ности проведённого парахирургического лечения. У 35 больных основной группы в общей сложности выполнено 43 пункционных дренирования.

Продолжительность санации абсцессов определялась индивидуально и в среднем составила при средних размерах – 5,3 ± 2 суток, при больших размерах – 9,1 ± 3 суток, при гигантских – 10,3 ± 3 суток

В контрольной группе интраоперационные осложнения выявлены в 3(17,6%) случаях, ранние послеоперационные осложнения в 4(23,5%) случаях, поздние осложнения в 1(5,9%) случае, повторная операция понадобилась в 1(5,9%) случае.

С помощью малоинвазивной техники удалось достигнуть успеха у 31 (88,6%) пациента основной группы. Не удалось достичь успеха посредством чрезкожного пункционного дренирования в 4 (11,4%) случаях.

Таким образом, чрезкожное дренирование абсцессов почек под УЗ-контролем является альтернативой традиционным методам лечения. Оно позволяет оказать хирургическое пособие тяжёлой группе больных с минимальным риском осложнений и улучшить результаты лечения.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧИСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И РЕАКТИВНЫХ АРТРИТАХ

Данилова Т.Г., Чаплыгина Л. Н., Иванюк М.В., Данилова Е.В.
Медицинская академия, Ярославль

Целью исследования явилось изучение клинических и биохимических особенностей серонегативного ревматоидного артрита (РА) и реактивных артритов (РеА) в сравнительном аспекте. Произведено исследование крови с использованием гематологического анализатора COULTER MD Series, в том числе определение содержания гемоглобина (Hb), гематокрита (Hct), среднего объёма эритроцита (MCV), среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH), средней концентрации гемоглобина в эритроците (MCHC), а также уровня СРП капиллярным методом преципитации. Обследовано 60 больных, среди них – 30 человек серонегативным РА и 30 больных урогенитальной формой РеА. Группы были репрезентативны по возрасту и полу. РА протекал по типу полиартрита (в 100%) с поражением лучезапястных суставов в 25%, мелких суставов кистей и стоп - 23%, голеностопных - 19%, коленных -18%. При РеА соотношение больных с олигоартикулярным поражением суставов с одной стороны и полиартикулярным поражением с другой составило 1:2. Поражения коленных суставов отмечалось в 50%, голеностопных – 36,7%, мелких суставов стоп – 13,3% случаях. Асимметричный полиартрит отмечался у всех больных РеА. Все 60 обследованных больных были разделены на группы: у 80% больных РА – анемия не зафиксирована (1 группа), у 20% пациентов РА отмечалось снижение уровня Hb ‹120 до 90г/л (2 группа); у 56,7% больных РеА анемия не зафиксирована (3 группа), у 43,3% человек РеА – уровень Hb ‹120 до 90г/л (4 группа). В 1 группе РА преобладали больные с I степенью активности воспалительного процесса (54,2%); II – в 33,3%; III – в 12,5%; рентгенологические изменения I и II стадии зафиксированы в 25% и 58,3%, III и IV – в16,7% случаях. Во 2 группе –II степень активности отмечена в 83,3%, III – в 16,7%; рентгенологические изменения II, III, IV стадии были зафиксированы в равных случаях по 33,3%; системные проявления РА в виде лимфоаденопатии, ревматоидных узелков имелись у 83% человек. В 3 группе РеА I и II степень активности составляла по 47,1%, III – 5,8%; рентгенологические изменения I стадии отмечены в 41,2%, II – в 52,9%, III – в 5,9% случаях; в 4 группе – I степень активности имела место в 15,4%, II – 61,5%, III – у 23,1% человек; рентгенологические изменения I стадии – в 46,2%, II – в 53,8% случаях. Системные проявления в виде лимфоаденопатии, спленомегалии отмечены в 30,7%. При РА и РеА выявлены пациенты со скрытой формой анемии без изменения уровня Hb, диагностированной по уровню MCH (менее 27пг): при РА–10%, при РеА–6,7%. Были сопоставлены изучаемые показатели во 2 и 4 группах больных. Во 2 группе РА не выявлено изменений содержания эритроцитов крови ($4{,}04\pm0{,}12 x 10^{12}$/л), MCH (27,33±1,09пг), MCHC (34,3±7,03г/дл), лейкоцитов ($8{,}32\pm0{,}79 x 10^{9}$/л), нейтрофилов (68,5±2,86%). Отмечено снижение уровня Hb (110,83±2,93г/л), Hct (32,53±1,07%), MCV (79,81±3,94фл). В 4 группе РеА не выявлено изменений содержания эритроцитов крови ($4{,}05\pm0{,}12 x 10^{12}$/л), MCV (82,67±1,78фл), MCH (27,51±0,61пг), MCHC (33,3±6,56г/дл), лейкоцитов ($8{,}17\pm1{,}13 x 10^{9}$/л), нейтрофилов (63,85±2,18%). Отмечено снижение уровня Hb (110,08±2,52г/л), Hct (33,76±9,22%). Показатели СОЭ были 29,16±6,47мм/час и 38,6±4,9мм/час, СРП – 2,33±0,49 и 0,62± 0,03 соответственно в сравниваемых группах. При РА выявлена обратная корреляционная связь между активностью процесса и концентрацией Hb ($r = -0{,}45$, $p<0{,}01$), MCH($r = -0{,}37$, $p<0{,}04$), MCV($r = -0{,}42$, $p<0{,}02$), при РеА - между активностью процесса и MCV ($r = -0{,}57$, $p<0{,}04$). Обнаружена достоверная прямая корреляция между активностью процесса 2 и 4 групп с одной стороны и уровнем лейкоцитов($r = 0{,}54$, $r = 0{,}62$) и нейтрофилов с другой стороны($r = 0{,}51$, $r = 0{,}87$ соответственно). Обратная корреляционная связь зарегистрирована также между длительностью заболевания с одной стороны и концентрацией Hb ($r = -0{,}37$, $p<0{,}04$), MCHC с другой ($r = -0{,}77$, $p<0{,}002$), а также между уровнями лейкоцитов и MCHC($r = -0{,}40$, $p<0{,}03$). Таким образом, синдром анемии встречается чаще у больных РеА, что вероятно обусловлено выраженной остротой воспалительной реакции с высвобождением провоспалительных цитокинов, и чётко коррелирует с активностью воспалительного процесса и длительностью заболевания. У пациентов РА с признаками анемии по сравнению с РеА системные проявления встречаются чаще. Показатели MCV, MCH, MCHC крови целесообразно использовать для ранней диагностики скрытых анемий при изучаемых заболеваниях.