

% сократить количество больных со спаечной непроходимостью и спаечной болезнью брюшной полости.

Немаловажным обстоятельством является то, что данный способ гемостаза раны печени, в свою очередь, является радикальным способом профилактики послеоперационного гипоспленизма.

Учитывая обширность повреждения паренхиматозных органов и перенесенную спленэктомию, особое внимание уделялось иммунологическому статусу.

Следует отметить, что в отдаленные сроки после перенесенной операции в группе спленэктомированных больных без аутотрансплантации селезеночной ткани в рану печени (40 детей) только 3 пациента (7,5%) не предъявляли жалоб и при клиническом обследовании были практически здоровыми. Остальные, 37 пациентов (92,5%) имели клинические проявления послеоперационного гипоспленизма. В группе пациентов, которым была произведена аутотрансплантация селезеночной ткани в рану печени (17 детей), клинические проявления гипоспленизма выявлены только у 2 пациентов (12%).

Клинические данные, указывающие на иммунодепрессию у спленэктомированных больных без аутотрансплантации селезеночной ткани, были четко подтверждены результатами иммунологического обследования. При этом было выявлено снижение концентрации сывороточных иммуноглобулинов А, М, J, уменьшение количества Т и Б – лимфоцитов, в значительной степени отмечалось снижение фагоцитарной активности лимфоцитов.

Наши клинические наблюдения объективно указывают на то, что травма печени в сочетании со спленэктомией, выполненной в детском возрасте приводит к выраженной некупирующейся иммунодепрессии, проявляющейся увеличением числа интеркуррентных инфекционных заболеваний (частые ОРВИ, ангины, гнойные заболевания кожи, энтероколит, ревмокардит).

Отдаленные результаты после разработанной операции прослежены в сроки от 6 месяцев до трех лет. Следует отметить, что у всех пациентов после аутотрансплантации селезеночной ткани раны зажили первичным натяжением, осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде, связанных с данным способом операции, не зарегистрировано. Биохимические и общие анализы крови были в пределах нормы. Увеличения инфекционных заболеваний у данного контингента больных не наблюдалось. Показатели иммунного статуса были в пределах возрастной нормы.

Таким образом, разработанный способ лечения комбинированных повреждений печени и селезенки у детей имеет существенное преимущество перед используемыми в настоящее время.

Аутотрансплантация селезеночной ткани в рану печени при комбинированных повреждениях данных органов позволяет обеспечить адекватный гемостаз без применения синтетических гемостатических материалов и дополнительного дренирования подпеченочного пространства.

Разработанное оперативное пособие не требует дополнительного хирургического ободования и не удлиняет время оперативного вмешательства.

ПОЛОВЫЕ ГОРМОНЫ И БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ЖЕНЩИН

Микаелян С.Т.

*Республиканский спелеотерапевтический центр
Армения, Ереван*

Введение

Из литературы следует, что половые гормоны играют важную роль в патогенезе бронхиальной астмы, особенно у женщин [1]. Один из факторов, провоцирующих бронхоспазм, это нарушение обмена гормонов и дисфункция желез внутренней секреции [2]. Авторами доказано, что у женщин во время беременности под воздействием половых гормонов увеличивается поглощение кислорода, повышаются объем резервного воздуха, а также ЖЕЛ и МОД. Наравне с этим имеются данные о том, что применение эстрогенов сопровождается ростом легочного сопротивления, появлением бронхоспазма, высвобождением гистамина. Castro-Vazgner и соавт., Fishborne и соавт., Stein и соавт. после введения эстрогенов в эксперименте через 2-3 месяца обнаруживали фиброз плевры и интерстициальной ткани легких, гипертрофия кубических и бокаловидных клеток бронхиол, с чем авторы связывают рост легочной резистентности.

В 1994 году С.А. Прибыловым и соавторами была проведена работа об изучении количества эстрогенов в крови у больных бронхиальной астмой, с декомпенсированным легочным сердцем. Выявлено гиперэстрогенемия и гипопрогестеронемия, особенно у женщин больных бронхиальной астмой в возрасте старше 45-и лет. Лечение антиэстрогенным препаратом (зитазониум - 30мг в сутки, 10-15 дней) привело к уменьшению обструкции центральных и периферических бронхов, росту ЖЕЛ, депрессии легочной гипертензии, снижению уровня иммуноглобулинов, циркулирующих иммунных комплексов, сокращению размеров печени, увеличению сократительной способности сердца и нивелированию резистентной легочно-сердечной недостаточности. При этом уровень эстрадиола в сыворотке крови снижался, отмечалось достоверное угнетение продукции лютеинизирующего и фолликуло-стимулирующего гормонов [3]. Прогестерон, наоборот, является дыхательным стимулятором – увеличивает глубину дыхания, расширяет про-

свет бронхов, улучшает их проходимость, снижает общее легочное сопротивление, препятствует развитию эмфиземы легких и ведет к увеличению альвеолярной вентиляции (Giles и соавт., Lyons and Huang, Tyler) [4].

