

По табл. 2 можно построить регрессионную прямую $f_4(t)$ пользуясь методами математической статистики [2]. Этот многочлен будет иметь вид $f_4(t) = -37,9t + 337,8$, а $f_4(9) = -3,3$.

Таким образом, многочлен $f_2(t)$ дает лучшее приближение к $\Delta_1(9)$, чем регрессионная прямая $f_4(t)$.

**«Фундаментальные и прикладные проблемы медицины и биологии»,
ОАЭ (Дубай), 16-23 октября 2011 г.**

Медицинские науки

**ДИНАМИКА УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ
И КАЛИЯ КРОВИ ПРИ СТРЕССЕ**

¹Булгакова О.С., ²Кислякова Т.Ф.

¹Научно-практический центр «Психосоматической нормализации», Санкт-Петербург;

²Городской клинический онкологический диспансер, Санкт-Петербург, e-mail: bulgak_os@mail.ru

Проблема изменения гуморального гомеостаза при стрессе остается актуальной. Целью работы было исследование динамики изменения биохимических показателей электролитов крови (калия и кальция) при соматопсихогенных дисфункциях. В исследовании приняли участие 20 мужчин, 20 женщин, средний возраст 45,8 лет, перенесших сильный длительный стресс. Все они прошли стандартный курс терапии. Простудные заболевания на период исследования не диагностировались. Препараты, влияющие на состав крови, не принимались и не вводились. Острых сильных стрессов не фиксировалось. Иные хронические заболевания были вне обострения. Анализ крови брался дважды: при поступлении в стационар и при выписке с благоприятным исходом основного заболевания. В тестовое обследование входило: анализ амбулаторных и больничных карт, беседа, САН, опросник SF-36. Анализ карт дал возможность проследить развитие соматопсихозов, приведших к формированию психофизиологического гомеостаза нездоровья, который изменялся в сторону ухудшения на протяжении 1-5 лет индивидуально. У всех 40 обследуемых при первичной беседе отмечались плохое самочувствие, склонность к депрессии. При повторном обследовании при выписке из стационара картина качественно изменилась в лучшую сторону. Демонстрация первичных и повторных показателей тестов САН и SF-36 такова. САН – первичное обследование $06,8 \pm 0,2$ баллов, вторичное обследование $2,1 \pm 0,1$ баллов ($p < 0,05$). SF-36 – первичное обследование $5,2 \pm 0,001$ баллов, вторичное обследование $6,9 \pm 0,001$ баллов ($p < 0,05$). Параметры кальция $2,5 \pm 0,19$ и $2,5 \pm 0,20$ ммоль/л соответственно. Параметры калия $4,4 \pm 0,52$ и $4,2 \pm 0,20$ ммоль/л соответственно. Таким образом, видно, что вторичное обследование, проводимое при более оптималь-

Список литературы

1. Суровцева Н.Н., Клейменов В.Ф. Динамические иерархические системы в социальной работе // Успехи современного естествознания. – 2011. – № 5. – С. 139–140.

2. Гмурман В.Е. Теория вероятностей и математическая статистика. – М.: Высшая школа, 1998. – 479 с.

ном функциональном состоянии по сравнению с первичным обследованием, показывает лучшие результаты, которые соответственно коррелируют с электролитными показателями крови. Электролитный баланс в сыворотке крови один из первых восстанавливается до нормы, которая предполагает несильное симпатическое доминирование.

**УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КАВИТАЦИЯ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНОСИТОВ**

Гюсан А.О.

*Северо-Кавказская государственная гуманитарно-технологическая академия, Черкесск,
e-mail: gujsan@mail.ru*

Лечению и профилактике рецидивирующего полипозного риносинусита посвящено большое количество работ, однако до настоящего времени тема эта остается очень актуальной и во всем мире продолжается поиск новых методов лечения этого заболевания. Сложным лечение больших полипозных риносинуситом является вследствие его многопричинности, неясности патогенеза и частыми рецидивами заболевания.

Современный подход к лечению полипозных риносинуситов преследует несколько целей: восстановление носового дыхания, предупреждение развития рецидива и купирование возможного обострения заболеваний нижних дыхательных путей.

Последнее время было отмечено, что одним из аспектов проблемы полипозных риносинуситов является тот факт, что в большинстве случаев эффективность лечения оказывается выше не у тех больных, которым выполнена обширная санирующая гайморэтомидотомия, включающая наложение соустья с полостью носа, а у тех где, после тщательно собранного анамнеза удалось выявить основную причину заболевания и использовать современные технологии для достижения лучшего результата во время операции и в послеоперационном периоде.

Одним из таких новых физиотерапевтических средств является применение низкочастотного ультразвука. Его основными действующими факторами являются переменное звуковое

давление, акустические течения и кавитация озвучиваемой жидкости. Ультразвуковые колебания с частотой 25-27 кГц обладают выраженным бактерицидным действием, вызывая разрушение самих микробных тел. Помимо этого, при кавитации лекарственных растворов происходит хорошая механическая очистка гнойной раны. Создается «депо» лекарственного препарата в стенках озвучиваемой полости, проводится гидродинамический массаж окружающих тканей и улучшаются процессы микроциркуляции (Эльпинер И.Е., 1973; Мишенькин Н.В. с соавт., 1992).

