

ванным остаются вопрос об участии липидов в этих процессах, как главных компонентов миелиновых мембран. Поэтому целью нашей работы было изучение изменений фосфолипидов в различных отделах спинного мозга кроликов при экспериментальном аллергическом энцефаломиелите.

Исследования проводили на 6 контрольных животных и 5 в паралитической стадии заболевания. Экспериментальный аллергический энцефаломиелит вызывали путем введения энцефалитогенной эмульсии, содержащей гомологичный миелин спинного мозга. Фосфолипиды выделяли по методу Блайя-Дайера и далее разделяли с помощью двумерной тонкослойной хроматографии в системах Брокхьюза. Количественное определение фосфолипидов проводили с помощью метода Васьковского [4].

В результате исследования в контроле и при экспериментальном аллергическом энцефаломиелите нами были обнаружены и идентифицированы следующие фосфолипиды: лизофосфатидилхолин, сфингомиелин, фосфатидилхолин, фосфатидилсерин, фосфатидилинозитол и фосфатидиэтанолламин. Кроме того, в паралитической стадии во всех отделах спинного мозга кроликов были обнаружены следовые концентрации лизофосфатидилэтанолламина.

Установлено, что при тяжелой форме экспериментального аллергического энцефаломиелита происходят количественные изменения в составе фосфолипидов. В шейном и грудном отделах спинного мозга происходит незначительное снижение фосфолипидов в среднем на 2-3%. Более глубокие изменения наблюдаются в поясничном (на 5%) и крестцовом (на 10%) отделах. Суммарное количество фосфолипидов, по отношению к контрольной пробе, снижается в среднем на 16,7%. Изменения касаются в основном функционально – активных, заряженных фосфолипидов: фосфатидилинозитола и фосфатидилэтанолламина.

Таким образом, можно заключить, что инициация экспериментального аллергического энцефаломиелита вызывает изменения в липидной фазе мембраны в различных отделах спинного мозга кроликов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Таранова Н.П. Липиды центральной нервной системы при повреждающих действиях. – Л.: Наука, 1988. – 155 с.
2. Рассеянный склероз. Избранные вопросы теории и практики. Под редакцией И.А.Завалишина, В.И. Головкина, М.: 2000. – 640 с.
3. Гусев Е.И., Демина Т.Л., Бойко А.Н. Рассеянный склероз. – М: 1997.-378 с.
4. Vaskovsky V.E., Kostetsky E.V., Vasendin J. A universal reagent for phospholipid analysis. // J. Chromatogr. - 1975. - Vol. 144. - P. 129-141.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РИДОСТИНА И ЭСПАЛИПОНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ

Конопля А.А., Петров С.В.,
Газазян М.Г., Гаврилюк В.П.

*Курский государственный медицинский университет,
Курск*

Первое место среди хронических воспалительных заболеваний придатков занимает хронический сальпингоофорит (ХСО). Достаточно перспективными в настоящее время являются исследования иммунного, цитокинового и антиоксидантного статусов у таких больных.

Целью исследования явилось изучение клинико-иммунологической эффективности применения ридостина и эспа-липона в лечении больных ХСО.

Исследование проводилось на 41 пациентке репродуктивного возраста (17-30 лет), страдающих хроническим сальпингоофоритом, на базе городского родильного дома г. Курска, которые были разделены на 2 группы. 1 группа (21 пациентка) получала традиционное лечение (антибиотикотерапия, анальгетики, эубиотики, трихопол). Во 2-й группе (20 пациенток) женщины дополнительно получали ридостин (внутримышечно по 8 мг 4 раза с интервалом 24 часа) и эспа-липон (по 0,6 внутрь 30 раз с интервалом 24 часа). Всем женщинам проводилась лечебно-диагностическая лапароскопия. Контрольную группу составили 10 здоровых доноров-добровольцев. В нашей работе тяжести состояния больных ХСО определялась при помощи специальной шкалы, основанной на методике последовательного (секвенциального) анализа, предложенного А. Вальдом. Для построения диагностической таблицы были взяты традиционно используемые в гинекологической практике симптомы.

У пациентов с ХСО, по сравнению со здоровыми донорами, установлено снижение содержания CD4-лимфоцитов, процентного содержания NK-клеток (CD16), CD25, CD95, HLA-DR-лимфоцитов, активности каталазы и фагоцитарной активности полиморфоядерных лейкоцитов, но повышение CD8-лимфоцитов, концентрации IgG и IgA, провоспалительных цитокинов (ФНО α , ИЛ-1 β , ИЛ-6 и ИЛ-4) и малонового диальдегида без изменения кислородзависимой активности нейтрофилов периферической крови. При оценке состояния больных по предложенной шкале оказалось, что у 52% в прогностическом плане было легкое состояние, у 24% – средней тяжести и у 24% – тяжелое.

После проводимого традиционного лечения наблюдается нормализация содержания CD4 и CD25-лимфоцитов, остальные изученные показатели иммунного, цитокинового и антиоксидантного статусов остались без изменения по сравнению с таковыми на момент поступления в клинику. Применение традиционной схемы лечения в сочетании с ридостином и эспа-липоном приводит дополнительно к нормализации содержания CD8, HLA-DR, CD16-лимфоцитов, IgA и IgG, фагоцитарного числа и индекса активности нейтрофилов, ИЛ-1 β и активности каталазы.

