ОЦЕНКА УРОВНЯ ИЛ-2 И ИЛ-10 В СЛЕЗНОЙ ЖИДКОСТИ БОЛЬНЫХ ОФТАЛЬМОГЕРПЕСОМ

Дербасова Н.Н.
МУЗ «Клинико-диагностический центр г. Владивостока», ГАРЦ

Цель настоящей работы заключалась в изучении локального уровня цитокинов у больных при различных формах офтальмогерпеса.

Для оценки цитокинового статуса были проведены исследования слезной жидкости у 36 пациентов больных различными формами офтальмогерпеса в возрасте от 16 до 73 лет.

Для количественной оценки цитокинов (ИЛ-2, ИЛ-10) был использован метод сэндвич-варианта твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты проведенного анализа показали, что у больных с различными формами офтальмогерпеса наблюдалась разная частота обнаружения интерлейкинов (ИЛ-10 и ИЛ-2). При этом частота обнаружения ИЛ-10 у больных герпетическим кератоконъюктивитом выше, чем у пациентов с герпетическим конъюктивитом, кератитом, керато-увеитом. В то же время мы видим: самый высокий уровень ИЛ-2 (4,59±1,63) приходится на герпетический конъюктивит. При герпетическом кератите его уровень составляет 3,42±2,56 пкг/мл, при герпетическом керато-увеите – 1,97±0,82 пкг/мл, при герпетическом кератоконъюктивите – 2,94±1,71 пкг/мл.

Поскольку интерлейкины являются местными регулирующими факторами иммунного ответа, которые секретируются непосредственно в глазу, то мы изучили изменение содержания ИЛ-2 и ИЛ-10 в слезной жидкости. Результаты показывают, что содержание ИЛ-2 у всех обследованных пациентов существенно выше, чем в группе контроля ($p \leq 0,05$). В то же время продукция ИЛ-10 у больных с герпетическим поражением органа зрения снижена ($p \geq 0,05$).

Замечено различное содержание ИЛ-10 в слёзной жидкости у больных офтальмогерпесом в зависимости от формы заболевания. При герпетическом керато-конъюктивите его уровень выше, чем у пациентов с герпетическим конъюктивитом, кератитом, керато-увеитом. В то же время мы видим: самый высокий уровень ИЛ-2 (4,59±2,42) приходится на герпетический кератит. При анализе частоты встречаемости клинических форм офтальмогерпеса можно отметить, что более распространён герпетический конъюктивит (50%). Значительно реже встречается герпетический керато-увеит (8%) и герпетический увеит (8%).

ВЛИЯНИЕ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РАКА ЯИЧНИКОВ

Дзасохов А. С., Ротобельская Л.Е.
Московский областной онкологический диспансер, Балашиха, ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина, лаборатория медицинской кибернетики, Москва

С целью оценки воздействия нормобарической оксигенации (НБО) на эффективность адъювантной цитостатической терапии рака яичников было предпринято исследование, в котором участвовали 110 пациенток 5 онкологического (гинекологического) отделения МООД. Исследуемая группа состояла из 53 больных, контрольная из 57 больных. Представители обеих групп достоверно соответствовали друг другу по исходному статусу (возрастные, физиологические характеристики, распределение по стадиям и гистологическому строению опухоли). В обеих группах пациентки получали цитостатическое лечение по схеме CP после циторедуктивных операций по поводу рака яичников. Достоверных расхождений в объёме оперативного лечения в этих группах нет. Нормобарическую оксигенацию осуществляли у пациенток исследуемой группы в соответствии со «способом лечения тканевой гипоксии», патент на изобретение № 2184553.

При этом получены следующие данные: в исследуемой группе полная регрессия составила 56,6%, частичная регрессия – 34%, стабилизация – 9,4%. В контрольной группе распределение было другим: полная регрессия – 68,4%, частичная – 17,5%, стабилизация – 14,1 %.

Очевидно, что частота полных регрессий больше в контрольной группе, а в исследуемой группе больше частота частичных регрессий. Однако, при сопоставлении эффективных ответов на цитостатическое лечение (сумма частичных и полных регрессий), выявлено, что большее число эффективных ответов получено в исследуемой группе: 90,6% против 85,9%.

Полученные данные позволяют считать, что адъювантная полихимиотерапия при раке яичников более эффективна в сочетании с нормобарической оксигенацией.

ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ОБРАЩАЮЩИХСЯ ЗА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Кахаров А.М., Рахимов Х.К
МСЧ № 2, Калининград

Сегодня в мире каждая третья смерть обусловлена алкоголизмом. В виду того, что в последние годы возросла обращаемость больных алкоголизмом с травмой за хирургической помощью, а состояние алкоголизации отрицательно влияет не только на процесс заживления ран, но и на весь организм в целом, мы искали новые подходы по избавлению больных от алкогольной зависимости.

