

Важным следствием проведенных исследований является следующее: микроэлементоз возникает раньше, чем проявления иммунологической недостаточности, и, вероятно, потенцирует последние. Чем обусловлен сам микроэлементоз при трихомониазе? Причин, скорее всего, несколько: перераспределение микроэлементов между микро- и макроорганизмами на основе качественно новых, пока неизвестных, закономерностей, поскольку сам возбудитель заболевания в той же степени нуждается в микроэлементной «подпитке»; патогеохимических особенностях ареала обитания; пищевом рационе.

ИСТОРИЯ ИМЕН НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ

Шевцова А.И., Субботина В.Г., Папшицкая Н.Ю., Оленко Е.С., Екимова Н.В.
*ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского Росздрава»
Саратов, Россия*

Нейроциркуляторная дистония (НД) – это пограничное состояние, которое при определенных условиях под влиянием внешних и внутренних факторов может трансформироваться в болезненное состояние, причем чаще всего психосоматического ряда: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь и др.

Таким образом, НД может манифестировать различными симптомами и синдромами и носить разнообразные клинические и нозологические маски.

До сих пор не существует единой терминологии функциональной патологии сердца. Наиболее ранние описания были сделаны военными медиками у мужчин военнотружеников. Британский врач W. MacLean (1867г.) предложил термин «раздраженное» сердце.

В 1871 г. J. Da Costa, исследования которого базировались на наблюдении ветеранов гражданской войны в США, дал детальную характеристику такого «раздраженного» или «возбужденного» сердца, подчеркнув его связь в значительной части случаев с предшествующими инфекционными заболеваниями. Меньшее распространение получили появившиеся в период I мировой войны термины «солдатское» сердце, синдром «усилия», «болезненная грудь».

Позднее рядом авторов подобные функциональные расстройства деятельности сердца были отнесены к таким нозологическим единицам как неврастения и «невроз тревоги». Американский врач В. Орпенheimer (1918 г.)

вместо всех этих терминов предложил использовать термин «нейроциркуляторная астения». Также в зарубежной литературе ряд исследователей до сих пор применяют термин «невроз сердца». Термин «НД» был предложен Н. Н. Савицким в 1963, им же было предложено деление НД по ведущим клиническим проявлениям на гипертонический, гипотонический и кардиальный типы.

Изучение связей функциональных нарушений вегетативной нервной системы и сердечно-сосудистой системы привело к появлению таких терминов как «вегето-сосудистая дистония» (ВД), «вегетативная дисфункция», «вегетативный невроз», «вегетативная дисрегуляция». Наибольшее распространение получил термин «ВД», который сегодня широко используют в неврологии. В последнее время за рубежом вместо терминов «ВД» и «НД» используют термин «синдром панических атак».

Таким образом, «раздраженное», «возбужденное» сердце спустя пару десятков веков эволюционировало в «ВД» и «НД». При этом вопрос об их сущности является предметом дискуссий между кардиологами, неврологами и психиатрами до настоящего времени.

РЕЦИДИВЫ И АКТИВНОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Шевченко Н.П., Шаполовский В.В.,
Дробот Н.Н.
*Кубанский государственный медицинский
университет, ГУЗ «Клинический
противотуберкулезный диспансер»
Краснодар, Россия*

Частота рецидивов в настоящее время имеет тенденцию к увеличению, поэтому важным является адекватно устанавливать сроки наступления клинического излечения туберкулеза. С целью определения эффективности лечения больных туберкулезом легких мы руководствовались данными комплексного клинко-рентгенологического обследования больного. Количество ранних рецидивов туберкулеза из III группы диспансерного учета (ГДУ) и время их возникновения в первые 1-2-года после перевода из активной в неактивную ГДУ, заставили осуществить поиск методов определения активности туберкулеза. Нами изучена активность кислой неспецифической эстеразы (КНЭ) лимфоцитов и моноцитов периферической крови цитохимическим методом. В качестве специфического стимулятора была использована провокационная проба Коха с подкожным введением 20Т.Е. Определена актив-

