(I и II степени), получавшие курс питьевого лечения гидрокарбонатной натриево-калиевой минеральной водой малой минерализации с щелочной реакцией. АМВ назначалась за 45 минут или за 1 час до еды в теплом виде (38-42° С) в зависимости от тяжести болезни.

При эндоскопическом исследовании верхних отделов желудочно-кишечного тракта у всех больных имели место визуально различаемые эзофагиты, у женщин - I степени, у мужчин - I и II степени. У большинства больных, за исключением одного, выявлена недостаточность кардии. Косвенные признаки скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы имелись у одной больной 50-ти лет. Помимо этого у двух больных выявлены признаки дуоденогастрального рефлюкса в виде примеси желчи в желудке натощак.

Наряду с признаками эзофагита отмечены изменения в слизистой оболочке желудка, характерные хроническому гастриту поверхностного и смешанного типов (6 и 3 случаев соответственно).

Хроническая эрозия препилорического отдела констатирована у одной женщины, явления дуоденита - у мужчины с язвенной болезнью 12-ти перстной кишки. Рубцово-язвенная деформация выходного отдела желудка и луковицы 12-ти перстной кишки обнаружена у 4-х больных, постязвенный рубец верхней трети желудка - у 1-ой женщины. Стриктура нижней трети пищевода выявлена у 2-х больных с длительным анамнезом язвенной болезни 12-ти перстной кишки непрерывно рецидивирующего течения.

Изучение кислотообразующей функции слизистой желудка показало преобладание гипосекреции. Гиперсекреция установлена у 2-х больных язвенной болезнью 12-ти перстной кишки.

Среди сопутствующей патологии следует отметить у 7 больных дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей и у 5 - хронические панкреатиты.

На фоне питьевого лечения уменьшение дисфагического, диспепсического и болевого синдрома и пальпаторной болезненности в эпигастральной и пилородуоденальной областях отмечалось на 4 и 5 дни, а полное их исчезновение на 7 - 9 дни. Вместе с тем метеоризм (1 случай) и запоры (1 случай) сохранялись до конца курса лечения.

Резко выраженная изжога на фоне питьевого лечения АМВ полностью прекратилась на 7-ой день, а слабо выраженная - на 4-ый день лечения.

При контрольном эндоскопическом обследовании через 16 дней у всех больных положительная динамика констатирована со стороны эндоскопической картины гастродуоденальной слизистой. Отмечается эпителизация линейных эрозий слизистой пищевода на фоне уменьшения отечности и гиперемии слизистой пищевода, желудка и 12-ти перстной кишки, подтвержденных морфологически.

Под влиянием минеральной воды абалахская в динамике уменьшается объем желчного пузыря на 14% у мужчин и на 10% у женщин. При этом у мужчин наиболее выражено уменьшение продольных его размеров, а у женщин - поперечных. Нормализация толщины и плотности стенки пузыря характерна для всех больных.

Улучшение абдоминального обзора при ультразвуковом исследовании после курсового лечения АМВ проявилось в исчезновении наслоения петель кишечника с каловыми “камнями” и метеоризма, что свидетельствует о нормализации моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта.

Фракционное дуоденальное зондирование, проводимое в динамике, показывает положительное воздействие АМВ на функциональное состояние желчного пузыря, желчевыводящих путей и на коллоидальную стабильность желчи.

На фоне питьевого лечения уменьшается уровень холестерина в сыворотке крови, наиболее выраженное у женщин.

Таким образом, наши исследования показали, что в этиопатогенезе ГЭРБ, наряду с кислотным фактором, имеют значение двигательные расстройства пищеварительного тракта.

На фоне питьевого лечения минеральной водой абалахская достигнута клинико-эндоскопическая ремиссия у больных рефлюкс- эзофагитом I-II степени. Высокий лечебный эффект от применения минеральной воды абалахская определяется выраженным противовоспалительным и нормализующим ее действием на моторно-эвакуаторную функцию желудочно-кишечного тракта. Минеральная вода абалахская может быть использована в качестве антисекреторного препарата, чему способствуют ее ионно-солевой, микрокомпонентный состав и схема питьевого режима.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ РОЖИ

