно увеличивается ($p < 0,01$), при сроке инвазии более 5 лет риск значительно выше ($p < 0,001$). Среди больных описторхозом процент женщин, нуждающихся во второй половине беременности в стационарном лечении, достоверно превышал таковой в группе контроля ($25,8 \pm 3,6\%$ и $14,2 \pm 3,9\%$ соответственно, $p < 0,001$).

Таким образом, полученные данные показывают, что хроническая описторхозная инвазия является важной причиной прерывания беременности.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ БАЛАНСА ЦИТОКИНОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АДЕНОИДИТЕ У ДЕТЕЙ

Терскова Н.В., Боброва С.В.,
Мельников М.Н., Маслова М.Ю., Щадова Г.А.
*Новосибирская государственная
медицинская академия,
Новосибирск*

Муниципальное учреждение здравоохранения
Городская детская больница №8, Красноярск, Россия

Несмотря на успехи современной фармакологии, актуальной медицинской проблемой остаётся в детской оториноларингологии и педиатрии хронический аденоидит. Частые обострения данного заболевания являются манифестацией иммунных нарушений в организме, транзиторных или более стойких, характеризующихся как вторичный иммунодефицит.

Вовлечение в процесс воспаления многих типов клеток, субклеточных элементов и органных систем предопределяет формирование сложных механизмов регуляции воспалительной и иммунной реактивности, как на местном, так и организменном уровне. Центральное место среди них занимает цитокиновый профиль. Ассоциированная с цитокинами функциональная пластичность Th и макрофагов позволяет гибко реализовывать различные варианты воспалительной реактивности с одной стороны и адаптировать к ним развитие иммунного ответа – с другой.

Цель: изучение взаимосвязей иммуногомеостаза и хронического аденоидита у детей с определением содержания в сыворотке крови провоспалительных и иммунорегуляторных цитокинов IL-4, TNO- α , INF- γ .

Методы: обследовано 60 детей с хроническим аденоидитом в возрасте от 3 до 10 лет. Диагноз ста-

вился оториноларингологом на основании клинико-лабораторного и эндоскопического обследования. Контрольную группу составили 20 доноров, не имеющих хронической патологии в анамнезе и не получавших медикаментозной терапии в течение предшествующего месяца.

Сыворотку крови получали по стандартной методике. Уровень IL-4, INF- γ , TNO- α определяли методом иммуноферментного анализа наборами ООО «Протеиновый контур» (Санкт-Петербург, Россия). Анализ результатов проводился с использованием статистической компьютерной программы STATISTICA.

Результаты: в структуре патологии выделены варианты хронического аденоидита:

- 1) лимфоцитарно-эозинофильный (аллергический) – с минимальной экссудацией;
- 2) лимфоплазматический (гипериммунный) – с серозным экссудатом;
- 3) лимфоретикулярный (гипоиммунный) – с серозным экссудатом;
- 4) нейтрофильно-макрофагальный (дисфункция иммунитета) – с гнойным экссудатом.

В группе лимфоцитарно-эозинофильного варианта хронического аденоидита достоверно повышено содержание в сыворотке IL-4 ($p < 0,005$), INF- γ ($p < 0,001$) по отношению к показателям контрольной группы. При лимфоплазматическом варианте увеличено содержание INF- γ ($p < 0,001$) и TNO- α ($p < 0,1$). При нейтрофильно-макрофагальном варианте хронического аденоидита – максимальное по частоте и величине усиление продукции TNO- α ($p < 0,001$). При лимфоретикулярном варианте – регистрировалось снижение показателя эффекторных функций реакций клеточного иммунитета. Цитокины в контрольной группе находились в пикограммовых количествах, недостаточных для проявления системных эффектов. Данный факт низкого содержания цитокинов в сыворотке крови отражает их паракринное действие. При наличии во всех клинико-патогенетических вариантах хронического аденоидита как гуморального, так и клеточного звена иммунного реагирования, тем не менее, для лимфоцитарно-эозинофильного характерно преобладание Th2-цитокинопродукции, а для остальных вариантов – Th1.

Выводы: обозначен профиль системной цитокинопродукции при хроническом аденоидите. Результаты свидетельствуют о неоднородности патогенетических механизмов и дисбалансе Th1 и Th2, что в итоге и определяет клинико-патогенетический вариант хронического аденоидита.

К ВОПРОСУ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Шапошников В.И.

*Кубанский государственный
медицинский университет,
Краснодар*

С целью изучения особенностей клинического проявления острого нарушения мезентериального кровообращения (ОНМК) проведен анализ 100 на-

