ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НА ФОНЕ НАРКОМАНИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

Киричук В.Ф., Блувштейн Г.А., Чупахин Н.В.
Саратовский государственный медицинский университет, Саратов

Целью настоящей работы явилось изучение системы гемостаза у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании до и после хирургического метода лечения.

Нами обследованы 40 больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании, находившихся в клинике общей хирургии в 2003-2004 гг. Мужчин было 26(65%), женщин 14(35%). Возраст больных колебался от 17 до 67 лет, средний возраст – 39,2 ±14,5 лет. В качестве контрольной группы было обследовано 20 практически здоровых лиц.

Исследованы следующие показатели системы гемостаза: время свертывания нестабилизированной крови, силиконовое время свертывания цельной крови, индекс диапазона контактной активации, активированное парциальное тромбопластиновое время, содержание фибриногена, активность антитромбина Ш, протеинов С и S, XII а-калликреин-зависимого фибринолиза, спонтанный эуглобиновый фибринолиз.

Показатели системы гемостаза определялись при поступлении, на 4-5 сутки и на 9-10 сутки после оперативного лечения. Все больные с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании разделены на две групы: с нормокоагуляционным и гиперкоагуляционным типами гемостаза.

Общая коагуляционная способность крови у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании с нормокоагуляцией и гиперкоагуляцией статистически доставерно ($p \geq 0,05$) не отличалась при госпитализации, на 4-5 и 9-10 сутки после хирургического лечения. Так, время свертывания нестабилизированной крови статистически доставерно ($p>0,05$) не изменялось и составляло у больных с нормокоагуляцией 4,9±0,4 мин.; 4,8±0,6 мин.; 5,0±0,2 мин. и у пациентов с гиперкоагуляцией 3,4±0,3 мин.; 3,4±0,8 мин.; 3,2±0,4 мин. соответственно. Динамики изменений силиконового времени свертывания цельной крови до лечения и на 4-5 сутки после оперативного лечения у больных с нормо- и гиперкоагуляцией также статистически достоверно ($p>0,05$) не наблюдалось и было 5,9±2,3 мин.; 5,6±0,4 мин. и 5,3 ±1,0 мин.; 5,9±0,6 мин. соответственно. Отмечено незначительное увеличение силиконового времени свертывания цельной крови на 9-10 сутки после хирургического лечения до 6,9±0,8 мин. у больных с нормокоагуляцией и до 6,0±0,8 мин. у пациентов с гиперкоагуляцией. Индекс диапазона контактной активации только на 9-10 сутки после оперативного лечения повышался до 27,5±2,1% в группе больных с нормокоагуляцией и до 20,0±2,4% в группе пациентов с гиперкоагуляцией. Таким образом, по данным общих коагуляционных тестов, у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании с нормокоагуляцией достоверно значемых изменений в системе гемостаза в процессе лечения не наблюдается, у больных с гиперкоагуляцией отмечается небольшая тенденция к увеличению индекса диапазона контактной активации.

У пациентов с гнойно-инфекционными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании с нормокоагуляцией уже на 4-5 сутки после оперативного лечения происходит статистичеки достоверное ($p>0,05$) удлинение активированного парциального тромбопластинового времени до 38,1±1,6 с. и стабилизация данного показателя на 9-10 сутки. У больных с гиперкоагуляцией отмечено постепенное увеличение активированного парциального тромбопластинового времени до 34,4±3,1 с. на 4-5 сутки оперативного лечения и до 38,8±2,8 с. на 9-10 сутки после хирургического лечения. В процессе хирургического лечения у больных с нормокоагуляцией и гиперкоагуляцией происходит удлинение активированного парциального тромбопластинового времени, но не до нормальных показателей.

Уровень фибриногена в крови больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании с нормокоагулячией и гиперкоагуляцией статистически достоверно ($p>0,05$) не изменялся на 4-5 и 9-10 сутки после оперативного лечения, что позволяет сделать вывод о нормальном протекании 3-й фазы процесса свертывания крови у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании после хирургического метода лечения.

Нами зарегистрированы изменения противосвертывающих механизмов системы гемостаза у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании с нормокоагуляцией и гиперкоагуляцией. Так, до лечения активность антитромбина Ш статистически достоверно ($p<0,05$-$0,001$) резко снижена у больных с гиперкоагуляцией и составляет 42,5±3,3% и значительно отличается от показателей группы больных с нормокоагуляцией – 72,4±3,7%. На 4-5 сутки после хирургического вмешательства происходит увеличение активности антитромбина Ш до 74,0±2,5% у больных с нормокоагуляцией и до 45,8±4,4% у пациентов с гиперкоагуляцией. Только в группе больных с гиперкоагуляцией на 9-10 сутки лечения происходит дальнейшее увеличение активности антитромбина Ш до 64,6±4,2%. Выявлено достоверное ($p>0,05$) снижение активности протеинов С и S у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании с нормокоагуляцией и гиперкоагуляцией до 0,6±0,2 (но) при госпитализации с последующим увеличением данного показателя до 0,8±0,4 (но) на 4-5 сутки после хирургического лечения и стабилизацией нормального отношения до 0,8±0,4 на 9-10 сутки после хирургического метода лечения. Происходит нормализация резистентности фактора Va к активированному протеину С у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании с нормокоагуляцией и гиперкоагуляцией на 4-5 сутки после хирургического лечения, до 0,7±0,3.

После хирургического лечения больных с гнойно-инфекционными осложнениями на фоне наркомании фибринолитическая активность крови снижалась

на 4-5 сутки у пациентов с нормокоагуляцией до 20,7±0,3 мин. и с гиперкоагуляцией до 22,5±0,1 мин. с последующим снижением на 9-10 сутки до 15,8±0,2 мин. в группе больных с нормокоагуляцией и до 20,7±0,1 мин. с гиперкоагуляцией.

