стволов, блокируется ноцицептивная импульсация пораженной конечности. Вместе с тем пролонгированный частичный нейрорефлекторный блок, снимая сосудосуживающие импульсы вегетативной нервной системы, увеличивает лимфотток и капиллярное кровообращение в пораженной конечности. Кроме того, при наличии болевого синдрома в пораженной конечности (конечностях) в лекарственную смесь включают ненаркотический анальгетик центрального действия. Введение последнего лимфотропно обеспечивает пролонгированный во времени его положительный лечебный эффект.

Данный метод применялся в лечении более 90 больных с лимфедемой нижних конечностей II-IV стадии. Возраст больных - от 19 до 67 лет. Кратность проведения процедуры - 3-5 раз, через 48 часов. Все больные получали комплексную консервативную терапию - курсы приема венотонизирующих препаратов, ультрафиолетовое облучение аутокрови, лимфопресс, эластическое бинтование и элевацию конечностей.

Помимо общеклинических показателей, стандартное обследование включало проведение антропометрических исследований, ультразвуковое сканирование подкожной клетчатки эхокамерой SSD-630 фирмы "Aloka", реовазолимфографию по оригинальной методике, термографическое исследование с использованием тепловизора ИФП-М, цифровую рентгенодиагностику, импедансометрию, субъективную оценку выраженности болевых ощущений по визуально-аналоговой шкале.

У всех больных отмечена положительная клиническая динамика. Изменения антропометрических показателей, данных реовазолимфографии, термографии, импедансометрии и цифровой рентгенодиагностики свидетельствуют об улучшении регионарного лимфооттока в пораженных конечностях. Все больные отмечали субъективное улучшение состояния, достоверно зарегистрировано полное купирование или значительное снижение болевого синдрома. Осложнений при применении данного метода не отмечалось.

Таким образом, включение непрямых лимфокоррригирующих блокад в комплексную терапию больных с лимфатическими отеками нижних конечностей позволяет достичь более удовлетворительных результатов лечения.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННЫХ СОРБЕНТОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Наров Ю.Э., Фурсов С.А.,
Любарский М.С., Морозов В.В.
Институт клинической и экспериментальной лимфологии, Новосибирск

В России рак молочной железы занимает третье место среди причин смерти женского населения во всех возрастных группах. Одной из причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения пациенток при данном заболевании является микрометастазирование, определяющее необходимость проведения адъювантной полихимиотерапии (ПХТ). Известно, что наличие у человека злокачественной опухоли во всех случаях сопровождается развитием эндотоксикоза, при этом проведение ПХТ ведет к резкому нарастанию степени его выраженности и манифестации астенического, желудочно-кишечного и гематологического синдромов, что определяет необходимость проведения активной детоксикации. Одним из наиболее легко воспроизводимых и безопасных для пациентов методов детоксикации является энтеросорбция.

Под нашим наблюдением находилось 30 женщин с диагнозом «Рак молочной железы» IIа - IIIб стадии, которым после радикальной мастэктомии по Холстеду-Мейеру был проведен курс ПХТ по схеме: циклофосфан - 200 мг внутримышечно, № 14 ежедневно; 5-фторурацил - 750 мг внутривенно на 1-й и 8-й день; метотрексат - 50 мг внутривенно на 1-й и 8-й день.

В зависимости от метода коррекции эндотоксикоза пациентки были разделены на 2 группы: контрольную - 15 пациенток, которым проводилось традиционное лечение (инфузионная, метаболическая, симптоматическая терапия) и основную - 15 пациенток, которым проводились традиционное лечение и энтеросорбция препаратом СУМС-1 (синтетический сорбент, представляющий собой минеральную кристаллическую матрицу гидроксида алюминия с адсорбированным на ней углеродом). Доза сорбента составляла 1 г/кг/сут массы тела больной, продолжительность курса - 14 дней, начиная с первого дня ПХТ. Оценивалась динамика лабораторных маркеров эндотоксикоза и клинические признаки побочного действия ПХТ.

По нашим данным, у пациенток контрольной группы к 9-м суткам ПХТ отмечалось достоверное снижение количества эритроцитов на 8,6%, содержания гемоглобина на 15,6%, количества тромбоцитов на 20,7%, появление выраженной лейкопении (снижение количества лейкоцитов на 60,8%), абсолютной и относительной нейтропении на фоне относительного лимфоцитоза. Динамика биохимических показателей проявилась снижением содержания общего белка в сыворотке крови на 8,6%, альбуминовой фракции на 10,5%, возрастанием активности внутриклеточных ферментов (АлТ на 174,8%, АсТ на 83,2%), повышением содержания общего билирубина на 120,2%, мочевины - на 79,7% от исходных данных.

В основной группе гематологические проявления побочного действия ПХТ были выражены в меньшей степени - не наблюдалось тромбоцитопении (количество тромбоцитов снизилось на 13,5% от исходного), снижение количества лейкоцитов составило 60,5% от исходных данных, при этом лейкопении не наблюдалось; качественный состав лейкоцитарного звена не претерпевал патологических изменений. Исследование биохимических показателей не выявило достоверного снижения концентрации общего белка и альбумина сыворотки крови, также не было выявлено достоверных изменений содержания мочевины, общего билирубина и трансаминаз.

