

ний, гемостаза, снижение уровня интоксикации, а также соматического статуса.

Результаты: Для проведения инфузионной терапии используют центральный венозный доступ (подключичная, яремная вена). Это связано как с применением гиперосмолярных растворов (глюкозы, калия), так и с необходимостью контроля центрального венозного давления, чтобы своевременно вносить коррективы в проводимую терапию. Неправильно выбранные темп и объем инфузии у больных пожилого и старческого возраста зачастую не позволяют выполнить задачи инфузионной терапии, а иногда приводят к развитию угрожающих жизни осложнений (например, отека легких, артериальной гипотензии, сопровождающейся прerenальной олигурией). Для оценки эффективности инфузионной терапии используют показатели центрального венозного давления, артериального давления (среднее), темп диуреза, кислотно-щелочного состояния, электролитов (K^+ , Ma^+). Перед началом внутривенной инфузии для выявления признаков скрытой сердечной недостаточности проводят пробу с нагрузочным объемом: на протяжении 15-20 мин вливают 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида и в течение 30 мин наблюдают за изменением темпа диуреза и ЦВД. Отсутствие снижения центрального венозного давления и нарастания темпа диуреза могут косвенно указывать на наличие элементов сердечной недостаточности. При проведении инфузионной терапии мы рекомендуем придерживаться следующего принципа: подъем центрального венозного давления свыше 12 см вод.ст. является критерием состояния, при котором необходима коррекция терапии с использованием кардиопротективных, диуретических средств. Продолжительность инфузионной терапии в предоперационном периоде не должна превышать 2-5 суток. За это время можно скорректировать большинство имеющихся водно-электролитных нарушений. Более длительные сроки предоперационной подготовки нецелесообразны, поскольку без устранения основной патологии, проводимая терапия будет оказывать только временное положительное действие.

Одним из ключевых условий успешности хирургического лечения является тщательный контроль и коррекция уровня глюкозы сыворотки крови на протяжении всего периода госпитализации. Независимо от того, какие препараты больные применяли ранее, коррекцию гликемии при хирургическом лечении осуществляют только инсулинотерапией. Проводить ее следует под контролем уровня гликемии не реже 4-6 раз в сутки. Для достижения успеха оперативного вмешательства у больных с синдромом «Диабетическая стопа» важна полная нормализация уровня глюкозы крови, который натошак следует поддерживать в пределах до 5,0-6,5 ммоль/л, после приема пищи — менее 11 ммоль/л. Но достижение нормальных показателей глюкозы крови без ампутации — задача зачастую невыполнимая. Однако, существует 2% пациентов с синдромом «Диабетическая стопа», которых нецелесообразно, и даже опасно, переводить на инсулинотерапию. У этих больных, принимающих пероральные сахароснижающие препараты, независимо от обширности вовлечения стопы в гангренозный про-

цесс, глюкоза сыворотки крови стабильно держится в пределах 4,0-7,0 ммоль/л. Назначение инсулинотерапии у таких больных сопровождается частыми и внезапными, особенно по ночам, гипогликемическими эпизодами. Поэтому в предоперационном периоде их оставляют на пероральных сахароснижающих препаратах.

Заключение: Правильная подготовка больного с сахарным диабетом к оперативному вмешательству гарантирует гладкое течение интраоперационного периода и хороший прогноз на послеоперационный период.

013. ИЗУЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И IgE У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Хакимова Р.Ф., Камашева Г.Р.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

К значимым иммунологическим нарушениям при атопическом дерматите (АД) относят дисбаланс Th1/Th2-лимфоцитов, ведущий к повышенной секреции цитокинов, поддерживающих аллергическое воспаление в коже. Субстратом для определения маркеров системной иммунной активации может быть не только сыворотка крови, но и секрет ротовой полости (слюнная жидкость).

Цель исследования: определения уровня ИЛ-4, γ -ИФН и IgE в сыворотке и слюнной жидкости в качестве маркера аллергического воспаления у детей раннего возраста с АД.

Материалы и методы: изучено содержание ИЛ-4, γ -ИФН и IgE в сыворотке крови и слюнной жидкости у 35 детей с АД и у 8 здоровых детей раннего возраста.

Результаты: уровень IgE в сыворотке крови у здоровых детей составил $112,3 \pm 112,1$ МЕ/мл, в то время как у здоровых детей - $33,1 \pm 29,5$ МЕ/мл ($p < 0,001$). У детей раннего возраста с АД установлено достоверное повышение содержания ИЛ-4 в сыворотке крови ($11,4 \pm 5,9$ пг/мл, $p < 0,05$) на фоне снижения γ -ИФН ($12,6 \pm 3,4$ пг/мл, $p < 0,01$) по сравнению со здоровыми детьми (содержание ИЛ-4 в сыворотке — $7,2 \pm 1,28$ пг/мл; γ -ИФН — $18,3 \pm 2,4$ пг/мл).

В слюнной жидкости уровень общего IgE был достоверно выше у детей с АД ($12,4 \pm 4,2$ МЕ/мл, $p < 0,001$) по сравнению со здоровыми детьми ($2,29 \pm 0,3$ МЕ/мл). При этом повышение IgE у детей с АД сопровождалось увеличением содержания ИЛ-4 ($16,4 \pm 6,4$ пг/мл, $p < 0,01$) и снижением уровня γ -ИФН ($12,4 \pm 4,1$ пг/мл, $p < 0,05$). У здоровых детей данные показатели составили $10,6 \pm 6,2$ пг/мл и $16,8 \pm 5,2$ пг/мл соответственно.

Выводы: у детей раннего возраста с АД отмечено повышение в сыворотке крови и слюнной жидкости уровня общего IgE и ИЛ-4 на фоне снижения показателей γ -ИФН, что свидетельствует о Th2-направленности иммунного ответа.