

Пациентки, у которых после лечения сохранялся высокий уровень IgM к токсоплазме и были выявлены показатели внутриутробного инфицирования плаценты (кальцинаты, утолщение плаценты и т.д.), направлялись в инфекционный роддом с рекомендациями исследовать кровь матери и ребенка в Центре токсоплазмоза. Беременные, у которых антитела IgM к токсоплазме не обнаруживались, направлялись в роддом общего профиля с теми же рекомендациями. У всех беременных, которые получали этиотропную противотоксоплазмозную терапию, родились дети с показателями по шкале Апгар не ниже 8 баллов. У детей обнаруживались только материнские IgG антитела к токсоплазме, антитела IgM-отсутствовали.

### 083. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ СКРЫТОЙ ФАЗЫ ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА.

Дибиров М.Д., Костюченко М.В.  
ГОУ ВПО МГМСУ, Москва, Россия.

Гепаторенальные осложнения в неотложной хирургии органов брюшной полости остаются актуальной проблемой до настоящего времени, так как их встречаемость, как и смертность после них, достаточно высока. Лечение их затратно и достаточно сложно. В связи с этим важна своевременная профилактика гепаторенальных осложнений, основанная на выявлении ранней (скрытой) фазы их развития, так как это позволяет определить заранее тактику ведения пациентов с высоким риском возникновения этого вида осложнений и провести предупреждающие мероприятия.

Цель: определить наиболее характерные ранние показатели гепаторенальных нарушений у больных, экстренно оперированных на органах брюшной полости.

Материал и методы. Проведен анализ клинических и лабораторных параметров у 230 пациентов с развившимся в послеоперационном периоде гепаторенальным синдромом. Алгоритм обследования был направлен на изучение динамики клинической картины и лабораторных показателей, отражающих следующие группы синдромов: синдром эндогенной интоксикации (вещества средней молекулярной массы, билирубин, ЛИИ, индекс сдвига нейтрофилов, уровень мочевины, амилазы крови, индексы интоксикации), коагулопатию (протромбин, фибриноген, РФМК, ВК, ВСК, МНО, протромбиновое и тромбиновое время), печеночный компонент (печеночно-клеточную недостаточность и синдром холестаза) по степени гипербилирубинемии, активности АЛТ, АСТ, ЩФ, фермент-холемическому и холелипидемическому коэффициентам, ультразвуковым и доплерографическим параметрам, почечный компонент (определение клубочковой фильтрации, объема мочеотделения, креатинина, ультразвуковых и доплерографических параметров), синдром кишечной недостаточности (оценка моторно-эвакуаторной и всасывательной функции), синдром белково-энергетической недостаточности (общий белок и фракции, коэффициенты-характеристики диспротеинемии, синдром гиперкатаболизма, фибриноген),

иммунопатию (иммуноглобулины IgG, IgM, фагоцитоз). Тяжесть состояния определяли по шкале APACHE II, тяжесть органной недостаточности - по шкалам SOFA и MODS. Статистическая обработка проводилась с помощью программ MS Excel, BioStat 2008.

Результаты и их обсуждение. Все показатели определялись в динамике, что позволило охарактеризовать их изменения до клинических проявлений гепаторенального синдрома (т.е. в скрытую фазу) и при его развившихся клинических симптомах. Выявлено, что наиболее значимыми клинико-лабораторными критериями скрытой фазы гепаторенального синдрома оказались: ЛИИ (лейкоцитарный индекс интоксикации,  $\geq 3$ ), нейтрофильный индекс  $< 1$ , молекулы средней массы (МСМ  $\geq 0,400$ ), креатинин  $\geq 120$ , мочевины  $> 8,0$ , рост ферментов цитолиза, коагулопатия, появление тромбоцитопении, синдром кишечной недостаточности 1-2 стадии, снижение минутного объема мочи. Отмечено, что при наличии одновременно более шести маркеров из этой группы клинически выраженный гепаторенальный синдром у больных развивался в течение последующих 2-3 суток.

Выводы. Определение клинико-лабораторных маркеров скрытой фазы гепаторенального синдрома позволяет прогнозировать течение послеоперационного периода. Это обеспечивает своевременное выполнение профилактических и лечебных мероприятий в более ранние сроки.

### 084. СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У РАБОТАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ

Динер В.Э., Устинова О.Ю., Возгомент О.В., Аминова А.И.

Федеральное государственное учреждение науки «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровья населения» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. г. Пермь Россия

Цель исследования - изучить характер гепатобилиарных нарушений у работающих в условиях воздействия вредных производственных факторов.

Материалы и методы. В исследование включено 78 работников промышленного предприятия, производящего оборудование для нефтедобычи. В зависимости от степени влияния вредных производственных факторов все обследованные были подразделены на две группы. В основную группу (37 человек) включены работающие в условиях воздействия аэрозолей металлов и ароматических углеводородов (спекальщики, обмотчики элементов электрических машин, прессовщики, слесари механосборочных работ, шлифовщики, токари, вулканизаторщики, штамповщики, паяльщики и т. п.), у которых содержание свинца в крови превышало референтный уровень в 1,7-4,5 раза. У испытуемых контрольной группы (41 человек) концентрация свинца в крови не выходила за референтный предел. Средний стаж работы на предприятии в основной группе составил 3 года 6 месяцев, в группе контроля 2 года 9 месяцев.