блокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ и антагонисты рецепторов ангиотензина II.

На выбор врача влияет много факторов: предыдущий опыт приема больным гипотензивных средств, цена лекарства, характер риска, наличие или отсутствие повреждения органа - мишени, наличие других заболеваний, которые могут поддерживать или ограничивать применение гипотензивных препаратов.

Преимуществами комбинированной гипотензивной терапии является то, что оба препарата можно применять в малых дозах, что не даст побочного действия, из-за различных механизмов действия увеличивается вероятность того, что осложнения повышения артериального давления можно будет успешно контролировать.

Одним из возможных оптимальных способов комбинированной терапии является сочетание ингибитора АПФ и диуретика в нефиксированной комбинации, при этом доза ингибитора АПФ может меняться и подбираться индивидуально, а доза диуретика стандартная и оптимальная терапевтическая, которая не меняется.

Целью настоящего исследования явилось определение клинической эффективности нефиксированных комбинаций препаратов у больных гипертонической болезнью для визуализации гипотензивного эффекта.

В исследование были включены 34 мужчины в возрасте от 45 до 59 лет с гипертонической болезнью 2 степени, 2 стадии. Диагноз определялся согласно рекомендациям ВНОК по артериальной гипертензии (2004). Для визуализации эффективности нефиксированных комбинаций препаратов у больных гипертонической болезнью согласно рандомизации были сформированы группы лиц с фармакологическим вмешательством, сопоставимые между собой по возрасту и стратификационным признаком.

Методы исследования включали в себя клинические, биохимические, функциональные, статистические.

Обследованные пациенты включались в группы с учетом стратификационных признаков (стадия гипертонической болезни, возраст), критериями исключения были: вторичная артериальная гипертензия, недостаточность кровообращения более IIA стадии, сочетанная патология, требующая дополнительной коррекции.

Программа обследования включала: стандартный опрос (по опроснику Rose); определение артериального давления; исследование антропометрических данных; регистрация ЭКГ (в покое, в 12 стандартных отведениях).

В течение 3 недель пациенты получали гипотензивную терапию: эналаприл в суточной дозе 10 - 20 мг. и индапамид в суточной дозе 2,5 мг, а также нефиксированную комбинацию – энзикс-дуо (эналаприл – 20 мг, индапамид – 2,5 мг.)

Перед началом лечения пациенты предъявляли жалобы на головную боль (85%), головокружение (71%), тошноту и рвоту (28%), снижение работоспособности (50%). При измерении артериального давления регистрировалось повышение систолического (в среднем 166,4± 2,4) и диастолического (в среднем 102,6±1,6) давления.

После 3 недель терапии в состоянии больных отмечена положительная динамика. Улучшилось общее самочувствие пациентов, уменьшились или исчезли головокружение (у 66%), головные боли (у 46%), повысилась работоспособность (у 90%). Систолическое АД снизилось до 132,2±1.8, среднее ДАД снизилось до 91,0±1.4

У всех больных наблюдалась хорошая переносимость лечения, побочных явлений не было. Ни у одного больного содержание электролитов не снизилось ниже нормальных значений. Не выявлено также по сравнению с исходным уровнем достоверного повышения содержания холестерина.

Таким образом, нефиксированная комбинация эналаприла и индапамида обладает выраженным гипотензивным эффектом, достоверно снижая средние величины систолического и диастолического артериального давления, уменьшает выраженность субъективных проявлений и не сопровождается значительными побочными эффектами, что позволяет рекомендовать ее в качестве адекватного способа коррекции.

Работа представлена на научную эаочную электронную конференцию «Современные интенсивные способы медицинской визуализации» 15-20 августа 2005 г. Поступила в редакцию 30.07.2005 г.

РЕГИОНАЛЬНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ, КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ КЛЕТОК КУПФЕРА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Салахиддинов К.З., Файзиев И.Р.

Несмотря на устойчивый интерес клиницистов и исследователей к проблеме механической желтухи, результаты лечения её всё ещё остаются недостаточно удовлетворительными /Савельев В.С. и соавт., 1983; Никифоров Б.В., Прохницкий В.А., 1984; Лубенский Ю.М., Нахинсон Р.А.,1984; и др./ Это обстоятельства стимулирует разработку новых способов лечения этого грозного осложнения многих заболеваний органов гепатопанкреатдуоденально зоны. /Сазонов А.М. и соавт., 1986; Алексеев А.А. и соавт., 1988; Лопаткин Н.А., Лопухин Ю.М. 1986; Буянов В.М., Алексеев А.А. и соавт 1990 и др/

В.С.Савельев и соавт. /1983/, Шиманко И.И и соавт. /1983/ доказали, что общая лимстимуляция на фоне управляемой лимфостомии положительно влияет на функции печени при механической желтухе. Однако применяемый ими способ требует наружного отведения лимфы, тщательного учета её дебита и адекватной коррекции потерь белка и других биологических составляющих лимфы. Это не всегда выполнимо в условиях практического здравоохранения. В указанных исследованиях не освящен вопрос о влиянии общей лимфостимуляции на звездчатые ретикулоэндотелиоциты. Д.Н. Маянский /1981/ называет их уникальным вариантом органоспецифических макрофагов. Около 80-90% всех фиксированных макрофагов – звездчатые ретикулоэдотелиоциты./

Они обладают всеми свойствами клеток гистиомоноцитарного профиля и одновременно участвуют в реализации органоспецифических функций печени. Чрезвычайно важным звеном постоянства внутренней среды организма является фагоцитарная функция клеток Купфера. Она снижается при неадекватной перфузии синусоидов портальной кровью в условиях гипоксии и уменьшения объема плазмы.

