На момент обследования у больных по сравнению со здоровыми женщинами установлено повышение в крови как абсолютного, так и относительного содержания CD3, CD8 и CD16-лимфоцитов, клеток-индукторов фактора апоптоза (CD95), снижение процента клеток, экспрессирующих поздние маркеры активации (HLA-DR), несущих рецепторы к ИЛ2 (CD25), снижение фагоцитарной (фагоцитарный показатель и фагоцитарное число) и функциональной активности (спонтанный и стимулированный зимозаном тест восстановления нитросинего тетразолия) нейтрофилов, повышение концентрации в сыворотке крови IgA. В вагинально-цервикальном секрете и сыворотке крови выявлено повышение содержания ФНОα, ИЛ6 и ИЛ-1β при снижении концентрации ИЛ-4. Кроме этого, в вагинально-цервикальном секрете установлено снижение фагоцитарной и функциональной активности нейтрофилов, повышение sIgA, C_3 ,C_4 - компонентов комплемента и показателей перекисных процессов с одновременным снижением антиоксидантной активности по сравнению с контрольной группой.

Включение в комплексное лечение различных сочетаний фармакологических средств с физиотерапевтическим воздействием значительно уменьшает нарушения общего и местного иммунитета, снижает содержание провоспалительных цитокинов, показатели перекисных процессов в вагинально-цервикальном секрете и сыворотке крови с одновременным нарастанием антиоксидантной активности по сравнению с исходными данными на момент поступления. Наиболее эффективным оказалось сочетание: гроприносил + магнитолазерное облучение.

Применение аппарата «Мустанг-2000» при синдроме панцитопении у больной хронической железодефицитной анемией

Скворцов В.В., Недогода В.В.
Волгоградская медицинская академия

Больная С.Л.В., 63 лет, инвалид 11 группы, история болезни N 311\20, находилась на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении (ГЭО) Волгоградской областной клинической больницы (ОКБ) N 1 в январе 2002 г. с диагнозом: хронический атрофический гастрит, хронический панкреатит с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы 11-111 ст, реактивный гепатит, хроническая железодефицитная анемия 111 ст, панцитопения.

Поступила с жалобами на выраженные боли в верхних отделах живота (преимущественно в эпигастрии и левом подреберье), тошноту, похудание, одышку и сердцебиение при небольшой физической нагрузке. Из анамнеза известно, что патологией желудочно-кишечного тракта страдает в течение 18-20 лет. Неоднократно лечилась в стационарах г. Волгограда (анальгетики, спазмолитики, ферменты, прокинетики, препараты железа, физиолечение) без отчетливого эффекта.

При общем клиническом исследовании обнаружены бледность и сухость кожи, умеренное увеличение размеров печени, болезненность при пальпации в эпигастрии, правом и левом подреберьях, симптомы раздражения брюшины отрицательные. При УЗИ: диффузное увеличение эхоплотности печени и поджелудочной железы, неоднородность их структуры. Стенка желчного пузыря повышенной эхогенности, конкрементов не обнаружено. При фиброгастроскопии (ФГС): тотальный атрофический гастрит. В крови: эритроциты 2600000, гемоглобин 76 г\л, ретикулоциты 1,1%, тромбоциты 140 000, лейкоциты 2900, формула без особенностей, СОЭ 25 мм\час. Малоновый диальдегид (МДА) плазмы – 12 мкмоль\л (норма до 7,69), каталаза (К) – 13,4 мкмоль\мл\мин (норма 14-16), супероксиддисмутаза (СОД) – 1,0 у.е.\мл (норма 1,87-2,38), глутатионпероксидаза (ГП) – 6,4 мкмоль\мл\мин (норма 4,5-7,5). Другие биохимические показатели без отклонений от нормы.

Учитывая недостаточную эффективность медикаментозного лечения, назначен пробный курс инфракрасной лазеротерапии (ИКЛТ) с использованием аппарата «Мустанг-2000» (фирма «Техника», Москва). Длина волны излучения 0,89 мкм, мощность в импульсе – 5 Вт. Проводилось воздействие на болевые зоны в брюшной полости (150-200 Гц, по 90 сек на поле), облучение зоны проекции селезенки и печени (150-300-1500 Гц, 2 мин), средней трети грудины (80-150 Гц, 1 мин), сонной артерии (1000-1200 Гц, 1 мин). На время ИКЛТ все медикаменты были отменены. После 2-3 процедур отмечено значительное ослабление, после 8 – купирование болевого синдрома. Никаких побочных эффектов не отмечали. По завершении курса ИКЛТ (10 процедур) проведено повторное клинико-лабораторное обследование.

