

каналов сообщается с полостью левого желудочка. Причем в субэпикардиальной части их просвет, как правило, заполнен фибрином, в отличие от субэндокардиальных и средних отделов, где он может быть пустым или заполненным кровью. Наряду с этим, после ТМЛР появляются линейные – от эпикарда до эндокарда – полоски многососудистой грануляционной ткани, которые по размерам и характеру расположения, по-видимому, являются исходом «закрывшихся» каналов. Из этого вытекает основной вопрос ТМЛР: какие факторы влияют на сохранение «открытости» каналов, а значит и участия их в дополнительном кровоснабжении миокарда. В этом отношении важно наличие собственных сосудов миокарда в непосредственной близости от «открытых» искусственных каналов и отсутствие их, как правило, рядом с полосками грануляционной ткани («закрывшиеся» каналы). Этот факт позволяет предположить, что функционирование искусственно созданных каналов возможно в условиях их связи с собственными мелкими интрамиокардиальными сосудами.

Несмотря на определенные эффективные результаты методика ТМЛР требует дальнейшего изучения: определения четких показаний, объема выполнения и, естественно, оценки отдаленных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беришвили И.И., Власов Г.П., Игнатов В.Н. и др. // Ангиол. и сосуд. хир. – 1997. – № 2. – С. 21-24.
2. Галяутдинов Д.М. Коронарное шунтирование с использованием аутоартериальных трансплантатов / Автореф. канд. дис. – М., 1997.
3. Akins C.W., Dagget W.M., Vlahakes G.J. et al. // Ann. Thor. Surg. – 1997. – V. 64. – P. 606-614.
4. Keeley S.B. // Ann. Thor. Surg. – 1987. – V. 44. – P. 324-325.
5. Mirhoseini M., Cohn H., Aranki S. et al. // Ann. Thor. Surg. – 1999. – V. 68. – P. 1203-1209.
6. Muhlbaier L.H., Pryor D.B., Rankin J.S. et al. // Circulation. – 1992. – V. 86 (Suppl. II). – P. 198-204.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ВЫДЕЛИТЕЛЬСТВА КАК КРИТЕРИЙ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА

А.В. Книгавко, А.В. Аркатов, М.В. Швеи, О.В. Войт, М.А. Лесовая
Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии
им. В.И. Шаповала, г. Харьков, Украина

В связи с наблюдающимся на сегодняшний день демографическим кризисом в Украине и странах СНГ особо актуальным становится вопрос своевременной диагностики и лечения инфекций мужского полового тракта как ведущего звена в формировании мужского бесплодия. Заболеваемость уретропростатитом, как ведущей пато-

логией среди инфекций мочеполового тракта у мужчин, достигает 42% [1] среди мужчин репродуктивного, наиболее социально-активного возраста (18-50 лет). Особую опасность представляют хронические уретропростатиты и орхоэпидидимиты, которые, обладая малой клинической симптоматикой, ведут к запущенным стадиям заболевания, характеризующимся выраженными качественными изменениями спермы.

На базе проблемной лаборатории андрологии и репродукции человека кафедры урологии и андрологии ХГМУ и Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала проводились исследования этиопатогенетических факторов, влияющих на течение инфекций мужского полового тракта (ИМПТ) с целью дать практические рекомендации для оптимизации терапии у этих больных. У 187 пациентов было проведено определение степени выделительства групповых характеристик по системе АВО, определяемых в слюне и (или) сперме мужчин. Пациенты были разделены на три группы: 1-я – страдающие воспалительной патологией полового тракта (уретропростатитом, орхоэпидидимитом) – 132 человека; 2-я – мужчины со сниженной фертильностью, без этиологически выявленного уретропростатита – 18 человек; 3-я – пациенты без воспалительной патологии мочеполовых путей (гидроцеле, варикоцеле, фимоз и т.д.), составляющие контрольную группу, – 37 человек.

Степень выделительства является аутосомно-доминантно наследуемым признаком и характеризуется наличием и титром аглютиногенов системы АВО в секретируемых жидкостях: слюна, пот, слезная и синовиальная жидкости, сперма, желчь, моча. У пациентов нашей клиники степень выделительства определялась преимущественно в слюне, с учетом простоты ее получения и достаточно высоким титром выделения у секреторов. Реакция определения степени выделительства проводилась стандартными сыворотками анти-А, анти-В, анти-АВ, и анти-Н для группы крови О. Экстракт из залитой соответствующей сывороткой марли с высушенной слюной раститровывался в 6-кратных разведениях (1/2-1/64) при группе крови А, В, АВ и 10 близких разведениях (1/2-1/20) у носителей 0 группы крови, после чего закапывался 1% взвесью одноклеточных эритроцитов. Выделителем считался человек, у которого не происходило аглитинации ни в одной пробирке, то есть выделяющиеся аглютиногены связывали аглутинины стандартных сывороток. Слабая степень выделительства устанавливалась пациентам, у которых реакция агглютинации произошла менее чем в половине разведений, невыделителями считались люди с наличием агглютинации во всех пробирках (то есть в исследуемой жидкости аглютиногенов не было, и вся сыворотка прореагировала с эритроцитами)

Результаты исследований представлены в таблице.

