

гда даже выраженное увеличение размеров щитовидной железы не в состоянии нормализовать ее функцию, что приводит к постепенному нарастанию сначала субклинического, а затем и клинического гипотиреоза. Обращает внимание недостаточность мер профилактики эндемического зоба в КБР. Следует проводить скрининг зоба всего населения, расширить сеть продаж йодированных продуктов населению. Требуется ужесточить меры контроля по хранению, сбыту йодированных продуктов. Также необходимо профилактировать йод-дефицитные состояния у женщин в период беременности и лактации (Йодомарин-200).

МНОГООБРАЗИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ГОРТАНИ

Гюсан А.О.

*Ставропольская государственная
медицинская академия,
Ставрополь*

В последние годы по всей России отмечается рост заболеваемости туберкулезом и увеличение летальности среди этой категории больных. Одним из самых частых осложнений легочного поражения является туберкулез гортани.

Целью нашего исследования был анализ историй болезни, выявленных больных туберкулезом гортани за последние пять лет и рассмотрение разнообразия клинических форм заболевания у них.

За этот период времени мы наблюдали 11 больных (9 мужчин и 2 женщины) туберкулезом гортани в возрасте от 22 до 70 лет. У всех больных был выявлен туберкулез легких.

У 8 (72,7%) больных отмечалась диссеминированная и у 3 (27,8%) инфильтративная формы поражения. 9 больных были направлены на консультацию туберкулезным диспансером, 2 поступили с диагнозом рак гортани, стеноз гортани 2 ст. У них был обнаружен рак гортани и одновременно туберкулез. Общим пришлось делать трахеотомию по экстренным показаниям. У всех больных отмечалось нарушение голоса, трое – жаловались на боли в горле. Ларингоскопическая картина у больных туберкулезом гортани была самой разнообразной. 4 больных отмечали асимметричное утолщение межчерпаловидного пространства, отечность слизистой оболочки, преимущественно задней стенки гортани. У 3 больных поражение отмечалось в области свободного края надгортаника, причем у одного из них кроме инфильтрации и ограничения подвижности четко просматривались изъязвления, распространяющиеся на черпалонадгортанные складки. У остальных четверых – в процесс вовлекались голосовые складки. Двое из них, одновременно с туберкулезным поражением имели обширный по распространенности рак гортани.

Интересен тот факт, что у 4 больных результаты туберкулиновых проб были сомнительные, а гемограмма и СОЭ в пределах нормы. 2-е больных, обратились к ЛОР-врачу, не зная о том, что больны туберкулезом легких.

Таким образом, диагностика туберкулеза гортани в связи с многообразием патоморфологических изменений в ней не всегда проста и дифференциальный диагноз может представлять определенные трудности.

Оториноларинголог должен всегда проявлять определенную настороженность для своевременного выявления туберкулезного поражения гортани.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА, СТРАДАЮЩИХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Золоедов В.И., Ходыкина Л.А.,

Чернышова Е.П., Наумова Н.В., Душкин А.В.

*МУЗ ГКБ №10 «Электроника»,
городской эндокринологический центр, Воронеж,
Воронежская Государственная медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко, Воронеж*

В последние годы продолжается увеличение числа больных сахарным диабетом (СД), в том числе 2-го типа. Одним из поздних осложнений СД является синдром диабетической стопы (СДС). Выделяют следующие формы СДС: нейропатическую (НСДС), ишемическую (ИСДС) и нейроишемическую (НИСДС).

Цель исследования – изучить особенности течения и лечения СДС у больных СД 2-го типа при наличии сопутствующей ишемической болезни сердца (ИБС). В исследование было включено 38 больных, из них 22 женщины, 16 мужчин, наблюдавшихся в эндосцентре в период с 2002 по 2004 гг. включительно, страдающих СДС. Средний возраст пациентов составил 65 ± 5 лет.

Диагнозы ИБС, СД и СДС ставились по общепринятым критериям (Е. И. Чазов и соавт., 1992 г.; И.И. Дедов и соавт., 2000 г.). Все больные были разделены на две группы по 19 человек, рандомизированных по полу, возрасту и длительности заболевания. 1-я группа (основная) – 19 пациентов с СД 2-го типа, осложненного СДС, страдающих различными формами ИБС (стенокардия, аритмический вариант). 2-я группа (группа сравнения) – 19 больных СД 2-го типа без клинических и электрокардиографических признаков ИБС.

В результате было установлено, что большинство случаев СДС при СД 2-го типа приходится на возраст 60-70 лет и встречается у женщин примерно в 1,5 раза чаще, чем у мужчин. В обеих группах преобладал НИСДС (73%). Сочетание ИБС и СД 2-го типа приводило к ухудшению клинического течения СДС. Так, при наличии ИБС количество оперативных вмешательств (ампутации пальцев стоп, вскрытие абсцессов и флегмон стопы, ампутация стопы) по сравнению с консервативными методами лечения возрастало, более чем в 2 раза. В группе сравнения соотношение оперативных и консервативных методов лечения СДС было практически одинаковым (53% и 47% соответственно). Повторные оперативные вмешательства проводились в 63% случаев у больных основной группы, против 50% в группе сравнения. У пациентов

с ИБС наблюдались более обширные гнойно-некротические изменения стоп и более медленная положительная динамика раневого процесса, чем у больных СД 2-го типа без ИБС, что приводило к удлинению сроков пребывания в стационаре в среднем на 15-20 койко-дней.

