

ника проводили препаратом «Эрцефуррил». Восстановление качественного и количественного состава микрофлоры толстой кишки в предоперационном и раннем послеоперационном периодах проводилось с помощью эубиотиков (бифидумбактерин, лактобактерин, препарат «Линекс», «Бактисуптил»). На этапах реабилитации при лечении дисбиоза кишечника использовались препараты пробиотического ряда («Хилак-форте»). Применение пробиотиков имеет ряд преимуществ перед эубиотиками: они облегчают пищеварение и всасывание необходимых витаминов и питательных веществ, способствуют формированию собственной микрофлоры кишечника без «нагрузки из вне», а также не инактивируются под действием препаратов, применяемых с целью деконтаминации.

При этом восстановление собственной микрофлоры кишечника происходило за более короткие сроки, что является одним из немаловажных факторов, позволяющих провести полную реабилитацию детей с данной патологией за 1,5-2 года.

### **ДОЛИХОСИГМА – КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

Стрюковский А.Е., Тараканов В.А., Бондаренко С.Б., Мазурова И.Г.  
*КГМА, Краснодар*

Целью нашего исследования явилось создание комплексной программы лечения долихосигмы у детей. Проведенные нами клинико-лабораторные исследования позволили сделать заключение о некоторых звеньях патогенеза. Рентгенологически диагностированная долихосигма – состояние, проявляющее себя при срыве компенсаторных возможностей организма. Стартом к моменту декомпенсации зачастую служит психоэмоциональный срыв или синдром избалованного ребенка. Стрессовая ситуация подталкивает ребенка изменить свои взгляды на окружающий мир и, формируя новые реакции адаптации, изменяет отношение к акту дефекации. Избалованные дети, получая максимум внимания, не правильно питаются – в основе их питания лежат собственные желания, а не диетические нормы. Они управляют родителями, истеричны и относятся к жизни свысока и, все связанное с актом дефекации, считают ниже своего достоинства. Все перечисленное ведет к формированию синдрома раздраженного кишечника – колита, дисбактериоза кишечника, на фоне аномалии развития толстой кишки.

В комплекс терапии мы ввели психологическое консультирование и воздействие на психоэмоциональные установки. Продолжительность терапии напрямую зависела от «перевоспитания» ребенка. Даже хороший эффект от курса консервативной терапии был не стойким при наличии сложившихся психологических установок.

Каломазание у больных чаще носило психогенный характер, при неизменном тоне анальных сфинктеров. Оно купировалось без специального лечения на фоне коррекции реакций психологической адаптации.

Таким образом, долихосигма – анатомический субстрат для развития синдрома раздраженного кишечника и его следствий, а не самостоятельная болезнь. Исходя из приведенных установок, оперативное лечение долихосигмы ставится под сомнение. Нами такие дети не были оперированы, за исключением случаев вторичного гипоганглиоза – рентгенологически диагностируемого как болезнь Гиршпрунга.

### **ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ**

Тараканов В.А., Старченко В.М., Полеев А.В.  
*Кубанская государственная медицинская академия, Краснодар*

*Цель исследования* - изучить структуру осложнений после эндоскопического склерозирования (ЭС) варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) у детей с синдромом портальной гипертензии (СПГ) и разработать программу их профилактики.

*Материалы и методы.* Нами изучены результаты используемой методики ЭС ВРВП у 74 детей с СПГ. Мы применяем интравазальное склерозирование 3 % раствором тромбовара. Преобладали больные с подпечёночной формой СПГ - 59 человек (80,8 %), внутрипечёночная - 7 детей (8,8 %) и комбинированная форма – 8 больных (10,4 %). Большинство пациентов – 62 человека (83,8 %) имели – III-V степень ВРВП. До начала склеротерапии кровотечение из ВРВП отмечалось у 41 (60,3 %) больных, зачастую имея рецидивирующий характер. ЭС в основном применялось в качестве самостоятельного метода, а также в комплексе с операциями гастроэзофагеального разобщения и сплено-ренального шунтирования.

*Результаты.* На основании собственного опыта предлагаем выделять постсклеротические реакции и постсклеротические осложнения. Реакции связаны с ответом организма на инъекцию склерозанта. К таким реакциям мы относим: 1) гипертермическую 19 больных (25,6 %); 2) загрудинные боли - 13 человек (17,6 %); 3) дисфагические явления - 14 пациентов (18,9 %). Они характеризуются незначительной выраженностью, кратковременностью и способностью к самостоятельной регрессии без специфического лечения.

В своей практике мы не имели таких тяжёлых постсклеротических осложнений, как перфорация пищевода или приведших к летальному. Осложнения методики ЭС были следующими: стеноз пищевода - 4 пациента (5,4 %); острая пневмония - 2 чел. (2,7 %); пищеводное кровотечение - 1 больной (в 1,4 % случаев). Во всех случаях осложнения купированы консервативно: бужирование пищевода при стенозе, стандартная терапия при пневмонии и гемостатическая при кровотечении. У остальных 67 пациентов (90,5 %) используемая нами схема склеротерапии ВРВП, а также сопроводительная медикаментозная терапия позволила избежать осложнений.

