

нейтрофильных лейкоцитов крови в динамике развития острых форм ишемической болезни сердца.

В исследование включено 126 пациентов, поступивших в Краевую клиническую больницу № 1 г. Краснодара с диагнозом «Острый коронарный синдром». Взятие крови проводили на 1-е, 3–4, 8–10 сутки госпитализации. Цитохимическое определение активности МП нейтрофилов осуществляли бензидиновым методом. Для оценки интенсивности реакции подсчитывали процент положительно реагирующих клеток и средний цитохимический коэффициент, который отражает активность фермента. Учитывая непараметрическое распределение значений, для сравнения нескольких групп с одной определяли критерий Даннета и уровни значимости различий для него. В соответствии с клиническими диагнозами пациенты были разделены на следующие группы: стабильная стенокардия – 10, нестабильная стенокардия – 34, Q-негативный инфаркт миокарда (ИМ) – 27, Q-позитивный ИМ – 55 человек. Средний возраст обследованных  $54 \pm 4,5$  лет. В группу контроля вошли 30 здоровых доноров крови, сопоставимых по возрасту и полу.

В течение первых суток заболевания количество нейтрофилов в периферической крови, обнаруживающих реакцию на МП, у пациентов со стабильной и нестабильной формами стенокардии, а также с Q-негативным ИМ достоверно не отличалось от показателей контрольной группы ( $p > 0,05$ ). В группе больных с Q-позитивным ИМ содержание в периферической крови реагирующих клеток снижено в 1,2 раза до  $79,5 \pm 3,5\%$  ( $p < 0,05$ ). В нейтрофильных лейкоцитах больных стабильной стенокардией активность МП составила  $2,59 \pm 0,2$  отн.ед., что не отличалось от контрольных значений ( $p > 0,05$ ). У пациентов с нестабильной формой стенокардии активность МП в первые сутки снижена в 1,3 раза, с Q-негативным ИМ в 1,2 раза ( $p < 0,001$ ). При Q-позитивном ИМ активность фермента в 1,5 раза ниже, чем у здоровых людей и в 1,3 раза меньше показателя в группе больных с Q-негативным ИМ ( $p < 0,001$ ).

При обследовании всех групп пациентов на 3–4 сутки установлено, что количество обнаруживающих реакцию на МП нейтрофилов в периферической крови достоверно не изменялось по сравнению с показателями в первые сутки исследования. Активность МП у больных нестабильной стенокардией снизилась до  $1,63 \pm 0,1$  отн.ед., что в 1,5 раза ниже чем у здоровых людей ( $p < 0,001$ ). У пациентов с ИМ активность фермента на 3–4 сутки госпитализации не отличалась от показателей в день поступления.

К 8–10 суткам количество реагирующих нейтрофильных лейкоцитов во всех группах обследованных не отличалось от значений

в 1-е сутки заболевания. При нестабильной стенокардии активность МП сохраняла свои низкие значения и достоверно не отличалась от показателей в предыдущие сроки наблюдения. При Q-негативном ИМ установлено снижение активности МП до  $1,68 \pm 0,10$  отн.ед., что в 1,5 раза меньше по сравнению со здоровыми людьми и в 1,3 раза ниже значений в день поступления ( $p < 0,001$ ). У больных с Q-позитивным ИМ активность фермента уменьшилась в 1,6 раза до  $1,64 \pm 0,09$  отн.ед. ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, при стабильной форме стенокардии, когда ишемические изменения миокарда выражены в минимальной степени и носят обратимый характер, не происходит изменений в количестве нейтрофильных лейкоцитов, позитивно реагирующих на МП, а также не изменяется активность этого фермента. При нестабильной стенокардии и ИМ активность МП в нейтрофилах периферической крови снижается. Это может быть связано с разрушением атеросклеротических бляшек в коронарных артериях, попаданием атероматозных масс и тканевого детрита в периферический кровоток, что выступает как триггерный фактор в запуске системного воспалительного ответа, и, возможно, сопровождается активацией пула циркулирующих нейтрофилов с дегрануляцией компонентов азурофильной зернистости. При возникновении Q-позитивного ИМ уже в первые сутки наблюдается снижение количества клеток, обнаруживающих реакцию на МП, и более выраженная депрессия активности фермента по сравнению с другими группами обследованных. Это может быть связано с формированием обширной зоны некроза и массивным поступлением в кровоток биологически активных веществ из летально поврежденных кардиомиоцитов.

#### ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ ПРИ ПОМОЩИ РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ

Гюсан А.О., Ламкова А.Х.

*Северо-Кавказская государственная  
гуманитарно-технологическая академия;  
Карачаево-Черкесская республиканская клиническая  
больница, Черкесск, e-mail: Gujsan@mail.ru*

Кисты верхнечелюстных пазух достаточно частая находка при рентгенологических исследованиях головы и обнаруживается у 12,4–22% обследуемых. Часто это заболевание протекает бессимптомно, иногда с головной болью, чувством тяжести в проекции верхнечелюстной пазухи, ринореей, затрудненным носовым дыханием.

