

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 игольчатого 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

абсолютных показателей до и после лечения, и динамику параметров в процентах от исходных значений.

Результаты. При изучении электрокардиографических показателей выявлено увеличение продолжительности зубца Р у пациентов 1 группы на 19% ($p < 0,001$), у пациентов 2 группы на 27% ($p = 0,003$). Продолжительность интервала РР увеличилась достоверно. Интервал PQ удлинился у пациентов 1 группы на 33% ($p = 0,04$), у больных во 2 группе на 27% ($p = 0,001$). Выявлено увеличение продолжительности QRS у больных обеих групп на 14% ($p < 0,01$).

Для оценки возможности развития фатальных нарушений ритма сердца, проведено исследование показателей, характеризующих электрическую систолу желудочков (дисперсия QT (dQT), длительность скорректированного интервала QT (QTc), дисперсия скорректированного интервала QT (dQTc)).

Дисперсия QT увеличилась достоверно у пациентов 1 группы на 46%, у пациентов 2 группы на 19%. Наблюдалось увеличение QTc на 4,4% ($p = 0,03$) у пациентов 1 группы, и у пациентов 2 группы на 4,1% ($p = 0,03$). В 1 группе dQTc достоверно увеличилось на 106%, у пациентов 2 группы на 58% ($p = 0,03$).

В 1 первой группы минимальная ЧСС достоверно снизилась как в абсолютных, так и в относительных значениях, соответственно на 9 в 1 мин ($p < 0,05$) и на 15% ($p < 0,001$). У больных 2 группы значительного снижения минимальной ЧСС не наблюдалось. То есть мексикор ослабляет урежающее действие кавинтона.

Общее количество наджелудочковых экстрасистол увеличилось у пациентов 1 группы на 39% ($p = 0,03$), количество экстрасистол в эпизодах тригеминии на 125%, парных наджелудочковых экстрасистол стало больше на 244% ($p < 0,01$). Общее количество наджелудочковых экстрасистол у пациентов 2 группы увеличилось достоверно, число одиночных экстрасистол – на 71% ($p = 0,02$).

Количество желудочковых экстрасистол у пациентов обеих групп изменялось достоверно. Хотя у пациентов 1 группы заметна более выраженная тенденция к увеличению желудочковых экстрасистол.

Согласно, полученным результатам кавинтон обладает способностью увеличивать количество одиночных, парных наджелудочковых экстрасистол и наджелудочковых аллоритмий, число желудочковых экстрасистол увеличивается, но недостоверно. При добавлении в схему лечения мексикора, увеличивается количество относительно безопасных одиночных наджелудочковых экстрасистол.

Вывод. Мексикор не ослабляет негативного влияния кавинтона на параметры, характеризующие длительность электрической систолы желудочков, но предотвращает увеличение коли-

чества парных наджелудочковых экстрасистол и наджелудочковых аллоритмий и ослабляет урежающее действие кавинтона.

АКТИВНОСТЬ МИЕЛОПЕРОКСИДАЗЫ В НЕЙТРОФИЛАХ КРОВИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПАРОДОНТА В СОЧЕТАНИИ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Славинский И.А.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, e-mail: slavinsky@hotmail.com

Миелопероксидаза (МП) – компонент кислородзависимой антибактериальной системы нейтрофильных лейкоцитов. Нарушение функциональной активности этих клеток может способствовать инвазии в пародонт патогенных микроорганизмов.

Обследованы 68 пациентов с хроническим генерализованным катаральным гингивитом (ХГКГ). У 36 был нормальный уровень гемоглобина крови, а у 32 патология пародонта сочеталась с железодефицитной анемией (ЖДА). Цитохимический статус нейтрофилов определяли до и после стоматологического лечения. Контрольную группу составили 56 здоровых людей. Всем больным проводили коррекцию гигиены полости рта, удаление зубных отложений, пломбирование кариозных полостей, местную антибактериальную, противовоспалительную и кератопластическую терапию. Через 2 месяца у 82% больных без ЖДА наблюдалась ремиссия. Для пациентов, страдающих ЖДА, был характерен слабый эффект от пародонтологического лечения. Через 2 месяца у 84% больных этой группы отсутствовала ремиссия даже при удовлетворительном уровне гигиены ротовой полости.

Цитохимический анализ показал, что активность МП у больных ХГКГ без ЖДА до лечения снижена в 1,5 раза по сравнению со здоровыми людьми. После лечения активность МП повысилась в 1,3 раза ($p < 0,001$). У больных ХГКГ в сочетании с ЖДА до лечения выявлено снижение активности МП в 2,1 раза ($p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой. После лечения активность МП возросла только в 1,3 раза ($p < 0,01$), что в 1,6 раза ниже нормального уровня.

Результаты исследования указывают на выраженную дисфункцию кислородзависимой антибактериальной системы нейтрофильных лейкоцитов у больных ЖДА. Такое состояние связано со снижением активности железосодержащего фермента нейтрофилов – МП из-за общего дефицита железа в организме. Нарушение механизмов кислородзависимого метаболизма свидетельствует об угнетении функциональной активности нейтрофильных лейкоцитов крови и объясняет неэффективность пародонтологи-