

Результаты и обсуждение

Сдвиги в системе глутатиона у больных представлены на рисунке. Значения всех показателей у здоровых людей принимали за 100% и изображали в виде радиуса окружности. Изменения у больных нарушают симметричность диаграммы: увеличение показателей выражается в виде лучей, выступающих за пределы окружности, а снижение показателей – в виде впадин. Рисунок ясно показывает как различия при разных заболеваниях, так и их сходство.

В эритроцитах при всех трех заболеваниях концентрация GSH не изменялась, а активность ГТ снижалась (в среднем на 54-34%). Приближалась к значимости ($P < 0,1$) более высокая активность ГПО при желчнокаменной болезни без клинических признаков воспаления (ЖКБ, +52%). Активность ГР в эритроцитах значительно возрастала при всех трех заболеваниях (в 2,5-1,8 раза).

В плазме крови при ЖКБ и некалькулезном холецистите увеличивалась концентрация GSH (на 68 и 58%), при дискинезии она не изменялась. При всех трех заболеваниях возрастали активность ГТ и ГПО (соответственно на 72-92 и 35-87%). Активность ГР при этих заболеваниях не изменялась.

Описанные сдвиги ранее были обнаружены при остром вирусном гепатите В с двумя отличиями: более резким возрастанием в плазме ГПО и особенно ГТ (соответственно в 2,2 и 3,2 раза) и снижением GSH в эритроцитах (на 34%). Очевидно, это связано с большим объемом и тяжестью поражения клеток при гепатите.

Наиболее характерными изменениями для всех четырех изученных заболеваний были увеличение активности ГТ и ГПО в плазме крови и ГР в эритроцитах; при ЖКБ, некалькулезном холецистите и остром вирусном гепатите в плазме увеличивалась также концентрация GSH. Очевидно, накопление в плазме крови в основном цитозольных ферментов ГТ и ГПО и GSH отражает их вымывание из-за повышения проницаемости плазматических мембран клеток и/или цитолиза. В пользу этого говорит более значительная аккумуляция ГТ в плазме при наличии выраженного воспалительного процесса – при некалькулезном холецистите и особенно резко при остром вирусном гепатите. Близкие сдвиги при ЖКБ и дискинезии могут быть связаны с начальными явлениями воспаления. Отсутствие при заболеваниях желчевыводящей системы аккумуляции в плазме ГР, тоже преимущественно локализованной в цитозоле, объясняется тем, что в печени активность ГР намного меньше, чем ГТ. При вирусном гепатите массовая гибель гепатоцитов приводит к увеличению в плазме и ГР. Возрастание ГР в эритроцитах может быть следствием не только активации фермента, но и его индукции в клетках-предшественниках эритроцитов. Это явление уже уменьшалось при воспалительных заболеваниях – некалькулезном холецистите и остром вирусном гепатите.

Сдвиги в СГ при патологии желчевыводящей системы расширяют представления о патогенезе изученных заболеваний и могут иметь значение в комплексной диагностике.

© УСОЛЬЦЕВА О.Н., ГОРЯЕВ Ю.А., МАЛОВ И.В. –
УДК 616.988.25-002.954.2-036.12(571.53)

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

О.Н. Усольцева, Ю.А. Горяев, И.В. Малов.

(Иркутский государственный медицинский университет)

В последние годы в России нарастает эпидемиологическое неблагополучие по болезням с природной очаговостью. Наибольший интерес среди них представляют клещевой энцефалит (КЭ) и иксодовые клещевые боррелиозы (ИКБ). По уровню заболеваемости Лайм-боррелиоз (ЛБ) в России занимает ведущее место среди инфекций, возбудители которых передаются клещами и одно из первых мест среди всех природно-очаговых зоонозов. На долю Сибири и Дальнего Востока приходится 25% случаев заболеваемости по стране.

Иркутская область является эндемичной по Лайм-боррелиозу. Хронические варианты ЛБ наиболее трудны для терапии и зачастую приводят к длительной потере трудоспособности, а иногда и

инвалидности. Частота хронизации процесса по данным ряда авторов в различных регионах имеет некоторые колебания. Так по данным Asch E.C. (1994) частота хронических манифестных случаев ЛБ в США составила 9%; по России данные колеблются от 7% до 11,5% (А.Н. Усков, 1993; О.М. Лесняк, 1995; М.В. Дерюгин, 1996; Л.П. Ананьева, 1999).

Учитывая выше сказанное, и отсутствие на сегодняшний день полных знаний о механизмах хронизации инфекции при ЛБ, является важным прогнозирование исходов заболевания, особенно его хронических форм.

Целью нашего исследования было – изучить факторы риска, предрасполагающие к переходу ЛБ в хроническую стадию.