По данным клинического наблюдения, при проведении энтеросорбции частота астении была ниже в

1,6 раза (86,7% в контрольной группе, 53,3% в основной), тошноты и/или рвоты - в 2,4 раза (80% и 33,3%), диареи - в 4 раза (80% и 20%), лихорадки – в 1,3 раза (26,7% и 20%). При этом у 6,7% пациентов основной группы не отмечалось проявлений побочного действия ПХТ, у 60% наблюдалась 1 степень побочного действия ПХТ (по определению ВОЗ), у 26,7% - 2 степень, у 6,7% - 3 (тяжелая) степень побочного действия ПХТ. При проведении традиционной терапии 1 степень побочного действия ПХТ отмечалась в 47,7% случаев, 2 – в 33,3%, 3 – в 20% наблюдений. Случаев развития крайне тяжелых побочных эффектов ПХТ не было зарегистрировано.

Таким образом, применение синтетических сорбционных препаратов у больных раком молочной железы обеспечивает надежное купирование явлений эндотоксикоза, существенно снижает проявления гематологической токсичности цитостатиков, значительно улучшает переносимость ПХТ.

ВЛИЯНИЕ НЕБИВОЛОЛА И МЕТОПРОЛОЛА НА УСТОЙЧИВОСТЬ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Овсянникова А.В.
Курский государственный медицинский университет, кафедра внутренних болезней №2, Курск

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН), как следствие ишемической болезни сердца (ИБС) характеризуется снижением устойчивости пациентов к физическим нагрузкам. Поэтому поиск универсального средства, корригирующего основные симптомы заболевания с одновременным повышением физической толерантности – актуальная проблема современной кардиологии.

Цель исследования: изучение влияния кардиоселективного бета-адреноблокатора с NO - активностью небиволола в сравнении с метопрололом на устойчивость к физическим нагрузкам у больных с недостаточностью кровообращения на фоне ИБС.

Материалы и методы: в течение 1 месяца под наблюдением находилось 40 пациентов в возрасте 45-65 лет (средний возраст испытуемых 56,3±3,7 года), страдающих ИБС с ХСН. Исследование выполнено на двух группах больных – основную группу составили 9 мужчин и 11 женщин, получавших лечение по схеме: небиволол, ингибитор АПФ и/или диуретик; контрольную - 8 мужчин и 12 женщин, получавших терапию: метопролол, ингибитор АПФ и/или диуретик. Динамическое наблюдение за состоянием сердечно-сосудистой системы организма пациентов осуществлялось традиционными методиками (измерение артериального давления, подсчет частоты пульса и сердечных сокращений).

Для изучения влияния небиволола и метопролола на устойчивость к физическим нагрузкам пациентам обеих групп до и после курса лечения проводился тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ).

Результаты: при анализе полученных результатов выявлено изменение физической толерантности в виде повышения функционального класса ХСН на фоне терапии небиволом – у 11 больных, метопрололом – у 8 больных. Повышение величины пройденного пути за 6 минут, без повышения функционального класса ХСН наблюдалось в основной группе - у 6 больных, в контрольной - у 7 больных. В остальных случаях устойчивость к физическим нагрузкам осталась прежней.

Выводы: кардиоселективный бета - адреноблокатор (небиволол или метопролол) включенный в комбинированную терапию больных ИБС с ХСН свидетельствует о позитивном влиянии препаратов на устойчивость к физическим нагрузкам, что улучшает адаптацию пациентов к условиям повседневной жизни. Причем комбинация включающая небиволол оказывает более выраженный эффект. Применение данной комбинированной терапии перспективно и требует дальнейшего изучения.

ОСНОВЫ ИММУНОКОРРЕКЦИИ ПРИ ИММУНОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЯХ, ИНФЕКЦИОННЫХ И ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Парахонский А.П.
Кубанская медицинская академия, Краснодар

Коррекция вторичных иммунодефицитных состояний (ВИС) является актуальным, новым, интенсивно развивающимся направлением в терапии инфекционных и онкологических заболеваний. Этиотропные методы лечения инфекций и цитостатическая терапия онкологических заболеваний приводят к депрессии иммунитета, что отражается на качестве лечения. Коррекция ВИС открывает новые возможности повышения эффективности терапии и снижения риска хронизации инфекций. Наиболее перспективной для клиники группой иммунокоррегирующих препаратов являются цитокины. Это биологически активные вещества – медиаторы межклеточных взаимодействий. К ним относятся интерфероны (ИФН), интерлейкины (ИЛ), фактор некроза опухоли (ФНО), хемотаксические (МИФ, ЛИФ), колониестимулирующие и ростовые факторы. Они продуцируются многими клетками организма – крови, эндотелия сосудов, нейроэндокринной системы, фибробластами. Особый интерес представляет способность иммунных эффекторных клеток продуцировать цитокины в ответ на антигенное или митогенное воздействие, а также их высокая чувствительность к цитокинам. Клинический опыт показывает, что адекватная продукция цитокинов первой фазы иммунного ответа (ЦПФ) на внедрение антигена является важным фактором предотвращения инфекции. Инфекционный процесс всегда сопровождается дисбалансом продукции ЦПФ. Депрессия ИФН является наиболее распространённой формой ВИС при инфекциях. Поэтому стратегия терапии инфекционных заболеваний должна включать средства иммунркоррекции ЦПФ. Только при таком подходе удаётся достичь полноценного выздоровления без риска