У недоношенных детей течение адаптации является особо напряженным в связи с незрелостью большинства функциональных систем, что и определяет их предрасположенность к инфекционной неонатальной патологии (Г.С. Коваль, 1995; В.А. Таболин, 2001). Особое значение при этом приобретает изучение возможностей оценки иммунной постнатальной адаптации как для разработки прогностических критериев, так и для разработки новых более современных подходов при развитии различных форм неонатальной патологии.

Исходя из вышеизложенного, целью нашей работы являлось изучение гематологических показателей новорожденных различного гестационного возраста. Новорожденных детей распределяли по группам: 38-42 недели, 34-38 недель, 30-34 недели, 28-30 недель. В качестве контроля была использована группа сравнения из 23 здоровых новорожденных детей гестационного возраста 38-42 недель от нормально протекавшей беременности и родов с оценкой по шкале Апгар 8-10 баллов и массой тела 2940 – 3700 г. Эта группа была разделена на две подгруппы: 1а - 12 детей от матерей с неотягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом и 1б – 11 здоровых детей из группы риска по внутриутробному инфицированию (при наличии клинических признаков внутриутробной инфекции новорожденного исключали из исследования). Остальные группы включали по 11 недоношенных новорожденных с теми или иными факторами риска и клиническими признаками внутриутробного инфицирования. Развитие генерализованных форм инфекционного процесса служило критерием исключения ребенка из исследования. Забор крови у новорожденных осуществляли сразу после рождения из пуповинной вены и на 7-10 сутки жизни из периферической вены. Нами были изучены показатели общего анализа крови по общепринятой методике с подсчетом лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) (Г.И. Назаренко, 2000). Результаты подвергали статистической обработке (В.В. Боровиков, 2001).

В ходе проведенного исследования нами было установлено, что наибольший уровень лейкоцитоза при рождении отмечался в группе здоровых доношенных детей ($16,5\pm1,5x10^9$/л). С уменьшением гестационного возраста общее количество лейкоцитов в периферической крови снижалось. Снижение уровня лейкоцитоза коррелировало с гестационным возрастом и оказалось минимальным у недоношенных детей с гестационным возрастом 28-30 недель. В этой группе уровень лейкоцитоза составил $11,4\pm1,0x10^9$/л. Зависимость ЛИИ от гестационного возраста ребенка оказалась противоположной. Минимальный показатель при рождении отмечался в подгруппе 1а – 0,7±0,1. В подгруппе 1б ЛИИ составил – 1,4±0,2. У недоношенных детей этот показатель был достоверно выше.

Полученные нами данные свидетельствуют о возможности использования ЛИИ для прогнозирования развития внутриутробной инфекции у новорожденных различного гестационного возраста. При этом прогностически неблагоприятным в плане развития инфекционной патологии является повышение этого показателя. Однако необходимым, на наш взгляд, является проведение дальнейших исследований для определения нормативного уровня ЛИИ в зависимости от гестационного возраста и возможности его дифференцированной оценки.

КОРРЕКЦИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО БАЛАНСА И ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ И ПИОДЕРМИТАМИ

Цыганок С.С., Парахонский А.П.
Кубанская медицинская академия, Краснодар

Здоровье связывают с универсальной концепцией энергического равновесия во всем организме, а, следовательно, болезнь является проявлением энергетического дисбаланса. Организм контролирует энергетические потребности, чтобы поддержать постоянство внутренней среды организма. Энергетику организма характеризуют конкурирующие энтальпия и энтропия. Биологические реакции идут в направлении связывания энергии или повышения состояния энтальпии, что определяет степень здоровья. Энергетический дисбаланс наиболее выражен при синдроме хронической усталости. Этот синдром длится продолжительное время, проявляется усталостью и болевыми ощущениями в мышцах и костях (фибромиалгии), высоким уровнем в крови антител к вирусам и низким содержанием АТФ в мышцах и клетках иммунной системы Цель работы - поиск коррективного лечебного комплекса при этой патологии. По данным наших исследований состояния иммунологического статуса 32 больных в возрасте от 20 до 42 лет с синдромом хронической недостаточности у 94% выявлены выраженная вторичная иммунная недостаточность и нарушение адаптивных механизмов регуляции в констелляции с вегетовисцеральными нарушениями. У этих больных нарушено Т-клеточное звено иммунитета, что проявляется в уменьшении количества Т-лимфоцитов в 2,1-2,6 раза ниже нормы; преобладание Т-супрессоров и уменьшение иммунорегуляторного индекса до 0,8-0,43 (при норме 1,5-2,3). У большинства больных, в анамнезе которых отмечены вирусные инфекции, обнаружен в крови относительно высокий уровень антител к различным вирусам. Показано, что вирусная инфекция истощает запасы макроэргов в мышцах и иммунной системе, что нарушает баланс энергии в организме в сторону увеличения энтропии и понижения энтальпии. У больных с синдромом хронической усталости, отягощённой хроническим течением пиодермита, выявлена недостаточность специфической и неспецифической иммунобиологической реактивности, проявляющаяся в угнетении гуморального и клеточного звена иммунного ответа. Число В-лимфоцитов колебалось в пределах нормы, однако, нарушения функциональная активность их проявлялось повышением уровня Ig G, Ig M. Исходя из принципа - больного надо лечить как единое целое с учетом его энергетического баланса, лечебный комплекс состоял из детоксикации организма структурированной водой, экспургации кишечника сульфатом магния, смеси из хлопьев злаков, регуляции питания, ре-

