

предполагают обязательное хирургическое вмешательство. Практическому врачу очень трудно определить причину возникновения заболевания у конкретного больного, поэтому чаще всего приходится проводить комбинированную терапию.

Под нашим наблюдением за последние три года наблюдались 168 больных с полипозным риносинуситом, что составило 17,7% от всех больных хроническими риносинуситами. Среди них преобладали мужчины 91 больной (54,2%). Возраст больных колебался от 17 до 70 лет. Преобладали больные с полипозными изменениями в полости носа, решетчатых и верхнечелюстных пазухах. После тщательного собранного анамнеза и выяснения, хотя бы предположительно причины заболевания, а также сопутствующих болезней, больным проводили комбинированную терапию.

Всем больным на фоне назначения топических назальных кортикостероидов и короткого курса гормонотерапии проведены те или иные хирургические вмешательства, которые планировались нами индивидуально для каждого больного, исходя из распространенности полипозного процесса, наличия местных и общих отягощающих моментов. Основная цель восстановления свободной аэрации и дренирования околоносовых пазух. Поскольку полипозный риносинусит связан прежде всего с хроническим воспалением слизистой оболочки решетчатого лабиринта то во всех случаях кроме полипотомии носа приходилось выполнять, как минимум, переднюю частичную этмоидотомию. (инфундибулотомию) для широкого обнажения решетчатой воронки. При этом резецировали крючковидный отросток, частично буллу и перегородки, окружающих её клеток. У 13 больных пришлось делать гайморотомию, в связи с её обширным поражением полипозным процессом. Одна больная перенесла гайморозтмоидофронтотомию с ревизией орбиты, в связи с наличием постсептального внутриглазного осложнения.

Одной из особенностей послеоперационного периода полипозного риносинусита является скопление на стенках носовой полости экссудата, богатого фибриногеном. Такая структура является благоприятной средой вегетации микрофлоры, в них плохо проникают антибиотики и антисептики. Для устранения этого мы во всех случаях применяем низкочастотную ультразвуковую кавитацию НУЗК. В качестве источника УЗ колебаний использовали аппарат ЛОРА-ДОН. Экспозиция озвучивания длилась 3 мин. в каждой половине полости носа. Применялся раствор лекарственных препаратов: 1% раствор диоксида и суспензия гидрокортизона, которым обильно пропитывалась вата, рыхло вводимая в полость носа. К вате подводился ультразвуковой зонд. У больных, которым в комплексе

лечения, применялась НУЗК восстановительный период, протекал быстрее и легче.

Таким образом, при лечении полипозного риносинусита для достижения положительного результата и длительного отсутствия рецидива заболевания приходится применять целый комплекс лечебного воздействия как медикаментозного и хирургического, так и использование ряда физических факторов. Хирургическое воздействие на наш взгляд должно быть, прежде всего, щадящим, малоинвазивным с использованием эндоскопического оборудования, но в некоторых случаях приходится применять и более радикальное вмешательство.

ГАЗОВЫЙ СОСТАВ КРОВИ И СТРЕСС

²Кислякова Т.Ф., ²Баранцева В.И.,

¹Булгакова О.С.

¹Научно-практический центр «Психосоматической нормализации», Санкт-Петербург,
e-mail: bulgak_os@mail.ru;

²Городской клинический онкологический диспансер,
Санкт-Петербург

Формирования «гомеостаза нездоровья» в организме происходит за счет уменьшения массово-количественного состава отдельных, как ему кажется на данный момент времени, не жизненно важных его составляющих. Помимо нервной и эндокринной составляющих современные представления о механизмах индукции стресс-реакции рассматривают еще и гематологическую компоненту. Она фигурирует в качестве генерализованной реакции гематологического стресс-синдрома в системе крови. И функциональный смысл регуляции дыхания через рН по РаСО₂ заключается в том, чтобы поддерживать необходимый уровень доставки кислорода из атмосферы в ткани организма при стрессе.

Как показывают наши клинические лабораторные эксперименты длительный стресс, приводящий к изменению внешнего дыхания, отклоняет эти три основных параметра: О₂, СО₂ и рН (кислотно-основное состояние крови и межклеточной жидкости в тканях). Сродство кислорода к гемоглобину и способность отдавать О₂ в тканях зависит от метаболических потребностей клеток организма и регулируется важнейшими факторами метаболизма тканей, вызывающими смещение кривой диссоциации. Уменьшение рН крови вызывает сдвиг кривой диссоциации вправо, а увеличение рН крови – сдвиг кривой влево. Вследствие повышенного содержания СО₂ в тканях рН также меньше, чем в плазме крови. Величина рН и содержание СО₂ в тканях организма изменяют сродство гемоглобина к О₂. При повышении концентрации водородных ионов и парциального напряжения СО₂ в среде сродство гемоглобина к кислороду снижается. Это имеет важное приспособительное значение: СО₂ в тканях поступает в капилляры,

поэтому кровь при том же pO_2 способна освободить больше кислорода. Избыточное выведение CO_2 при гипервентиляции во время стресса может вызвать дыхательный алкалоз и сдвиг рН крови в щелочную сторону.

