толстой кишки у детей с различными формами атрезии ануса и прямой кишки в пред- и послеоперационных периодах коррегировали применением препарата «Хилак - форте» на фоне проведения селективной деконтаминации в сочетании с энтеросорбцией и ферментотерапией, под контролем анализов кала на дисбактериоз.

Восстановление собственной микрофлоры кишечника происходило за более короткие сроки, что являлось одной из немаловажных факторов, позволяющих провести полную реабилитацию детей с данной патологией за 1,5-2 года.

Работа представлена на III научную конференцию с международным участием «Практикующий врач», 6-9 декабря 2004 г., г. Рим, Италия

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НЕБИВОЛОЛА НА СПОСОБНОСТЬ К ДИЛАТАЦИИ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.

Терентьев В.П., Клейменова В.А., Курбатова Э.В.
Ростовский государственный медицинский университет

Целью исследования явилось изучить влияние небиволола на способность к вазодилатации задней большеберцовой артерии у больных с синдромом диабетической стопы (СДС) при окклюзионной и нитроглицериновой пробах.

Больные сахарным диабетом (СД) II типа (n=249) были разделены на две группы в зависимости от наличия (основная) и отсутствия (контрольная) СДС. Оценку эндотелийзависимой и эндотелийнезависимой вазодилатации задней большеберцовой артерии производили с помощью окклюзионной и нитроглицериновой проб. Для этого изменения диаметра задней большеберцовой артерии и линейной скорости кровотока фиксировали в режиме двухмерного ультразвукового сканирования. В работу включены результаты исследования больных до и после 12- недельного лечения высокоселективным бета1-адреноблокатором со свойством донатора NO небивололом (Небилет, Berlin- Shemie). Оценку влияния небиволола производили путем применения дисперсионного анализа.

Применение небиволола у больных основной и контрольной групп привело к повышению способности задней большеберцовой артерии к вазодилатации при окклюзионной и нитроглицериновой пробах. Однако, проведенный дисперсионный анализ позволил выявить большую значимость воздействия небивололом для повышения вазодилатационных резервов сосудов нижних конечностей у пациентов с СДС. Полученные результаты позволяли рекомендовать применение небиволола у больных с СДС для коррекции регуляторных контуров периферической гемодинамики.

ВЛИЯНИЕ НЕБИВОЛОЛА НА АУТОРЕГУЛЯЦИЮ КРОВОСНАБЖЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Терентьев В.П., Клейменова В.А.
Ростовский государственный медицинский университет

Целью исследования явилось изучить влияние небиволола у больных с синдромом диабетической стопы (СДС) на ауторегуляторные способности сосудов нижних конечностей (НК) при колебаниях системного АД.

В исследование включены 249 больных сахарным диабетом (СД) II типа. Нижнюю границу ауторегуляции кровотока в НК определяли при форсированном снижении повышенного системного АД. Уровень среднего АД, при достижении которого локальный кровоток в регионе начинал снижаться, считали нижней границей ауторегуляции кровоснабжения НК. Кровоток оценивали методом ультразвуковой допплеровской флоуметрии в импульсном режиме. В работу включены результаты исследования больных до и после 12- недельного лечения высокоселективным бета1-адреноблокатором небивололом (Небилет, Berlin- Shemie).

У больных СД II типа в основной группе нижняя граница ауторегуляции кровотока в нижних конечностях была повышена. В связи с этим, у пациентов СД II типа с СДС диапазон и темпы достижения целевых цифр при изменении АД ограничены. Проведение 12-недельного курса небиволола у больных с СДС способствовало снижению нижней границы ауторегяляции кровотока в задней большеберцовой артерии. Следовательно, применение небиволола у больных основной группы при наличии артериальной гипертензии кроме гипотензивного эффекта приводило к улучшению нарушенных механизмов ауторегуляции кровотока в нижних конечностях, то есть к его реадаптации. В результате реадаптации ауторегуляции больные начинали лучше переносить резкое снижение системного АД, в том числе вызываемое приемом антигипертензивных препаратов.

ОСОБАЯ ФОРМА СИНДРОМА ЭУТИРЕОИДНОЙ СЛАБОСТИ

Терещенко И.В., Каюшев П.Е., Каюшева Е.Е.
ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия МЗ РФ»

Цель: изучить патогенетические механизмы и клинические признаки синдрома эутиреоидной слабости (СЭС), проявляющегося изолированным повышением в крови уровня трийодтиронина (Т3).

Методы: проведено углублённое общеклиническое обследование 92 лиц с изолированным повышением в крови уровня Т3, из них 78 чел. были участниками ликвидации аварии на ЧАЭС (Л), 2 мужчин. регулярно занимались зимним плаванием (исследование ТТГ, Т3, Т4 проведено у них до и сразу после заплыва), 12 чел. - люди разного пола (6 муж., 6 жен.), возраста (от 18 до 59 лет) и профессий (работники ин-

теллигентного труда; в момент обследования у всех были интеллектуальные перегрузки). Группу сравнения составили 26 практически здоровых людей.

