## КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ОБЩИХ ПРЕСНЫХ ВАНН И ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С НАРУШЕНИЕМ РИТМА (ФИЗИЧЕСКАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ)

Радченко Е.А., Клеменков А.С.

*НИИ Медицинских проблем севера, Красноярск, e-mail: klem55@mail.ru*

Обследовано 97 больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК по Канадской классификации с желудочковыми аритмиями 1–3 класса по Б. Лауну. Средний возраст больных составил 50,0 ± 4 года. У 22 больных ИБС сочеталась с гипертонической болезнью II степени по классификации ВОЗ.

Больные были разделены на 3 равноценные группы, сопоставимые по основным клиническим показателям. Первая группа – 34 больных ИБС, получавшие курс общих пресных ванн (2 ванны в неделю, через день) в течение 1 месяца в амбулаторных условиях. Лечение проводилось 1 год. Вторая группа – 31 больной ИБС, получавшие курс общих пресных ванн (2 ванны в неделю, через день) в течение 3 месяцев в амбулаторных условиях. Лечение проводилось 1 год. Третья – 32 больных ИБС, получавшие курс общих пресных ванн (2 ванны в неделю, через день) в течение 1 месяца и лечебную гимнастику в амбулаторных условиях. Лечение проводилось 1 год. Ванны назначались при температуре воды 35–36 °С, длительность процедуры 10–12 мин. Лечение осуществлялось в физиоотделении поликлиники БПО № 1 г. Красноярска.

До и после лечения больным ИБС 1–3 группы проводили спировелоэргометрическое исследование (аппараты ВЭ-02, Мингограф-34, Спиролит-2). На высоте физической нагрузки определяли потребление кислорода на 1 кг массы тела, частное отдыха, двойное произведение (пульс х давление). Исследование рандомизированное, контролируемое. Медикаментозное лечение в группах больных ИБС осуществлялось β-блокаторами.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась на персональном компьютере «Intel Pentium-II»

До лечения в группах больных ИБС достоверной разницы в величине показателей физической работоспособности не отмечалось. Следовательно, уровень физической работоспособности и коронарного резерва сердца у больных ИБС 1–3 групп существенно не различался.

После курса лечения показатели физической работоспособности у больных ИБС 1–3 групп возрастали: достоверно увеличилась величина двойного произведения и потребления кислорода на 1 кг массы тела, причем у больных ИБС 2 группы в достоверно большей степени.

Следовательно, общие пресные ванны при разной длительности назначения (1,3 месяцев в год) оказывают тренирующее воздействие у больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК, которое тем выше, чем длительнее назначается бальнеотерапия.

Оценивая результаты лечения больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК с желудочковыми аритмиями 1–3 класса по Б. Лауну следует сказать, что применение общих пресных ванн, особенно при увеличении длительности их назначения от 1 до 3 месяцев в год, существенно улучшает клиническое течение заболевания. При этом у части больных ИБС отмечается исчезновение или урежение приступов стенокардии, уменьшение ощущений перебоев в работе сердца в покое и при физических нагрузках. Переносимость лечения была хорошей, приступы стенокардии во время процедур и после них не отмечались.

Таким образом, общие пресные ванны у больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК при разной длительности назначения (1,3 месяцев в год) оказывают тренирующее воздействие, которое тем выше, чем длительнее назначается бальнеотерапия.

## ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ СИНУСИТ КАК ОДНА ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

[1]Шаповалова А.Е., [2]Будяков С.В., [3]Емельянова Н.Ю.

*[1]ОГБУЗ Областная клиническая больница Святителя Иоасафа;*
*[2]Областной онкологичекский диспансер;*
*[3]МУЗ Гор. Больница №2, Белгород,*
*e-mail: sbudyakov@inbox.ru*

В последние годы увеличилось число больных с негнойными заболеваниями среднего уха, среди которых наибольшее внимание привлекает экссудативный средний отит. Структура общей заболеваемости, характер и частота поражения уха находятся в значительной зависимости от состояния носа и околоносовых пазух, от качества диагностики и лечения этих заболеваний.

Под постоянным наблюдением находилось 252 пациента с экссудативным средним отитом. Всем больным было выполнено следующее обследование: оценка клинических показателей, эндоскопическая риноскопия, рентгенография придаточных пазух носа, аудиометрия и импедансометрия, определение клеточного состава и микрофлоры в отделяемом из пазухи, определение иммунологических показателей и показателей антиоксидантной системы, исследование транспортной функции слизистой оболочки полости носа.

