

может способствовать внутриутробной сенсибилизации плода, выражающейся в повышении уровня IgE, вероятно, обусловленное изменением баланса уровня лимфоцитов Th1 и Th2 в сторону относительного преобладания активности Th2.

Нами не выявлено достоверных различий в субпопуляционном составе лимфоцитов пуповинной крови новорожденных в зависимости от таких факторов микроэкологии жилища беременной, как количество ковров, мягкой мебели, открытых стелажей для книг и цветов.

Анализ числа совместно проживающих с матерью ребенка лиц показал наличие положительной корреляционной связи с такими показателями, как процент Т-хелперов с наличием внутриклеточного синтеза INF γ ($r=0,47$), уровнем IgM плазмы ($r=0,27$) и фагоцитарным числом ($r=0,31$). Остальные показатели иммунограммы пуповинной крови с количеством совместно проживающих с матерью ребенка лиц не коррелировали. Наиболее вероятной причиной выявленных связей является большая частота переносимых матерью ребенка инфекционных заболеваний в семьях с большим числом совместно проживающих лиц, «приносящих» возбудителей в среду проживания беременной.

Однонаправленные тенденции в изменении указанных параметров иммунной системы ребенка однозначно свидетельствуют о стимуляции его иммунной системы инфекционными факторами, прежде всего вирусными, что полностью укладывается в русло «гигиенической гипотезы» о защитной роли не тяжелых инфекционных заболеваний в отношении atopических болезней через стимуляцию Th1-звена иммунитета и высокую продукцию INF γ . Принципиально важным является установленный нами факт модифицирующего Th1/Th2-баланс влияния инфекционных факторов на иммунную систему ребенка еще в период внутриутробного развития, что не было ранее описано в литературе.

Литература

1. Gabrielsson S., Soderlund A., Nilsson C. et al. // *Clin. Exp. Immunol.* — 2001. — Vol. 126, No. 3. — P. 390–396.
2. Hagendorens M.M., Ebo D.G., Schuerwegh A.J. et al. // *Clin. Exp. Allergy.* — 2003. — Vol. 33, No. 5. — P. 633–639.
3. Hsieh F.H., Lam B.K., Penrose J.F. et al. // *J. Exp. Med.* — 2001. — Vol. 193, No. 1. — P. 123–133.
4. Kopp M.V., Zehle C., Pichler J. et al. // *Clin. Exp. Allergy.* — 2001. — Vol. 31, No. 10. — P. 1536–1543.
5. Nilsson C., Larsson A.K., Hoglind A. et al. // *Clin. Exp. Allergy.* — 2004. — Vol. 34, No. 3. — P. 373–380.
6. Romagnani S., Parronchi P., D'elios M.M. et al. // *Int. Arch. Allergy Immunol.* — 1997. — Vol. 113, No. 1–3. — P. 153–156.
7. Schade R.P., Van Ieperen-Van Dijk A.G., Versluis C. et al. // *J. Allergy Immunol.* — 2002. — Vol. 109, No. 2. — P. 357–362.
8. Yamamoto J., Adachi Y., Onoue Y. et al. // *Allergy.* — 2000. — Vol. 55, No. 11. — P. 1011–1018.

Поступила в редакцию 26.04.2006.

SUBPOPULATION STRUCTURE OF THE LYMPHOCYTES OF THE UMBILICAL BLOOD OF NEWBORNS AND PROSPECTS OF ITS USE AS THE PREDICTOR OF ATOPIC DISEASES AT CHILDREN

S.Yu. Tereshchenko, V.I. Prohorenkov, I.A. Novitsky, I.A. Ol'hovsky, N.A. Shakina, I.V. Isakov, L.V. Vasil'eva, E.G. Neyman

Scientific research institute of medical problems of the North of the Siberian branch of the Russian Academy of Medical Science, Krasnoyarsk regional center of AIDS and infectious diseases prophylaxis, Krasnoyarsk state medical academy

Summary — 153 in term newborns underwent the analysis on immune parameters of the umbilical blood and questioning of mothers about the allergic anamnesis. The results of research show the stimulation of immune system of the child by infectious factors in the intra-uterine period. These facts correlate to the “hygienic hypothesis” about a protective role of mild infectious diseases in the atopical illnesses through the stimulation of the Th1 of immunity and high production of the γ -interferon.

Pacific Medical Journal, 2007, No. 3, p. 41–43.

УДК 616.14-005.6-085.273.53

В.С. Пашин, О.А. Киридон, А.П. Карабаш, Д.В. Родькин, С.В. Бояркин, А.А. Копырин

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЖИМА АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Сахалинская областная больница
(г. Южно-Сахалинск)

Ключевые слова: тромбоз, флебит, схемы лечения, антикоагулянты.

Болезни вен ног до сих пор остаются одной из ведущих причин утраты трудоспособности и инвалидизации. Тромбозы в системе глубоких вен ниж-

них конечностей представляют собой наиболее частую и тяжелую разновидность венозных тромбозов. Значительный диаметр этих магистральных сосудов делает возможным формирование в них эмболоопасного тромба больших размеров, а интенсивный поток крови создает условия для легкого его отрыва и тромбоэмболии легочной артерии. Заболевание нередко протекает бессимптомно и остается нераспознанным. В долговременной перспективе распространенный тромбоз глубоких вен ведет к формированию посттромбофлебитической болезни, проявляющейся хронической венозной недостаточностью вплоть до развития трофических язв нижних конечностей, что существенно снижает трудоспособность и качество жизни пациентов [4].

