

кровотечений и каких-либо других интра- и послеоперационных осложнений не отмечено. Метод эффективен при лечении геморроя II, III, IV ст. Экономический эффект, несмотря на достаточно высокую стоимость набора, достигается за счет сокращения послеоперационного койко-дня и временной нетрудоспособности (пациент может приступать к работе на 5 – 7 день после операции). Кроме того, в послеоперационном периоде требуется значительно меньшее количество анальгетиков и препаратов для местного лечения ран анального канала, по сравнению с традиционной геморроидэктомией.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОГРАММИРУЕМОЙ СМЕРТИ КЛЕТОК

Парахонский А.П.

*Медицинский институт высшего сестринского
образования*

*Кубанский медицинский университет
Краснодар, Россия*

К числу фундаментальных механизмов, регулирующих функционирование системы иммунитета, относится апоптоз. Этот ключевой процесс поддержания клеточного гомеостаза контролируется и регулируется многочисленными факторами - сигнальными молекулами, запускающими и реализующими запрограммированную клеточную смерть (ПКС). К ним относятся: фактор некроза опухоли (TNF), цитокины, рецепторы к этим молекулам, внутриклеточные мессенджеры, стимуляторы и ингибиторы апоптоза, ростовые факторы, CD40-лиганд, протеинкиназы, сериновые протеазы эндонуклеазы и др.

С позиции апоптоза можно объяснить механизмы формирования хронической инфекционной патологии (ХИП) различной природы, поскольку дисбаланс между пролиферативной активностью клеток и ПКС ведёт к патологическим изменениям органов и тканей. При инфекциях существуют факторы, индуцирующие и ингибирующие ПКС. Главным способом киллинга вирусинфицированных клеток являются рецепторный и перфорин-гранзимовый механизмы индукции апоптоза. Инфекционный процесс сопровождается усилением продукции активных кислородных радикалов, запускающих гибель клеток по митохондриальному пути. Следствием вирусиндуцированного повреждения ДНК являются р53-опосредованные реакции развития апоптоза. Актуальна комплексная оценка молекулярных механизмов дисрегуляции апоптотической гибели иммунокомпетентных клеток (ИКК) крови при ХИП с учетом клинических особенностей патологического процесса, что позволит получить новые данные фундаментального характера о ПКС при хроническом воспалении.

Цель исследования – изучение роли и механизмов молекулярных путей модуляции апоп-

тоза ИКК периферической крови в патогенезе ХИП. Выявлены общие закономерности и особенности реализации ПКС ИКК у пациентов с хроническими вирусными инфекциями. Определена чувствительность лимфоцитов крови к апоптогенным стимулам с различным механизмом действия. Дана комплексная характеристика состояния путей регуляции апоптоза ИКК. Установлено, что нарушение реализации ПКС является одним из звеньев иммунопатогенеза хронических инфекций.

Показано, что дисбаланс клеточного звена иммунитета при ХИП на разных стадиях сопряжен с нарушением ПКС - его ингибированием или стимулированием. Выявлена дискоординированность вступления в процесс апоптоза CD8+ лимфоцитов, что определяет характер иммунологических расстройств, повышенная чувствительность лимфоцитов пациентов с хроническими вирусными инфекциями к апоптоз-модулирующим факторам с различными механизмами действия. Продемонстрировано нарушение реализации TNF α -опосредованного пути запрограммированной гибели лимфоцитов крови при хроническом вирусном гепатите вследствие изменения функционирования рецепторного аппарата клетки. Выявлено стимулирование митохондриального пути апоптоза лимфоцитов крови.

Таким образом, изучение механизмов ПКС раскрывает новые патофизиологические аспекты ХИП, что может служить основой для разработки молекулярных технологий воздействия на передающие пути сигналов реализации апоптоза ИКК с целью проведения направленной патогенетически обоснованной коррекции иммунных нарушений и своевременной профилактики осложнений, угрожающих жизни пациентов. Эти технологии могут оказаться полезными для создания новых методов молекулярной терапии, прогнозирования эффективности лечения инфекционной патологии.

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ НАУЧНО- ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Парахонский А.П.

