

привести к потере электролитов. Важным дополнением к этой процедуре является введение в просвет кишечника оксигенированных и питательных смесей. При возникновении признаков кровотечения необходимо проводить гемостатическую терапию и терапию синдрома повреждения желудка [Б.Р.Гельфанд, 2003]. Если кровотечение на фоне терапии продолжается, необходимо решить вопрос об удалении зонда. Для констатации недостаточности функции кишечника нами применяется норма кишечного отделяемого в сутки – 1000 мл. Удаление интубационного зонда проводится на 3-5 сутки при благоприятном течении болезни, но у ряда целесообразно оставлять зонд до 9-10 хирургических суток.

Мы имеем опыт хирургического лечения более тысячи пациентов с РГП (в группу исследования вошли 236 пациентов). Летальность при использовании ПСР на 12% меньше, чем при выборе традиционного метода. Однако, существует проблема адекватности выбора хирургической тактики. У 8% пациентов с другим видом экссудата недостаточно обоснован переход к методу ПСР. Об этом говорит зафиксированный в группе исследования низкий балл шкалы АРАСНЕ II (менее 10) и быстрый регресс органной дисфункции. Как наиболее травмирующий ткани и дорогой, метод ПСР не должен применяться при отсутствии дисфункции менее двух органов, у больных с поражением менее трёх анатомических регионов брюшной полости. На основе характеристики органной дисфункции, балльной оценки тяжести состояния пациентов нами установлено, что применение ПСР в гинекологической практике обосновано у 10-20% пациентов, экстренно оперированных по поводу РГП. Существенным сдерживающим фактором для проведения ПСР являются возможности детоксикации, антибактериальной терапии и иммунокоррекции. Мы наблюдали случаи, когда применение мощных антибактериальных средств широкого спектра в сочетании с внутривенным введением иммуноглобулинов и сеансами ГБО приводили к регрессу полиорганной дисфункции, начиная со второго хирургического дня, и избавляли пациентов от релапаротомии «по требованию» при традиционной хирургической тактике, несмотря на тяжесть периоперационного состояния. Метод ПСР не исключает применения этих методов, хотя и является мощным оружием для «хирургической» детоксикации. Важнейшие направления послеоперационной терапии в большинстве случаев приводят к стабилизации состояния больного после второй ПСР, что соответствует нашим данным при оценке фактора «дожития» [Р. Флетчер, 1998; К.В. Костюченко, 2005].

Летальность при применении ПСР у больных с РГП хирургического профиля составила 27,8%, что на 9,6% меньше чем у пациентов, которым применены традиционные хирургические средства с применением интестинальной декомпрессии. Объективизация алгоритма выбора первичной хирургической тактики позволит более точно дифференцировать подходы к выбору хирургического пособия, определить факторы, значимые как для прогноза, так и для результатов хирургического лечения РГП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гельфанд Б.Р., Мартынов А.Н., Гурьянов В.А., Шипилова О.С. Профилактика стресс-повреждений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях. //Журнал Consilium Medicum. Приложение №2, 2003. С.16-20.
2. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л. Перитонит. Москва. Издательский дом «ГЭОТАР-МЕД». 2002. 240с.
3. К.В.Костюченко, Р.Х.Павлычев. Оценка тактических вариантов хирургического лечения распространенного гнойного перитонита при помощи фактора «дожития» в послеоперационном периоде. / Материалы II Всероссийской конференции посвященной памяти В.Ф. Войно-Ясенецкого. «Актуальные вопросы гнойно-септической хирургии». Красноярск. 2005. С.24-25.
4. Савельев В.С. (под редакцией). Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. «Триада-Х». Москва. 2004. 640с.
5. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. Williams & Wilkins. 1996. Перевод с английского языка. Медиа Сфера. Москва. 1998. 352с.
6. Kostyuchenko K.V., Rybachkov V.V., Gramenitsky A.B. The forecast of outcomes and surgical tactics in treatment of widespread peritonitis. XXXIV World Congress of the International College Of Surgeons (ICS). Quito. Equador. 2004. EX06L5109. Published in Monduzzi Editore - International Proceedings Division. Bologna. Italy. 2005. P.149-152.

ИЗМЕНЕНИЯ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫХ КАНДИДОЗАХ

Куценко И.И., Назаренко Е.И., Холина Л.А.,
Закиева В.А., Лузум А.Е., Боровиков И.О.

*Кубанский государственный
медицинский университет,
Краснодар*

Нами обследовано 260 женщин, из них: 72 – контрольная группа условно здоровых женщин (I группа) и 188 женщин с рецидивом вульвовагинального кандидоза (II группа). Рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз (РВБК) диагностировался на основании клиники и микробиологического (цитологического и культурального) исследования. Цитохимические исследования макрофагов слизистой уретры и цервикального канала - кислой фосфатазы (КФ), миелопероксидазы (МПО) и неспецифической эстеразы (НЭ) проводили с целью определения их активации в условиях патологического процесса и воздействия иммуномодуляторов. Концентрацию цитокинов (IL-1 β , IL-6, IFN γ , TNF α) в сыворотке крови и в слизи определяли твердофазным иммуноферментным методом с использованием наборов и по прилагаемым методикам (Caltag Laboratories, USA). У женщин, больных рецидивирующим ВБК в анализах популяционного и субпопуляционного состава лимфоидных клеток цервикального канала обнаружено почти одной степени выраженности достоверное снижение, по сравнению с