Известно так же, что гиперэстрогемия характерна для первой фазы менструального цикла у женщин, больных бронхиальной астмой, а во второй фазе она сочетается с пониженной концентрацией прогестерона, т.е. дисбаланс женских половых гормонов, особенно во второй фазе менструального цикла участвует в формировании предменструальной бронхиальной астмы [5].

Материал и методы

Нами были исследованы больные бронхиальной астмой, поступившие на лечение в Республиканский спелеотерапевтический центр за последние 5 лет. Всего поступило 876 больных, из них 383 (43,7%) мужчины. Женщины составляли 38,2% (334) и 159 (18,1%) дети до 14-и лет. Средний возраст женщин составил 39,6. Исследования проводились для выявления динамики половых гормонов (фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, эстрадиол и общий тестостерон) в результате спелеотерапии, их значение в течении бронхиальной астмы у женщин. Учитывая вышеизложенное и имея положительные изменения со стороны половых гормонов у женщин, больных бронхиальной астмой в результате спелеотерапии, нами предпринята попытка обоснования показанности спелеотерапии женщин, больных бронхиальной астмой, у которых имеются количественные изменения со стороны половых гормонов. Лечебные действия естественных физических факторов солевых пещер выравнивают гормональный статус как половых, так и кортикостероидов, что необходимо для лечения бронхиальной астмы. Были проведены ретроспективный анализ и проспективные исследования клинических данных больных женщин, находящихся на лечении в Республиканском спелеотерапевтическом Центре за последние пять лет. 334 женщин прошли курс спелеотерапии, из них 88 были обследованы на предмет выявления динамики половых гормонов. Контрольная группа состояла из 19 женщин больных астмой не получавших спелеотерапию, но получавших фармакотерапию, у которых исследовалось количество эстрадиола в сыворотке крови.

Все обследованные были разделены по формам бронхиальной астмы на две группы: смешанная – 89,8% (I45.8), преимущественно аллергическая – 10,2% (I45.0) – по критериям классификации ВОЗ, 1992г.

А по степени тяжести течения астмы на легкое течение – 7,9%, течение средней тяжести – 60,2% и тяжелое течение – 31,9%.

По фазам менструального цикла были разделены на фолликулиновую фазу, лютеиновую фазу и овуляцию. Это женщины репродуктивного

возраста, которые составляли 69,4% из числа всех обследованных женщин. В менопаузе находилось 30,6% женщин.

Изменение гормонального фона у женщин в разные фазы менструального цикла приводит к изменению чувствительности больных бронхиальной астмой к различным аллергенам [6]. Наравне с клиническими обследованиями определяли содержание эстрадиола, фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона и тестостерона.

У 53,8% тестостерон был ниже нормы, 30,7% - в норме и 15,4% был выше нормы.

У 37-и женщин был обследован эстрадиол. 11 из них находились в климаксе, а 26 – в репродуктивном возрасте. Во время климакса отмечались следующие изменения: у 5-и E_2 был в норме, и по 3 женщины ниже нормы и выше. Женщины репродуктивного возраста были разделены по фазам менструального цикла (I фаза, II фаза и овуляция), в I фазе находились 18 женщин, у 5-и E_2 был выше нормы, а у 13-и был в норме, во II фазе находилось 5 женщин и только у одной из них эстрадиол был выше нормы. Овуляция была у 3-х женщин и E_2 был в пределах нормы.

Фолликулостимулирующий и лютеинизирующий гормоны были обследованы у 50 женщин, из которых 18 были в климактерическом периоде и 32 – в репродуктивном возрасте. В период климакса у 5-и женщин гормоны были выше нормы, у 3-х – ниже и у 10-и в норме. Было выяснено, что в I фазе менструального цикла у 9-и женщин гормоны были выше нормы, у 5-и – ниже и у 15-и были в норме. Во II фазе менструального цикла у 16-и женщин гормоны были ниже нормы, у 4-х – выше и у 12-и были в норме.

Женщины, входящие в контрольную группу – это больные бронхиальной астмой в период обострения, которые не получали спелеотерапию, но лечились медикаментами. Из них 6 были в климактерическом периоде, из которых у одной было понижение эстрадиола. 13 находились в репродуктивном возрасте и 1 девочка 4-х лет, у которой E_2 был выше нормы. В I фазе менструального цикла находилось 9 женщин из которых 5 имели повышение эстрадиола. Во II фазе находились две женщины: у одной эстрадиол был в норме, у другой – понижен.

Результаты и обсуждение

После спелеотерапии у 20% женщин нормализовался тестостерон. У 57,1% нормализовались фолликулостимулирующий и лютеинизирующий гормоны, у 28,5% женщин изменений не было и у 14,4% было снижение этих гормонов.

Эстрадиол у 40% женщин нормализовался, у 40% наблюдалось понижение и у 20% - без изменений.