Таким образом, показатели системы гемостаза у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне наркомании после применения хирургической тактики лечения, заключающейся в вскрытии, некрэктомии и санации гнойных очагов, показало, что хирургический метод лечения не оказывает влияния на показатели системы гемостаза. Имеющиеся нарушения в свертывающей системе крови, требуют комплексного лечения с применением коррекции дисгемостаза.

УРОВЕНЬ ГРЕЛИНА У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ

Крапивина Н.А., Артымук Н.В.,
Тачкова О.А., Костин В.И.
Городская клиническая больница №3 им. М. А. Подгорбунского, Кемерово

Факторы развития ожирения имеют широкий диапазон и могут воздействовать как совместно, так и обособленно. Наиболее значимыми из них являются переедание и гиподинамия, которые приводят к формированию положительного энергетического баланса, а также генетическая предрасположенность, нарушения эндокринной системы, психические и эмоциональные расстройства, дисфункция гипоталамических центров голода/насыщения, нарушения пищевого поведения и др. Одним из факторов, участвующих в регуляции пищевого поведения является грелин - гормон пептидной природы, включающий 28 аминокислотных остатков, продуцируемый популяцией эндокринных клеток слизистой дна и антрального отдела желудка. Грелин по сути является «гормоном голода», составным компонентом системы краткосрочной регуляции голода, воздействует на аркуатные ядра гипоталамуса, контролирующие энергетический гомеостаз.

Цель. Изучить уровень грелина у женщин молодого возраста, страдающих ожирением

Материалы и методы. Обследовано 35 женщин в возрасте от 20 до 39 лет, средний возраст женщин составил 30,5±5,5 года. I группа (основная) – 24 пациентки с выраженным ожирением ИМТ 37,74±6,24 кг/м^2, II группа (сравнения) – 11 женщин с нормальной массой тела. Проводилось клиническое обследование пациенток, оценка антропометрических показателей: рост, вес, объем талии (ОТ), объем бедер (ОБ) с вычислением коэффициента ОТ/ОБ. Определяли объем жировой ткани: общей (ОЖТ), висцеральной (ВЖТ) и подкожной (ПЖТ). Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался по формуле ВОЗ (1997). Исследование уровня лептина, инсулина, эстрона, пролактина, тестостерона, кортизола крови проводилось на 5-6 день методом ИФА с использованием стандартного набора реактивов «DSL» (USA). Содержание грелина (70 исследований) определяли методом «конкурентного» ИФА с помощью стандартного набора для определения грелина фирмы «Phoenix Pharmaceuticals» (USA) в соответствии с прилагаемыми инструкциями. Уровень грелина в сыворотке крови оценивали натощак после 12-ти часового голодания и через 2 часа после пищевой нагрузки в среднем на 415 ккал. Уровень гликемии в сыворотке капиллярной крови определялся после 12-часового голодания на анализаторе «ЭКСАН-Г». Резистентность к инсулину выявляли методом оценки «минимальной модели» гомеостаза с определением показателя HOMA-R. Использовали голландский опросник DEBQ для выявления ограничительного, эмоциогенного и экстернального типов пищевого поведения. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета программ «STATISTICA for WINDOWS 5.0» с вычислением средней величины (M), среднего квадратичного отклонения (σ), непараметрического критерия Манна-Уитни. Исследование взаимосвязи между количественными признаками проводилось определением коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Во всех случаях уровень значимости p принимали менее 0,05.

Результаты. Содержание грелина как натощак, так и после еды в обеих группах женщин статистически значимо не различалось. В I группе, также как и во II группе обследуемых уровень грелина натощак был достоверно ниже, чем после пищевой нагрузки (p=0,002 и p=0,017). Анализируя чувство голода выявлено, что пациентки с ожирением испытывали ощущение голода перед приемом пищи только в 1/3 случаев, в отличие от большинства женщин с нормальной массой тела (p=0,021). У женщин I группы отмечено статистически значимое отличие уровня грелина натощак в зависимости от степени тяжести ожирения с наиболее низким показателем при III степени - 106,4±2,74 нг/мл и более высоким при II степени ожирения - 113,2±1,53 нг/мл (p<0,001).

Пациентки основной группы были разделены на две подгруппы – соблюдающие гипокалорийную диету (n=14) и не придерживающиеся диеты (n=10). В подгруппе женщин с ожирением без соблюдения диеты состав пищи отличался повышенным количеством калорий и жиров. Содержание грелина натощак в подгруппе пациенток с ожирением, соблюдающих гипокалорийную диету, было статистически значимо выше, чем у женщин с ожирением без соблюдения диеты и составляло 112,19±2,73 и 109,57±3,47 нг/мл соответственно (p=0,049). Уровень грелина после пищевой нагрузки в обеих подгруппах не различался (p=0,874). В подгруппе пациенток с ожирением без соблюдения диеты значение грелина натощак было достоверно ниже, чем после еды – 109,57±3,47 и 113,81±3,48 нг/мл (p=0,014). Чувство голода перед едой испытывало 50% пациенток без диеты и 21,43% больных, соблюдающих диету (p=0,306). В I группе у женщин с ограничительным пищевым поведением уровень грелина натощак был достоверно ниже, чем при экстернальном типе пищевого поведения – 109,18±3,61 и 113,33±2,05 нг/мл (p=0,010), при этом содержание грелина после еды было значимо выше при ограничительном и не отличалось при экстернальном типе пищевого поведения (p=0,042 и