шения психологических проблем. Резистентность организма стимулировали природными адаптогенами (лафант анисовый, люцерна, зверобой продырявленный, косточка виноградная). Патобиомеханические ситуации в позвоночнике устраняли тракциоимпульсным воздействием на позвоночно-двигательные сегменты импульсным током низкой частоты самоконтролируемого энергоадаптивного регулятора (СКЭНАР 032А) в области пояснично-копчиковой зоны, солнечного сплетения и шейных позвонков. Таким образом, коррективный лечебный комплекс вызывает увеличение в крови содержание Т- и В-лимфоцитов, достоверное повышение иммунорегуляторного индекса, что характеризует реабилитационный эффект для поддержания и восстановления энергетического равновесия и регуляторных систем организма. Этот подход открывает путь к рациональной методологии реабилитации больных с синдромом хронической усталости и пиодермитами. Коррективный лечебный комплекс способствует увеличению в крови содержания Т- , В-лимфоцитов, достоверному повышению иммунорегуляторного индекса, что характеризует реабилитационный эффект для поддержания и восстановления энергетического равновесия и регуляторных систем организма. Таким образом, применение комбинированного лечения обеспечивает оптимальный терапевтический эффект при лечении этого вида иммунной патологии.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОПРОВОДИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХЕЛИКОБАКТЕР-АССОЦИИРОВАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Черненков Ю.В., Сердюкова З.В., Вагапова Л.Б., Арленинова В.А., Добло Н.Н., Портянкина Л.Б.
Саратовский Государственный Медицинский Университет

Целью настоящего исследования было оценить эффективность применения бифиформа у детей, страдающих H.pylori-ассоциированными заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) и получающих антихеликобактерную терапию.

Под нашим наблюдением находилось 40 детей в возрасте от 7 до 15 лет (20 мальчиков и 20 девочек): 30 детей с хроническим гастродуоденитом, 10 с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Все дети имели типичную клиническую картину, характерную для воспалительных заболеваний ВОПТ. Помимо этого у 12 детей отмечались пальпаторные боли по ходу кишечника, метеоризм отмечался у 10 детей, урчание – у 13, изменения со стороны стула – у 20 пациентов. Всем детям в течение 7 дней проводилась терапия, включавшая Де-Нол (Д) 8 мг/кг/сут, фуразолидон (Ф) 8-10 мг/кг/сут, а также кларитромицин (К) 5-8 мг/кг/сут.

На фоне тройной терапии у всех детей сохранялась болезненность по ходу кишечника, изменения характера стула имелись у половины больных. Ухудшения характера стула (изменение частоты, консистенции, появление патологических примесей: слизь, непереваренные комочки) отмечено у 20% детей. Возникновение пальпаторной болезненности по ходу кишечника с 4-5 дня тройной терапии отмечались у 15% детей, урчания – у 6 пациентов. Для уменьшения выраженности указанных изменений детям назначался бифиформ (БФ) по 1капсуле 3 раза в день в течение 14 дней: 20 человек получали его после окончания тройной терапии , 20 – с 5 дня эрадикационной терапии.

На фоне приема биопрепаратов тенденция к улучшению стула отмечалась у всех больных, полная нормализация частоты и характера стула на 2-3 дни лечения произошла у 40% детей, причем у всех детей, получавших БФ с 5 дня. В тоже время утяжеление степени дисбактериоза у детей без биоподдержки произошло в 50% случаев.

Проведенное исследование свидетельствует о целесообразности включения в комплексную терапию НР-ассоциированных заболеваний ВОПТ биопрепаратов, в частности, бифиформа.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Чиж А.Г., Семина И.В., Липатова Т.Е., Журбенко А.Н.
Государственный медицинский университет, Саратов

Оксид азота играет важную роль, как в физиологических, так и в патологических процессах в желудочно-кишечном тракте. Полиморфизм проявлений действия оксида азота связан с присутствием в пищеварительной системе различных форм NO-синтаз. Оксид азота, продуцируемый посредством конституитивных NO-синтаз, относят к числу наиболее важных факторов защиты слизистой желудка. Оксид азота регулирует моторику пищеварительного тракта, желудочную секрецию, микроциркуляцию, стимулирует секрецию слизи и в физиологических условиях оказывает цитопротективное действие. Оксид азота, синтезированный индуцибельной NO-синтазой, связывается с кислородом, образуя пероксинитрит, и принимает участие в формировании воспалительных процессов в желудке, поджелудочной железе, кишечнике.

Целью настоящего исследования явилась оптимизация лечения больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на основании изучения динамики количественной характеристики клеток пищевода, продуцирующих NO-синтазу, при применении минеральной воды «Кисловодский Нарзан» в терапии данного контингента больных.

Под нашим наблюдением находились 40 больных эрозивной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), которые наряду с медикаментозной терапией (ингибиторы протонной помпы, прокинетики, антацидные препараты) в фазе затухающего обострения получали минеральную воду «Кисловодский Нарзан» по 200 мл 3 раза в день за 45 минут до еды. Контрольные группы составили 35 больных эрозив-