

УРОВЕНЬ РАСТВОРИМОЙ ФОРМЫ sFas В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Мизиева С.М.

*Кабардино-Балкарский государственный
университет,
Нальчик, Россия*

Проблема инфицирования вирусами папилломы человека (ВПЧ) актуальна, так как число инфицированных составляет до 60% лиц биологически активного возраста. Доказано, что ВПЧ индуцирует образование опухолей. Попав в клетку организма человека, вирус стремится сохранить её жизнеспособность, угнетая апоптоз инфицированных клеток, для дальнейшего воспроизводства вируса. Иммунная система человека, в свою очередь, направлена на удаление вирусосодержащих клеток путём их апоптоза, что предупреждает инфицирование здоровых клеток. Данное противоборство апоптоза поражённых клеток организма с антиапоптотической способностью вирусов определяет исход инфекционного процесса. Одним из путей запуска апоптоза является активирование растворимой формы рецептора клеточной смерти (sFas). Целью исследования было определение концентрации растворимой формы Fas-рецептора в сыворотке крови больных с папилломавирусной инфекцией человека разного онкогенного риска. Под наблюдением находились 96 человек с папилломавирусной инфекцией в возрасте от 19 до 44 лет. Из них мужчин - 26, женщин - 68. Все больные подразделялись на 2 подгруппы: с ВПЧ высокого онкогенного риска 16, 18 типов - 54 человека (мужчин-15, женщин-39); с ВПЧ низкого онкогенного риска 10, 13 типов - 42 человека (мужчин-11, женщин - 29). Все больные получали стандартную противовирусную терапию (ацикловир с подключением иммуномодуляторов - амиксин). Исследование проводилось в момент рецидива и через 30 дней после лечения. Контрольную группу составили здоровые лица того же возраста 15 человек (мужчин - 7, женщин - 8). Уровень sFas определяли с помощью иммуноферментного анализа. Статистическую обработку полученных результатов проводили стандартными методами. В результате обследования больных I гр. с ВПЧ 16, 18 типа уровень sFas в момент рецидива составил $980,0 \pm 70,0$ ($p < 0,01$) по сравнению с контрольной группой. Видно, что уровень sFas в момент рецидива снижен на 22% по сравнению с донорской группой. Через 30 суток с момента лечения изменений не отмечалось. Во II гр. больных с ВПЧ 10, 13 типа уровень sFas в момент рецидива составил $1300,0 \pm 110,0$ и на фоне комплексной терапии (на 30 сутки) уровень sFas $1200,0 \pm 110,0$ т.е. приблизился к норме. Сниже-

ние уровня растворимого лиганда к sFas-рецептору у больных с ВПЧ-высокого онкогенного риска 16,18 типа ведёт к уменьшению возможности клетки запустить апоптоз и, таким образом, к персистенции интегративных вирусов в организме человека.

СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ПОДДЕРЖАНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Слепушкин В.Д., Шебзухов О.А., Калаев Н.Т.,
Алдаев Д.А.

*ГОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная
медицинская академия»,
Владикавказ, Россия*

Ключевые слова: респираторная поддержка, чрезвычайные ситуации.

Ранее нами установлено (О.А. Шебзухов, 2008), что более 30% раненых на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи нуждаются в респираторной поддержке.

Цель исследования : провести сравнительный анализ различных методов поддержания проходимости дыхательных путей для проведения респираторной поддержки у раненых на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи.

Материал и методы исследования : проанализировано 168 случаев проведения респираторной поддержки на догоспитальном этапе у раненых при ДТП, террористических актах, во время агрессии Грузии против Южной Осетии.

Сравнивались следующие методы поддержания проходимости дыхательных путей :

- введение воздуховода - 21 раненый;
- установка ларингеальной маски или надгортанного устройства типа I-GEL - 22 раненых;
- установка комбинированной трахеопищеводной трубки Combitube - 11 раненых;
- интубация трахеи - 114 раненых.

Среднее время от начала поддержания проходимости дыхательных путей до поступления больного в клинику составляло 80 ± 30 мин (от 20 до 220 мин).

Для оценки эффективности методов использовались следующие методики : измерение концентрации CO_2 в выдыхаемом воздухе (методом капнографии), насыщение артериализованной крови кислородом (методом пульсоксиметрии), а также проводилась клиническая оценка состояния раненых.

Результаты и их обсуждение.

Раненым проводилась интубация трахеи в условиях применения седации (бенздиазепины или диприван), анальгезии (фентанил и/или кетамин) и миорелаксации. Аналогично проводилась

установка комбинированной трахео-пищеводной трубки. Ларингеальная маска или надгортанное устройство устанавливалось после введения гипнотической дозы дипривана. В случае необходимости проведения ИВЛ использовались миорелаксанты. Воздуховод устанавливался после седации и обезболивания раненого.

Проведенный анализ показал, что при использовании ларингеальной маски или надгортанного устройства, или комбинированной трахео-пищеводной трубки мониторированные показатели капнографии, пульсоксиметрии сравнимы с таковыми при использовании «золотого стандарта» - интубации трахеи. В случае применения воздуховода насыщение гемоглобина крови кислоро-

дом (SpO_2) начинало прогрессивно снижаться через 15-20 мин, тогда как содержание CO_2 в выдыхаемом воздухе нарастало несмотря на проводимую ингаляцию кислорода.

Таким образом, применение на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи способа поддержания проходимости дыхательных путей путем установки ларингеальной маски, надгортанного устройства или комбинированной трахео-пищеводной трубки сравнимо по эффективности с интубацией трахеи, требует меньше затрат, доступно среднему медицинскому работнику. Наименее обосновано применение воздуховода, не обеспечивающего эффективного газообмена.