темпами старения: ускоренным (БВ выше ДБВ на 4,3 года), физиологическим (БВ приблизительно равен ДБВ) и замедленным (БВ меньше ДБВ в среднем на 4,6 года). Индекс полиморбидности ускоренно стареющих людей (5,8±0,3) достоверно превышал аналогичный показатель у пациентов с замедленным темпом старения (4,5±0,2). Установлены высокие значения ПССОФ, свидетельствующие о более выраженной межсистемной дезинтеграции функций при ускоренном (1856±41), чем при замедленном старении (1564±37). До начала реабилитационного вмешательства отмечена активация уровня перекисного окисления липидов - первичных диеновых конъюгат (0,348±0,007 ед. А/мл), диенкетонов – до 0,093±0,004 ед. А/мл.; вторичных – увеличение малонового диальдегида до 4,05±0,010 мкМ/л. Со стороны антиоксидантной системы найдено снижение активности супероксиддисмутазы (СОД - 223,8±1,4 У.Е./мл Эр), глутатионпероксидазы (54,8±0,7 мМглутSH/мл Эр.) и антиагрегационной способности сосудистого эндотелия, повышение уровня реактивной тревожности (51,65±11,19(ő) баллов). После проведения восстановительного лечения в течение 21 дня установлено статистически значимое улучшение показателей гомеостаза реабилитируемых стареющих пациентов. Снизилась активность перекисного окисления липидов: диеновых конъюгатов (до 0,245±0,007 ед. А/мл), диенкетонов (до 0,072±0,002 ед. А/мл), МДА (до 3,16±0,004 мкМ/л, $p<0,05$). Статистически значимо увеличилась активность фермента СОД до 254,6 ±3,4. Повысилась антиагрегационная активность сосудистого эндотелия, т.е. возросла антитромбогенная способность. Уровень реактивной тревожности понизился и составил (40±9,9 баллов). Показатель биологического возраста, свидетельствующий об интегральном функциональном состоянии организма, несколько снизился (в среднем на 1,5 года). Реабилитационные мероприятия оказывали координирующее влияние на внутри- и межсистемные взаимосвязи в организме стареющего человека. В течение реабилитационного периода усилились корреляционные связи между показателями функционального статуса, что свидетельствовало о формировании иного, более стабильного способа функционирования в условиях изменившихся внутренних взаимосвязей организма на новом уровне его целостности. Эффективность восстановительного лечения в группе из 121 пациента отмечена у 82%, у 15% изменений в состоянии не произошло, у 3% пациентов пришлось прервать курс из-за ухудшения общего самочувствия.

Таким образом, даже однократный курс комплексного восстановительного лечения улучшает функциональное состояние людей пожилого и старческого возраста, у которых при соблюдении адекватности воздействия развивается быстрый позитивный ответ на реабилитационное вмешательство. Следует подчеркнуть, что дискуссии о целесообразности реабилитации людей старшего возраста в цивилизованном обществе неэтичны и напоминают дискриминацию по возрасту. Правильно организованная комплексная медицинская и медико-социальная реабилитация способствует повышению качества жизни людей старшего возраста даже на фоне полиморбидности, а гериатрия без реабилитации бессмысленна.

СОВРЕМЕННОЕ МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК

Грехнёв В.В., Сотниченко Б.А., Нагорный В.М., Мазалов В.В., Филиппов А.Г.
МУЗ ГКБ №2, Владивосток

Пациенты с гнойно-деструктивными заболеваниями почек составляют от 1 до 16% всех больных с гнойными заболеваниями, летальность при них достигает 8,9 – 25,5%.

Целью нашего исследования является сравнительная оценка эффективности малоинвазивных методов лечения абсцессов почек с традиционными.

За период с 1994г. по 2003г., в урологических отделениях МУЗ ГКБ №2 г. Владивостока по поводу абсцессов почек находилось на лечении 52 пациента в возрасте от 16 до 76 лет. Среди больных преобладали мужчины – (76,9%). В контрольную группу вошли 17 пациентов, которые оперированы традиционным методом. Основная группа была представлена 35 пациентами, которым хирургическое пособие осуществлено методом чрезкожного пункционного дренирования гнойников по методике Сельдингера. Состав основной и контрольной групп практически был одинаковым.

На основании данных ультрасонографии и КТ все абсцессы почек нами классифицированы на малые (до 2 см., в диаметре), средние (до 4 см., в диаметре), большие (от 4 до 8 см., в диаметре) и гигантские (более 8 см.).

В основной группе средние абсцессы были у 16, большие у 17 и гигантские – у 2 пациентов. В контрольной группе абсцессы средних размеров были у 7, больших размеров у 10 больных.

В контрольной группе все больные были подвергнуты традиционным оперативным вмешательствам, заключающимся в люмботомии, дренировании абсцесса почки и околопочечной клетчатки, в независимости от размеров и сегментарной принадлежности. К интервенциональной тактике в основной группе, прибегали при наличии средних, больших и гигантских гнойников. Большие и гигантские абсцессы дренировали двумя и более дренажами. Все традиционные операции выполнялись под общим интубационным наркозом, перкутанное пункционное дренирование выполнялось под местной анестезией.

После установки дренажей проводили механическое отмывание полости от секвестров, сгустков и детрита. Контроль эффективности дренирования осуществлялся с помощью динамической полипозиционной ультросонографии. Уменьшение размеров гнойника, отсутствие гипертермии и признаков интоксикации свидетельствовало об успехе воздействия. Местную обработку полости гнойника антисептиками проводили до полной санации. Критерием для удаления дренажей служили отсутствие отделяемого, значительное уменьшение полости. Только отсутствие необходимости операции служило критерием успеш-

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.