Материалы и методы

Нами было обследовано 210 человек, из них 120 (57,1%) – мужчины и 90 (42,9%) – женщины. Наблюдались больные в острую стадию ЛБ на базе городской клинической инфекционной больницы (ГКИБ) г. Иркутска в эпидемиологические сезоны 1998-2000 гг. Диагноз ЛБ устанавливали на основании эпидемиологических данных, характерной клинической картины и лабораторных методов исследования. В качестве лабораторной диагностики использовали иммуноферментный анализ (ИФА) для определения суммарных антител к *B.burgdorferi* (IgM+IgG) коммерческой тест-системой американской фирмы "Sigma" и метод непрямой иммунофлуоресценции (РНИФ) с использованием карпускулярного антигена Ir-21, выпускаемого НИИЭМ им.Н.Ф.Гамалеи для определения IgM и IgG в динамике. Диагностически значимыми считались показатели (для ИФА) 1 МЕ и более, (для РНИФ) титр 1:40 и более, либо четырехкратное динамическое нарастание уровня антител.

С целью выявления факторов риска перехода заболевания в хроническую форму была разработана специальная карта в которой отражались факторы, которые могли бы способствовать хронизации процесса. Карта заполнялась на каждого больного в острую стадию болезни. После окончания острого периода все больные были подвергнуты динамическому диспансерному наблюдению в периоды от 3 до 6 мес., от 6 до 12 мес. и более 12 мес. от начала заболевания. Для диагностики хронического течения болезни оценивались клинические симптомы хронизации и проводились динамические серологические исследования методом ИФА и РНИФ. Хроническим считался период спустя 6 мес. от начала заболевания (О.М. Лесняк, 1995; Ю.В. Лобзин, 1996).

В результате проведенной диспансеризации мы выделили группу 50 (23,8%) чел. с хроническим течением заболевания и группу с выздоровлением – 124 (59,1%), куда входили лица с полным выздоровлением и лица с резидуальными явлениями в виде постлаймского синдрома. Больные с подострым течением болезни в данное исследование не включались, так как у них исход заболевания к завершению исследования был неизвестен.

В группах выздоровления и хронизации было проведено сравнение частоты встречаемости исследуемых факторов, которые, возможно, могли бы способствовать переходу заболевания в хроническую форму.

Материал обработан статистически, достоверность рассчитана с помощью критерия Т (параметрическим методом), для каждого фактора вычислялся критерий соответствия χ^2 . Для достоверных факторов риска был вычислен относительный риск (ОР) и этиологический риск (ЭР) по формулам предложенным Н.Ф. Измеровым (1985).

Результаты и обсуждение

В карту для выявления возможных факторов риска (ФР) было включено 19 показателей: позднее обращение, пол, возраст, так же учитывались форма заболевания (эритематозная, безэритематозная, микст-инфекция с клещевым энцефалитом), месяц укуса клеща, локализация укуса, длительность инкубационного периода, рассматривался и характер дебюта заболевания (острое, подострое, латентное). Принималась во внимание и клиническая картина ранней инфекции, которую мы подразделили на следующие синдромы: изолированный общетоксический синдром, изолированный кожный синдром, общетоксический синдром в сочетании с кожным, кардиальный, суставной синдромы, синдром поражения нервной системы, который подразделялся на поражение ЦНС и ПНС. Кроме того, учитывалась средняя длительность острого периода и наличие сопутствующих хронических заболеваний в анамнезе: ревматических, сердечно-сосудистых, кожных и заболеваний нервной системы, а так же отягощенный аллергоанамнез и наличие очагов хронической инфекции.

Одним из важнейших ФР была нерациональная антибиотикотерапия, которая включала в себя позднее начало этиотропного лечения, короткий курс терапии, использование антибиотиков запаса; неадекватную дозировку. Под поздним началом подразумевался интервал более 14 дней от начала заболевания, коротким считался курс лечения для доксицилина и тетрацилина менее 14 дней, для пенициллина менее 7 дней. Вид применяемого антибиотика так же рассмотрели как возможный ФР.

При сравнении и статистической обработке выше приведенных ФР между двумя группами значимые различия обнаружили у 7 из 19 изучаемых факторов. Учитывая дополнительную расшифровку каждого фактора, всего оказалось 12 достоверно различающихся ФР, причем 3 из них имели обратное значение и встречались в группе выздоровления достоверно чаще, чем у хроников. Такими факторами оказались: мужской пол, инкубационный период 1-10 дней и острое начало заболевания (χ^2 от 4,18 – 7,47; p от 0,01 до 0,05).

Факторами риска хронизации болезни можно считать остальные 9 ФР, имеющие статистически достоверные различия: позднее обращение к врачу, женский пол, длительность инкубационного периода 11-20 дней, безэритематозная форма ЛБ, суставной синдром в дебюте заболевания и синдром поражения ЦНС, и нерациональная антибиотикотерапия в которую вошли: позднее начало лечения, короткий курс и полное отсутствие антибиотикотерапии в дебюте заболевания. (χ^2 от 4,18 до 21,16; p от 0,002 до 0,05).

