

больных БА, у которых имелись показания для проведения ФГС с целью выявления и определения характера пищеводно-гастро-дуоденальных нарушений. Обследованные нами больные были в возрасте 28-52 лет с продолжительностью заболевания БА от 2 до 23 лет. Подавляющее число из них составили мужчины (42 чел). Все больные имели тяжелую форму БА и поступили для лечения в период ее обострения. 12 больных были стероидозависимыми. Все больные были тщательно обследованы. Жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта обуславливали необходимость эндоскопического исследования. Увеличивали показания к ФГС также низкая эффективность базисной антиастматической терапии и затянувшийся период приступов. У обследованных больных имелись объективные клинические признаки желудочно-кишечной дисфункции. После некоторой стабилизации бронхоастматического процесса и под прикрытием бронхолитиков больным выполнялись ФГС. Во всех случаях эндоскопически были установлены катаральные эзофагиты с поражением нижней трети пищевода I-II или II степени, нарушения сфинктерной функции пищеводно-кардиального отдела (42), катаральный (29), поверхностный катарально-язвенный (12) гастриты, признаки дуоденально-гастрального рефлюкса с забросом желчи (10), грыжи и обструкция в области пищеводного отверстия диафрагмы (4), рубцово-язвенные стенозы привратника и луковицы 12-перстной кишки (5), растянутый желудок (2). Эндоскопически выявленные у подавляющего числа больных признаки сочетались с клиникой ГЭРБ на разных этапах развития БА. У большинства пациентов (38) манифестация ГЭРБ проявилась после диагностирования БА, у 18 она предшествовала астме. Во всех случаях специалистами была установлена патология верхних дыхательных путей, что также можно объяснить внепищеводными осложнениями ГЭРБ. Таким образом, анатомо-функциональные пищеводно-желудочные дисфункции могли способствовать аспирации содержимого в дыхательные пути и играть значительную патогенетическую роль при БА. В большинстве случаев обследованные больные указывали на учащение тяжелого дыхания и приступов удушья в ночное время. Возможно, в этот период суток создаются благоприятные условия для микроаспирации желудочного содержимого, поддерживающих воспаление и аллергический эффект в трахеобронхиальном дереве. С учетом уточненного патогенеза корректировалась адекватная терапия БА

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ ПОЛИОКСИДОНИЯ ПРИ ОБОСТРЕНИЯХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Басиева О.З., Басиев З.Г.

*Северо-Осетинская медицинская академия,
Владикавказ*

Бронхиальная астма (БА) является распространенным среди населения заболеванием. Этиологические и патогенетические аспекты ее формирования основательно изучены. Наряду с этим установлено, что в развитии БА ключевую роль играют нарушения

иммунного статуса больных (Хайтов Р.М., 2002 Чучалин А.Г., 2002). В связи с этим активно стали разрабатываться вопросы применения иммуностропных фармакологических средств для восстановления показателей иммунитета у таких больных. Нами с этой целью используется иммуно- и физиологически активный препарат полиоксидоний (ПО), обладающий комплексным воздействием на иммунную систему. Под влиянием ПО происходит стимуляция функциональной активности фагоцитов как циркулирующих, так и резидентных. Препарат оказывает модуляторные эффекты на клеточное и гуморальное звенья иммунитета, обладает выраженными детоксицирующим и антиоксидантным свойствами. Располагаем опытом применения ПО у 79 больных в возрасте от 20 до 65 лет с продолжительностью болезни более 5 лет. Среди них 52% составили женщины. Все больные имели выраженное обострение процесса и тяжелую форму заболевания. Контролем служили 59 пациентов с БА, не получавших ПО. Стероидозависимый вариант болезни был отмечен у 30% больных основной группы. Препарат назначался по 6 мг в течение первых двух дней подряд, затем через день. Курс состоял из 5-7 в/м инъекций. Непереносимости или побочных эффектов от применения в основной группе не было. Анализ комплексных исследований, включая оценку иммунного статуса, показал, что в результате противовоспалительного действия базисной терапии с ПО у больных основной группы установлено увеличение пиковой объемной скорости выдоха и объема форсированного выдоха за первую секунду в большей степени, чем в контроле ($p < 0,005$). Достоверно улучшились и показатели обратимости бронхообструкции, выявленной с помощью бронхолитической пробы с беротеком, что свидетельствует об увеличении числа действующих бета – адренорецепторов и ГК – рецепторов и о снижении их блокады, а также повышении сенситизации благодаря противовоспалительному и корригирующему эффекту ПО. Маркеры аллергического воспаления – эозинофилия периферической крови и мокроты - снижались до нормальных значений в основной группе более ускоренно, чем в контроле. Бронхологические исследования также подтверждали положительный эффект ПО. Нормализация состояния бронхиального дерева наблюдалась в 59% случаях, тогда как в контрольной только у 25-30% больных. Все обследованные пациенты изначально демонстрировали сниженный уровень CD3 и особенно - CD4. В результате применения ПО эти показатели достоверно повысились, иммунорегуляторный индекс (CD4/CD8) нормализовался за счет восстановления значений Т-хелперов ($p < 0,05$). У больных, которым терапия проводилась без применения ПО, показатели изменились незначительно ($p > 0,5$). Функциональная активность Т-лимфоцитов (CD25) также выполнялась достоверно в основной группе. Иммуноглобулиновый спектр нормализовался, количество В-лимфоцитов в результате лечения достоверно приближалось к нормативным показателям. При этом количество IgG изменялось незначительно. У больных основной группы содержание IgE до начала лечения было значительно повышенным, после лечения ПО снизилось до нормы, что, возможно, отражает