блюдений данной патологии брюшной полости. У 2% больных возраст был до 50 лет, у 13% - 51 - 60, у 25% - 61 - 70, у 44% - 71 - 80, у 16% - старше 80 лет. Мужчин - 61%. От момента появления первых симптомов заболевания и до поступления в больницу у 12% пациентов прошло от 1 до 12 часов, у 40% - от 12 до 24 часов, у 48% - от 1 до 3 суток. При развитии этого патологического процесса наблюдалась боль по всему животу или только ниже пупка, тошнота, рвота, задержка стула и газов, вздутие живота, общая слабость, цианоз кожи, повышение или понижение температуры тела. Ни у одного этого пациента врачи скорой медицинской помощи не поставили правильно диагноз, при этом у 48% причину «острого живота» они обусловили перитонитом, у 22% - острой кишечной непроходимостью, у 12% - острым панкреатитом, у 8% - острым аппендицитом, у 10% - другими патологическими процессами. В приемном отделении больницы истинная природа заболевания распознана только у 7% пациентов. У остальных же больных диагноз остался без изменений. Решающее значение в распознавании ОНМК сыграла лапароскопия, которая была выполнена у 56% больных. Однако первичный визуальный осмотр брюшной полости у 8% пациентов дал отрицательный результат (серозная оболочка тонкой и толстой кишки имела обычный цвет) и только повторная лапароскопия через 6 - 12 часов прояснила природу заболевания (за эти часы наблюдения серозная оболочка пораженного отдела кишечника уже стала черного цвета). У 39% больных диагноз был поставлен во время лапаротомии, а у 5% - при аутопсии. Из 100 больных тромбоз ствола верхней брыжеечной вены обнаружен у 5 пациентов (5%), при этом у 3 (3%) из них эта патология выявлена во время операции, а у 2 (2%) - при аутопсии. У остальных больных имелся или тромбоз, или эмболия верхней брыжеечной артерии, в том числе: в 92% - стволовой, в 3% - сегментарный. Больных (3) с венозным тромбозом удалось спасти за счет включения в комплекс лечебных мероприятий стрептазы, гепарина, трентала, контрикала, реополиглюкина и других медикаментов. У 31 пациента из 92 (или в 33,7%) с тромбозом и эмболией ствола верхней брыжеечной артерии выполнена субтотальная резекция тонкой кишки (было сохранено только 40 - 60 см начального ее отдела) и правой половины толстой кишки. Операцию закончили наложением еюнотранsverзоанастомоза. Из 31 этого пациента выжил только 1 (3,2%). У 5 (5,4%) пациентов (длительность заболевания не больше 3 часа), выполнена реканализация просвета данной артерии путем прямой тромбэктомии. Из 5 этих больных у 3 через 4 - 6 часов наступил рецидив ОНМК и они умерли. Спасти удалось только 2 пациентов. Всем 3 больным, имевшим сегментарный тромбоз ветвей указанной артерии, выполнены резекции пораженных участков кишечника без летальных исходов. Из 92 больных со стволочным тромбозом или эмболией верхней брыжеечной артерии попытка радикального хирургического лечения была предпринята только у 36 (39,1%). У остальных же 56 пациентов (60,9%) проведено лишь консервативное лечение, что было обусловлено запущенностью патологического процесса. Такое решение у 38 (41,3%) из них было основано только на

данных лапароскопии, а у 18 (19,6%) - лапаротомии. Все эти пациенты (56) прожили не больше одних суток после госпитализации.

Таким образом, ОНМК можно отнести к числу наиболее тяжелых острых заболеваний брюшной полости, сопровождающихся очень высокой летальностью (92%). Это обусловлено не только характером патологического процесса, но и возрастом больных (у 60% свыше 70 лет). При непроходимости ствола верхней брыжеечной артерии успешное радикальное хирургическое лечение возможно только у 3,26% больных. Более легко протекает тромбоз верхней брыжеечной вены.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ЧЕРЕЗ КРУГЛУЮ СВЯЗКУ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ПРИ ОПЕРАЦИИ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА

Шевела А.И., Морозов В.В., Кузнецов А.В.
*НИИ клинической и экспериментальной лимфологии
 СО РАМН, Муниципальная клиническая
 больница № 12,
 Новосибирск*

В настоящее время хирургия желчекаменной болезни предполагает преимущество использования малоинвазивных методик оперативного лечения. Предметом выбора являются лапароскопическая холецистэктомия и холецистэктомия из мини-доступа. Улучшение качества жизни в послеоперационном периоде и сокращения сроков пребывания в стационаре также являются весьма желанными. Прогрессивным направлением проведения антибактериальной терапии в послеоперационном периоде считаем введение антибиотика через круглую связку печени. В целях снижения количества антибиотика вводимого в организм и одновременного повышения эффективности его использования необходимо максимально близкое подведение препарата к месту воспаления. Нами проведены исследования на патологоанатомическом материале, которые показали возможность подведения антибиотика через катетер установленный в круглую связку печени максимально близко к шейке желчного пузыря. Также выявлены пути распространения вводимого препарата в паренхиму печени окружающую желчный пузырь.

Нами была адаптирована и апробирована методика установки катетера в круглую связку печени с дальнейшим проведением антибактериальной терапии в послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу острого деструктивного холецистита. Проводили контроль клинических и лабораторных данных. При сравнении групп пациентов оперированных из мини доступа по поводу деструктивного холецистита получавших антибиотики внутримышечно и через круглую связку печени получены обнадеживающие результаты. Отмечено ускорение восстановления лабораторных показателей крови, ускорение адаптации организма и сокращение сроков пребывания в стационаре. Особо отмечено уменьшение болевого синдрома, что мы связываем с использованием