

нии количество жидкостей из расчета 90,6 мл/кг массы тела. Было установлено, что к концу первых суток диализа происходит достоверное нарастание объема внеклеточной жидкости (ОВЖ), причем в среднем этот объем увеличивается на 7,6 литра. Однако в отмеченное время в организме всего было задержано около 2600 мл воды, при этом объем циркулирующей плазмы увеличился в среднем на 700 мл. Следовательно, увеличение ОВЖ произошло за счет поступления жидкости извне и составило в среднем только 1900 мл. Остальной же рост ОВЖ на 5,7 л произошел за счет перераспределения воды между жидкостными пространствами организма. Все это свидетельствует о том, что в течение первых суток диализа наступила первичная компенсаторная реакция, направленная на нормализацию гомеостаза организма, во время которой происходит выравнивание осмотических давлений между различными жидкостными пространствами. Параллельно нарастанию ОВЖ уменьшались явления обезвоживания организма. Под воздействием перечисленных положительных факторов, жидкость, находящаяся в ней токсическими продуктами, по-видимому, перемещалась из тканей в свободную брюшную полость (совершался диализ), а также в мочевыводящие пути (увеличение диуреза). На 2 сутки диализа ОВЖ уменьшился в среднем на 4% массы тела, но его величина все же на 8% превышала нормальный показатель, а ОЦК и ОЦП почти в 2 раза были ниже по сравнению с первым днем лечения и нормальными величинами, что свидетельствует о задержке в организме воды на фоне интенсивной потери белка через брюшину. В этот же срок лечения выведенного диализата из брюшной полости оказалось на 1850 мл больше, чем введенной в нее жидкости. Диурез увеличился в 2 раза, а отделяемое из желудка и кишечника - в 3 раза. Все это свидетельствовало об интенсивном очищении организма. В прогностическом отношении указанный срок лечения определяет дальнейшую судьбу пациента. Учитывая отмеченные выше нарушения водного обмена на 2 день диализа, мы в дальнейшем уменьшили количество вводимых растворов до 55,5 мл на 1 кг массы тела, из которых 10% стали составлять белковые вещества.

ЛОКАЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ДАЛАРГИНА НА СОСТОЯНИЕ СТАТУСА ДЕРМЫ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМОЙ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ ПРОЦЕССА

Якушкина Н.Ю., Силина Л.В., Завьялов А.В.

*Курский государственный
медицинский университет, Курск
Орловский областной*

кожно-венерологический диспансер, Орел,

Целью настоящего исследования явилась оценка фонофоретического влияния даларгина на локальный статус дермы и его трансформация под действием проводимого лечения группы больных хронической идиопатической/истинной экземой.

Группа больных экземой в стадии эритематозно-папулезных высыпаний получала сеансы фонофореза даларгина по стандартной методике одновременно с общепринятым лечением. Оценка трансформации локального статуса дермы и контроль эффективности проводились нами еженедельно по двум стандартным индексам, EASI (Eczema Area Severity Index) и ДИШС (дерматологический индекс шкалы симптомов). К 3-5 процедуре фонофореза даларгина все пациенты отметили уменьшение зуда (на 44 – 86%), после 7-8 процедур (безусловно на фоне комплексного лечения, но с исключением гормональных мазей на 6-7 сутки терапии) достоверно и заметно уменьшились объективные симптомы воспаления: практическое исчезновение папулезных эффоресценций, уменьшение эритемы, а также явлений лихенификации и инфильтрации кожи в очагах поражения. После завершения комплексной терапии, включающей 10 процедур фонофореза даларгина индексы EASI и ДИШС редуцировали на 52,7 и 64,7% соответственно.

Таким образом, применение даларгина фонофоретическим методом на патологические экзематозные очаги приводит к регрессу острых симптомов экземы, не доводя процесс до стадии везикуляции и мокнутия, ограничивая несколькими днями использования наружных кортикостероидных лекарственных форм, тем самым улучшая качество жизни больных.

Современные наукоемкие технологии

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ РЕГЕНЕРАТОВ И КОНЦЕНТРАЦИЯ ОСТЕОТРОПНЫХ ГОРМОНОВ В КРОВИ ПРИ ИСПРАВЛЕНИИ ДЕФОРМАЦИЙ В ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ГОЛЕНИ

Алекберов Д.А.

*Государственное учреждение Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г.А.Илизарова,
Курган, Россия*

Реабилитация, уменьшение тяжелых моральных страданий пациентов с патологией в области коленного сустава является важной проблемой ортопедии. Наиболее надежный путь в этом направлении - устранение деформаций конечностей по методу Илизарова,

создающему благоприятные условия для развития репаративного остеогенеза. В процессе такого лечения адаптивные процессы, обеспечивающие скелетный гомеостаз, высоко эффективны и мобилизуют функциональные резервы организма для поддержания репаративного костеобразования.

До и в процессе лечения обследовали 150 больных в возрасте 6-15 лет. У них определяли минеральную плотность (МП) костей всего скелета, а также в формируемых с целью устранения деформаций костных регенератах. Обследовали больных на костном денситометре фирмы «GE/Lunar» (США). В процессе лечения нами методом радиоиммунологического анализа изучена реакция передней доли гипофиза (соматотропин), щитовидной железы (кальцитонин) пара-