С 1998 по 2005 годы в МСЧ №2 в хирургический кабинет за помощью обратились более 20 000 человек с травмами и различными хирургическими и соматическими заболеваниями (фурункул, карбункул, панариций, рожистое воспаление, сахарный диабет, атеросклероз сосудов нижних конечностей, панкреатит, гепатит, нефрит и т.д.). Из них более 500 человек страдали алкогольной зависимостью и имели различные серьезные функциональные нарушения со стороны таких жизненно-важных органов как печень, почки, поджелудочной и предстательной железы. На фоне десенсибилизирующей, антиэкссудативной, противовоспалительной и антибиотикотерапии, также проводилась опосредованная суггестивная плацеботерапия по избавлению этих больных от алкогольной зависимости при помощи гепатопротектора. В результате проведенной терапии перестали употреблять спиртные напитки около 87,5% больных.

А у 12,5% пациентов, которые в силу разных причин (реклама ТВ, свадьбы, поминки, презентации и т.д…) продолжали злоупотреблять спиртные напитки, в ранние сроки (спустя 7-9 месяцев) наблюдались различные осложнения:

1. Цирроз и рак печени, асцит, гипертония, инфаркт миокарда, инсульт - 41%.
2. Заболевания и пухоли мочеполовой системы - 32%.
3. Поражение поджелудочной железы с последующим сахарным диабетом 15%.
4. Облитерирующий атеросклероз сосудов (гангрена нижних конечностей и пальцев стоп…) - 12%.

Поиск новых методов лечения алкоголизма в таких условиях позволил выработать новую схему психологического воздействия. Сама по себе эффективность психотерапии при лечении алкоголизма прямо пропорционально желанию больного лечится, а желание избавится от алкогольной зависимости у большинства больных возникает редко. Поэтому применяя целенаправленную терапию мы убедились, что ее эффективность резко возрастает во время обращения за хирургической помощью, что скорее всего связано с желанием больного избавится от физического страдания, что выражается в готовности больного подчиняться любым указаниям врача-хирурга.

Таким образом, на основании нашего 7 летнего опыта полученного во время работы в хирургическом кабинете МСЧ № 2 (при заводе «Янтарь»), мы пришли к выводу, что метод опосредованной психотерапии с применением гепатопротектора «КАМ» на фоне хирургического лечения больных страдающих алкоголизмом, позволяет избавить больных не только от алкогольной зависимости, но и предупредить развитие серьезных осложнений со стороны печени, почек, поджелудочной и предстательной железы.

ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГРАММИРОВАННОЙ РЕЛАПАРОТОМИИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЁННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Костюченко К.В., Рыбачков В.В., Павлычев Р.Х.
МКУЗ МСЧ ОАО «Автодизель»,
Кафедра госпитальной хирургии ЯГМА,
Ярославль

Проблема распространённого гнойного перитонита (РГП) и абдоминального сепсиса является актуальной как с медицинских, так и с экономических позиций. В настоящее время существует два основных метода хирургического лечения РГП: традиционный метод и метод программированных санационных релапаротомий (ПСР). Хирургическая наука прошла долгий путь, прежде, чем эффективность агрессивных ПСР была признана и получила широкое распространение [В.К.Гостищев, 2002, В.С.Савельев, 2004]. Основными показаниями к применению этого метода считаются РГП и послеоперационный перитонит. Неотъемлемой составляющей ПСР считается интестинальная декомпрессия, исходной целью которой является снижение внутрикишечного давления. Применение интестинальной декомпрессии показано при некрозе и резекции тонкой кишки, кишечной непроходимости, травме стенки кишки при рассечении спаек или от других причин. Наиболее безопасным методом интестинальной декомпрессии является, по нашему мнению, назоинтестинальная декомпрессия, относительными противопоказаниями к которой необходимо считать массивный спаечный процесс в брюшной полости и нарушение функции дыхания. По нашим данным, применение тотальной (субтотальной) назоинтестинальной интубации в тех случаях, когда она абсолютно показана, при всех видах хирургического пособия приводит к 28%-ному снижению летальности. Наиболее существенным является адекватное определение показаний к переходу на метод ПСР. Развитие послеоперационного продолжающегося перитонита является простым и понятным поводом для перехода на этот тактический вариант. По нашим данным, первичный выбор ПСР показан при периоперационном балле шкалы APACHE II [15-20]. Ухудшение состояния пациента приводит к негативным результатам лечения независимо от избранной хирургической тактики [K.V.Kostyuchenko, 2004].

Выполнение ПСР – технически непростая и травмирующая пациента процедура. Основной опасностью при её выполнении является кровотечение из слизистой органов желудочно-кишечного тракта. Обычно, объём кровопотери не превышает 100-150 мл, но в ряде случаев может наблюдаться массивная кровопотеря. Технически правильно выполненная интубация кишечники не допускает перегибов интубационного зонда, которые также могут явиться причиной ишемии и деструкции стенки кишки с последующим кровотечением. Режим санации кишечника через интубационный зонд индивидуален, однако, мы рекомендуем проводить её 2-3 раза в сутки, что позволяет выполнить удаление токсического содержимого, наладить эффективный пассивный отток и не