Распределение больных по степени выделительства

Степень выделительства	Основная группа (пациенты с ИМПТ) n=132	Субфертильные пациенты n=18	Контрольная группа n=37
Сильная	44 (33,3%)*	11 (61,1%)*	26 (70,3%)*
Слабая	45 (34,1%)*	3 (16,6%)**	6 (16,2%)*
Невыделительство	41 (31,0%)*	4 (22,3%)**	5 (13,5%)*

Примечание: * – $p < 0,05$; ** – $p > 0,05$.

В контрольной группе показатели распределения категории выделительства близки к нормальным средовым показателям (выделители (сильные и слабые) – 85, невыделители – 15%).

Из таблицы видно, что в группе пациентов с ИМПТ количество невыделителей почти в два раза больше, чем в контрольной группе и средовых показателях, откуда следует вывод о большей восприимчивости невыделителей к инфекциям репродуктивного тракта. Особо отмечено, что у невыделителей течение ИМПТ хроническое, с частыми рецидивами, слабо поддающееся стандартной терапии.

На сегодняшний день подобную разницу в заболеваемости, а тем более в характере течения ИМПТ, можно объяснить следующими факторами:

1. Наличием у секреторов фуколизированных структур на мембранах клеток эпителия мочевого тракта [5].

2. Присутствием у несекреторов гликолипидов на мембранах клеток, связывающихся с возбудителями ИППП, что помогает последним внедряться в клетки эпителия половых путей и воспроизводить воспалительный процесс [2].

3. Непосредственной протективной ролью секретирующихся аглютиногенов (как иммобилизинов, опсоинов для возбудителей) [3].

4. Связью между выделительством и повышенной проницаемостью мембран не только для аглютиногенов, но и для секреторных иммуноглобулинов [4].

Важным представляется также вопрос о комплексном лечении пациентов-невыделителей с длительным хроническим течением уретропростатита. Нами считается почти обязательным дополнением к стандартной терапии (антибактериальные препараты с учетом чувствительности возбудителя, массажи простаты, физиотерапия) неспецифическая иммуномодулирующая терапия (плазмол, тимоген, простатилен, свечи фитомакс, назначаемые в зависимости от периода лечения) у этих пациентов. Мы считаем необходимым удлинять сроки антибактериальной терапии в 1,5 раза при слабом выделительстве и в 2 раза при невыделительстве.

У пациентов-невыделителей рационально использовать местные инстилляции антисептиков для эрадикации возбудителя. Также целесообразно применение ферментных препаратов (вобензим, фло-

гензим, трипсин) и муколитиков, которые, стабилизируя комплекс инфекционный агент – иммуноглобулин (аглютиноген), способствуют отрыву данного комплекса от эпителия мужского полового тракта. Элиминация возбудителя (свободного или в комплексе с аглютиногеном), а также препятствие повторной адгезии инфекционного агента, достигались инстиляцией поверхностно-активных веществ (мирамистин).

Результаты проведенных исследований позволяют сделать следующие выводы:

1. Пациенты-невыделители чаще заболевают ИМПТ, для них характерно длительное, хроническое течение заболевания, с осложнениями и частыми рецидивами.

2. Определение степени выделительства на ранних этапах диагностики ИМПТ позволяет прогнозировать тип течения ИМПТ и своевременно корректировать терапию.

3. У пациентов-невыделителей следует удлинять сроки назначения антибактериальных препаратов в 1,5-2 раза.

4. В терапии ИМПТ у невыделителей целесообразно использовать ферментные препараты, муколитики, поверхностно-активные вещества.

Литература

1. Арнольди Э.К. Хронический простатит. – Ростов-на-Дону. – 1999. – 243 с.
2. Березняков И.Г. Инфекции мочеполовых путей. – Харьков. – 2000. – 78 с.
3. Лесовой В.Н., Книгавко А.В., Аркатов А.В. // Врач. практика. – 2002. – № 6. – С. 34-38.
4. Лесовой В.Н., Книгавко А.В., Аркатов А.В. // Здоровье мужчины. – 2003. – № 1. – С. 76-78
5. Stapleton A., Nudelman E. // J. Clin. Invest. – 1992. – № 90. – P. 965-72

НОВЫЕ ПОДХОДЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

С.В. Котов, Е.В. Исакова, Г.С. Чатаева
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания в наш век стали самыми распространенными, смертность от них среди других причин занимает одно из ведущих мест. Если учесть, что мозговой инсульт почти у половины больных наступает в возрасте до 60 лет, то есть часто поражает людей, еще полных творческих сил и возможностей, то становится ясно, какой большой ущерб несет государственная экономика. Профилактика развития мозгового инсульта и его лечение становятся очень важной задачей – не только медицинской, но и социальной.

Одной из значимых составляющих при лечении больных с ишемическим инсультом является воздействие на вязкость крови. На