

ных рубцов передней брюшной стенки. В основу работы положен анализ 395 наблюдений по обследованию и лечению больных находившихся на лечении в клинике общей хирургии им. В.И. Разумовского Саратовского медицинского университета с 2001 по 2005 г. Всем больным проведено традиционное обследование. Среди исследуемых было 171 (43,3 %) мужчин и 224 (56,7%) женщин, средний возраст которых составил $42 \pm 7,5$ лет. Давность заболевания составила от 4-х недель до 22-х лет. 133 пациента многократно до 4-5 раз проходили амбулаторное лечение в объеме ревизии свища, периодического выскабливания гнойно-некротических грануляций, извлечения лигатур. У всех них свищи вновь рецидивировали. У 87 пациентов лигатурные свищи образовались впервые по-

сле единственной операции, в результате лечения лигатур найдено не было, но лечение было эффективным. 205 больным произведено радикальное иссечение свищей в связи с длительностью их функционирования и неэффективностью лечения, рецидивов не отмечалось. Продолжительность койко-дня при консервативной терапии составляла от 13 до 33 дней, при оперативной – не превышала 2-х недель.

Полученные результаты исследования предоставили возможность обоснованно выбрать активную хирургическую тактику лечения.

Таким образом, повышение радикальности лечения, рецидивирующих лигатурных осложнений, ведет к значительному снижению частоты рецидивов заболевания, улучшает качество жизни больного и сокращает сроки лечения.

**«Новые технологии, инновации, изобретения»,
Турция (Анталья), 16-23 августа 2011 г.**

Медицинские науки

**РОЛЬ АПОПТОЗА НЕЙТРОФИЛОВ
В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНТЕРФЕРОН-
РИБАВИРИНИНДУЦИРОВАННОЙ
НЕЙТРОПЕНИИ У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С**

Донцов Д.В.

*Ростовский государственный медицинский
университет, Ростов-на-Дону,
e-mail: d_doncov@mail.ru*

Применение препаратов интерферона (ИФН) и рибавирина у больных хроническим гепатитом С (ХГС) позволяет добиться стойкого вирусологического ответа. Однако у некоторых пациентов на фоне комбинированной противовирусной терапии (КПТ) отмечается угнетение фагоцитарной активности и снижение количества нейтрофилов. Выраженная интерферон-рибавирииндуцированная нейтропения требует снижения дозы применяемых препаратов или же их полной отмены, между тем, наиболее важным условием достижения стойкого вирусологического ответа является, как известно, сохранение терапевтической дозы КПТ на максимально высоком уровне.

Цель исследования: изучить у больных хроническим гепатитом С, получающих комбинированную противовирусную терапию, патогенетическую роль апоптоза нейтрофилов в развитии интерферон-рибавирииндуцированной нейтропении и на основании полученных данных разработать способ ее прогноза.

Для изучения структурных изменений, происходящих в нейтрофильных гранулоцитах у больных ХГС под действием противовирусных препаратов, определялся показатель повреждения нейтрофилов (ППН) по методике, описанной Л.Б. Юшкевичем с соавт. [1973]. Тест

заключается в оценке амебиодной активности нейтрофилов крови, которую рассматривают как начальную стадию их апоптоза. Расчет индекса повреждения нейтрофилов проводится по формуле: $(H_1 - H_k)/100$, где H_1 – количество поврежденных клеток в опыте; H_k – количество поврежденных в контроле; 100 – количество сосчитанных клеток. Как правило, уровень ППН $\leq 0,1$. При добавлении в порцию крови специфического индуктора апоптоза нейтрофилов (ИАН) у сенсibilизированных к нему лиц амебиодная активность нейтрофилов заметно усиливается (H_1), что приводит к резкому увеличению ППН. В качестве ИАН использовали препараты, применяемые у больных ХГС в качестве КПТ: 80 мг Ребетол и 0,6 млн. МЕ Альтевира, разведенные в 1,0 л 0,9% раствора натрия хлорида.

Постановка теста ППН проводилась у 125 больных ХГС перед началом КПТ. Среднее значение данного показателя у исследуемых нами пациентов составило $0,11 \pm 0,02$. Однако, следует отметить, что у 15,2% ($n = 19$) всех испытуемых ППН оказался достоверно выше ($p < 0,001$) чем у оставшихся 84,8% ($n = 106$) – $0,28 \pm 0,04$ и $0,08 \pm 0,01$ соответственно.