Лечение кистозной формы поражения околоносовых пазух преимущественно хирургическое. Однако до настоящего времени существу-

ют проблемные аспекты в выборе хирургической тактики лечения. Получивший наибольшее распространение операционный доступ при «радикальной» гайморотомии не приемлем для удаления кисты из верхнечелюстной пазухи по причине своей неоправданной травматичности. Кроме того, такой подход не обеспечивает нормализации нарушенных функций околоносовых пазух и приводит к частым рецидивам.

В течение последних двух десятилетий в словарный и хирургический обиход ЛОР-врачей вошел термин «щадящая микрогайморотомия», означающий наложение минимального отверстия в передней стенке верхнечелюстной пазухи и последующие диагностические и лечебные манипуляции в её просвете при прямом обзоре с использованием увеличительной оптики. При этом минимально инвазивный принцип вмешательства должен учитывать несколько этапов:

- 1) наложение операционного отверстия в стенке пазухи;
- 2) удаление патологического содержимого из просвета пазухи;
- 3) устранение причин возникновения патологического процесса.

Целью нашей работы является внедрение, предложенного нами метода хирургического лечения кист верхнечелюстных пазух с использованием высокочастотной радиоволновой терапии во всех её этапах.

Объектами исследования были больные кистами верхнечелюстных пазух, находящиеся на лечении в ЛОР-отделении КЧРКБ в течение последнего года. Всего было 19 больных, 10 женщин и 9 мужчин в возрасте от 17 до 63 лет. Всем больным после тщательного обследования, проведенного по стандарту, было проведено лечение с использованием высокочастотной радиоволновой хирургии. При этом использовался разработанный американской компанией «Ellman International Inc.» радиоволновый хирургический прибор «Сургитрон».

Принцип воздействия радиоволны на ткани основан на поглощении энергии волны за счет сопротивления клеточных структур с повышением температуры внутри клетки и выпариванием внутриклеточной жидкости. Клеточная оболочка лопаётся и разрушается. Прибор работает в четырех монополярных режимах: «разрез», «разрез и коагуляция», «коагуляция» и «фульгурация». Мы использовали режим «разрез и коагуляция» при доступе к передней стенке верхнечелюстной пазухи и при нормализации архитектоники полости носа, а режим «коагуляция» при удалении кисты из полости пазухи.

Под местной инфильтрационной анестезией при помощи игльчатого электрода, используя полностью выпрямленную форму волны (50% разрез и 50% коагуляция) проводили вертикальный разрез слизистой оболочки преддверия полости рта в области проекции корня третьего

зуба на стороне нахождения кисты. Обнажали переднюю стенку верхнечелюстной пазухи и трепанировали её стоматологической фрезой, применение которой на наш взгляд является наименее травматичным. Трепанационное отверстие достаточное для введения эндоскопа и осмотра всех стенок полости пазухи.

Для удаления кист из просвета пазухи с минимальной травмой окружающих тканей мы использовали шаровидный электрод в режиме частично выпрямленной формы волны (90% коагуляция и 10% разрез с выделением боковой теплоты до 700 мкм) удаляем кисту. При этом высокочастотная энергия концентрируется на кончике «хирургического» электрода и вызывает всплеск внутриклеточной молекулярной энергии, которая нагревает ткани и фактически испаряет клетки. Процедура проходит бескровно, безболезненно и безопасно, так как радиоволны не могут занести инфекцию. Применение этой методики значительно упрощает манипуляции в ограниченном пространстве пазухи и снижает риск осложнений.

На заключительном этапе при помощи эндоскопов с различным углом зрения осматривали естественное соустье верхнечелюстной пазухи со средним носовым ходом, а также полость носа, выявляя те изменения архитектоники, которые могут привести к нарушению аэродинамики и устраняли их, опять используя необходимые для этого радиоволновые электроды.

#### **ДИНАМИКА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ОНМК НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ**

Котляров А.А., Шмырева Н.В., Куренкова Е.А.,  
Николаев С.В., Смирнова Л.Э., Барабанова Л.И.

*Обнинский институт атомной энергетики, филиал  
ФГАОУВПО «Национальный исследовательский  
ядерный университет «МИФИ», Обнинск;  
ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный  
университет им. Н.П. Огарёва»,  
Саранск, e-mail: kaa97@rambler.ru*

**Цель:** изучить влияние мексикора и симвастола на параметры ЭКГ у больных ОНМК, получающих кавинтон.

**Объект и методы исследования.** Обследовано 25 пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения. Больные методом случайной выборки были разделены на 2 группы. Пациенты 1 группы ( $n = 13$ ) получали в схеме лечения кавинтон, симвастал; 2 группы ( $n = 12$ ) – кавинтон, мексикор, симвастал.

У всех пациентов при поступлении и на фоне лечения определяли продолжительность интервалов PP, PQ, QRS, дисперсию QT, QTc min, QTc max, dQTc; для выявления нарушений ритма сердца проводили суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру. Сравнивали изменение