Значимость каждого фактора риска была оценена количественно, вычисляя относительный риск и этиологический риск.

Относительный риск указывал во сколько раз увеличивается риск хронизации болезни у лиц с наличием данного ФР, а этиологический риск показывает вклад данного ФР в хронизацию процесса. Наибольшие значения относительного риска и этиологического риска выявлены для нерациональной антибиотикотерапии, здесь риск развития хронических форм заболевания возрастает в 9 раз. Этиологическая значимость этого фактора высока и составляет 88%. Причем позднее начало лечения имеет более неблагоприятное прогностическое значение, чем его неадекватная длительность (ОР=8,11; ЭР=61% и ОР=2,23; ЭР=47% соответственно). Женский пол и синдром поражения ЦНС в дебюте заболевания имеют так же достаточно высокие показатели относительного и этиологического риска (ОР-2,52, ЭР-52%; ОР-3,54%, ЭР-35%

соответственно). Относительный и этиологический факторы риска суставного синдрома, продолжительности инкубационного периода 11-20 дней и безэритематозной формы заболевания имеют показатели несколько ниже, но то же являются значимыми в плане прогнозирования хронизации (ОР – 2,83, ЭР – 38%; ОР – 2,29, ЭР – 38%; ОР – 2,04, ЭР – 35). Позднее обращение к врачу ведет к запоздалому началу лечения и, вероятно, поэтому, так же имеет высокое значение ОР (ОР – 3,0).

Таким образом, наше исследование позволит в дальнейшем выделять группы риска хронизации заболевания для более детального контроля за данной категорией больных и оптимизировать лечение.

© ГОЛУБ И.Е., ЧИЖОВА Е.О., УСАЧЁВ О.Ю. –
УДК 616.366-002-036.11-089.5

НОВЫЕ АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

И.Е. Голуб, Е.О. Чижова, О.Ю. Усачёв.

(Иркутский государственный медицинский университет, клиническая больница №1)

Все возрастающее число больных пожилого и старческого возраста, оперируемых по поводу заболеваний гепатобиллиарной системы, нередко неудовлетворительные результаты лечения, определяют актуальность проблемы и поиска новых методов анестезиологической защиты. Неадекватная анестезиологическая защита больного и развитие операционного стресса приводят в действие сложную систему адаптационных механизмов, что обуславливает нарушение органного и системного характера (В.Д. Островский, С.З. Клецкин, 1997; С.Ф. Грицуц и др., 1987).

Достоинство любого метода общей анестезии должно оцениваться по его способности защитить организм больного от операционного стресса и не нарушать ауторегуляторные реакции на различных уровнях (А.А. Тогайбасв, А.А. Советов, 1984).

Несмотря на то, что за последнее время набор фармакологических средств и методов для общей анестезии значительно расширился, и ими можно в определённой мере достичь адекватной защиты больного от операционного стресса. Однако они не могут гарантировать полного отсутствия во время операционных вмешательств стрессорных альтерирующих влияний и нарушений гомеостаза (М.И. Кузин и др., 1976; Н.А. Осипова, 1988; А.П. Корниенко и др., 1997; M. Redondo et al., 1997; A. Schubert et al., 1997).

Одним из наиболее перспективных путей, ограничивающих альтерирующее действие операционного стресса и достижение адекватности обезболивания, является направленная активация естественных стресс-лимитирующих систем организма.

Поэтому основной целью исследования явилось повышение адекватности анестезиологической защиты путем направленной стимуляции естественных стресс-лимитирующих систем организма.

Под нашим наблюдением находилось 96 больных, оперированных по поводу острого деструктивного холецистита. В контрольной группе было 30 больных, оперируемых в условиях традиционной нейролептаналгезии (НЛА), в основной группе – 66, у которых в схеме общей анестезии использовали препараты для НЛА, ГОМК, далаггин, альфа-токоферол и внутреннее лазерное облучение крови (ВЛОК). В обеих группах проводили однотипную премедикацию, включающую холинолитики, антигистаминные препараты и наркотические анальгетики. Для вводного наркоза применяли тиопентал натрия и гексенал. Миорелаксация поддерживалась путем введения миорелаксантов деполяризующего и антидеполяризующего действия. Все операции проводились с использованием искусственной вентиляции легких, которая осуществлялась объемными респираторами РО-6 по полужакрытому контуру или ручную смесь закиси азота с кислородом в соотношении 2:1 в режиме умеренной гипервентиляции. Адекватность анестезии контролировали пульсоксиметрией и кардиомониторингом, используя приборы "Optim-420", кардиомонитор "Элон-0,01", а также исследовали концентрацию кортизола, активность процессов перекисного окисления липидов, антиокислительную активность плазмы и активность органонеспецифических ферментов АЛТ, АСТ. Для оценки достоверности различий