ность КНЭ у 41 донора, ее уровень в лимфоцитах составил 67,6%, в моноцитах – 79,2%. После введения туберкулина активность КНЭ в лимфоцитах и моноцитах недостоверно увеличилась (68,4%; 80,0% соответственно). При активном туберкулезе легких (123 больных) уровень КНЭ в лимфоцитах и моноцитах достоверно увеличивается до 88,0% и 91,7% (соответственно). Введение туберкулина стимулировало активность КНЭ в лимфоцитах и моноцитах до 92,2% и 98,4% (соответственно). После завершения основного курса активность КНЭ в лимфоцитах и моноцитах снизилась у 95 из 123 пациентов до уровня показателей у доноров, у остальных 28 (22,7%) существенно превышала таковые. Это послужило основанием продолжить противотуберкулезную терапию (ПТТ) этой группе больных. Через 2 мес. на фоне ПТТ проведено контрольное клинико-рентгенологическое обследование и определение активности КНЭ с подкожным введением туберкулина. Отмечена некоторая положительная динамика в течении туберкулезного процесса у 21 из 28 обследуемых и снижение активности КНЭ до уровня у доноров. Оставшимся 7 больным продолжена ПТТ еще в течение 1 мес., после чего проведено комплексное обследование, в том числе, определение активности КНЭ. Результаты обследования показали снижение активности до показателей у доноров и положительную динамику клинико-рентгенологических данных у 4 человек. Следовательно, проведенные клинико-диагностические мероприятия позволили снизить число больных с возможным развитием раннего рецидива туберкулеза легких.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Эльмурзаева Д.А.

*Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова
Нальчик, Россия*

Под наблюдением находилось 24 ребенка в возрасте 8-16 лет, страдающих тяжелым течением бронхиальной астмы: из них 10 мальчиков, 14 – девочек. Все дети в течение последнего года имели признаки тяжелого течения заболевания с ежедневными симптомами

и значительным влиянием болезни на качество жизни. Со всеми больными и их родителями проводился образовательный цикл по программе «Астма-школы», все пациенты получали базисную терапию ингаляционными глюкокортикостероидами (иГКС, флутиказона пропионат) в суточной дозе 100-375 мкг в зависимости от возраста. Мониторинг течения заболевания осуществлялось в течение 1 года. При этом оценивались выраженность симптомов астмы, наличие и тяжесть обострений, параметры функции внешнего дыхания, а также показатели качества жизни больных с использованием адаптированного к российским условиям условиям (В. И. Петров, И. В. Смоленов) астма-специализированного опросника Childhood Asthma Questionnaires (D. J. French). Анализ полученных данных выявил достоверное снижение количества и тяжести приступов болезни у 83,1% пациентов уже через 1 месяц от начала лечения. Исходный уровень параметров качества жизни характеризовался высокими показателями субъективной оценки тяжести астмы, степени дистресса и реактивности, низким качеством активной жизни. Качество подростковой жизни в большей степени зависело от социального уровня семьи, нежели от тяжести заболевания. Положительная динамика течения бронхиальной астмы на фоне проведения базисной терапии сопровождалась достоверным повышением качества жизни больных через 3 месяца от её начала: увеличились параметры качества активной жизни, значительно уменьшились показатели субъективной оценки тяжести астмы и степени дистресса. Снижился уровень реактивности (отношение подростка к факторам окружающей среды, провоцирующим развитие у него симптомов астмы). Кроме того, исследование показало, что возможность проводить ингаляции флутиказона пропионата 1-2 раза в сутки повышает комплаентность лечения. Таким образом, тяжелая бронхиальная астма у большинства пациентов может контролироваться низкими и средними дозами иГКС. Мониторинг заболевания позволяет не только предупредить прогрессирование течения болезни и инвалидизацию ребенка, но и значительно повысить качество жизни детей, страдающих тяжелой бронхиальной астмой.