Оценка тяжести состояния в динамике заболевания показала, что при этих способах лечения потенциально тяжелых больных не было. Оставались пациенты с прогнозируемым состоянием средней тяжести: на фоне традиционной терапии – 45% пациентов, при применении ридостина и эспа-липона – 19%, остальные больные были с легким течением заболевания.

Таким образом, включение в комплексное лечение больных ХСО ридостина и эспа-липона нормализует большее количество измененных показателей иммунного, цитокинового и антиоксидантного статусов по сравнению с традиционной схемой лечения, при этом предложенная схема лечения обладает выраженным клиническим эффектом.

СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРОГНОЗА ИСХОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА

Костюченко К.В., Граменицкий А.Б.,
Павлычев Р.Х., Колобанов А.А., Уманский В.А.
МКУЗ МСЧ ОАО «Автодизель»,
Кафедра госпитальной хирургии ЯГМА,
Ярославль

Современная концепция хирургического лечения распространённого перитонита дифференцирует подходы к виду хирургической тактики в зависимости от вида экссудата. Целесообразность традиционного метода (ТМ) доказана при серозном и серозно-фибринозном перитоните. Неудовлетворительные результаты хирургического лечения распространённого гнойного перитонита (РГП), полученные при использовании традиционных методов, дали основания для разработки и широкого внедрения в хирургическую практику открытого метода - метода программированных релапаротомий (ПР). Выбор метода зависит от качества оценки исходных данных, среди которых важнейшими являются: интраоперационные данные и результаты периперационного обследования. Созданные шкалы оценки тяжести состояния пациентов в ряде случаев являются информативными, но не всегда предназначены для индивидуального прогнозирования [В.С.Савельев, 2004]. Наиболее интересными работами, описывающими методы прогнозирования исходов хирургического лечения, являются публикации W.A.Knaus, в которых прогноз летальности определяется следующим образом [W.A.Knaus, 1985]: $\text{Logit} = -3,517 + [\text{APACHE II score}] \times 0,146$; $\text{Predicted Death Rate} = e^{\text{Logit}} / (1 + e^{\text{Logit}})$.

Доказательство информативности признаков, симптомов и их сочетаний в отношении прогноза является весьма трудоёмкой задачей и требует применения специальных программ обработки данных. Однако, именно этот путь, по нашему мнению, является наиболее аргументированным. Наиболее простым методом, позволяющим охарактеризовать зависимость летальности (или возникновения тактически важных осложнений) от данных периперационного обследования является составление таблиц с градуировкой полученных результатов обследования и соответствующими результатами лечения. Как правило, более значительное отклонение от известных нор-

мальных показателей коррелирует не только с неблагоприятными значениями других показателей, но и с частотой возникновения послеоперационных осложнений и летальных исходов. Другим методом оценки прогноза является определение прогностической ценности симптомов, способ которого описан в известной монографии Р.Н.Fletcher «Клиническая эпидемиология». В основу этого метода положены составление четырёхпольных таблиц, применяемых обычно для расчета специфичности и чувствительности симптомов по отношению к диагнозу, и формула Байеса, использующая полученные данные. Для облегчения получения результатов при использовании этого метода необходимо программирование в среде MS Excel 2003, включающее градуировку значений диагностического теста (сочетания тестов). Данные методы можно использовать для прогнозирования в группах исследования; они не имеют отношения к индивидуальному прогнозированию [Р.Флетчер, 1998].

Для изучения влияния периперационной симптоматики на исход используются критерии, описывающие статистически значимую сопряжённость двух параметров (симптом – вариант исхода). Мы применяли для статистической оценки критерии сопряжённости Пирсона, Чупрова, непараметрический критерий χ^2 . Превышение критических табличных значений этих критериев говорят о наличии связи значений периперационного диагностического теста и исхода лечения. Расчет этих критериев в среде MS Excel 2003 более сложен, требует адаптации исходных данных с применением статистических функций, используемых для работы с базами данных.

Наибольший интерес представляют статистические методы, дающие возможность оценки индивидуального прогноза исходов и преимуществ хирургических методов. На наш взгляд, интересным является использование для этих целей функций, описывающих «вероятность принадлежности варианты к совокупности». В ходе предварительной обработки необходимо при помощи функций, работающих в базах данных определить совокупность вариант с избранным набором критериев и отразить их в одном столбце. Применение функции MS Excel 2003 ZТЕСТ позволяет определить статистическую вероятность принадлежности варианты к этой совокупности [В.М. Зайцев, 2003]. На основе предшествующих результатов можно определить вероятность принадлежности вариант к совокупности выживших и умерших и сравнить их в группах ТМ и ПР. Этот способ позволяет на основании избранного для тестирования критерия статистическими средствами определить как прогноз исходов, так и наиболее целесообразный метод хирургического лечения РГП. Цензурирование выборки может увеличить ценность полученных выводов. Первый опыт такого анализа, проведённого в отношении критерия «периперационное количество симптомов SIRS» показывает, что при наличии 2,7-3 симптомов SIRS наиболее целесообразно применение метода ПР (с целью статистического уточнения результатов количество критериев может быть градуировано с шагом 0,1, хотя фактически их количество может быть только целым числом).