факторов местной неспецифической имунной защиты под влиянием гирудотерапии использовали смешанную слюну. Из осадка слюны готовили мазки, окрашенные по Романовскому-Гимзе, подсчитывали количество нейтрофилов и эпителиальных клеток. Для определения содержания лизосомально-катионных белков в нейтрофилах мазки смешанной слюны окрашивали прочным зеленым.

Под влиянием гирудотерапии у больных с хроническим верхушечным периодонтитом в стадии обострения отмечалось достоверное повышение содержания лизосомально-катионных белков в нейтрофилах смешанной слюны.

Результаты исследования содержания лизосомально-катионных белков в нейтрофилах смешанной слюны больных с обострением хронического верхушечного периодонтита показали, что под влиянием гирудотерапии отмечается нормализация состояния кислород-независимой бактерицидной системы нейтрофилов, что отражает активацию механизмов местной неспецифической иммунной защиты.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОНЦЕНТРАЦИЯ КОРТИЗОЛА СЫВОРОТКИ КРОВИ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ БИФУНКЦИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ НАДПОЧЕЧНЫХ ЖЕЛЕЗ В ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ

Дульский В.А., Алабердин С.В.
Иркутский государственный медицинский университет, Иркутский институт усовершенствования врачей, Иркутск

Цель исследования. Изучить зависимость частоты сердечных импульсов (ЧСИ), показателей систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления (АД), волновых составляющих вариабельности сердечного ритма и концентрации кортизола сыворотки крови из кубитальной вены в ночное часы.

Материал и методы. В исследование включили 17 больных (8 мужчин и 9 женщин) с опухолями надпочечных желез, выявленных при проведении компьютерной томографии. Средний возраст больных составил 51,8±2,56 лет (от 26 до 67 лет). В 24 часа осуществляли забор крови из кубитальной вены. Концентрация кортизола в сыворотке крови определялась радиоиммунным методом. Суточное мониторирование (СМЭКГ-АД) проведено с использованием бифункционального аппаратно-программного комплекса «Кардиотехника 4000АД» Ver. 2.48, 9902, 8.77 АОЗТ «Инкарт» (Санкт-Петербург, Россия). Время мониторирования варьировало от 23 часов 12 мин до 24 часов. Измерения АД проводились в течение дня каждые 15 мин., а во время ночного сна - каждые 30 мин. Статистическая обработка проведена с использованием универсального статистического пакета SPSS 11.5.0.

Полученные результаты. Среднее значение ЧСИ в час забора крови составило 66,7±3,75 имп в 1 мин (от 45 до 83 имп в 1 мин). Показатели САД составили: среднего – 130,9±9,06 (от 84 до 176) мм рт ст; min – 126,8±9,45 (от 77 до 176) мм рт ст; max – 135,5±8,89 (от 91 до 178) мм рт ст. Показатели ДАД составили: среднего – 79,9±6,17 (от 48 до 111) мм рт ст; min – 77,0±6,17 (от 41 до 104) мм рт ст; max – 82,9±6,17 (от 55 до 116) мм рт ст. Показатели мощности спектра в диапазоне: менее VLF – 854,6±126,97 (от 86 до 1564); LF – 246,2±69,61 (от 47 до 755) и HF – 116,3±38,47 (от 6 до 331). Концентрация кортизола сыворотки крови из кубитальной вены в 24 часа составила 176,7±50,17 (от 60 до 585) нмоль/л. Регрессионный и корреляционный анализы установили прямую сильную статистически значимую ($p<0,05$) корреляцию: САД среднего и САД min с ДАД средним (0,806), ДАД min (0,831), ДАД max (0,809); САД max с ДАД средним (0,825), ДАД min (0,776), ДАД max (0,827). Выявлена тенденция к значимости ($0,05<p<0,1$) прямых корреляций ЧСИ max с ДАД средним (0,571) и ДАД max (0,570). Выявлена тенденция к значимости ($0,05<p<0,1$) обратных корреляций: САД среднего и САД min с LF (-0,573) и HF (-0,582); САД max с LF (-0,573) и HF (-0,536).

Выводы:

1. Среднее значение концентрации кортизола сыворотки крови кубитальной вены в 24 часа соответствовало референтным величинам.
2. Статистически значимых корреляционных связей концентрации кортизола сыворотки крови в ночное время с часовыми показателями ЧСИ, САД и ДАД, а так же волновых составляющих вариабельности сердечного ритма не выявлено.
3. Выявлены статистически значимые прямые сильные корреляционные связи показателей САД и ДАД.
4. Выявлена тенденция к статистически значимости обратных корреляционных связей САД и показателей симпатической и парасимпатической составляющих волновой структуры вариабельности сердечного ритма.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ АБАЛАХСКАЯ В ТЕРАПИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Емельянова Э.А., Сафонова С.Л., Платонова А.А., Бурнашев В.Н.
Проблемная научно-исследовательская лаборатория физиологии и патологии органов пищеварения Якутского государственного университета

В настоящее время, несмотря на существование множества схем лечения больных с воспалительно-деструктивными поражениями слизистой оболочки пищевода, единых подходов к терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни не существует.