Изменение газовых показателей при длительном стрессе или в состоянии симпатического истощения может не выходить за нормальные границы референтных интервалов и являться показателем состояния симпато-парасимпатического равновесия и функционального состояния. Таким образом, границы изменения газового состава крови при остром и длительном стрессе являются показателями адаптационных возможностей человека.

ВЛИЯНИЕ НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ВНУТРИМОЗГОВЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ

¹Хомяков С.В., ²Струк Ю.В., ¹Клочкова Г.Н.,
¹Ничикова Л.Н., ¹Кобякова Ю.Н.

¹Белгородская областная клиническая больница
Святителя Иоасафа, Белгород;

²Воронежская государственная медицинская
академия имени Н.Н. Бурденко, Воронеж,
e-mail: ro.bokb@mail.ru

Нутритивная поддержка является абсолютно необходимым компонентом интенсивной терапии. В настоящее время установлена прямая корреляционная связь между трофологическим статусом пациентов и их летальностью – чем выше энергетический и белковый дефицит, тем чаще наблюдается у них тяжелая полиорганная недостаточность и летальный исход [1]. Поэтому отсутствие адекватной нутритивной поддержки существенно снижает шансы на положительный исход, или даже полностью делает неэффективным весь комплекс мероприятий при данной патологии.

Нутритивная недостаточность ослабляет иммунную систему и оказывает побочные действия в той или иной степени на все иммунокомпетентные клетки [3]. В современных исследованиях показано, что при недостаточности питания резко снижается клеточный и гуморальный иммунитет, развивается вторичное иммунодефицитное состояние [4].

Уровень иммуноглобулинов основных классов у здоровых людей является величиной относительно постоянной. При развитии инфекционных заболеваний или осложнений уровень иммуноглобулинов может существенно повышаться, что связано с развитием гуморальной иммунологической реакции. Однако при недостаточности питания уровень иммуноглобулинов может снижаться. Снижение уровня иммуноглобулинов происходит вследствие на-

рушения процесса антителообразования. При этом низкий уровень IgG является фактором риска развития послеоперационных инфекционных осложнений [5], а дефицит иммуноглобулина А, отмечаемый у многих пациентов с нутритивной недостаточностью, может играть роль в адсорбции эндотоксинов и бактериальной транслокации в систему циркуляции [3].

Как правило, вторичный иммунодефицит, вызванный нутритивной недостаточностью, являются транзиторным. Данная форма иммунодефицита дает о себе знать в виде инфекционно-воспалительных процессов, происходящих в бронхолегочном аппарате, урогенитальном и желудочно-кишечном тракте, коже и мягких тканях. При адекватной нутритивной поддержке данные изменения со временем восстанавливаются до нормального уровня [2].

Цель исследования – оценить показатели гуморального иммунитета на основе определения уровня иммуноглобулинов у пациентов в остром периоде тяжелого нетравматического внутримозгового кровоизлияния при нутритивной недостаточности той или иной степени.

Материалы и методы исследования. Проанализированы степень нутритивной недостаточности и концентрации иммуноглобулинов (Ig A, Ig M, Ig G) у 20 пациентов с возрастом от 21 до 71 года в остром периоде тяжелого нетравматического внутримозгового кровоизлияния, находившихся на лечении в Белгородской областной клинической больнице Святителя Иоасафа в 2009-2011 годах.

Тяжесть состояния у всех пациентов оценивалась более 15 баллов по шкале APACHE II. Все пациенты в структуре интенсивной терапии в отделении реанимации получали комбинированную нутритивную поддержку энтеральными полимерными сбалансированными многокомпонентными гиперкалорическими смесями, и дополнительно парентерально растворы аминокислот и жировых эмульсий. Объем компонентов нутритивной поддержки рассчитывался с учетом расхода энергии и потребления белка. Степень нутритивной недостаточности оценивалась на 7 сутки от начала заболевания (шкала А.Л. Костюченко, В.М. Луфта). Количественное определение иммуноглобулинов проводилось методом иммунотурбидиметрии в сыворотке человека на анализаторе Olympus AU640 при поступлении и на 7 сутки.

Результаты исследования. На основании шкалы нутритивной недостаточности выделены 2 группы пациентов. Первая группа пациентов, у которых была зафиксирована нутритивная недостаточность легкой степени – 9 человек. Вторая группа – пациенты с нутритивной недостаточностью средней степени – 11 человек. Следует отметить, что тяжелой формы нутритивной недостаточности при проведении комбинированного энтерально-парентерального питания вы-