

полнения пробы в среднем до 119,9 нг/мл, к 12 часу - до 100,5 нг/мл, с нормализацией к 24 часу ($p < 0,001$). По данным ХМ ЭКГ эпизоды ишемии миокарда встречались более чем в два раза чаще и были продолжительнее у лиц с уровнем Мг большей, чем 80 нг/мл. При этом частота эпизодов ишемии миокарда по данным Мг теста была существенно выше, чем по данным ХМ ЭКГ.

Согласно полученным данным, были рассчитаны показатели информативности Мг теста (динамического исследования уровня Мг в сочетании с нагрузочной ЧПСП) в сравнении с таковыми ЧПСП в диагностике латентной коронарной недостаточности. Так, чувствительность Мг теста составила 93,1% против 66,7%, специфичность - 92% против 85,2%, предсказательная ценность при положительной пробе - 93,1% против 81,2%, предсказательная ценность при отрицательной пробе - 92% против 71,9%, диагностическая эффективность - 89,3%, против 75,3%.

Таким образом, использование динамического определения уровня сывороточного Мг у больных АГ значительно повышает диагностические возможности выявления латентной коронарной недостаточности, Мг тест обладает более высокой информативностью в диагностике латентной коронарной недостаточности, чем нагрузочные пробы и холтеровское мониторирование ЭКГ.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ НАРУШЕНИЯ ВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ОБСТРУКТИВНОЙ ПОЧКИ

Белый Л.Е.

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Ульяновск

Экскреторная урография (ЭУ), выполняемая при обструкции верхних мочевых путей (ВМП), помимо обнаружения причины нарушения пассажа мочи позволяет в той или иной степени судить о выделительной функции почки. Распространенным является мнение, что «белая» или «немая» почка на ЭУ, отражающая нефрографическую фазу, тождественна термину «афункциональная почка».

Целью настоящей работы стало определение признаков нарушения выделительной функции почки методом ЭУ.

ЭУ была проведена 138 больным с острой обструкцией ВМП. Из них у 21 больного (15,4%) данное патологическое состояние, было осложнено вторичным обструктивным пиелонефритом. При оценке состояния ЧЛС у больных с уретеролитиазом и камнями пиелoureтерального соустья нами получены следующие данные: гидронефротическая трансформация ЧЛС почки на стороне обструкции была обнаружена у 95 (74,2%) больных, отсутствие пиелокаликоэктазии наблюдалось у 20 (15,6%) больных. Судить о состоянии ЧЛС почки не представлялось возможным у 13 (10,2%) больных в силу наличия нефрограммы и отсутствия выделения контрастного вещества в ЧЛС. Отсутствие выделения контрастного вещества в ЧЛС при наличии нефрограммы мы расцениваем как положительный фактор, являющийся защитной реакци-

ей. Данное явление свидетельствует о сохранности форникального аппарата и функциональной способности почки, больших ее резервных возможностях и о благоприятном прогнозе.

Хорошее контрастирование ЧЛС зависит не только от сохранности выделительной функции почек, но и от функции ВМП. Мы согласны с мнением Золотарева И.И. (1975) и считаем, что при расстройстве уродинамики ВМП четкое контрастирование чашечно-лоханочной системы указывает не на хорошую функциональную способность почки, а на плохой пассаж мочи из ВМП и, следовательно, порой, на неудовлетворительную функцию почек. При гидронефротической трансформации плотная тень контрастного вещества является неблагоприятным симптомом, и, наоборот, неинтенсивная тень контрастного вещества в расширенной полостной системе свидетельствует о сохранной концентрационной способности почки.

Мы провели анализ урограмм у больных с расширенной ЧЛС. Из 95 больных у 45 (47,4%) контрастирование ЧЛС почки на стороне обструкции отмечалось на урограммах, выполненных на 10 минуте с момента интравенозного введения урографина. При этом интенсивность тени контрастного вещества в гидронефротически трансформированной полостной системе на стороне обструкции совпадала или превышала интенсивность тени на контрлатеральной стороне. Этот факт мы считаем плохим прогностическим признаком, указывающим на утрату способности реабсорбции мочи форникальным аппаратом почки, что может быть объяснено частыми окклюзиями ВМП, вызывающими гипертензию лоханки. Последняя приводит к разрывам форниксов с их склерозированием и облитерацией. У 29 (64,4%) из этих 45 больных в анамнезе был отмечен уролитиаз, приступы почечной колики. У 29 (30,5%) больных контрастирование ЧЛС почки на стороне обструкции было отмечено на урограммах, выполненных на 25-й минуте с момента введения урографина, а у 18 (18,95%) на 60-й минуте. У 1-го (1,05%) больного - контрастирование наступило на 90-й минуте, а у 2-х (2,1%) лишь на 120-й минуте.

По нашему мнению, чем позже наступает контрастирование ЧЛС почки, тем выше функциональный резерв почки. Наличие плотной тени собирательной системы почки на ранних урограммах является неблагоприятным признаком и требует более активной тактики.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ СПОСОБ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Большаков И.Н., Цхай В.Б., Полянская Р.Т.,
Кошеутова Н.В.

Красноярская государственная медицинская академия, Красноярск

Актуальной проблемой акушерства и перинатологии является внутриутробная инфекция плода. Один из путей проникновения возбудителя к плоду - восходящий путь. В связи с этим особую значимость

имеет поиск эффективных средств лечения бактериального вагиноза (БВ).