Целью настоящей работы явилось определение возможностей использования минеральной воды абалахская (АМВ) как антисекреторного препарата при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Обследованы в динамике 9 больных (4 мужчин и 5 женщин) с различной тяжестью рефлюкс-эзофагита

(I и II степени), получавшие курс питьевого лечения гидрокарбонатной натриево-калиевой минеральной водой малой минерализации с щелочной реакцией. АМВ назначалась за 45 минут или за 1 час до еды в теплом виде (38-42° С) в зависимости от тяжести болезни.

При эндоскопическом исследовании верхних отделов желудочно-кишечного тракта у всех больных имели место визуально различаемые эзофагиты, у женщин - I степени, у мужчин - I и II степени. У большинства больных, за исключением одного, выявлена недостаточность кардии. Косвенные признаки скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы имелись у одной больной 50-ти лет. Помимо этого у двух больных выявлены признаки дуоденогастрального рефлюкса в виде примеси желчи в желудке натощак.

Наряду с признаками эзофагита отмечены изменения в слизистой оболочке желудка, характерные хроническому гастриту поверхностного и смешанного типов (6 и 3 случаев соответственно).

Хроническая эрозия препилорического отдела констатирована у одной женщины, явления дуоденита - у мужчины с язвенной болезнью 12-ти перстной кишки. Рубцово-язвенная деформация выходного отдела желудка и луковицы 12-ти перстной кишки обнаружена у 4-х больных, постязвенный рубец верхней трети желудка - у 1-ой женщины. Стриктура нижней трети пищевода выявлена у 2-х больных с длительным анамнезом язвенной болезни 12-ти перстной кишки непрерывно рецидивирующего течения.

Изучение кислотообразующей функции слизистой желудка показало преобладание гипосекреции. Гиперсекреция установлена у 2-х больных язвенной болезнью 12-ти перстной кишки.

Среди сопутствующей патологии следует отметить у 7 больных дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей и у 5 - хронические панкреатиты.

На фоне питьевого лечения уменьшение дисфагического, диспепсического и болевого синдрома и пальпаторной болезненности в эпигастральной и пилородуоденальной областях отмечалось на 4 и 5 дни, а полное их исчезновение на 7 - 9 дни. Вместе с тем метеоризм (1 случай) и запоры (1 случай) сохранялись до конца курса лечения.

Резко выраженная изжога на фоне питьевого лечения АМВ полностью прекратилась на 7-ой день, а слабо выраженная - на 4-ый день лечения.

При контрольном эндоскопическом обследовании через 16 дней у всех больных положительная динамика констатирована со стороны эндоскопической картины гастродуоденальной слизистой. Отмечается эпителизация линейных эрозий слизистой пищевода на фоне уменьшения отечности и гиперемии слизистой пищевода, желудка и 12-ти перстной кишки, подтвержденных морфологически.

Под влиянием минеральной воды абалахская в динамике уменьшается объем желчного пузыря на 14% у мужчин и на 10% у женщин. При этом у мужчин наиболее выражено уменьшение продольных его размеров, а у женщин - поперечных. Нормализация толщины и плотности стенки пузыря характерна для всех больных.

Улучшение абдоминального обзора при ультразвуковом исследовании после курсового лечения АМВ проявилось в исчезновении наслоения петель кишечника с каловыми “камнями” и метеоризма, что свидетельствует о нормализации моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта.

Фракционное дуоденальное зондирование, проводимое в динамике, показывает положительное воздействие АМВ на функциональное состояние желчного пузыря, желчевыводящих путей и на коллоидальную стабильность желчи.

На фоне питьевого лечения уменьшается уровень холестерина в сыворотке крови, наиболее выраженное у женщин.

Таким образом, наши исследования показали, что в этиопатогенезе ГЭРБ, наряду с кислотным фактором, имеют значение двигательные расстройства пищеварительного тракта.

На фоне питьевого лечения минеральной водой абалахская достигнута клинико-эндоскопическая ремиссия у больных рефлюкс- эзофагитом I-II степени. Высокий лечебный эффект от применения минеральной воды абалахская определяется выраженным противовоспалительным и нормализующим ее действием на моторно-эвакуаторную функцию желудочно-кишечного тракта. Минеральная вода абалахская может быть использована в качестве антисекреторного препарата, чему способствуют ее ионно-солевой, микрокомпонентный состав и схема питьевого режима.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ РОЖИ

Жаров М. А
Городская клиническая инфекционная больница, Майкоп

На протяжении многих десятилетий рожа относится к компетенции клиники инфекционных болезней. Исключение составляют больные с осложненными формами рожи, которые госпитализируются в хирургические стационары. Лечение больных рожей в настоящее время проводится дифференцированно с учетом клинической формы и степени тяжести болезни. В настоящее время одним из основных принципов этиотропного лечения рожи является назначение антибиотиков. Оптимизация антибактериальной терапии при роже свидетельствует, что сроки купирования синдрома интоксикации и локального процесса у больных первичной, повторной и редко рецидивирующей формами рожи не имеют достоверных различий при назначении пенициллинов, цефалоспоринов, фторхинолонов и комбинации пенициллинов, цефалоспоринов. Однако, при тяжелых формах первичной и рецидивирующей роже наиболее эффективными оказываются цефалоспорины, фторхинолоны в монотерапии и комбинации пенициллинов и цефалоспоринов у больных с часторецидивирующей формой независимо от тяжести заболевания (В.Х. Фазылов и соавт., 2003). Антибактериальная терапия осуществляться антибиотиками, которые ранее не использовались для лечения рецидивов.