Комплекс лечебных мероприятий при тромбозе в системе глубоких вен нижних конечностей достаточно

широк и включает в себя постоянную эластическую компрессию, назначение флеботоников, нестероидных противовоспалительных средств, дезагрегантов и, что особенно важно, антикоагулянтную терапию [2]. Именно антикоагулянты решают здесь основные задачи лечения: остановить распространение тромбоза и надежно предупредить рецидив заболевания. Антикоагулянтная терапия показана всем больным тромбозом глубоких вен нижних конечностей (при отсутствии прямых противопоказаний) при условии, что длительность заболевания не превышает одного месяца [1, 5]. Это наиболее действенное средство прекращения прогрессирования тромбоза с доказанным лечебным эффектом. Антикоагулянтная терапия предполагает последовательное применение прямых (нефракционированный гепарин, низкомолекулярные гепарины) и непрямых (антивитамины К) антикоагулянтов.

В литературе нет единого мнения относительно сроков назначения и стартовых дозировок непрямых антикоагулянтов, рекомендуется лишь для предотвращения так называемых рикошетных тромбозов начинать прием препаратов не менее чем за 3–4 дня до отмены гепарина [2, 3, 5].

Целью настоящей работы являлся сравнительный анализ различных схем проведения антикоагулянтной терапии при тромбозах в системе глубоких вен нижних конечностей. Исследовались две группы пациентов по 15 человек в каждой, примерно одинаковых по возрасту и половому составу. Наблюдение осуществлялось в условиях отделения сосудистой хирургии Сахалинской областной больницы в 2003–2006 гг.

Больные в обеих группах получали стандартизованное лечение, включающее использование эластической компрессии, флеботоников (детралекс), нестероидных противовоспалительных средств, дезагрегантов. Различие между группами заключалось в дозировках и в сроках начала применения непрямого антикоагулянта (варфарин). Так, в первой группе в течение 7–8 дней проводилась терапия прямыми антикоагулянтами (с контролем активированного частичного тромбoplastинового времени) с последующим переводом пациентов на непрямые антикоагулянты (начальная доза — 5 мг) под ежедневным контролем коагулограммы (протромбиновый индекс, значение Международного нормализованного отношения). Средняя длительность пребывания больных этой группы наблюдения в стационаре составила 16,7 койкодней (от 12 до 30 дней).

Во второй группе прямые и непрямые антикоагулянты с первого дня лечения назначались параллельно, гепарин отменяли на 5–7-й день по достижении требуемого уровня гипокоагуляции (значение Международного нормализованного отношения выше 2,0). Лечение варфарином начиналось с дозы 7,5 мг. Средняя длительность стационарного периода терапии составила 11,4 дня.

В обеих группах в большинстве наблюдений в течение первой недели лечения удавалось купировать острые проявления заболевания (уменьшение отека, боли). Таким образом, длительность пребывания в стационаре в основном определялась временем, необходимым на подбор дозы непрямого антикоагулянта (назначение препарата в амбулаторных условиях было невозможным по организационно-техническим причинам). Следует заметить и то, что используемые препараты воздействуют на различные этапы коагуляции, по этой причине не происходит суммирования эффекта. Осложнений при проведении антикоагулянтной терапии не было.

На основании клинического сравнительного анализа можно сделать вывод, что назначение низких начальных доз варфарина (5 мг и менее) неоправданно по причине существенного удлинения сроков развития требуемого уровня гипокоагуляции. Применение модифицированной схемы антикоагулянтной терапии позволяет значительно уменьшить продолжительность стационарного лечения пациентов с венозными тромбозами при сохранении прежней эффективности терапии, быстрее добиться требуемого уровня гипокоагуляции на непрямых антикоагулянтах, применить более короткий курс гепарино-терапии.

Литература

1. Баркаган З.С. Геморрагические заболевания и синдромы. — М.: Медицина, 1988.
2. Лечение оральными антикоагулянтами: рекомендации Всероссийской ассоциации по изучению тромбозов, геморрагий и патологии сосудов имени А.А. Шмидта — Б.А. Кудряшова. — М., 2002.
3. Применение непрямых антикоагулянтов: методические рекомендации. — М.: Главное военно-медицинское управление Министерства обороны Российской Федерации; Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, 2002.
4. Флебология: руководство для врачей / под ред. В.С. Савельева. — М.: Медицина, 2001.
5. Guyatt G., Schunemann H., Cook D. et al. // Chest. — 2001. — Vol. 119. — P. 3S–7S.

Поступила в редакцию 27.04.2007.

OPTIMIZATION OF THE ANTI-COAGULATION THERAPY AT PATIENTS WITH THE DEEP VEINS THROMBOSIS IN THE HOSPITAL.

V.S. Pashin, O.A. Kiridon, A.P. Karabash, D.V. Rod'kin, S.V. Boyarkin, A.A. Kopyrin

Sakhalin Regional Hospital (Yuzhno-Sakhalinsk)

Summary — On the basis of the treatment of two groups of patients with deep veins thromboses of the legs the schemes of the anti-coagulant therapy are discussed. It is shown, that simultaneous use of direct and indirect anticoagulants allows to reduce the duration of hospitalization. The use of low initial doses of indirect anticoagulants (warfarin — 5 mg and less) is not justified owing to prolonged required level of the hypocoagulation.