Ультразвуковая кавитация повышает чувствительность микрофлоры к антисептикам и антибиотикам, обладает также анальгезирующим эффектом.

Целью нашей работы был анализ эффективности применения ультразвуковой кавитации в комплексном лечении полипозных риносинуситов.

Под наблюдением находилось 30 больных рецидивирующим полипозным риносинуситом, которые были разделены на две идентичные группы по 15 человек.

В первой группе больных лечение проводилось в зависимости от предполагаемой причины с применением топических кортикостероидов, хирургических операций, противогрибковых средств, физиотерапевтических процедур. Во второй, к указанному комбинированному лечению сразу после проведения операции и каждый последующий день, в течение одной недели проводился сеанс низкочастотной ультразвуковой кавитации (НУЗК) лекарственной смеси.

Экспозиция озвучивания длилась 3 мин в каждой половине полости носа. Применялся раствор лекарственных препаратов: 1% р-р диоксида и суспензия гидрокортизона, которым обильно пропитывалась вата, рыхло вводимая в полость носа. К вате подводился ультразвуковой зонд. В качестве источника УЗ колебаний использовали аппарат ЛОРА-ДОН. Осложнений при проведении лечения с использованием ультразвуковой аппаратуры мы не наблюдали.

Оценка эффективности лечения проводилась по клинической картине: восстановление или улучшение носового дыхания, уменьшение ринореи, купирование реактивного отека в полости носа, улучшение общего самочувствия. У больных, которым в комплексе лечения применялась НУЗК восстановительный период протекал быстрее: уменьшался отек слизистой оболочки, прекращалась ринорея, улучшалось общее самочувствие. Однако основным критерием эффективности лечения полипозных риносинуситов является длительность безрецидивного периода.

Больные обеих групп находились на диспансерном наблюдении и были осмотрены после проведенного лечения через 6 месяцев и через

один год. В первой группе больных рецидив полипоза через 6 месяцев наблюдался у 4 больных (26,7%), а через год у 7 больных (46,7%). Во второй группе соответственно у 1 больного (6,7%), а через год у 3 больных (20,0%). Таким образом, у больных с полипозным риносинуситом при комплексном лечении с применением НУЗК получены лучшие результаты, что является основанием для дальнейшего изучения эффективности применения этого метода в комплексном лечении полипозных риносинуситов.

НЕЙТРОПЕНИЯ – ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Донцов Д.В.

*Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону,
e-mail: d_dontcov@mail.ru*

Цель исследования: изучить у больных хроническим гепатитом С (ХГС), получающих комбинированную противовирусную терапию (КПТ), патогенез интерферон-рибавирининдуцированной нейтропении и разработать способ ее прогноза. У 125 РНК-позитивных больных ХГС определялся показатель повреждаемости нейтрофилов (ППН) по Л.Б. Юшкевичу (1968). В пробирку с 0,02 мл 5%-го раствора цитрата натрия вносили 0,08 мл крови больного, затем добавляли 0,02 мл индуктора апоптоза нейтрофилов (ИАН): 80 мг Ребетол и 0,6 млн. МЕ Альтевира. Одновременно проводился контрольный тест: к 0,08 мл крови того же пациента добавлялось 0,04 мл 5%-го раствора цитрата натрия без ИАН. Обе пробирки на помещались в термостат, готовились мазки и рассчитывался ППН, который перед началом КПТ составил $0,11 \pm 0,02$. Однако, у 15,2% всех испытуемых ППН оказался достоверно выше, чем у оставшихся 84,8% ($0,28 \pm 0,04$ и $0,08 \pm 0,01$, $p < 0,001$). После теста всем больным проводилась КПТ: «Альтевир» и «Ребетол» по схеме 24-72 недели. При этом минимум 1 раз в неделю у пациентов определялось абсолютное число нейтрофилов (АЧН), которое перед курсом КПТ составило $3,6 \pm 0,49 \cdot 10^9/L$. Динамическое наблюдение за пациентами показало, что статистически значимое снижение АЧН отмечалось на 8-10 неделях лечения, достигнув $1,9 \pm 0,18 \cdot 10^9/L$. Проведя корреляционный анализ, мы констатировали наличие обратной связи между средним значениями ППН у и уровнем АЧН на 8-10 неделях КПТ ($r = -0,65$; $p < 0,001$). Так, у тех пациентов, у которых ППН составил $0,08 \pm 0,01$, минимальное количество нейтрофилов оставалось в пределах $2,2 \pm 0,14 \cdot 10^9/L$, что не требовало дополнительной коррекции лечения. Более выраженная нейтропения отмечалась у тех больных ХГС, которые имели в начале ис-