Количество эритроцитов увеличилось до 3000000 (15,4%), гемоглобина – до 96 г\л (26,3%), ретикулоцитов – до 3,3% (в 3 раза), тромбоцитов – до 280 000 (100%), лейкоцитов – до 3550 (22,4%). МДА снизился до 5,12 мкмоль\л (57,3%), активность К увеличилась до 16,6 мкмоль\мл\мин (25,4%), СОД – до 1,4 у.е.\мл (40%), ГП – до 7,0 мкмоль\мл\мин (9,4%).

Таким образом, применение аппарата «Мустанг-2000» было высокоэффективным при хроническом абдоминальном болевом синдроме и панцитопении, связанной с дефицитом железа.

Эндотоксикоз и методы его коррекции у детей с аноректальными пороками развития

Стрюковский А.Е. Тараканов В.А. Мазурова И.Г. Бондаренко С.Б. Барова Н.К.
КГМА, кафедра хирургических болезней детского возраста, Краснодар

Одно из центральных мест в нарушении гомеостаза, у детей с аноректальными пороками развития, принадлежит синдрому эндогенной интоксикации. Последний развивается на фоне: врождённого порока развития, оперативного вмешательства перенесённого в раннем неонатальном периоде, колита и дисбактериоза. Он обуславливает развитие таких патологических состояний, как электролитные нарушения, гиподиспротеинемию, различные виды анемий. Классические методы купирования эндотоксикоза (высокие очистительные клизмы с однопроцентным раствором хлорида натрия, инфузии растворов глюкозы и гемодеза, переливание плазмы и компонентов крови) требуют большого временного интервала и имеют большое количество побочных эффектов.

Располагаем опытом лечения 128 детей с различными формами аноректальных пороков развития. Всем детям перед радикальной операцией накладывалась декомпрессионно-разделительная колостома. Контрольную группу составили 64 пациента, которым предоперационная подготовка проводилась по классическим канонам (сформирована историческим методом). Основную группу составили 64 ребёнка. Предоперационная подготовка проводилась по разработанной нами программе. Высокие очистительные клизмы приводящего отдела толстой кишки дополнялись промыванием отводящего отдела по методике «встречных» клизм. Предоперационную инфузионную терапию проводили не низкомолекулярными растворами, а препаратами на основе гидроксиэтилированого крахмала (рефортан, стабизол, инфукол). Всем детям основной группы проводилась энтеросорбция препаратами третьего поколения. В комплекс предоперационной подготовки была включена комбинированная метаболитная терапия и сочетанная витаминотерапия. Все препараты использовались в возрастных дозировках. Длительность предоперационной подготовки в обеих группах была практически одинаковой и составляла 11-12 суток.

Предложенная программа лечения имеет ряд значительных преимуществ:

- Коррекция анемии, в контрольной группе, потребовала проведения гемотрансфузий в 81,46% случаев, а в основной – только в 11,16% наблюдений;
- Переливание белковых препаратов, детям получавшим предоперационную подготовку по традиционным методам, для купирования гиподиспротеинемии проводилась в 77,42% случаев, а больным получавшим лечение по созданной программе – в 10,23% случаев;
- Длительность послеоперационного периода сократилась - с 32 суток – в контроле, до - 13,42 койко-дня – у детей составивших основную группу.
- Количество послеоперационных гнойно-септических осложнений значительно снизилось, с 52,41% - в контрольной группе, до 6,92% - в основной группе больных.

Приведённый сравнительный цифровой материал позволяет говорить о достаточно высокой эффективности предложенной программы купирования эндотоксикоза у детей с аноректальными пороками развития.

Статистическая обработка данных, полученных при исследовании анамалии положения зубов подростков города Краснодара

Тайлах М. И., Еричев В. В.
Кафедра ортопедической стоматологии КГМА

В 2001-2002 гг. нами было обследовано в г. Краснодаре 2504 ребенка в возрасте от 11 до 16 лет. Из них 1016 (40,6%) мальчиков и 1488 (59,4%) девочек. При проведении осмотра учитывались как