Результаты: у лиц из группы сравнения уровень ТТГ составил 1,89±0,18 мМЕ/л, Т3 1,51±0,1 нмоль/л, Т4 116,68±2,8 нмоль/л. У больных ни в одном случае не обнаружено клинических признаков тиреотоксикоза, хотя уровень Т3 значительно превышал норму, достигая у отдельных случаях 6,8 нмоль/л, и в среднем составил 2,87±0,1 нмоль/л. Показатели ТТГ составили 1,58±0,13 мМЕ/л, Т4 113,4±5,5 нмоль/л. При повторной проверке повышение уровня общего и свободного Т3 оказалось стойким. Пальпаторно и сонографически зоб выявлен у 1/3 больных, т.е. как в пермской популяции. Установлено несомненное церебропротективное действие повышения содержания Т3. Так, у Л с повышенным уровнем Т3 в крови в отдалённом периоде после аварии (через 13-16 лет) достоверно реже встречался энцефалопатический вариант психоорганического синдрома, соответственно в 14% случаев, а при нормальном уровне у 56% Л. При проведении тестов для исследования внимания, зрительной памяти, эффективности работы, врабатываемости, психической устойчивости все показатели существенно лучше у Л с гиперпродукцией Т3. У спортсменов, занимающихся «моржеванием», подъём Т3 в крови был особенно высоким (более 6 нмоль/л), при хорошем самочувствии, а также при хорошей переносимости физической и температурной нагрузки. После заплыва уровень Т3 сохранился без динамики, т.е. повышение уровня Т3 в крови появилось заранее, делая организм готовым к чрезмерному охлаждению.

Заключение: помимо известных вариантов СЭС, нами выделена особая форма, проявляющаяся повышением уровня Т3 в крови. Гиперпродукция Т3 не зависит от гипофизарной регуляции: корреляционное соотношение между уровнем ТТГ и Т3 было слабым ($p>0,5$). Очевидно, повышенному содержанию в крови Т3 способствует ускоренная конверсия Т4 в Т3. Даже при значительном повышении уровня Т3 в крови клинически сохраняется эутиреоз. Этот вариант СЭС следует рассматривать как адаптационный: улучшаются функции мозга, переносимость значительного охлаждения, большие интеллектуальные нагрузки и т.д. Церебропротективное действие избытка Т3 обусловлено способностью Т3 устранять гипоксию, отёк, ацидоз клеток мозга (Toft, 2001).Следовательно, не целесообразно подавлять повышенную продукцию Т3 при этой форме СЭС.

Работа представлена на III научную конференцию с международным участием «Практикующий врач», 6-9 декабря 2004 г., г. Рим, Италия

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ ОЖОГОВЫХ РАН К АУТОДЕРМОПЛАСТИКЕ

Усов В.В.
Владивостокский государственный медицинский университет,
Клиническая больница Дальневосточного окружного медицинского центра,
Владивосток

Современное активное хирургическое лечение ожоговых ран включает включает раннее очищение ран от некротических тканей и раннее укрытие. Результаты оперативного лечения зависят от регенераторных способностей тканей в зоне термического поражения.

В многочисленных исследованиях процессов, происходящих в ожоговой ране, хорошо изучены деструктивные изменения, вызываемые термической травмой. Однако регенераторные возможности в зоне поражения, гистологические критерии оптимальных условий выполнения некрэктомии и оценки готовности раны к аутодермопластике остаются наименее изученным вопросом.

В основу исследования положены результаты исследования 58 больных с ограниченными глубокими ожогами. Объективную картину процессов в ожоговой ране изучали в образцах кожи, взятых в зоне поражения и на границе со здоровой тканью. В качестве контроля изучали участки неповрежденной кожи. Материал был исследован в разные сроки с момента получения ожоговой травмы.

Для получения общей картины динамики раневого процесса до и после некрэктомии препараты тканей окрашивали гемотоксилин-эозином. Состояние соединительной ткани изучали, используя метод окраски по Ван-Гизону и альциановым синим, активность синтеза ДНК - методом Браше. Степень зрелости и функциональную активность стенок растущих сосудов определяли по активности транспортного фермента - щелочной фосфатазы. Регенераторный потенциал клеточных элементов, составляющих ожоговую рану, дополнительно был подтвержден определением экспрессии гена Ki 67.

При гистологическом исследовании, выполненном в 1 сутки с момента травмы, было найдено, что ожоговая рана состоит из некротически измененных тканей и расположенной под ней зоной микроциркуляторых расстройств. При гистохимическом исследовании выявлено значительное повышение проницаемости капилляров, вследствие чего происходит выраженная плазмопотеря и отек межуточного пространства.

Но уже спустя 48 - 72 часа мы отмечали увеличение количества кровеносных сосудов в соединительной ткани, подлежащей к ране или эпидермису. А на 6 -7-е сутки с момента образования ожоговой раны мы наблюдали максимальное количество капилляров. Высокая активность в их стенке щелочной фосфатазы свидетельствует о зрелости и функциональной активности этих сосудов. В эти же сроки в окружающих рану тканях увеличивается пролиферативная активность эпителия, что подтверждается высокой актив-