Жаров М. А
Городская клиническая инфекционная больница, Майкоп

На протяжении многих десятилетий рожа относится к компетенции клиники инфекционных болезней. Исключение составляют больные с осложненными формами рожи, которые госпитализируются в хирургические стационары. Лечение больных рожей в настоящее время проводится дифференцированно с учетом клинической формы и степени тяжести болезни. В настоящее время одним из основных принципов этиотропного лечения рожи является назначение антибиотиков. Оптимизация антибактериальной терапии при роже свидетельствует, что сроки купирования синдрома интоксикации и локального процесса у больных первичной, повторной и редко рецидивирующей формами рожи не имеют достоверных различий при назначении пенициллинов, цефалоспоринов, фторхинолонов и комбинации пенициллинов, цефалоспоринов. Однако, при тяжелых формах первичной и рецидивирующей роже наиболее эффективными оказываются цефалоспорины, фторхинолоны в монотерапии и комбинации пенициллинов и цефалоспоринов у больных с часторецидивирующей формой независимо от тяжести заболевания (В.Х. Фазылов и соавт., 2003). Антибактериальная терапия осуществляться антибиотиками, которые ранее не использовались для лечения рецидивов.

В качестве лечебного и одновременно противорецидивного средства был предложен линкомицин, который оказывает бактериостатическое действие не только на бактериальные, но и на L-формы стрептококка, в том числе персистирующие формы (В.Л. Черкасовым, 1986). В последние годы результативность линкомицинотерапии у больных рожей стала постепенно уменьшаться. При тяжелой форме рожи с развитием осложнений возможно сочетание бензилпенициллина с гентамицином, который применяется внутримышечно по 240 мг 1 раз в сутки 5-7 дней. Для повышения лечебной эффективности препаратов пенициллинового, линкозамидного ряда, аминогликозидов, снижения числа и выраженности аллергических реакций было предложено осуществлять больным рожей эндолимфатическое введение антибиотиков, причем с использованием как прямых [А.С. Ермолов и соавт., 1989], так и непрямых [Ю.М. Амбалов, 1991] методов. Электрофоретическое насыщение антибиотиком лимфатической системы в комбинации с лазеротерапией (Д.А. Валишин и соавт., 2003), использование комплекса природных цитокинов (перфузата ксеноселезенки) методом непрямой эндолимфатической терапии (Н.Г. Васильева и соавт., 2003). В комплекс терапевтических методов патогенетического лечения включается дезинтоксикационная терапия с использованием глюкозо-солевых, коллоидных растворов и др. Из препаратов, обладающих ангиопротективным и антиоксидантным действием, используются пентоксифиллин, трентал, ксантинола никотинат, вазопростан, троксерутин, анавенол, деталекс, эндотелин, эмоксипин, реамберин и др. При выраженной инфильтрации кожи в очаге воспаления показаны нестероидные противовоспалительные препараты: хлотазол, бутадион, индометацин в течение 10-15 дней. Больным рожей необходимо назначение комплекса витаминов группы А, В, С, курс 2-4 недели. При рецидивирующей форме рожи на фоне антибактериальной терапии при выраженных явлениях лимфостаза, показано назначение гормональной терапии. Глюкокортикоиды оказывают противовоспалительное, десенсибилизирующее действие и нормализуют обмен тканевых биологически активных веществ, играющих существенную роль в коррекции нарушений микроциркуляции в коже, а также предупреждают развитие и разрастание соединительной ткани в очаге воспаления и подавление сенсибилизации клеток иммунной системы к тканевым аутоантигенам. При рецидивирующей роже выраженный противоаллергический и антигистаминный эффект отмечен при сочетании кетотифена и иммуномодулятора леакадина, человеческого иммуноглобулина.

Определенные положительные результаты получены при применении у больных рожей и других иммунокорригирующих средств: нуклеината натрия, левомизола, пентоксила, метилурацила, тималина, тимогена, тактивина, спленина, вилозена, задитена, глицерама, биметила, димефосфона, имунофана, полиоксидония, тамерита и др.

В последние годы появилось сообщение об успешном применении при лечении рожи озонотерапии, аутологичной крови. Ю.М. Амбаловым разработана оригинальная модификация аутогемотерапии с использованием гемолизата аутокрови, введение которого оказывает нормализующее влияние на ряд показателей неспецифической и специфической резистентности, а также способствует сокращению частоты рецидивирования болезни.

