

знаков холодовой гиперреактивности, средний возраст $23,1 \pm 2,82$ лет. Для диагностики холодовой гиперреактивности использовался инструментальный комплекс «Эрих Егер». Провокационная проба проводилась путем гипервентиляции в течение 3 минут охлажденной до -20°C воздушной смесью, содержащей 5% CO_2 . Контрольные исследования выполнялись перед началом холодовой провокации и после нее на 1 и 5 минутах восстановительного процесса. Основным критерием оценки служило падение ОФВ, более чем на 10% от исходной величины сразу после провокации и более, чем на 15% через 5 минут после нее. Проводилось комплексное клинико-иммунологическое обследование в обеих группах. Содержание цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-8, IFN- γ) определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью реактивов «Вектор-Бест» и «Протеиновый контур».

Цывкина Г.И., Луценко Г.А., Алейникова В.Б., Казнадзей Н.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИОКСИДОНΙΑ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

*Владивостокский филиал НИИ медицинской генетики Томского научного центра СО РАМН
Региональный центр клинической иммунологии и аллергологии г. Владивостока*

Владивостокский государственный медицинский университет

Полиоксидоний принципиально отличается от других иммуномодуляторов фармацевтического рынка РФ, так как помимо иммуномодулирующего действия обладает детоксикационными, антиоксидантными и мембраностабилизирующими свойствами. Это позволяет расширить диапазон применения препарата, используя его не только для лечения хронических вялотекущих процессов, но и острых воспалительных заболеваний. В связи с этим целью нашего исследования была оценка эффективности применения полиоксидония в комплексном лечении при различных клинических формах аллергических заболеваний. В исследуемые группы были включены: 1 группа — пациенты с atopическим дерматитом (АД) в возрасте от трех до двадцати лет в количестве 62 человека. У 12% течение АД осложнилось пиодермией, у 44% АД сочеталось с дисбактериозом кишечника; 2 группа — пациенты с ОТАР, 83 человека с различной степенью тяжести, из них 52 ребенка от 2 до 16 лет; 3 группа — острая крапивница — 48 человек; 4 группа — хроническая крапивница, обострение, 16 человек; 5 группа — поллиноз в фазе обострения с различными клиническими симптомами, 104 человека. Однако во всех этих случаях иммуномодулирующая терапия не была направлена на основную причину заболевания, т.е. не являлась этиотропной. В ряде случаев полиоксидоний существенно улучшал клиническую картину основного заболевания воздействуя на интоксикационный синдром. Полиоксидоний применялся на фоне этиопатогенетической ком-

Результаты: в результате исследования установлено, что уровень сывороточного ИЛ-4 у пациентов с БА и ХБ существенно не различался и составил $49,940 \pm 5,029$ и $40,334 \pm 4,204$ пг/мл соответственно, но достоверно различался с группой здоровых лиц ($15,616 \pm 0,943$). Уровень ИЛ-8 находился в пределах нормы (менее 30 пг/мл) во всех трех группах. Уровень IFN- γ был значительно повышен при обострении ХБ ($89,566 \pm 12,613$ пг/мл) и при БА ($70,206 \pm 15,884$ пг/мл) и значительно отличается от группы здоровых лиц ($20,120 \pm 1,784$).

Выводы: полученные данные подтверждают современные представления о дисбалансе иммунной системы при заболеваниях органов дыхания и показывают, что высокий уровень цитокинов, прежде всего провоспалительных, является неблагоприятным фактором, отражающим степень активности и тяжести патологического процесса.