*Выводы.* Мы считаем наилучшей мерой профилактики осложнений при ЭС ВРВП следующие меро-

приятия: 1) использование интравазального способа введения склерозанта (в нашей работе – тромбовара); 2) тщательное соблюдение техники внутрисосудистого введения склерозанта (избегать его попадания в подслизистый и мышечный слои пищевода); 3) комплекс сопроводительной медикаментозной терапии (пищеводная смесь, антисекреторные и антацидные препараты, прокинетики, репаративы, антибактериальные).

### СОСТОЯНИЕ ПРООКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ КОРЬЮ НА ПРИМЕРЕ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА

Тлупова М.В.

*Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик*

В современной литературе имеется большое количество данных, позволяющих сделать вывод об активации процессов свободнорадикального окисления липидов у больных острыми инфекционными заболеваниями. Для диагностики липоперекисной патологии и оценки эффективности проводимого лечения принято определять в плазме крови содержание продуктов перекисного окисления липидов, таких как малоновый диальдегид.

Целью работы явилось изучение состояния прооксидантной системы крови у взрослых больных корью. Под наблюдением находилось 49 больных корью в возрасте от 16 до 49 лет. Из них у 7 человек заболевание протекало в легкой форме, у 35 - в среднетяжелой и у 7 в тяжелой. Диагноз был выставлен на основании клинико-лабораторных и серологических данных. Состояние прооксидантной системы крови больных оценивали по содержанию малонового диальдегида (МДА) с использованием тиобарбитеровой кислоты. Кровь больных обследовали в периоде разгара заболевания, угасания клинических симптомов и ранней реконвалесценции.

В процессе заболевания корью отмечено достоверное повышение малонового диальдегида с максимальным значением в периоде разгара заболевания ( $3,5 \pm 0,08$ ). В периоде угасания клинических симптомов, параллельно положительной динамике заболевания, наблюдалось постепенное снижение уровня активности показателя ( $2,8 \pm 0,07$ ) с возвращением к норме в периоде ранней реконвалесценции ( $1,9 \pm 0,08$ ). Изучение уровня малонового диальдегида у больных корью в зависимости от тяжести заболевания выявило более значительное возрастание МДА при тяжелой и среднетяжелой формах заболевания, чем при легком, при этом уровень изучаемого показателя возвращался к норме в периоде ранней реконвалесценции при легком течении и оставался достоверно выше нормы при тяжелом и среднетяжелом.

Таким образом, в результате проведенных исследований обнаружена зависимость уровня МДА от периода и степени тяжести патологического процесса при кори у взрослых. Причем не происходит возвращения изученного показателя к норме в периоде ранней реконвалесценции, что свидетельствовало о незавершенности патологического процесса в этом пе-

риоде у наблюдавшихся больных. Полученные данные о закономерностях изменения уровня малонового диальдегида у больных корью, по-видимому, свидетельствуют о важной роли процессов перекисного окисления липидов в патогенезе этого заболевания.

### ВЛИЯНИЯ МИЛДРОНАТА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ.

Тюриков П.Ю.

*Курский государственный медицинский университет, кафедра внутренних болезней №2, Курск*

**Цель исследования:** в настоящее время, в связи с малой доступностью высокоэффективных инвазивных методов лечения стабильной стенокардии напряжения, актуальным представляется использование лекарственных средств, оптимизирующих работу сердца в условиях хронической гипоксии. Данное направление медикаментозной терапии ИБС получило название миокардиальной цитопротекции. К данной группе препаратов относится милдронат, производимый фирмой «Grindex», Латвия. Предпосылкой к его использованию явилось наличие у данного препарата способности ингибировать метаболизм гамма-бутиробетаина в карнитин, который ответственен за транспортировку жирных кислот в митохондрии. Тем самым ограничивается интенсивность бета-окисления жирных кислот, которое требует большое количество кислорода. В данных условиях происходит активация и наработка ферментных систем, участвующих в метаболизме глюкозы, что является менее энергоемким. Таким образом, важным является изучение влияния препарата на липидный профиль плазмы и функцию клеток эндотелия.

**Материалы и методы:** исследование включено 22 пациента в возрасте 49-65 лет со стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса, верифицированной при выполнении стандартного велоэргометрического теста (ВЭТ). При создании выборки руководствовались следующими критериями включения: мужчины и женщины в возрасте 40-65 лет; по данным (ВЭТ): горизонтальное смещение сегмента ST > 1,5 мм; по данным анкетирования пациенты, ранее не принимавшие препарат и получающие лечение: бета-адреноблокаторы + пролонгированные нитраты не < 4 мес.; наличие острого коронарного синдрома в анамнезе > 6 мес назад; пациенты, не имеющие ожирение, сахарного диабета и артериальной гипертензии; пациенты, ознакомленные и подписавшие информированное согласие. Исследование проводилось с рандомизацией пациентов с момента подписания информированного согласия на две группы: испытываемую (n=11), контрольную (n=11). Пациенты испытываемой группы получали милдронат в суточной дозе 750 мг. Исследование проводилось в течение месяцев с тремя контрольными точками: до начала, 1 мес., 2 мес. лечения. Определяли следующие показатели липидного спектра плазмы: общий холестерин, триглицериды, холестерин ЛПВП и ЛПНП.