В терапии больных рожей применяется лазерное излучение (Е.Н. Абузярова, 1999; V.M. Manteifel et al., 1998, 2000), способствует усилению микроциркуляции крови с улучшением трофики поврежденных тканей, снижению активности воспалительного процесса и коррекции местного иммунного статуса, стимуляции регенерации клеток поврежденных органов, восстановлению их структурной и функциональной полноценности, нормализации показателей перекисного окисления липидов и циклических нуклеотидов плазмы крови (В.А. Буйлин, 2000; Т.Й. Кару, 2001; A.C. Amaral, 2001).

Впервые предложили для терапии рожи и лекарственной аллергии специально подобранный сбор лекарственных растений, обладающий антимикробным, противовоспалительным, десенсибилизирующим и другими действиями (А.А. Друганина, Л.В. Погорельская 1984).

Положительный местный эффект оказывает применение сока каланхоэ, подорожника в виде примочек [А.А. Сокол и соавт, 1973]. И.М. Ковалевой (1981) отмечено положительное действие аппликаций с димексидом, обладающих способностью значительно увеличивать проницаемость кожных покровов для различных растворенных в нем веществ, оказывает болеутоляющее и антибактериальное действие. Для местного лечения рекомендуется растворять в нем пенициллин, димедрол, гидрокортизон. При роже лица димексид противопоказан. При эритематозно-буллезной форме рожи неповрежденные пузыри надрезают у одного из краев и экссудат выпускают. На очаг воспаления накладывают повязки с антисептиком (фурацилин, риванол, димексид, диоксидин, эктерицид, хлорфиллипт). На эрозированную поверхность с обильным серозным характером отделяемого накладывают повязки – марганцево-вазелиновые, с раствором фурацилина. Повязки меняют 2 раза в день. В остром периоде *запрещается* применение мази Вишневского, ихтиоловой, стрептоцидной эмульсии, мази с антибиотиками, сульфаниламидами. Они усиливают экссудацию, способствуют развитию буллезных и геморрагических форм рожи, а также поверхностных некрозов, вызывают аллергические реакции и замедляют процессы репарации [С.П. Щепкин, 1994; А.В. Безуглый, 1998]. Больным с тяжелыми формами течения заболевания с осложнениями в виде флегмон, некрозов на фоне явлений эндотоксикоза проводится оперативное лечение – вскрытие гнойного очага с максимальным иссечением всех видимых некротических измененных тканей дренирование затеков [О.М. Ширшов, 1999; М.П. Королев и соавт., 2000]. При длительно сохраняющихся эрозиях, лишенных гнойного отделяемого, накладывают бальзам Шостаковского, пелоидин. Используется разведенный в 5-6 раз 0,25% новокаином раствор хлорфиллипта. После того как поверхность подсыхает, появляются грануляции, их смазывают 10% метилурациловой мазью,

также применяют масляный раствор хлорфиллипта, рыбий жир, масло шиповника, облепихи.

В остром периоде рожи назначается УФО на область очага воспаления и УВЧ на область регионарных лимфоузлов 2-3 процедуры. После ликвидации общетоксического синдрома назначают курс индуктотермии почечной области. УФО противопоказано при лимфостазах, посттромбофлебитическом синдроме, так как способствует повышению уровня гистамина в коже, вызывает ожоги с последующим образованием трофических язв. При сохранении в периоде реконвалесценции инфильтрации кожи, отечного синдрома, регионарного лимфаденита назначаются аппликации озокерита, парафина (лицо) электрофорез с лидазой в стадии формирования слоновости, хлорида кальция, радоновые ванны, магнитотерапия (Л.В. Поташов и соавт., 1993; М.В. Шипилов и соавт., 2000).