специфическое действие ПО на изменение соотношения между Т-хелперами 2 и 1 типов, имеющее принципиальное значение в патогенезе аллергического воспаления. В контроле эти показатели изменялись незначительно. Фагоцитарное звено (фагоцитарное число, % фагоцитоза, индекс завершенности фагоцитоза), изначально угнетенное, под влиянием ПО также реставрировалось. Таким образом, ПО оказывает влияние не только на процессы фагоцитоза, но и имеет сложный, многофакторный эффект, связанный, вероятно, с его опосредованным влиянием через систему цитокинов на клеточное и гуморальное звенья иммунитета. В результате у 85% больных при применении ПО в более короткие сроки был достигнут выраженный клинический эффект с улучшением качества жизни больных.

**ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ
РЕГУЛЯТОРНО – АДАПТИВНЫХ
ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА ПРИ
НАРУЖНОМ ГЕНИТАЛЬНОМ
ЭНДОМЕТРИОЗЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ
ПРОБЫ СЕРДЕЧНО – ДЫХАТЕЛЬНОГО
СИНХРОНИЗМА**

Баширов Э.В., Куценко И.И.

*Городская клиническая больница № 2,
Краснодар*

Наружный генитальный эндометриоз является одним из наиболее распространенных гинекологических заболеваний. Каждая вторая женщина, больная эндометриозом, страдает бесплодием. Несмотря на множество исследований, посвященных диагностике и лечению эндометриоза, актуальной остается проблема выбора тактики ведения больных наружным генитальным эндометриозом и поиск дополнительных методов диагностики. В настоящее время достоверно подтвердить диагноз наружного эндометриоза может лишь лапароскопия с гистологическим исследованием биопсийного материала – метод инвазивный, требующий дорогостоящей аппаратуры, высокой квалификации врача и стационарного обследования.

Исходя из современного взгляда на эндометриоз, как сложный нейро – эндокринный синдром, вызванный нарушением в системе: центральная нервная система (гипоталамус) – гипофиз – яичники – эндометрий, одним из подходов в решении этой проблемы может явиться применение пробы сердечно – дыхательного синхронизма, используемой для интегральной оценки функционального состояния различного контингента здоровых и больных людей. Более того тенденция, а следовательно и прогноз развития патологического процесса зависит от состояния защитных регуляторно – адаптивных возможностей организма.

Цель исследования: сравнить функциональное состояние организма больных наружным генитальным эндометриозом и здоровых женщин с целью оптимизировать диагностику наружного генитального эндометриоза на основании оценки регуляторно – адаптивных возможностей организма.

Материалы и методы: исследуемую группу составили 70 больных наружным генитальным эндомет-

риозом, контрольную – 50 практически здоровых женщин в возрасте от 20 до 39 лет. Расширенное клиническое обследование больных наружным генитальным эндометриозом проводилось вместе с изучением амбулаторных карт и другой медицинской документации. С целью чистоты исследования у всех больных была исключена сочетанная гинекологическая и тяжелая экстрагенитальная патология. Всем больным была проведена проба сердечно – дыхательного синхронизма. Суть пробы состоит в том, что после регистрации исходной электрокардиограммы и пневмограммы пациентке предлагают дышать в такт вспышкам фотостимулятора с частотой, задаваемой по воле экспериментатора и соизмеримой с исходной частотой сердцебиений. В этих условиях возникает явление сердечно – дыхательного синхронизма, когда сердце производит одно сокращение в ответ на одно дыхание. Изменение частоты вспышек и соответственно дыхания приводит к синхронному изменению частоты сердцебиений. Сердечно – дыхательный синхронизм наблюдается в определенном частотном диапазоне. Ширина диапазона, длительность переходного и восстановительного периодов являются теми параметрами, по которым оценивают функциональное состояние пациентки.

Данная проба является способом интегративной оценки функционального состояния нервной системы организма в целом, поскольку включает в себя восприятие светового сигнала, его переработку, формирование произвольной реакции воспроизведения дыхания с определенной частотой, а также сложный комплекс межцентрального взаимодействия дыхательного и сердечного центров.

Результаты и их обсуждение: у больных наружным генитальным эндометриозом по сравнению со здоровыми людьми ширина диапазона сердечно-дыхательного синхронизма составляла 37,6%. Это происходило за счет увеличения у больных частоты сердечных сокращений на минимальной границе диапазона синхронизации на 17,2%, без достоверного изменения частоты сердечных сокращений на максимальной границе. Разность между минимальной границей диапазона синхронизации и исходной частотой сердечных сокращений у больных была на 57,9% больше, чем у здоровых. Таким образом, при сопоставлении параметров сердечно-дыхательного синхронизма у больных наружным генитальным эндометриозом с параметрами сердечно-дыхательного синхронизма у здоровых женщин прослеживается следующая закономерность. У больных ширина диапазона синхронизации меньше, чем у здоровых за счет увеличения минимальной границы диапазона, что свидетельствует о снижении у них функционально-адаптационных возможностей.

Выводы: в работе выявлена существенная разница между параметрами сердечно-дыхательного синхронизма: шириной диапазона синхронизации, длительностью развития сердечно-дыхательного синхронизма, длительностью восстановления исходного ритма сердцебиений после окончания пробы у больных наружным генитальным эндометриозом и здоровых женщин. Таким образом, проба сердечно-дыхательного синхронизма в силу своего интегратив-