

**УРОВЕНЬ ЖЕЛЕЗА
В СЫВОРОТКЕ КРОВИ
И ИНТЕНСИВНОСТЬ
ПРОЦЕССА КРОВЕТВОРЕНИЯ
(ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)**

Герасимова Е.Е.

*ГОУ «Воронежская государственная
медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко», Воронеж,
e-mail: weneragerasimowa@mail.ru*

В настоящее время становится всё более ясным, что все физиологические функции и показатели активности различных процессов в организме не постоянны во времени и, так же во времени, сочетаются друг с другом. Биологические объекты, включая человеческий организм, представляют собой сложные нелинейные системы, которые критически зависят от изменяющихся условий среды обитания и могут реагировать макроскопически на микроскопические флуктуации воздействующих факторов. Цель исследования. Определить суточную динамику содержания железа в сыворотке крови у юношей. Объект исследования. В исследовании приняли участие двадцать человек. Все испытуемые – юноши 19-20 лет. Все исследуемые здоровы, без патологических отклонений. Методика исследования. Кровь брали из локтевой вены в объёме 5 мл через каждые четыре часа в течение суток. Железо в сыворотке крови определяли с использованием хелатирующего железа соединения – батофенантролина, который образует с ионами двухвалентного железа цветной комплекс, подвергающийся фотометрированию. Цветной комплекс фотометрировали на спектроколориметре «Spekol 210». Результаты исследования. В результате проведённого исследования выявлено, что содержание железа в сыворотке крови имеет наибольшее значение в утренние часы (между 6 и 12 часами). В течение дня (между 13 и 19 часами) наблюдается достоверное снижение содержания железа в сыворотке крови, тогда как с 19 часов и в течение ночи, уровень железа в сыворотке крови постепенно повышается. Выводы. Возможно, суточная динамика содержания железа в сыворотке крови взаимосвязана с интенсивностью обменных процессов, условиями среды, а также зависит от реактивности организма и активности ферментативных реакций. Заключение. Важно помнить и знать о том, что суточный ритм колебания железа определяется суточными изменениями интенсивности процессов кроветворения. В настоящее время по данной проблеме активно проводятся исследования.

**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОК
С ГНОЙНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ПРИДАТКОВ МАТКИ**

Громов М.И., Новиков Е.И., Пивоварова Л.П.,
Бобров К.Ю.

*Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург,
e-mail: zvereva@derinat.ru*

С целью активации процессов репарации в послеоперационном периоде нами был исследован препарат деринат, представляющий собой набор полинуклеарных фрагментов нативной (двухцепочечной) ДНК. Этот препарат способствует ускорению регенерации клеток костного мозга, иммунной системы, покровных тканей.

Материалы и методы. 30 больных с гнойными образованиями придатков матки, которым выполнялась экстренная операция по удалению гнойного очага, были случайным образом разделены на опытную (16 человек, средний возраст 35 ± 3 года) и контрольную (14 человек, средний возраст 36 ± 2 года) группы. Помимо традиционного лечения пациенткам опытной группы, начиная с 1 дня после операции, ежедневно однократно вводили 1 ампл. (75 мг) Дерината в/м в течение 4-5 дней. Обследование после операции: клиническое, инструментальное, лабораторное. Исследование иммунитета выполнялось дважды (на 1-й и 5-6-й дни после операции) и включало клинический анализ крови, подсчет в крови Т-лимфоцитов CD4+, цитотоксических Т-лимфоцитов CD8+, HLA-DR+ клеток и мононуклеаров, экспрессирующих адгезионные молекулы (CD11b/CD18+). Бактерицидные свойства лейкоцитов оценивали по уровню спонтанной и индуцированной люминолом хемилюминесценции крови, состояние местного иммунитета – по содержанию секреторного Ig A (sIgA) в слизи канала шейки матки.

Результаты. Количество моноцитов крови после операции в опытной группе достоверно снизилось по сравнению с исходным уровнем на 47%, в контрольной группе это снижение произошло на 10%. К 5-6 дню после операции выявлено различие ($p < 0,05$) в уровне индуцированной хемилюминесценции крови, отражающую острую воспалительную направленность иммунитета, которая снизилась в опытной группе до нормы (14 ± 5 мВт), а в контрольной группе сохранялось двукратное превышение нормы (25 ± 5 мВт). Динамика снижения sIgA в слизи шейки матки свидетельствующая о нормализации местного иммунитета в опытной группе составляла (63 ± 25 нг/мл), а в контрольной – (145 ± 42 нг/мл).

