

ентов с неизменной проходимость бронхов ( $p < 0,05$ ). Лимфоцитоз у детей с нарушенной БП при коклюше соответствовал низким значениям НЛИ ( $p < 0,05$ ). Эти результаты позволили сделать вывод о том, что число Т0 лимфоцитов и НЛИ могут являться не только объективным гематологическим критерием, отражающим форму тяжести коклюша у детей, но и компенсаторной реакцией, которая, с одной стороны, является ответом на антигенное раздражение, с другой, поддерживает патологический процесс в легких и способствует развитию нарушения БП. В спазматическом периода коклюша выявлен комплекс изменений, характеризующихся наличием эозинофилов в секретах дыхательных путей, значительным уровнем общего IgE в сыворотке крови, низкими показателями ПОС выд должн,%, суточной вариабельностью ПОС выд. Сильная корреляционная связь между этими параметрами является индикатором наличия ГРБ и свидетельствует о высоком риске развития аллергического воспаления при коклюше.

Результаты клинико-иммунологического и функционального обследования детей с коклюшем явились основой для введения в комплекс терапии этого заболевания фенспирида (зреспала) (Франция "SERVIER"). Фенспирид способствует не только уменьшению отека слизистой оболочки и гиперсекреции, улучшению отхождения мокроты и улучшению мукоцилиарного клиренса, но, что не менее важно при коклюше, противодействует бронхоконстрикции, уменьшая воспаление и ГРБ, а значит риск развития хронической патологии органов дыхания.

А.Ю. Прокопов, И.А. Власова, В.А. Козлов, С.В. Казанцева

## **ДИНАМИКА ИММУННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

УГМА

Воспаление – индуктор регуляторных сдвигов в иммунной системе. Учитывая это, мы предположили, что на ранних сроках приступ катарально-

го или флегмонозного калькулезного холецистита активирует защитные иммунные процессы в организме. Со временем степень активации защитных сил оказывается недостаточной, что приводит к прогрессированию воспаления и ухудшению состояния больного.

Цель работы – определить оптимальный срок оперативного вмешательства у больных с острым калькулезным холециститом.

Пациенты (49 человек) были разделены на две группы: I группа (n = 23) – больные с хроническим калькулезным холециститом, оперировались в плановом порядке. II группа (n = 26) – больные с катаральным и флегмонозным калькулезным холециститом без признаков перитонита, холецистэктомия производилась в неотложном порядке (минилапаротомный доступ), сразу после поступления больного в стационар. Группы сопоставимы по возрасту, полу, тяжести сопутствующей патологии, стажу болезни. Контрольная группа (n = 22) – практически здоровые люди, у которых исключена патология билиарной системы. Исследования иммунного статуса выполнялись до операции, на 3-и, 7-е и 21-е сутки после вмешательства стандартными унифицированными методами.

Клинически больные II группы, прооперированные сразу после поступления в стационар, отличались более легким течением послеоперационного периода, меньшим сроком пребывания в стационаре после операции ( $3,8 \pm 0,1$  и  $4,6 \pm 0,2$  суток, соответственно). Исходные показатели у больных I группы отличались снижением количества CD20+-лимфоцитов ( $0,14 \pm 0,05$ ) и IgM ( $0,7 \pm 0,05$  г/л) в периферической крови. У пациентов II группы отмечено снижение относительного содержания CD3+-лимфоцитов ( $42,0\% \pm 1,0$ ) на фоне общего лейкоцитоза, увеличение уровня IgG ( $16,0 \pm 0,9$  г/л). В течение ближайшего послеоперационного периода (на третьи сутки после операции) происходит наибольшее угнетение всех иммунных показателей у больных обеих групп. На седьмые сутки угнетение гуморального и клеточного звеньев сохранялись I группе. У пациентов II группы на 7-е сутки наметилась тенденция к восстановлению показателей клеточного иммунитета ( $p > 0,05$ ). К

окончанию исследования на 21-е сутки в I группе сохраняется угнетение гуморального звена, показатели которого ниже даже предоперационного уровня. Во второй группе – все гуморальные показатели выше исходных и контрольных значений. Можно предположить, что это обуславливало высокую резистентность организма к любым повреждающим инфекционным и неинфекционным факторам в позднем послеоперационном периоде. Тем не менее, следует обратить внимание на возможность послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде. У пациентов I группы в поздние сроки иммунные показатели восстанавливались медленно и к окончанию исследования так и не достигали дооперационного уровня. Это определяло не только риск послеоперационных осложнений (особенно на пятые-седьмые сутки), но и высокий риск заболеваний других систем органов в поздний период.

Приведенные результаты свидетельствуют о более быстром восстановлении иммунных показателей и снижении эндогенной интоксикации в послеоперационном периоде у больных с острым калькулезным холециститом, подвергшихся хирургическому лечению сразу после поступления в стационар. До операции эти больные характеризовались иммунологической перестройкой, характерной для острого воспалительного процесса. Больные, оперированные в плановом порядке, имели транзиторный иммунодефицит, не проходящий в течение почти месяца, нуждались в антибактериальной и иммунокорректирующей терапии. В клинике хирургических болезней №2 на протяжении последних лет мы придерживаемся активной хирургической тактики у всех больных с острым калькулезным холециститом (если нет серьезной сопутствующей патологии), операция выполняется при поступлении больного в стационар. За последние два года по поводу желчнокаменной болезни прооперировано более 400 пациентов, из них 260 (65,6%) – сразу после поступления в стационар. Подобная активная тактика не привела к увеличению летальности ни в одной возрастной группе. Это убеждает в верности нашего предположения и выбранной хирургической стратегии у больных с

катаральным и флегмонозным калькулезным холециститом без признаков перитонита.

Н.А. Вендрова

## **РОЛЬ ВЫПОЛНЕННЫХ ДИССЕРТАЦИОННЫХ РАБОТ В ОПТИМИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В ВУЗе**

УГМА

В "Положении о Высшей аттестационной комиссии Министерства образования Российской Федерации" говорится, что "главными задачами Высшей аттестационной комиссии Министерства образования являются:

- проведение единой государственной политики, осуществление контроля и координации деятельности в области аттестации научных и научно-педагогических кадров высшей квалификации;
- содействие улучшению качественного состава научных и научно-педагогических кадров".\*

Созданная система подготовки кадров состоит из ряда ее элементов, которыми являются диссертационные советы, создаваемые в высших учебных заведениях Российской Федерации. Содействие диссертационных советов в улучшении качественного состава научного потенциала вуза доказано практикой подготовки кадров в вузах на протяжении многих десятилетий.

В Уральской государственной медицинской академии потенциал научно-педагогических кадров возрос за истекшее десятилетие. Число докторов наук в 1990 г. составляло 51 человек, в 2000 г. – 83 человека, что, безусловно, повлияло на качество подготовки будущих врачей.

Основная задача высших учебных заведений – подготовка квалифицированных специалистов для различных специальностей.

---

\* Положение о Высшей аттестационной комиссии Министерства образования Российской Федерации, Бюллетень ВАК РФ, № 4, 2000 г.