Таким образом, СДС и различные формы ИБС являются взаимно отягчающими факторами в развитии гнойно-некротических поражений при СД. Лечение СДС у пациентов с СД 2-го типа при сочетании СДС и ИБС требует не только строгой коррекции углеводного обмена, но и адекватной комплексной терапии ИБС.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАД "ТРИЛАКТ" В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Ильина Р.М.¹, Молокеев А.В.¹, Казначеева Л.Ф.²,
Ишкова Н.С.², Молокеева Н.В.¹

*ЗАО «Вектор - БиАльгам»
п. Кольцово Новосибирской области¹,
Новосибирская Государственная
Медицинская Академия²*

Санитирующие свойства молочнокислых бактерий широко известны. Особенно значимы молочнокислые бактерии для пробиотической коррекции микрофлоры кишечника.

В ЗАО «Вектор-БиАльгам» создана биологически активная добавка «Трилакт», представляющая собой консорциум антагонистически активных штаммов лактобактерий видов *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus plantarum*, *Lactobacillus casei*.

С целью оценки клинической и пробиотической активности, а также безопасности биологически активной добавки «Трилакт» проведены исследования на лечебной базе Новосибирской Государственной медицинской Академии.

С помощью клинических, копрологических, бактериологических, биохимических методов обследовано 45 больных с различными соматическими заболеваниями: атопический дерматит, рецидивирующая крапивница, сахарный диабет, хронический гастродуоденит, дисбактериоз кишечника, хронический тонзиллит, хронический панкреатит, хронический колит, гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит в возрасте от 1 года до 35 лет до и после лечения с применением БАД «Трилакт». Группу сравнения составили 20 больных, рандомизированных по полу, возрасту и характеру соматической патологии. Пациентам группы сравнения проводилось стандартное лечение дисбактериоза другими разрешенными препаратами. Обе группы были сопоставимы по возрасту, фоновой патологии и степени тяжести дисбактериоза.

Длительность приёма - 14 дней. Дозировка препарата в зависимости от возраста:

- Детям от 6 месяцев до 1 года - по рекомендации врача – до 5 мл (1 чайная ложка) в день на 2 приёма.
- Детям от 1 года до 7 лет - по 5 мл на 1 прием 2 раза в день.

- Детям от 7 до 12 лет – по 5 мл на 1 приём 3 раза в день.

- Взрослым и детям старше 12 лет применять по 10 мл (1 десертная ложка) на 1 прием 3 раза в день.

Клиническое исследование проводилось в 2 этапа: 1-й этап – первое введение препарата и последующее наблюдение в течение недели с регистрацией местных и общих реакций, оценка переносимости БАД «Трилакт». 2-й этап: исследование через 14 дней после начала приёма БАД «Трилакт» с регистрацией состояния системы пищеварения.

В соответствии с результатами оценки клинической эффективности БАД «Трилакт» улучшение достигнуто у всех испытуемых.

Нормализация сна, прекращение головных болей и недомогания отмечены у 81,8%, уменьшение диспептического синдрома у 56,3%, прекращение болей в животе у 100% испытуемых.

Нормализация частоты и консистенции стула отмечена у 80,9% пациентов, положительная динамика кожного синдрома в 62,5 % случаев.

Положительные изменения копрологических параметров имели место в 84,2 % случаев, а по некоторым показателям в 100% случаев.

Констатированы исчезновение синдрома цитолиза и нормализация уровня холестерина во всех случаях при наличии начальных отклонений по этим параметрам.

На фоне применения БАД «Трилакт» отмечено повышение содержания нормофлоры (бифидо- и лактобактерий) до нормы у 90,9% и до субнормальных значений - у 9,1% пациентов. Снижение титра условно-патогенных бактерий произошло у 47,4% больных, исчезновение или существенное снижение доли атипичных и ферментативно-неполноценных штаммов кишечной палочки в 85% случаев.

Равно с улучшением других показателей отмечено снижение гематологических индексов:

ЛИИ у 71,4% и ГПИ у 55,5% испытуемых. Достоверность отличий < 0,05.

В результате оценки органолептических свойств установлено, что у всех пациентов отмечалась хорошая переносимость биологически активной добавки «Трилакт», побочных эффектов зарегистрировано не было, кроме индивидуальных аллергических реакций на белок коровьего молока.

По сравнению с контрольной группой у пациентов первой группы значительно быстрее регрессировали клинические симптомы соматических заболеваний: кожные высыпания, диспептический синдром, нарушения стула, субъективные признаки эндогенной интоксикации; быстрее восстанавливалось функциональное состояние желудочно-кишечного тракта. У всех больных с дисбактериозом в группе испытуемых получен хороший санитирующий эффект: достоверно возросло количество бифидо- лактобактерий, энтерококков, быстро элиминировались из кишечника патогенные и условно-патогенные микроорганизмы, чего не наблюдалось в такой степени в контрольной группе.

Биологически активная добавка «Трилакт» может быть использована в терапии дисбактериозов кишечника в клинической практике. Для достижения поло-