Проведенные исследования позволяют нам предположить, что половые гормоны действительно играют определенную роль в патогенезе бронхиальной астмы у женщин. А спелеотерапия

влияет на иммунно-гормональный статус человека и в следствие наступают следующие изменения:

- уменьшаются или исчезают признаки астмы (кашель, выделение мокроты, хрипы в груди, одышка).
- уменьшаются или исчезают признаки аллергического ринита и конъюнктивита (чихание, заложенность носа, выделения из носа, слезоточивость).
- подавляется количество эстрадиола, фолликулостимулирующего гормона.
- увеличивается выработка тестостерона.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. О.Б. Приходько, Ю.С. Ландышев, Е.Б. Романцова. Клинико-функциональные особенности течения бронхиальной астмы в различные периоды беременности. // Пульмонология 12005, С. 73.
2. Н.Н. Прибылова. Обмен половых гормонов у больных бронхиальной астмой в пожилом возрасте. // Тер. Архив 1986г, С. 20-23.
3. С.А. Прибылов, В.А. Ватутин, А.Ю. Третьяков, Н.Н. Прибылова, В.С. Середин, М.Н. Москалев. Эстрогены и антиэстрогены в патогенезе и лечении бронхиальной астмы и легочного сердца. //Актуальные проблемы профессиональной и экологической патологии. Курский государственный мединститут, 1994г, С. 143.
4. Г.Б. Федосеев, В.И. Трофимов. Роль изменений эндокринной системы в патогенезе обструкции бронхов. В кн.: Механизмы обструкции бронхов //Под ред. Г.Б. Федосеева, МИА, С.Петербург, 1995. С. 185-187.
5. В.И. Трофимов, Н.Л. Шапорова, Д.П. Лебедева, В.А. Кагарлицкая, К.А. Кирсанова. Нарушение гормональной активности коры надпочечников и яичников у больных бронхиальной астмой. // Тер. Архив 1991, Т 63, N 10, С. 75-78.
6. Р.М. Абуева, Т.А. Гаджиева. Распространенность бронхиальной астмы у девочек-подростков г. Махачкалы и состояние эндокринной функции яичников. Дагестанская государственная мед. академия. // Пульмонология 22006, С 83.

ДЕПРЕССИЯ И ТРЕВОГА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИБС НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА СТАТИНОВ

Наумова Е.А., Грищенко Е.В., Шварц Ю.Г.
 ГОУ ВПО Саратовский государственный
 медицинский университет Росздрава
 Саратов, Россия

Депрессия наряду с курением и артериальной гипертензией является независимым фактором риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) и инфаркт миокарда. Наличие де-

прессивной и тревожно-депрессивной симптоматики отрицательно влияет и на приверженность больных к рекомендованной кардиологом медикаментозной терапии (самостоятельное прекращение приема статинов увеличивает риск развития инфаркта миокарда на 30%). С другой стороны, результаты ряда РКИ свидетельствуют о влиянии терапии статинами на аффективную сферу пациента (возникновение и течение тревожно-депрессивных расстройств). Доказанная эффективность длительной терапии ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы указывает на необходимость детального изучения подобных влияний.

Цель: определить динамику выявления тревоги и депрессии у пациентов с высоким риском развития ИБС на фоне длительной терапии статинами.

Материалы и методы: в исследование включались все пациенты, находящиеся на стационарном лечении в отделении кардиологии Клинической больницы медицинского университета. Критериям включения были: высокий уровень липопротеинов низкой плотности (4,2-5,2 ммоль/л), артериальная гипертензия и высокий риск развития ИБС (на основании наличия таких сопутствующих факторов как курение, наследственная отягощенность, но не более 20% Фрамингемской шкале риска развития кардиоваскулярных осложнений). Критериями исключения являлись ИБС, любая тяжелая сопутствующая патология. Учитывались демографические характеристики, проводилось исследование уровня общего холестерина и его фракций, а также определение наличия и степени выраженности тревожно-депрессивных расстройств с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Контрольные визиты выполнялись через каждые 3 месяца после выписки пациента из стационара. Через год от начала терапии на контрольном визите проводилось повторное общеклиническое исследование, определение ЛПНП и повторное анкетирование по госпитальной шкале тревоги и депрессии. Выявление связи между учитываемыми величинами и определение ее динамики проводилось методом однофакторного анализа.

Результаты: в исследовании согласились принять участие 45 пациентов (75,6% женщин и 24,4% мужчин, средний возраст 58 лет). На каждого пациента в среднем приходилось по 5-6 сопутствующих заболеваний. Симптомы депрессии пред началом терапии выявлялись у 17,7% (8) пациентов, тревоги – у 24,4% (11), что значительно меньше, чем в популяции пациентов в целом по данным литературы (31,3% и 43,8% соответственно). Исследование завершили 33 пациента, при этом определяется увеличение частоты депрессивных расстройств с достоверностью $p=0.05$ (у 33,4% (12) пациентов), имеется тенденция к достоверности в увеличение тревожности (39,4% (13) пациентов). Конечный уровень депрессии и тревоги не зависел от пола, возраста, сопутст-