плексной терапии, объем которой зависел от возрастной стадии, периода болезни, тяжести течения, выраженности и локализации клинического симптома, распространенности кожного процесса. Способ введения препарата в/в капельно в дозе 0,15 мг/кг (у детей) и 6 мг у взрослых, на курс №5-7 инфузий. Исследование проведено открытым способом в сравнении с контрольной группой. На этапах исследования учитывалась динамика клинико-лабораторных и иммунологических (CD3, CD4, CD8, CD16, CD95, CD25, CD20, IgM, G, A, НСТ-тест) параметров. По сравнению с контрольной группой отмечено более быстрое купирование симптомов интоксикации, частоты бактериальных осложнений, ускорение процессов эпителизации кожных покровов и слизистых оболочек, нормализация иммунологических параметров (снижение уровня ЦИК, оптимизация отношения CD4/CD8, нормализация CD3, CD25 и показателей фагоцитоза, снижение CD95). Наши исследования подтверждают перспективность применения полиоксидония в комплексной терапии при различных нозологических формах аллергических заболеваний, и не только в тех случаях, когда имеются осложнения, связанные с клиническими проявлениями инфекционного синдрома вторичной иммунологической недостаточности. Применение полиоксидония с первых дней острого заболевания или начала обострения хронического позволяет проводить профилактику гнойно-септических осложнений, не дожидаясь манифестации клинических проявлений.

Яницкий Н.А., Нечай И.А., Березин В.С., Суханкина Г.И.

ВЛИЯНИЕ НИЗВОДИМОГО ОТДЕЛА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПРИ СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИХ РЕЗЕКЦИЯХ, НА СОСТОЯНИЕ РЕЗЕРВУАРНОЙ И ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова.

Определение возможных путей улучшения функциональных результатов сфинктеросохраняющих резекций прямой кишки по поводу ракового поражения ее, является актуальной проблемой колопроктологии. Нестабильность резервуарной и эвакуаторной функций, даже при высоких резекциях прямой кишки, послужили основанием для проведения целенаправленных исследований.

Цель: оценить влияние низводимого отдела сигмовидной кишки на состояние резервуарной и эвакуаторной функции после передней резекции прямой кишки.

Проанализированы данные лечения 121 больного раком прямой кишки (75 больных после передней резекции прямой кишки, 46 больных после резекции прямой кишки с формированием толстокишечного резервуара). Анализированы данные 60 дооперационных ирригограмм. С помощью курвиметра измеряли длину левого фланга ободочной кишки с обращением особого внимания на размеры сигмовидной кишки. После операции при ректороманоскопии определяли уровень расположения анастомоза от анального края и измеряли длину удаленной кишки с опухолью (118 препаратов). Зная все указанные параметры, определяли тот отдел ободочной кишки, который соединяли затем с культи прямой кишки.

При выполнении передней резекции прямой кишки, обычно стараются, насколько возможно минимально отступить от нижнего края раковой опухоли с тем, чтобы по возможности, сохранить большую часть функционирующей прямой кишки.

При пересечении же кишки выше опухоли, казалось бы, не возникает необходимости в строгой экономичности сохранения кишки, примыкающей к опухоли, так как всегда имеется достаточная часть остающегося левого фланга ободочной кишки. Когда же на операции выявляется удлиненная сигмовидная кишка, дистальную ее часть часто резецируют, руководствуясь принципами «достаточности» длины кишки для наложения анастомоза и адекватности кровообращения анастомозируемого края (с учетом онкологических принципов оперирования). Вместе с тем, наши специальные исследования с анализом длины сигмовидной кишки по дооперационным ирригограммам и размером резецированной части ее после передней резекции прямой кишки, показали важность максимально возможного сохранения дистальной части сигмовидной кишки.

В тех случаях, когда для анастомоза использовались самые дистальные отделы сигмовидной кишки, резервуарная и эвакуаторная функции оказывались хорошими и удовлетворительными. В тех же случаях, когда с культи прямой кишки анастомозировали нисходящую кишку или проксимальный отдел сигмовидной кишки, функциональные результаты чаще оказывались неудовлетворительными.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют, чем больше по длине сохраняется используемая для колоректального анастомоза сигмовидная кишка, тем лучше оказываются резервуарная и эвакуаторная функции.