

*Гомеостаз и инфекционный процесс***ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ИММУНОМОДУЛЯТОРА, ОБЛАДАЮЩЕГО ПРЯМЫМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЕМ**

Аверьянова Н.И., Косарева П.В.
 ГОУ ВПО «Пермская государственная
 медицинская академия Росздрава»,
 Пермь

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ; проект № 04-04-96038 «РФФИ-Урал-2004»

В доклинических экспериментах проведено исследование эффективности терапии инфекционно-воспалительных заболеваний органов мочевой системы новым отечественным препаратом «Суперлимф», являющимся комбинированным лекарственным средством с иммуномодулирующим и антибактериальным действием.

Исследования проводили на экспериментальной модели пиелонефрита, развивающегося гематогенным путем. Уропатогенный штамм *Staphylococcus saprophyticus* вводили внутрибрюшинно самкам беспородных белых крыс в концентрации 10^8 КОЕ/мл однократно. Периферическую кровь забирали перед началом исследования, на 3-й и 7-й дни после заражения – для определения уровня гемоглобина, количества лейкоцитов, эритроцитов; на 10-е сутки забирали органы для проведения бактериологического исследования. За 24 ч до эксперимента у всех животных в стерильных условиях забирали мочу, чтобы вывести из опыта животных с бактериурией, превышающей 10^2 КОЕ/мл.

Экспериментальную терапию начинали на 2-й день от заражения. Животные основной опытной группы получали суперлимф в качестве монотерапии внутрибрюшинно в суточной дозе 0,5 мл. Животные второй опытной группы получали цефазолин в дозе 0,5 мл внутрибрюшинно из расчета 10 мг на животное.

Животные первой контрольной группы лечения не получали, но были заражены этим же штаммом. Животные второй контрольной группы не подвергались заражению. Сроки забора крови и органов у животных контрольных групп не отличались от таковых у животных из экспериментальных групп.

Установлено, что заражение «диким» уропатогенным штаммом *Staphylococcus saprophyticus* вызывало у экспериментальных животных развитие пиелонефрита. При этом к 3-му дню после заражения у животных не отмечалось выраженных изменений показателей периферической крови, но уже к 7-му дню после заражения при условии отсутствия какой-либо терапии отмечалось достоверное увеличение числа лейкоцитов по сравнению с исходным уровнем. При проведении бактериологического исследования внутренних органов (почек, печени, селезенки) у большинства животных зарегистрирован высеv культуры *Staphylococcus saprophyticus*.

К 7-му дню после заражения как в группе, получавшей лечение цефазолином, так и в группе, получавшей лечение суперлимфом, отмечалось некоторое увеличение числа лейкоцитов периферической крови по сравнению с исходным уровнем, но не столь выраженное, как у животных, не получавших терапию, и выявленные различия не носили характер достоверных ($p > 0,1$).

Также к 7-му дню в группе, получавшей лечение цефазолином, отмечалось достоверное снижение гемоглобина по сравнению с исходным уровнем, чего не наблюдалось у животных, получавших в качестве экспериментальной терапии суперлимф.

При проведении бактериологического исследования органов культура *Staphylococcus saprophyticus* была выделена от 2 животных из группы, получавшей цефазолин, и также от 2 животных из группы, получавшей лечение суперлимфом.

Таким образом, использование в экспериментальной терапии пиелонефрита нового отечественного иммуномодулятора «суперлимф», обладающего прямым антибактериальным действием, показало, что суперлимф не уступает по своей эффективности традиционно используемым антибиотикам, и при этом лишен многих побочных эффектов, присущих современным антибактериальным химиопрепаратам.

ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗМЕНЧИВОСТИ СТРОЕНИЯ И ФОРМЫ СВОБОДНЫХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ДЕВУШЕК

Аристова И.С., Музурова Л.В.
 Саратовский государственный
 медицинский университет,
 Саратов

Возрастающее воздействие экологических и социальных факторов и эпохальных процессов акселерации и ретардации способствуют изменчивости индивидуально-типологических и морфофункциональных особенностей организма на различных этапах онтогенеза.

Целью работы было изучение изменчивости морфометрических параметров и выделение вариантов анатомической изменчивости формы нижних конечностей девушек разных конституциональных типов.

Материалы и методы. Проведено изучение конституции и конфигурации нижних конечностей 150 девушек, 17-20 лет коренных жителей г. Саратова. Использована антропометрическая методика В. В. Бунака, по которой изучено более 100 антропометрических параметров тела.