Из экспериментальных работ Ковальской К.С., Горина А.С., /1983/ известно, что билиарная гипертензия сопровождается ростом портального давления, связанного с нарастающим спазмом венозных сосудов печени. Таким образом в патогенезе механической желтухе принимают участие не только билиарная и лимфатическая гипертензия, но и как равноправный партнер-венозная. В этой связи можно закономерно предположить, что одним из звеньев в сложной цепи нарушений печеночных функций является угнетение деятельности клеток Купфера. Поскольку общая лимфостимуляция приводит к улучшению функций печени, было решено проверить в эксперименте влияние региональной лимфостимуляции через круглую связку печени по разработанной в РЦКЛ МЗ УзССР методике у собак с экспериментальной механической желтухой на звездчатые ретикулоэндотелиоциты.

Опыты проведены на 40 беспородных собаках обего пола. У 10 из низ изучена морфологическая картина печени в световом и электронном режиме на 3,7 и 14 сутки от начала эксперимента. У 10 собак сеансы лимфостимуляции проводились на 3 сутки механической желтухи.

Изучение микропрепаратов при световой и электронной микроскопии выявило следующее:

При механической желтухе 3-х суточной давности наблюдалось неравномерное полнокровие паренхимы печени, выраженная лимфоцитарная инфильтрация стромы, лёгкий полиморфизм ядер, отёк перипортальных трактов, зернистая дистрофия гепатоцитов /мозаичность рисунка/, умеренное нарушение архитектоники балок, внутриклеточный отёк. При электроннооптическом изучении препаратов отмечено снижение электронной плотности хроматина, увеличение /отёк/ митохондрий с просветлением матрикса, фрагментарные расширения ЗЭС, уменьшение количества гликогена, накопление в цитоплазме конгломератов желчи и липофусцина, расширения пространств Диссе.

При 7-суточной механической желтухе вышеуказанные изменения усугублялись: выявлена стертость балочной стромы, резкое сужение просвета синусоидных капилляров, выраженная мозаичность дистрофических изменений, полиморфизм ядер, лимфоцитарная инфильтрация. В цитоплазме появляются крупные вакуоли с миелиновыми структурами, уменьшается количество гликогена, выраженный отёк митохондрий, конденсация хроматина.

На 14 сутки экспериментальной механической желтухи наблюдается выраженный отёк и инфильтрация стромы, сужение синусоидных капилляров, явления дистрофии, резкое нарушение структуры балок, кариопикноз. При электронной микроскопии отмечено снижение количества гликогена, расширение профилей ЗЭС, просветвление матрикса и стертость контуров крипт в митохондриях, уменьшение количества желчных пигментов и липофусцина, наличие крупных вакуолей с нежнохлопьевидным содержимым, появление в перисинусоидных пространствах пучков Коллегановых волокон, Купферовские клетки со сниженной электронной плотностью хроматина и частичноразрушенными митохондриями.

Таким образом на основании вышеописанной морфологической картины можно констатировать наличие глубоких функционально-морфологических нарушений в печени, включая и нарушение функции клеток Купфера.

Морфологическая картина печени после региональной лимфостимуляции печени у собак с давностью механической желтухи 3 суток показала уменьшение отёка и инфильтрации стромы в зоне портальных трактов, незначительное снижение дистрофических изменений в паренхиме, расширение просвета синусоидов умеренное их полнокровие, ядра гепатоцитов одинаковых размеров, увеличилось количество липофусцина и желчных пигментов в цитоплазме, некоторые увеличение размеров Купферовских клеток, увеличение объема их ядер с изрезанностью контуров клеток, появление двух ядерных гепатоцитов с нормализацией внутренних структур.

Региональная лимфостимуляция при механической желтухе 7 дневной давности привела к снижению интенсивности лимфоидной инфильтрации, расширению просветов синусоидных капилляров, снижению отёка паренхимы, увеличению размеров Купферовский клеток с отделением в просвет.

Работа представлена на III научную конференцию с международным участием «Фундаментальные и прикладные исследования в медицине», 1-8 октября 2005г. Лутраки(Греция). Поступила в редакцию 08.08.2005 г.

КОРРЕКЦИЯ ЛИМФОМИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Салахиддинов К.З. Файзиев И.Р.
Кафедра госпитальной и факультетской хирургии АндГосМИ

Синдром механической желтухи, отягщающий клинику многих заболеваний органов гепатопанкреотдуоденальной зоны, значительно ухудшает результаты лечения. Это связано как с токсическим воздействием на ткани желчных кислот, так и с нарушением микроциркуляции в печени. /Русньяк И., 1957; Катаев С.И., 1981; Савельев В.С. и соавт., 1982 и др./

С целью изучения изменений происходящих в лимфатической системе печени при механической желтухе, нами создана экспериментальная модель её на 38 собаках. При изучении внеорганных лимфатических сосудов печени в различные сроки после создания блока желчевыделения обнаружено появление новых лимфатических коллекторов, развитие множества анастомозов между ними, создающих обилие лимфатической сети на печеночно-дуоденальной связке. диаметр лимфатических сосудов увеличивался