

ствлении комплекса мер, важнейшие из которых приведены ниже:

- создание национальной службы фармаконадзора
 - подготовка соответствующих специалистов здравоохранения
 - изменение стереотипов в работе врачей с целью сокращения числа нерациональных назначений лекарственных препаратов
 - изменение отношения больных к необоснованному приему лекарств, особенно при самолечении
- Таким образом, масштаб проблемы НПП и безопасности лекарств определяет необходимость стратегического ее решения, которое возможно только при активном участии как практикующих врачей, так и организаторов здравоохранения.

Работа представлена на научную конференцию «Фундаментальные и прикладные проблемы медицины и биологии», Тунис, 12-19 июня 2005 г. Поступила в редакцию 28.04.2005 г.

ИЗУЧЕНИЕ ХОЛЕЦИСТО – КАРДИАЛЬНОГО РЕФЛЕКСА У ДЕТЕЙ

Тукаева Э.З., Мамлеев Р.Н., Булатов В.П.
*Казанский Государственный Медицинский
 Университет, Детская Республиканская
 Клиническая Больница МЗ РТ,
 Казань*

Продолжающийся рост нарушений ритма и проводимости сердца у детей сопровождается несвоевременностью их выявления и недостаточностью необходимой коррекции.

В течение многих лет рядом авторов указывается на существование взаимосвязи между патологией сердечно-сосудистой и желчевыводящей систем.

Патологические нейро-рефлекторные влияния на сердце с пораженных органов пищеварительного тракта (висцеро-вегетативные влияния) являются давним объектом изучения со стороны как гастроэнтерологов, так и кардиологов. Однако, малоисследованной страницей, особенно в педиатрии, остается влияние патологии билиарного тракта на возникновение и течение заболеваний сердца.

Целью нашего исследования являлось изучение влияния билиарной патологии на функциональное состояние сердца у детей. Нами обследованы 95 детей (54% мальчиков и 46% девочек) в возрасте от 6 до 17 лет, у которых была диагностирована патология билиарной системы (дискинезия желчевыводящих путей, холециститы в период и вне обострения). У всех детей были констатированы сопутствующие нарушения ритма и проводимости сердца (суправентрикулярная и/или желудочковая экстрасистолия, различные варианты синдрома слабости синусового узла, АВ-блокады I-III степени, ускоренные эктопические ритмы).

В ходе компьютерного мониторинга ЭКГ и КИГ изучались изменения функции автоматизма, проводимости и возбудимости сердца в ответ на мануальную компрессию желчного пузыря. Нами отмечено,

что провокация внутрипузырной гипертензии вызывает следующие изменения сердечной деятельности: 1) компрессия желчного пузыря вызывает учащение экстрасистолии, усугубление АВ-блокады или появление значимых пауз ритма, т.е. усугубляет аритмию сердца, что позволяет нам констатировать причинно-следственную связь между патологическими процессами в обоих органах и говорить о "холецистокардиальном синдроме"; 2) компрессия желчного пузыря вызывает урежение ритма сердца в физиологических пределах и не оказывает влияния на аритмию сердца, что позволяет нам говорить о "холецистокардиальном рефлекс" и усомниться в причинной значимости билиарной патологии в аритмогенезе.

Выводы. Выявление холецистокардиального синдрома позволяет сделать акцент в лечении аритмии на активной и длительной терапии патологии желчевыводящей системы. Дети с повышенным холецистокардиальным рефлексом нуждаются в дальнейшем поиске причин аритмии, а также в диспансерном наблюдении их у гастроэнтеролога и кардиолога.

Работа представлена на научную конференцию «Фундаментальные и прикладные проблемы медицины и биологии», Тунис, 12-19 июня 2005 г. Поступила в редакцию 29.04.2005 г.

О НАРУШЕНИИ АДАПТАЦИОННОЙ ВОЗМОЖНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ САМОЗАЩИТЫ НЕЙТРОФИЛОВ ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Шапошников В.И.

*Кубанская государственная медицинская академия,
 Краснодар*

Одной из задач современной хирургии является своевременное определение развития осложнения у каждого больного с тем или другим острым хирургическим заболеванием брюшной полости. К числу наиболее простых и в то же время надежных этих тестов относят этапное изучение изменений ферментативной формулы нейтрофильных лейкоцитов.

Известно, что у здоровых людей уровень активности щелочной фосфатазы составляет в среднем $30,1 \pm 2,4$ усл. ед., активности миелопероксидазы - $206,1 \pm 0,9$ усл. ед., содержания катионного белка - $124,1 \pm 1,1$ усл. ед., показателя НСТ -теста - $13,2 \pm 0,7\%$. При развитии же воспалительного процесса в брюшной полости величина всех этих показателей существенно изменяется. С целью уточнения характера изменений этих величин при развитии гнойного осложнения в послеоперационном периоде нами проведены специальные исследования по определению цитохимических реакций лейкоцитов у 212 больных с различными острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости.

Было установлено, что в период начала развития заболевания отмечается понижение активности миелопероксидазы до 96 усл. ед., при одновременном повышении активности щелочной фосфатазы - до 176