В настоящем сообщении представлены результаты изучения клинического эффекта геля АСКОРБАТ-ХИТОЗАН-МЕТРОНИДАЗОЛ, его влияние на флору влагалища. Для оценки эффективности и переносимости геля АСКОРБАТА-ХИТОЗАНА-МЕТРОНИДАЗОЛ проведено динамическое исследование у беременных женщин при сроке беременности 18-36 недель.

Цель исследования – заключается в повышении эффективности лечения БВ у беременных женщин. Предложенным способом было пролечено 27 женщин в возрасте от 17 до 39 лет, с БВ. Длительность заболевания колебалась от 1 до 4 мес. Женщины в течение 7 дней интравагинально, на слизистую оболочку влагалища применяли 3,5% гель АСКОРБАТ-ХИТОЗАН-МЕТРОНИДАЗОЛ в количестве 20 мл 1 раз в 2 дня с предварительной санацией влагалища водным раствором фурацилина 1:5000 (приоритет от 16.06.03 за № 200311803/14 (018981)).

Женщины предъявляли жалобы на обильные гомотенные выделения из половых путей с неприятным запахом, а также зуд и чувство жжения в области наружных половых органов. При осмотре в зеркалах практически у всех пациенток зарегистрировано отсутствие признаков воспаления, кольпоскопическая картина характеризовалась наличием дистрофических изменений слизистой оболочки влагалища. Информативным лабораторным методом диагностики являлось обнаружение в мазках, окрашенных по Граму, ключевых клеток. Положительный аминный тест и рН-метрия влагалищного отделяемого более 4,5. Эффективность результатов оценивалась по нескольким показателям: жалобы и клиническая картина; бактериологическое исследование влагалищной флоры (бактериоскопия и культуральная диагностика) и показателю деформируемости эритроцитов (ПДЭ). Показатель деформируемости эритроцитов позволяет оценить состояние мембранных структур клетки при инфекционно-воспалительных процессах, в частности при БВ.

При проведении лечения жалобы на зуд и жжение во влагалище исчезали уже к концу вторых суток. При контрольном гинекологическом осмотре на пятые сутки у 88% женщин отсутствовали жалобы на зуд и жжение слизистой оболочки. На 7 сутки лечения пациентки в 94% жалобы не предъявляли, количество влагалищных выделений существенно сократилось. При осмотре в зеркалах отсутствовали воспалительные изменения слизистой оболочки влагалища, выделения соответствовали физиологической норме. Показатель деформируемости эритроцитов до лечения составил 9,2% (при норме 1-6%), на 7 сутки – 7,9%, после лечения – 5,7%, что указывает на снижение степени воспалительного процесса и эффективность лечения. Данные культуральной диагностики подтвердили, что гель АСКОРБАТ-ХИТОЗАН-МЕТРОНИДАЗОЛ не влияет на жизнеспособность лактобацилл и не снижает их функциональной активности. В течение 3 месяцев по поводу развития рецидивов заболевания обратилось 12% женщин, что доказывает эффективность проведенной терапии БВ.

Таким образом, предложенный способ местного лечения БВ у беременных в сроке 18-36 недель гелем АСКОРБАТ-ХИТОЗАН-МЕТРОНИДАЗОЛ приводит к признакам выздоровления: ингибции анаэробной микрофлоры, трансформации гипо- или атрофической слизистой оболочки влагалища в функциональный эпителий и повышению концентрации гликогена; снижению рН влагалищного секрета, нормализуемости проницаемости капилляров, уменьшению трансудацию жидкости во влагалище; предупреждает развитие осложнений в виде кандидозных вульвовагинитов и сокращает число рецидивов заболевания в 3,7 раза; обеспечивает стойкий лечебный эффект и позволяет в 2 раза сократить сроки лечения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА ГЕЛЕВЫМИ КОМПОЗИЦИЯМИ, СОДЕРЖАЩИМИ МЕТРОНИДАЗОЛ

Большаков И.Н., Солнцев А.С., Майгуров А.А.,
Старостенко Т.Д.

*ГОУ ВПО «Красноярская государственная
медицинская академия», Красноярск*

Воспалительные заболевания пародонта принадлежат к числу важнейших проблем в современной стоматологии, поскольку при довольно значительной их распространенности отмечается устойчивая тенденция к росту частоты рецидивов данной патологии. Это объясняется трудностями ранней диагностики, наличием сопутствующих патологий в организме и недостаточно высокой эффективностью лечения на ранних этапах развития воспаления в тканях пародонта.

Хронический катаральный гингивит является наиболее распространенной патологией среди болезней пародонта у лиц молодого возраста от 17 до 25 лет. Несмотря на большое количество работ, посвященных лечению хронической формы катарального гингивита, проблемы эффективного лечения этой патологии полностью не решены. С учетом того, что в патогенезе хронического катарального гингивита задействованы многочисленные механизмы, объясняется недостаточный эффект практически всех средств патогенетической терапии. Это связано, прежде всего, с адаптацией микрофлоры полости рта к используемым антибактериальным препаратам. Поэтому возникает необходимость в их сочетанном применении с целью расширения спектра ингибирования патологических звеньев хронического воспалительного процесса в десне. При этом возникновение различных побочных эффектов, которыми часто обладают активные средства, должно быть минимальным.

Перспективным является применение лекарственных средств в составе десневых пленок и повязок, которые обладают пролонгированным воздействием на десну при лечении хронического катарального гингивита.

В последние годы в стоматологическую практику все чаще внедряются гелевые композиции, включающие в свой состав метронидазол. При лечении