Анализируя причину и динамику развития экссудативного среднего отита, было выявлено, что из 252 пациентов у 77 основной причиной развития данного заболевания был гнойный синусит. При поступлении в стационар у всех больных оценивались клинические показатели

(головная боль, температура тела, нарушение носового дыхания, количество отделяемого из носа, характер отделяемого из пазух, заложенность ушей, аутофония), данные эндоскопического исследования (гиперемия слизистой полости носа, отёк слизистой полости носа, состояние устья слуховой трубы). Кроме этого всем больным определялось состояние клеточного состава отделяемого из пазух, микрофлора в отделяемом из пазух, транспортная функция слизистой оболочки носа, иммунологические показатели, показатели антиоксидантной системы, CD3 (общие т-лимфоциты), CD4 (т-хелперы),CD8 (цитотоксические клетки), CD16 (NK-клетки), CD25 (рецептор к ИЛ-2), CD95 (индукторный фактор апоптоза), HLA-DR (поздний маркер активации), CD22 ( в-лимфоциты), а также содержание в плазме иммуноглобулинов класса M, G, A, фактор некроза опухоли, ИЛ-1 альфа, ИЛ- 1бетта, ИЛ-6, ИЛ-8, ГКСФ (гранулоцитоколониестимулирующий фактор), ИЛ-4, ИЛ-10, интерферон –гамма и альфа, рецепторный антагонист ИЛ-1, активность и интенсивность фагоцитоза нейтрофилов в периферической крови, активность кислородзависимых систем нейтрофилов, концентрация альфа-спектрина, анионотранспортного белка, глицеральдегид-3-фосфатдегидрогеназы, сорбционная способность эритроцитов, внутриклеточная концентрация малонового диальдегида. В комплексное лечение входило назначение местных и общих мероприятий. Общее лечение включало в себя: использование иммуномодулятора –полиоксидоний (6 мг в/м через 48 часов) и антиоксиданта – мексидол (в/м 100 мг через 8 часов № 30). Общая антибактериальная терапия проводилось только в тех случаях, когда имело место явления интоксикации, проявляющейся повышением температуры. У 20 больных с экссудативным средним отитом в сочетании с гнойным синуситом при поступлении в клинику выявлена картина острого ринита в стадии слизисто-гнойных выделений, для лечения которого мы использовали интраназально препараты-полидекса, синуфорте. Пункция верхнечелюстной пазухи предусматривала не только диагностические цели, но завершалась введением дренажной трубки, что создавало возможность проведения активной консервативной терапии. Промывание пазух с добавлением в последующем антибиотиков, к которым чувствительна выявленная микрофлора продолжалось до полного отсутствия отделяемого в промывной жидкости. Внутримышечное введение антибиотиков также проводилось с учётом микрофлоры и характера её чувствительности в течение 5–6 дней. Одновременно с лечением гнойного синусита проводилось лечение экссудативного среднего отита. Ежедневно 2 раза в день проводили туалет полости носа с пульверизацией октенисепта , катетеризация слуховых труб, их продувание и транстубарное введение поверхностно- активных веществ на полимерной основе с дексоном, а также пневмомассаж барабанных перепонок. В результате проведённого комплексного лечения у 69 больных гнойные выделения из пазух прекратились, исчезли клинические признаки экссудативного среднего отита, больные выписаны практически здоровыми. Остальным больным были проведены функционально-эндоскопические видеовмешательства.

Таким образом у 85 % пролеченных больных с экссудативным средним отитом, причиной которых явился гнойный синусит, консервативная местная терапия позволила добиться полного выздоровления, что объясняется длительным воздействием лекарственных веществ, имеющих широкий спектр действия, заключённых в депо-препараты, благоприятно влияющих на функциональное состояние слизистой оболочки носа и слуховой трубы.

## РЕГЕНЕРАЦИОННЫЙ ГИСТОГЕНЕЗ МИОКАРДА КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Шурыгин С.А., Ямщиков Н.В., Ямщикова Е.Н.

*ГБОУ ВПО Минсоцразвития РФ «Самарский государственный медицинский университет», Самара, e-mail: oks-shurygina@yandex.ru*

Вопросы реактивности миокарда при действии различного рода экстремальных факторов уже рассматривались в ряде работ, но в основном изучались факторы, нарушающие гистогенетические процессы путем подавления митотической активности, синтеза ДНК, РНК, белка (глюкокортикоиды, цитостатики). Проведено комплексное исследование реактивности миокарда при введении витамина А, воздействии иммобилизационного стресса и при сочетанном действии факторов (введение витамина А и иммобилизационного стресса).

При воздействии на миокард возникает комплекс компенсаторно-приспособительных изменений у экспериментальных животных. При комплексном гистологическом исследовании (световая и электронная микроскопия, иммуногистохимия с использованием моноклональных антител к специфическим маркерам сердечной мышечной ткани, пролиферации, апоптозу, метод щелочной диссоциации тканей с получением изолированных клеток) обнаружены: явления внутриклеточного отека кардиомиоцитов, нарушения сократительного и энергетического аппарата клеток, признаки усиления апоптотической гибели, по сравнению с контрольной группой животных. Также при гистологическом анализе обнаружены статистически недостоверные колебания объемов больших, средних и малых кардиомиоцитов (по сравнению с контролем), усиление реакции сосудов микроциркуляторного русла. Компенсаторно- приспособительные