

заболевания для предупреждения мерцаний, фибрилляции предсердий и внезапной смерти. Были проанализированы истории болезни больных в Городском Кардиологическом Центре города Аматы с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта и изучены течение синдрома после лечения антиаритмическими препаратами, а также изучена эффективность современного метода хирургического лечения – радиочастотной абляции.

Список литературы

1. Кушаковский М.С. Аритмии сердца. – СПб: «Гиппократ», 1992. – С. 357-364.
2. Локшин С.Л., Правосудович С.А., Дзяк В.Г. О возможности устранения мерцательной аритмии у пациентов с синдромом WPW // Вестник аритмологии. – 1998. – № 7. – С.36-41.
3. Аббакумов, С.А. Синдром преждевременной реполяризации желудочков / С.А. Аббакумов, М.М. Романов, М. Стас // Кардиология. 1979. – № 7. – С. 82-86.
4. <http://www.dissercat.com/content/medikamentoznaya-korreksiya-pri-sindromakh-rannei-repoliarizatsii-prezhdevremennogo-vozbuzhdeniya#ixzz2CZHlqoP>
5. Ардашев А.В. Клинический опыт использования орошаемых абляционных катетеров в лечении больных с типичным трепетанием предсердий и синдромом предвозбуждения желудочков // Вестник аритмологии, № 23, с. 10, 2001.
6. Артемьян Н.Г. Диагностика и оценка результатов радиочастотной абляции предсердно-желудочковых соединений у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта. Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1998.

ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМ ВЕРХНЕЧЕЛУСТНЫМ СИСУИТОМ

Сорокин А.В., Зозуля А.Ю., Долгарева С.А.

*Курский государственный медицинский университет,
Курск, e-mail: dolgareva-svetlana@rambler.ru*

Цель исследования – изучение нарушений структурно-функциональных свойств мембраны эритроцитов у больных с острым гнойным верхнечелюстным синуситом и обострением хронического верхнечелюстного синусита.

Материалы и методы: Под постоянным наблюдением находилось 42 больных с верифицированным диагнозом острый гнойный верхнечелюстной синусит (ОВС), и 39 больных – обострение хронического верхнечелюстного синусита (ОХВС). Группа контроля состояла из 15 здоровых доноров-добровольцев того же возраста.

Эритроциты получали из 5 мл гепаринизированной крови по методу E. Beutler. Определяли сорбционную способность эритроцитов (ССЭ) по отношению к витальным красителям и сорбционную емкость их гликокаликса (СЕГ). О функциональном состоянии эритроцитов судили также по содержанию в них малонового диальдегида (МДА). Мембраны эритроцитов получали методом G.T. Dodge. Электрофорез проводили по методу U.K. Laemmli.

Результаты и их обсуждение: У больных с ОВС при поступлении снижено количество β-спектрина и подфракции анкирина и повышается содержание белка полосы 4.1, 4.2, дематина и тропомиозина, повышается общая сорбционная способность эритроцитов и концентрация малонового диальдегида. У больных с ОХВС дополнительно снижается количество α-спектрина, анионтранспортного белка, белка полосы 4.5, глицеральдегид-3-фосфатдегидрогеназы и повышается количество актина, кроме этого, снижается общая сорбционная способность эритроцитов и достоверно больше возрастает внутриклеточная концентрация малонового диальдегида.

Вывод: Таким образом, исходя из функций интегральных и периферических белков мембраны эритроцитов, можно заключить, что выявленные изменения так направлены на уменьшение прочности и деформируемости эритроцитарной мембраны, повышение общей сорбционной способности эритроци-

тов и их гликокаликса и снижение их метаболической активности, что, вероятно, ускоряет процессы старения красных клеток крови.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ – ПРИЧИНА ПАНКРЕОНЕКРОЗА У БЕРЕМЕННЫХ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Стяжкина С.Н., Максимов С.Ю.,
Кабанова Е.П., Акимов А.А.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск;

*БУЗ «Первая республиканская клиническая больница»,
Ижевск, e-mail: stepan.maksimov.91@mail.ru*

Острый панкреатит у беременных и женщин в раннем послеродовом периоде протекает тяжелее, чем у любой другой категории больных. Частота острого панкреатита у беременных составляет 1:3000-1:10000. Заболевание, как правило, связано с желчнокаменной болезнью и чаще развивается в III триместре беременности. В большинстве случаев наблюдается обострение хронического рецидивирующего панкреатита во второй половине беременности, но более часто – после родов.

Формы процесса различны: от легкого отека поджелудочной железы до ее некроза. Причинами, способствующими обострению панкреатита во время беременности и в послеродовом периоде, являются нарушение равновесия вегетативной нервной системы, гиперлипидемия, а также наличие желчнокаменной болезни или холецистита. Помимо этого возникновение заболевания обусловлено еще и гормональной перестройкой организма в данном периоде, протекающей с явлениями токсикоза, и нарушением кровоснабжения в поджелудочной железе.

У беременных может развиваться и так называемый «метаболический» панкреатит. В первую очередь это гиперлипидемия (гипертриглицеридемия), затем первичный гиперпаратиреоз, который в той или иной степени при беременности присутствует и сопровождается гиперкальциемией, повышением внутриклеточного кальция, что может приводить к деструкции ацинарных клеток.

Цель исследования: изучение особенностей этиологии и течения острого деструктивного панкреатита у беременных и пациенток в послеродовом периоде.

Материалы и методы: За последние 5 лет на лечении в I РКБ г. Ижевска находилось 14 пациенток с панкреонекрозом: беременных (7 пациенток) и в раннем послеродовом периоде (7 пациенток). У всех до заболевания наблюдались признаки хронического панкреатита: болевой абдоминальный синдром, диспепсический синдром, синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Причинами в 11 случаях хронического и последовавшего за ним – острого панкреатита явилась желчно-каменная болезнь (ЖКБ), у трех пациенток причины панкреатита установить не удалось (идиопатический вариант).

У беременных пациенток острый деструктивный панкреатит (ОДП) протекал тяжелее, правильный диагноз не был поставлен своевременно, в связи с тем, что панкреатит протекал под маской других заболеваний (токсикоз беременных, гестационный пиелонефрит и т.д.). Всем пациенткам с инфицированным ОДП выполнено кесарево сечение по экстренным показаниям и традиционное оперативное лечение панкреонекроза с плановыми санациями брюшной полости. Все они получали адекватную комплексную интенсивную консервативную терапию: инфузионная дезинтоксикационная, антисекреторная, антибактериальная терапия, ингибиторы гиперсекреции *pancreas*