конечностей является распространенным заболеванием и встречается у 5 – 7 % больных с поражением периферических сосудов. Они составляют категорию, так называемых “трудных больных”, которым приходится лечиться долго и зачастую безуспешно. Широкий арсенал способов лечения часто носит половинчатый характер, что не приводит к стойкому положительному эффекту.

Нами предложен метод парциального лазерного лечения, позволяющий максимально активизировать возможности и восстановительные способности лимфатической системы при применении курса низкоэнергетического лазерного воздействия.

Применение парциальной лазерной терапии, помимо стойкой клинической стабилизации приводит по данным инструментальных исследований к снижению скоростных характеристик венозного и, особенно, лимфатического оттока при небольшом повышении объемных параметров данных дренажных систем, что свидетельствует об оптимизации систем оттока жидкости. Как отражение этого эффекта перед поступлением на повторные курсы лечения, а также к концу повторного курса лечения при использовании парциальной лазеротерапии наблюдалось дальнейшее снижение объемных и скоростных характеристик лимфо- и венотока, что на фоне улучшения антропометрических показателей, а у некоторых больных и возвращения их к нормальным показателям, свидетельствовало о восстановлении в целом нормальной структуры и функции лимфатической системы ранее пораженной конечности.

Полученные патоморфологические данные позволяют характеризовать нормализацию компонентов лимфатического русла под воздействием парциальной лазерной терапии в виде появления свободных участков просвета (участков реканализации) лимфатических сосудов и появлении неизмененных лимфатических капилляров, которое может осуществляться, по-нашему мнению, как за счет максимального раскрытия имеющихся коллатералей, так и за счет новообразования лимфатических капилляров и сосудов.

Анализ электронномикроскопических исследований позволил сделать вывод о том, что применение парциального метода лазерного лечение в целях коррекции хронического лимфатического отека конечности приводит к изменениям ультраструктурной организации эндотелиоцитов обменных микрососудов кожи конечности, которые в целом отражали усиление анаболической и энергетической функции клетки. Структурный след развития хронической экспериментальной патологии в данных группах экспериментальных животных при применении лазерной коррекции был выражен в наименьшей степени по сравнению с группой нелеченных животных.

Таким образом, анализ полученных морфологических данных в сочетании с динамикой клинической картины позволяет сделать вывод о том, что применение лазерного лечения в парциальном режиме проводит коррекцию лимфедемы нижних конечностей в наиболее эффективном режиме.

Работа представлена на VII общероссийскую конференцию с международным участием «Гомеостаз и инфекционный процесс», г. Москва, 11-13 мая 2006 г. Поступила в редакцию 20.04.2006г.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ НА СЕВЕРЕ

Иванова О.Н., Петрова П.Г., Барашкова Н.Н.

Были изучены причины развития аллергических заболеваний в РС(Я). Наиболее часто у детей с бронхиальной астмой фактором сенсибилизации являлись частые ОРВИ, на фоне которой у 90% пациентов возникали приступы удушья. Второй по частоте причиной обострения БА (бронхиальная астма) был контакт с бытовыми аллергенами. В РС(Я) высок удельный вес печного отопления 29,3%, доля домов с газовым отоплением-48,1%, 78% обследованных детей проживали в скученных условиях. Важное место в формировании аллергии занимают пищевые аллергены (для региона РС(Я) характерен мясо-молочный тип питания). Четвертое место по значимости занимает эпидермальный фактор(жители РС(Я) вынуждены пользоваться меховой обувью, одеждой, сохранены национальные традиции пошива верхней одежды из меха). Пыльцевой фактор не столь важен в формировании аллергии у детей РС(Я) в сравнении с Центральной Россией, что объяснимо бедностью диапазона цветущих растений. Динамический анализ триггеров БА с применением пошаговой логистической регрессии отражает рост значимости неиммунных факторов у детей, наиболее распространенными причинами приступа удушья являлись вирусная инфекция (OR=5,2;95%CI=3,2-6,7), контакт с бытовыми аллергенами (OR=3,1;95%CI=1,2-4,8), пассивное курение(OR=4,2;95%CI=2,4-6,3), физическая нагрузка (OR=2,1;95%CI=1,0-4,1). Существенное влияние оказывали холод (OR=2,1;95%CI=1,2-4,8), метеолабильность, что диктует необходимость разработки эффективных программ контроля неиммунных триггеров. Недооценка триггерных факторов может быть основной причиной гиподиагностики БА врачами общей практики. При анализе влияния триггеров аллергического ринита у детей, проживающих в улусах, где сохранен национальный уклад (Вилюйские улусы) и в улусах европейского типа (Центральные, Юго-западные улусы)отмечаются достоверные отличия. Дети из промышленных зон Центральных и Юго-западных улусов чаще употребляют аллергенные продукты питания (χ^2=1,2; p=0,05), более подвержены стрессам(χ^2 =1,0; p=0,05).(рис 8.9) Таким образом, Мультивариантная логистическая регрессия определила значимыми причины обострений являлись контакт с бытовыми аллергенами (OR=2,2;95%CI=1,2-6,1),пассивное курение(OR=3,4; 95%CI=1,2-4,7,) физическая нагрузка (OR=3,0;95%CI=1,6-5,7) и вирусная инфекция.

МИКРОЭКОЛОГИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Малафеева Э.В., Гульнева М.Ю., Шевьева Е.Н.
Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

При системной склеродермии, как и при других ревматических заболеваниях, наряду со строгими патогенами условно-патогенные представители естественной микрофлоры организма могут принимать участие в качестве триггерных факторов, инициирующих развитие иммунного воспаления (В.А. Насонова, 2003). В связи с этим приобретает практическое значение исследование особенностей нормальной микрофлоры больных. Изучена кишечная эндофлора у больных склеродермией с определением как частоты высеваемости отдельных видов, так и их количественных показателей (Е.А. Нилова, 2003). При системной склеродермии установлено уменьшение частоты выделения лактобактерий до 75% при 100% частоте их определения у практически здоровых лиц (группа сравнения). Наряду с этим наблюдалось выделение в 100% случаев других представителей облигатной микрофлоры - бифидобактерий, бактероидов и лактозопозитивных кишечных палочек. Повышалась частота выделения стафилококков и кишечных палочек со сниженными ферментативными свойствами, данные микроорганизмы были выделены у 62,5% больных, а у лиц группы сравнение они были обнаружены только в 26,67% и 23,33% случаев. У больных склеродермией существенно чаще высевались энтерококки, условно-патогенные энтеробактерии и лактозонегативные кишечные палочки. Так, энтерококки обнаружены у 75% больных и только у 6,67% лиц группы сравнения. Условно-патогеннные энтеробактерии и лактозонегативные кишечные палочки выделены у 25% больных и у 6,67% лиц группы сравнения. У лиц группы сравнения не были обнаружены микроорганизмы, имеющие гемолитическую активность, а у больных частота обнаружения бактерий с гемолитическими свойствами была равна 62,5%. Наряду с качественными установлены значительные количественные изменения микробиоценоза кишечника. У больных склеродермией наблюдалось существенное увеличение титра микроорганизмов с гемолитической активностью до lg 3,0 ± 0,8 КОЕ/г. Условно-патогенные энтеробактерии, представленные микроорганизмами рода Proteus, определялись в количестве lg 5,5 ± 0,50 КОЕ/г. Увеличивалось содержание стафилококков до lg 5,4 ± 0,48 КОЕ/г при их уровне у лиц группы сравнения равном lg 2,75 ± 0,38 КОЕ/г. Наряду с этим уменьшалось плотность колонизации кишечника бифидобактериями до lg 7,38 ± 0,88 КОЕ/г и типичными кишечными палочками до lg 5,25 ± 1,75 КОЕ/г. Анализ микрофлоры кишечника больных с использованием индекса постоянства (С) позволил выявить значительные изменения в биоценозе, проявляющиеся сменой его доминирующего состава. Установленные у лиц группы сравнения транзиторные виды: энтерококки, клостридии, лактозонегативные кишечные палочки, условно-патогенные энтеробактерии и грибы рода Candida, приобрели у больных большую значимость. Показатель постоянства для энтерококков и клостридий превысил 50 и данные микроорганизмы вошли в доминирующие виды. Условно-патогенные кишечные бактерии, лактозонегативные кишечные палочки и дрожжеподобные грибы перешли из разряда случайных в группу добавочных видов.

Таким образом, проведенные исследования показали, что при системной склеродермии происходят изменения характера естественной микрофлоры кишечника больных, которые проявляются прежде всего повышением значимости условно-патогенных микроорганизмов. Повышается частота обнаружения энтерококков, лактозонегативных кишечных палочек, стафилококков и условно-патогенных энтеробактерий. Наряду с этим уменьшается количество представителей резидентной микрофлоры кишечника: бифидобактерий и лактозопозитивных кишечных палочек. Наблюдается колонизация организма больных бактериями рода Proteus и микроорганизмами с гемолитической активностью, что повышает риск развития при склеродермии гнойно-воспалительных процессов. Отдельные параметры нормы микробиоценоза кишечника достаточно широки, однако установленные изменения характера микрофлоры кишечника больных свидетельствуют о формировании дисбиоза, структурной перестройке ценотипа, смене абсолютных доминант и появлении условно-патогенных микроорганизмов в кишечнике больных системной склеродермией.

Работа представлена на VII общероссийскую научную конференцию с международным участием «Гомеостаз и инфекционный процесс», г. Москва, 11-13 мая 2006 г. Поступила в редакцию15.04.2006г.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Микашинович З.И., Терентьев В.П., Сергиенко М.Г., Сергиенко А.Г.
Ростовский государственный медицинский университет

Целью работы явилось разработать схему местного лечения дистальных форм неспецифического язвенного колита (НЯК) с применением пробионта метаболического типа и репаранта глутамина и оценить ее клиническую эффективность по динамике основных клинических симптомов.

В основу работы положены результаты обследования и лечения 85 больных с неспецифическим язвенным проктитом и проктосигмоидитом среднетяжелого течения. Больные НЯК были разделены на две группы: 1. клиническая группа (n=43) – пациенты получали наряду с местным базовым лечением метаболическую терапию (ректальное введение пробионта метаболического типа хилак-форте и глутамина); 2. группа сравнения (n=42) - пациенты получали только местное базовое лечение. Используемый в качестве метаболического средства раствор хилак-форте ("Hylak Forte", фирма "Ratiopharm») содержит смесь продуктов обмена симбионтных микроорганизмов кишечной микрофлоры – лактобактерий, кишечной палочки, кишечного стрептококка, среди которых