1. Результаты собственных исследований и их обсуждение. У девушек Саратовского региона встречаются 7 вариантов форм свободных нижних конечностей - прямая (18,2%), прямая с межбедренным просветом (11,5%), вальгусная (31,8%), вальгусная с межбедренным просветом (6,8%), вальгусная с межколенным просветом (6,1%), варусная ромбовидная

(22,3%), варусная трапециевидная (3,4%). Наиболее характерной для региона является вальгусная, варусная ромбовидная и прямая формы нижних конечностей, на долю которых приходится 2/3 всех наблюдений. Самая редко встречаемая – варусная трапециевидная форма ног (3,4%). Наибольшая длина нижних конечностей и всех их отделов свойственна девушкам с прямой с межбедренным просветом формой ног. Обхватные размеры бедра, голени и над лодыжками преобладают при вальгусной форме нижних конечностей по сравнению с другими вариантами. Вариабельность поперечных размеров не является формообразующим фактором индивидуальной изменчивости форм нижних конечностей. Выявлена зависимость анатомической формы свободных нижних конечностей от конституционального типа телосложения и групп физического развития. Практически при всех формах нижних конечностей чаще встречаются представительницы мегалосомной конституции и субатлетического соматотипа.

МЕСТНЫЕ КОАГУЛОПАТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕРТЕСА, ИХ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ

Бабич И.И., Бойко А.С.

*Ростовский государственный
медицинский университет,
Ростов-на-Дону*

Несмотря на большое количество существующих на сегодняшний день теорий развития болезни Пертеса, наиболее полной и доказанной клинически и экспериментально следует считать сосудистую теорию – развитие асептического некроза вследствие нарушения кровообращения в проксимальном эпифизе бедра. Ведущим и, возможно, первичным фактором дисциркуляторных изменений является венозный застой в шейке и головке бедра, развивающийся в связи со снижением венозного оттока, о чем свидетельствует повышение внутрикостного давления в области шейки бедра с пораженной стороны на 20-37%.

В этой связи, с целью уточнения патогенеза данного синдрома, выполнялась электрокоагулограмма крови взятой при выполнении туннелизации шейки бедра. При этом было обнаружено снижение время свертываемости за счет первых двух фаз до одной-полутора минут. Характерно, что у всех пациентов как до операции, так и во время нее при взятии крови из периферической вены определялась нормокоагуляция. При выполнении развернутой биохимической коагулограммы крови, полученной из шейки бедра пациента и периферической вены, все параметры укладывались в возрастные значения нормы.

Таким образом, основным звеном в патогенезе локальной внутрикостной гипертензии при болезни Пертеса является венозный стаз с местным гиперкоагуляционным синдромом, что в конечном счете приводит к асептическому некрозу головки бедра.

Исходя из этого, на курсе детской хирургии ФПК РостГМУ разработан новый, патогенетически обоснованный способ оперативного лечения болезни Пертеса.

Во II и III стадиях процесса производится продольный разрез кожи длиной 2-3 см в проекции большого вертела по наружной поверхности верхней трети бедра. Обнажается подвертельная область бедренной кости. Сверлом формируется туннель в шейке бедра с перфорацией его ростковой пластины эпифиза. В образованный канал вводится полихлорвиниловый катетер с боковыми отверстиями. Через катетер вводится 2500 Ед гепарина. После чего периферический конец катетера заглушивается силиконовой пробкой и прячется под кожей в медиальной части разреза. Рана ушивается наглухо. В послеоперационном периоде ежедневно в течение 6-7 дней проводится чрезкожная пункция пробки катетера и промывание его физиологическим раствором, после чего вводится 0,5 мл гепарина на 1-2 мл физиологического раствора. Данная манипуляция позволяет стойко купировать процесс местной гиперкоагуляции и восстановить венозный отток, что подтверждается нормализацией внутрикостного давления на 4-5 сутки и восстановлением нормокоагуляции. На седьмые сутки снимается один шов в нижней части операционной раны, катетер удаляется зажимом. При этом из мягких тканей выделяется до 8-10 мл крови – опорожняется параоссальная гематома. Рана ушивается одним швом, который снимается на восьмые-девятые сутки после последней манипуляции.

Следует отметить, что способ технически прост и позволяет сократить сроки восстановления формы и структуры головки бедренной кости на 22,7% в среднем. Осложнений в раннем и позднем послеоперационном периодах не наблюдалось.

Все вышеуказанное позволяет рекомендовать данный способ для лечения болезни Пертеса на ранних стадиях при отсутствии подвывиха головки бедра.

ПОСТСПЛЕНЭКТОМИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ У ДЕТЕЙ С КОМБИНИРОВАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ

Бабич И.И., Матвеев О.Л.

*Ростовский государственный медицинский университет,
Курс детской хирургии ФПК и ППС,
Ростов-на-Дону*

В последние годы довольно резко возросло количество постспленэктомированных детей. При этом повреждения селезенки и печени стоят на первом месте среди травм органов брюшной полости.

Ургентные хирурги при комбинированном повреждении данных органов и массивном внутрибрюшном кровотечении ограничиваются, как правило, ушиванием раны печени спленэктомией. Спленэктомия при этом обусловлена ограничением времени, тяжелым состоянием ребенка, нестабильностью гемодинамики.

Постспленэктомический гипоспленизм, развивающийся после удаления селезенки, практически у всех больных сопровождается выраженной иммунодепрессией, механизм которой до настоящего времени до конца не изучен. В частности, недостаточной определена степень влияния селезенки на функцию