После определения ППН всем наблюдаемым лицам проводилась КПТ по схеме: «Альтевир» внутримышечно 3 млн. МЕ 3 раза в неделю и «Ребетол» перорально 800-1200 мг в сутки в течение 24-72 недель. В процессе лечения, минимум 1 раз в неделю, у больных определялся уровень нейтрофилов в крови. Среднее значение абсолютного числа нейтрофилов (АЧН) у больных ХГС перед курсом КПТ составило $3,6 \pm 0,49 \cdot 10^9/L$. Динамическое наблюдение за пациентами в течение всего периода КПТ показало, что статистически значимое снижение АЧН отмечалось на 8-10 неделях лечения, до-

стигнув в среднем $1,9 \pm 0,18 \cdot 10^9/L$, $p < 0,001$. Проведя корреляционный анализ, мы констатировали наличие обратной связи между значением ППН и уровнем АЧН на 8-10 неделях КППТ ($r = -0,65$; $p < 0,001$). Так, у тех пациентов, у которых ППН составил $0,08 \pm 0,01$, минимальное количество нейтрофилов оставалось в пределах $2,2 \pm 0,14 \cdot 10^9/L$, что не требовало дополнительной коррекции лечения. Значительно более выраженная нейтропения отмечалась у тех больных ХГС, которые имели в начале исследования среднее значение ППН $0,28 \pm 0,04$, минимальный уровень нейтрофилов в этой группе составил в среднем $0,64 \pm 0,13 \cdot 10^9/L$, что оказалось достоверно ниже ($p < 0,001$), чем у остальных, причем у 2-х из них АЧН к 8-10 неделе лечения снизилось до $0,45 \cdot 10^9/L$, что привело к отмене проводимой КППТ. Наличие обратной корреляционной связи позволило разработать нам способ ориентировочного прогноза развития интерферон-рибавирининдуцированной нейтропении у больных ХГС, основанного на постановке теста ППН (Заявка на изобретение № 2011102090, приоритет от 20.01.2011.). Было установлено, что при выявлении у пациентов величины ППН $\geq 0,24$ с вероятностью более 84% можно судить о высоком риске развития у них нейтропении при проведении в дальнейшем КППТ.

Полученные нами результаты исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Индукция апоптоза нейтрофилов препаратами рибавирина и ИФН имеет важное патогенетическое значение в развитии нейтропении у сенсibilизированных к ним больных ХГС.

2. Значение ППН $\geq 0,24$ у больных ХГС свидетельствует о высоком риске развития интерферон-рибавирининдуцированной нейтропении при проведении им в дальнейшем КППТ.

РЕГРЕССИОННЫЙ АНАЛИЗ СТЕРЕОМОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТИ ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ВАРИАНТОМ ШЕИ

¹Старостина С.В., ²Николенко В.Н.

²Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова;

¹Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов,
e-mail: s.starostina@pochta.ru s.starostina@pochta.ru

Необходимость изучения вариантной анатомии строения подъязычной кости (ПК) неоднократно отмечали хирурги, анестезиологи, оториноларингологи и стоматологи [7, 8, 10]. Рентгеномографическому и морфометрическому исследованию индивидуальной, половой и возрастной изменчивости ПК посвящён ряд работ [1-3, 9, 11]. Изучение гортанно-подъязычного комплекса с позиций индивидуальной анатомической изменчивости стереоморфотометрических характеристик и локальной конституции в связи с различными вариантами шеи и телосложения не проводилось.

Целью исследования явилось выявление индивидуальной изменчивости стереометрических характеристик ПК у взрослых мужчин и женщин с различными вариантами шеи, определение коррелятивных связей параметров ПК с антропометрическими и составление регрессионных уравнений.

Материалы и методы исследования послужили препараты ПК и гортани, взятые в течение 12-24 часов после смерти от трупов людей 18-60 лет (50 мужчин и 50 женщин) методом случайного бесповторного отбора. Для выявления типа телосложения и частной конституции шеи проводилось измерение длины тела (ДТ), акромиального диаметра (АД), окружности грудной клетки (ОГК), длины шеи спереди (ДШ) и её окружности (ОШ); препарирование подъязычной кости и гортани. Применена методика ларингостереометрии: для этого препарат ПК и гортани фиксировался вертикально в специальном штативе, и проводилось измерение декартовых координат 19 анатомических точек ПК в трёх координатных плоскостях [4, 5]. В вариационно-статистической обработке и анализе данных использованы 2 индекса:

1) грудно-ростовой индекс (обычный грудной – T) $\xi_i = \frac{T_i}{L_i}$, где T_i – грудной периметр, L_i – длина тела, i – номер исследуемого индивидуума, $i = 1, \dots, n$, где n – объём выборки;

2) длинотно-окружностный (шейный – C) индекс $\zeta_i = \frac{\lambda_i}{\mathfrak{R}_i}$, где λ_i – длина шеи спереди, \mathfrak{R}_i – окружность шеи, i – присвоенный регистрационный номер исследуемого индивидуума, $i = 1, \dots, n$, где n – объём выборки.

В ходе изучения 25 параметров ПК наиболее значимыми оказались – высота тела ПК по средней линии, длина тела ПК на верхнем и нижнем уровнях, ширина тела ПК, угол ПК справа и слева, длина больших и малых рогов, ширина основания малых рогов. Кроме того, определялся длинотно-широтный индекс ПК – отношение расстояния между концами больших рогов к расстоянию от середины тела на верхнем уровне до середины расстояния между концами больших рогов, характеризующий форму ПК.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведен корреляционный анализ взаимоотношений грудного и шейного индексов. Суммарная степень квадратов значений корреляции шейного индекса с параметрами ПК и антропометрии статистически достоверно превысила аналогичную грудного индекса, что послужило причиной выбора шейного индекса для дальнейшего исследования как критерия разделения