*Медицинский институт высшего сестринского
образования*

*Кубанский медицинский университет
Краснодар, Россия*

Научно-доказательная медицина (НДМ) базируется на клиническом опыте компетентных клиницистов, и на использовании в практике современных технологий, основанных на результатах научных исследований. Задача клинициста - найти наилучшие научно обоснованные данные и правильно их интерпретировать в каждой конкретной ситуации. Однако не всегда есть время для поиска и анализа информации, требуются дополнительные знания, чтобы критически оце-

нить ту или иную статью и, наконец, существуют не изученные области в медицине, по которым найти публикации невозможно. Другая проблема - это формальное противоречие между термином «доказательная медицина» и индивидуальным подходом к лечению конкретного пациента. Результаты исследований дают информацию об эффективности лечения для так называемого «среднего» больного. Между тем в определении НДМ подчёркивается необходимость индивидуального подхода. При этом большинство врачей достоверно чаще ориентируются на пожелания пациентов при назначении той или иной терапии или диагностических процедур, чаще учитывают возраст и сопутствующие патологические состояния по сравнению с докторами, относящими себя к приверженцам НДМ.

Выявлено, что не все врачи отождествляют индивидуальный подход к принятию решения по тактике ведения своих пациентов с соблюдением принципов доказательной медицины. Отчасти это может быть связано с тем, что НДМ ассоциируется в сознании врачей с использованием клинических рекомендаций, а не с поиском индивидуальных ответов на конкретные вопросы. Около 70% вопросов, возникающих у врачей в процессе лечения больных, остаются без ответов. Однако структура научных работ предполагает возможность наиболее полного ответа на поставленные вопросы. Практикующие врачи, в чьём распоряжении всего 10-15 минут на одного больного, согласны пользоваться дополнительными источниками информации в том случае, если на поиск ответа понадобится не более 2 минут. При таком положении дел научно-обоснованный индивидуальный подход и новые современные технологии ведения пациентов реализовать довольно сложно. Другой важный вопрос, обсуждаемый в последнее время, - соблюдение ещё одного принципа НДМ, а именно, учёт мнения пациента. Предметом дискуссии стали результаты исследования, показавшие, что точка зрения подавляющего числа пациентов может существенно отличаться от мнения врачей.

Таким образом, при существующем положении вещей внедрение принципа выбора и применения современных медтехнологий, базирующегося на анализе клинических исследований, медицине доказательств, стратегии использования литературных источников информации о проведении медицинских вмешательств, в значительной степени затруднено. В сложившихся условиях чрезвычайно важными являются разработка образовательных программ, проведение конференций, семинаров, школ, тематических лекций, посвящённых современным подходам к выбору медицинских технологий, а также создание и внедрение на уровне органов управления здравоохранением, медицинских учреждений единых механизмов, закреплённых в нормативных документах, позволяющих обеспечить выбор

наиболее эффективных, безопасных, экономически оправданных медицинских вмешательств. Доказательная медицина как новое направление в современной практике находится в процессе эволюции. Но уже сейчас можно сказать, что ряд её преимуществ неоспорим.

РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Постникова И.В., Золотинский И.О.

*Воронежский государственный институт
физической культуры
Воронеж, Россия*

Одним из приоритетных направлений развития медицинской науки является сохранение здоровья населения. По данным ВОЗ остеохондроз - дегенеративно-дистрофическое поражение прежде всего межпозвонкового (м/п) диска - считается одним из самых распространенных заболеваний. Любая физическая нагрузка, сопровождающаяся повышением внутридискового давления, может привести к такому опасному осложнению, как образование грыж дисков, которые становятся причиной снижения и потери трудоспособности. Учитывая, что в настоящее время отмечается отчетливая тенденция к увеличению числа больных осложненным остеохондрозом позвоночника, особое внимание уделяется вопросам лечения данной патологии.

Непосредственно занимаясь данной проблемой на протяжении последних 14 лет, мы разработали рациональный, на наш взгляд, комплекс консервативного лечения больных с грыжами м/п дисков. Тщательно проанализировав традиционные методы лечения осложненного остеохондроза и опираясь на свой собственный практический опыт лечения данной патологии у 780 больных, мы пришли к выводу, что оптимальная терапевтическая схема должна включать применение нестероидных противовоспалительных препаратов, мануальных техник, рациональной лечебной физкультуры (ЛФК) и новых сочетаний физиотерапевтических методик. В остром периоде заболевания мы назначали нестероидный противовоспалительный препарат «Voltaren (Novartis)» внутримышечно по схеме: 2 дня подряд, затем через день до N. 5. Одновременно с этим начинали курс мануальной терапии, включающий в себя тракции, мобилизационные, манипуляционные техники, постизометрическую релаксацию мышц. Курс лечения состоял из 10-15 ежедневных процедур. Индивидуальные занятия ЛФК назначали с 5-го дня. Причем сначала выполнялась гимнастика, направленная на улучшение подвижности позвонков, затем - на формирование правильного мышечного корсета, а не наоборот, как принято традиционно. ЛФК применяли как в острый пе-