контролем, процентного содержания CD4+ при сохраненной концентрации Т-киллеров. В связи с этим соотношение CD4+/CD8+ также снижалось. Резко увеличивалось содержание активированных лимфоцитов CD69+ и естественных клеток киллеров. Патогномоничным для данного вида инфекции, явилось постоянно обнаруживаемое достоверное снижение количества клеток, несущих мембранный рецептор к IL-2 (CD25+). При этом абсолютно ожидаемым явилось увеличение содержания В-лимфоцитов. Выявляемая активность ферментов в макрофагах цервика-вагинальной зоны имеет выраженную тенденцию к увеличению по сравнению со здоровыми людьми. Но, если активность МПО увеличивалась всего лишь на 11-15%, то активность КФ - на 24-37, а НЭ - на 43-53%. Таким образом, проведенные исследования показали, что определение цитохимически выявляемой активности ферментов в макрофагах цервика-вагинальной зоны отражает, во-первых, наличие, развитие и, отчасти, степень выраженности воспалительного процесса, индуцированного инвазией инфекционного агента и, во-вторых, является легко воспроизводимым косвенным критерием активации иммунной системы в условиях направленных терапевтических воздействий.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФЕНОТИПА ОКИСЛЕНИЯ С ТИПОМ ГЛП У БОЛЬНЫХ ИБС ПРИ ФАРМАКОТЕРАПИИ БЕЗАФИБРАТОМ

Маль Г.С., Шанин П.В.,

Алыменко М.А., Калайчева И.Б.

Курский государственный медицинский университет

Целью исследования явилось определение возможности взаимосвязи между типом ГЛП и исходными показателями окислительного метаболизма у больных ИБС при фармакотерапии безафибратом.

В исследование было включено 92 мужчины в возрасте от 41 до 59 лет ($52,2 \pm 6,8$) с ИБС и первичной ГХС или ГТГ.

Скорость окислительных процессов устанавливали путем определения у испытуемых в течение суток концентрации пиридиноксиданта (пармидина) в слюне через 3, 6, 9, 12, 24 часа после его перорального приема в дозе 10 мг/кг, с последующим расчетом параметров фармакокинетики препарата.

Фенотип окислительного метаболизма оценивали по периоду полужизни пармидина ($T_{1/2}$). Границы фенотипических групп: $T_{1/2} < 9$ час. - «быстрые», $T_{1/2} = 9-15$ час - «медленные» и $T_{1/2} > 15$ час. - «очень медленные» окислители. Использовалась методика определения пармидина в биожидкостях (слюна), с последующим количественным определением его содержания методом высокоэффективной жидкостной хроматографии на отечественном приборе «Милихром».

По скорости окислительного метаболизма пациенты ИБС распределились следующим образом: соотношение пациентов с «быстрым», «медленным» и «очень медленным» типом метаболизма составило 31%- 56%- 13%.

Анализ полученных результатов показал, что умеренный гипотриглицеридемический эффект был зарегистрирован у больных ИБС с изолированной ГТГ при наличии «быстрого» фенотипа окисления, уровень ТГ при этом снизился на 28% ($p < 0,05$) за счет уменьшения ХС ЛОНП на 35% ($p < 0,001$). В группе лиц с «медленным» фенотипом окисления был зарегистрирован выраженный гипотриглицеридемический эффект (35%, $p < 0,001$), реализовавшийся за счет снижения ХС ЛОНП на 43% ($p < 0,001$).

Следует отметить, что в исследуемой группе больных ИБС с изолированной ГТГ был получен более выраженный гипотриглицеридемический эффект у лиц с высоким базальным уровнем ТГ как в подгруппе «быстрых», так и «медленных» окислителей.

Анализ гипотриглицеридемической эффективности безафибрата при сочетанной ГТГ показал, что выраженная гипотриглицеридемическая активность отмечена у лиц с «медленным» фенотипом окисления, так как уровень ТГ снизился на 35% ($p < 0,05$). При этом в исследуемой группе у лиц с «быстрым» фенотипом окисления уровень ТГ снизился на 30% ($p < 0,05$). Следовательно, у больных с изолированной и сочетанной ГТГ отмечена общая тенденция получения выраженного гипотриглицеридемического эффекта при фармакотерапии безафибратом при наличии «медленного» фенотипа окисления.

Таким образом, определение скорости окислительного метаболизма препарата в печени, позволяет оптимизировать фармакологическую коррекцию у больных ИБС с изолированной и сочетанной гиперлипидемиями.

ДИАГНОСТИКА ВОЛОС ПРИ АЛОПЕЦИЯХ

Метляева Н.Б., Юцковская Я.А., Малова Т.А.

*МУПВ «Врачебная косметологическая лечебница»,
Владивосток*

Облысение, безусловно, является проблемой социальной, доставляющей значительный психологический дискомфорт людям, начавшим терять волосы, и поэтому требуются ранние методы диагностики, позволяющие достигнуть положительных результатов в процессе лечения.

Одним из таких методов, надежно способствующих выявлению признаков облысения на уровне кожи волосистой части головы и волосяных фолликулов на раннем этапе является метод - микровидеодиагностики. Он позволяет изучить состояние луковиц и стержней волоса, произвести их замеры, оценить повреждения, определить толщину стержня и количество волос на единицу площади, составить трихограмму.

Съемная видеокамера показывает состояние кожи волосистой части головы, появление новых волос на месте облысения, усиление пигментации обесцвеченных и ослабленных волос, позволяет оценить качество кровоснабжения, активность сальных желез.

Цель исследования: микровидеодиагностика волос при алопециях.

Из наиболее часто встречающихся форм облысения является андрогенетическая алопеция. Ее часто