Вывод. Применение Дерината в послеоперационном периоде у пациенток с гнойными образованиями придатков матки способствует активации процессов репарации. Эффективность заживления использования Дерината подтверждается полученными данными.

**НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ ОДОНТОГЕННЫМ
ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСИТОМ,
ОСЛОЖНЕННЫМ
ОРОАНТРАЛЬНЫМ СОУСТЬЕМ**

Гюсан А.О.

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

В последние десятилетия отмечается значительный рост верхнечелюстных синуситов одонтогенного происхождения. Важное место в развитии одонтогенных верхнечелюстных синуситов занимают их открытые перфоративные формы с проникновением или без проникновения корня зуба в полость пазухи. Этому, в большинстве случаев, способствуют особенности анатомо-топографического строения верхнечелюстной пазухи, а также грубые манипуляции при удалении больших и малых коренных зубов верхней челюсти.

Этой форме одонтогенного верхнечелюстного синусита присуще многообразие микробной флоры, начиная с анаэробов, аэробов и заканчивая дрожжеподобными грибами. Характерными клиническими признаками являются: наличие односторонности поражения, перфорации, инфицирование верхнечелюстной пазухи микрофлорой полости рта, наличие гнойного отделяемого с характерным запахом.

Следует отметить, что длительное существование ороантрального соустья приводит к хроническому воспалению слизистой оболочки, преимущественно в области бухты альвеолярного отростка с развитием полипозно-гнойных форм (В.А.Козлов и соавт., 1982).

Лечение таких больных имеет свои особенности, которые заключаются в необходимости одновременного лечения верхнечелюстного синусита, с учетом микробного пейзажа, закрытии перфорации и контроля над состоянием естественного соустья верхнечелюстной пазухи с полостью носа.

Целью нашей работы было повышение эффективности оказываемой помощи больным одонтогенным верхнечелюстным синуситом, осложненным ороантральным соустьем.

Лечение проводили в три этапа:

– на первом шла активная предоперационная подготовка, позволяющая ограничить воспалительный процесс в пазухе, сохранить слизистую оболочку и восстановить её функцию;

– на втором, проводили щадящую микрогайморотомию с пластикой ороантрального соустья аутоотканями;

– на третьем, контролировали функцию естественного соустья и если выявляли нарушение аэрации пораженной пазухи, то устраняли её причину.

Предоперационная подготовка заключалась в дренировании пазухи и ликвидации гнойного процесса путем внутривпазушного введения лекарственных препаратов.

Затем, больному одномоментным вмешательством на верхнечелюстной пазухе, но без наложения соустья с нижним носовым ходом, проводили пластику ороантрального соустья. Для этого применяли операционный доступ по Нейману-Заславскому, формируя трапецевидный слизисто-надкостничный альвеолярно-щечный лоскут с основанием выше переходной складки преддверия полости рта сверху. Лоскут отсепааровывали от кости кверху, обнажая переднюю стенку верхнечелюстной пазухи. В передней стенке делали небольшое трепанационное отверстие при помощи электродрели с трепаном для вскрытия верхнечелюстной пазухи по М.Л. Заксону. Прделанное отверстие достаточное для полного осмотра полости околоносовой пазухи при помощи жестких эндоскопов и удаления из неё всего патологического. Затем, в обязательном порядке осматриваем область естественного соустья со стороны полости пазухи и, при необходимости восстанавливаем его проходимость. Как правило, мы одновременно проводим и третий этап лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов, т.е. выполняем ревизию соустья эндоназально и решаем вопрос о необходимости в дальнейшем внутриносовых корригирующих операций.

В то же время удаленная, при помощи трепана костная ткань передней стенки верхнечелюстной пазухи вместе со слизистой оболочкой сохраняется нами во влажной салфетке и используется в дальнейшем в качестве трансплантата для закрытия ороантрального соустья, по методу предложенному В.В. Скоробогатый (2005).

Трансплантат укладываем слизистой оболочкой в сторону верхнечелюстной пазухи, предварительно подготовив ложе альвеолярного гребня, проведя кюретаж лунки, уложив туда гемостатическую губку, отслоив края слизистой оболочки альвеолярного гребня. При этом трансплантат перекрывает края перфорации, чтобы он не проваливался в полость пазухи. После чего укладываем сверху трансплантата сформированный в начале операции слизисто-надкостничный трапецевидный лоскут. При этом следует позаботиться, чтобы хорошо сместить его на поверхность дефекта десны и тщательно подшить к слизистой оболочке у небо-