Неудовлетворительность результатами лечения рожи заставляет пересмотреть основные подходы в терапии рожи и наблюдение реконвалесцентов. Предложенный нами, метод активного комплексного патогенетического лечения больных рожей с местными аппликациями галавтилина, сочетающий консервативную терапию и оперативные вмешательства в очаге воспаления, позволяет добиться быстрого благоприятного течения болезни, регрессии воспаления, препятствия развития осложнений, более ранней нормализации изменении гематологических индексов интоксикации, показателей крови и сокращения сроков пребывание больных в стационаре. Диспансерное наблюдение реконвалесцентов рожи должно проводится врачами кабинетов инфекционных заболеваний, специализированных отделений, центров. Срок диспансерного наблюдения составляет 2-3 года при отсутствии рецидивов в этот период. В целях профилактики и своевременного выявления рецидивов у пролеченных больных, нами проводятся следующие организационные и лечебно-диагностические мероприятия. Проспективное наблюдение за реконвалесцентами с амбулаторным обследованием и лечением; формирование групп риска из лиц с частыми и сезонными рецидивами, наличием на пораженной конечности остаточных явлений. Проводится лечение фоновых заболеваний в весенне-зимний период включая витаминотерапию, прием адаптогеннов, лекарственных растений, физиотерапевтическое лечение.

Совершенствование и оптимизация комплексной терапии рожи с использованием современных лекарственных средств, диспансерного наблюдения реконвалесцентов является актуальной проблемой эффективного купирования острого процесса, профилактики осложнений и предупреждения возникновения рецидивов.

ПАРАМЕТРЫ КРАСНОЙ КРОВИ КРОЛИКОВ И КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ ПОСЛЕ КРОВОПУСКАНИЯ НА ФОНЕ 20-ГИДРОКСИЭКДИЗОНА

Иванкова Ж.Е., Мойсеенко Н.А.
Сыктывкарский государственный университет, Сыктывкар

Исследовали влияние 20-гидроксиэкдизона (20Е) – одного из представителей класса фитоэкдистероидов, на восстановление параметров красной крови и кислотно-основного состояния крови (КОС) кроликов после кровопускания. Препараты на основе фитоэкдистероидов оказывают анаболическое, адаптогенное (Сыров, Курмуков, 1975, Пчеленко, 2003), тонизирующее, кардиотропное и иммуномодулирующее действие (Trenin, Volodin, 1996), а так же обладают свойствами антирадикального агента и антиоксиданта. На этой основе 20Е рассматривается как перспективный препарат для изготовления биологически активных добавок природного происхождения. Однако многие стороны действия этих веществ, в частности на систему крови, остаются практически не изученными или сведения носят отрывочный и эпизодичный характер.

Эксперимент проводили на 14-ти самцах кроликов породы Шиншилла. Животных делили на три группы: опытная, контрольная №1 и контрольная №2 (интактная). Опытной и контрольной №1 группам кроликов в течение 5 дней вводили 0.3 % растворы 20Е в 0.9% NaCl (в дозе 2.5мг/кг 20Е) и адекватный объём 0,9% NaCl соответственно. На 6-й день делали кровопускание кроликам всех трех групп пункцией краевой вены уха. Забирали ≈20% от общего объёма крови, который рассчитывали как 5,4% от массы тела. Прослеживали восстановление параметров красной крови в течение 14 дней, кровь для анализа брали в день кровопускания и на 3, 6, 9, 12 и 14 дни после. Чистый кристаллический 20Е из надземной части растений *Serratula coronata L.*, был любезно предоставлен д.б.н. В.В. Володиным (зав. лаб. биохимии и биотехнологии растений Коми НЦ УрО РАН). Исследование красной крови вели по общепринятым в клинической и лабораторной практике методам. Параметры КОС крови определяли с помощью анализатора газов в крови 288, фирмы CIBA CORNING.

На 3-й день после кровопотери у всех трех групп кроликов отмечено снижение концентрации эритроцитов (Эр) (на 22% у опытной группы животных, на 21% у контрольной №1 и 20% у контрольной №2) , гемоглобина (Hb) (21%, 18% и 16% соответственно) и показателя гематокрита (Гт) (15%, 22% и 15% соответственно), по отношению к параметрам исходного (интактного) состояния проб собственно крови, что указывает на развитие анемии. У опытной группы кроликов увеличивается вязкость крови, и уменьшается у контрольных. Как компенсаторная реакция на кровопотерю, у кроликов всех групп увеличивается концентрация ретикулоцитов (Рт) ($P<0,001$). У опытной группы животных отмечено увеличение доли Рт IV (на 128%) стадии зрелости ($P< 0,01$) по Гейльмейеру и уменьшение V стадии (на 11%) ($P<0,05$). У двух контрольных групп кроликов отмечены такие же тен-