

**ЛАКТОФЕРРИН У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ  
БОЛЕЗНЮ ЖЕЛУДКА И  
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Воробьева А.А., Курочкин А.В.  
*Астраханская государственная  
медицинская академия,  
Астрахань*

Возникновение язвы у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки имеет место при снижении резистентности слизистой оболочки. В последние годы установлено, что в организме больных язвенной болезнью происходит задержка синтеза белка при усилении процессов его распада, что нарушает репаративную и физиологическую регенерацию. В настоящее время повышен интерес к изучению в клинике различных заболеваний маркеров острых воспалительных реакций /«острофазовые» белки/ среди которых видное место занимает лактоферрин /ЛФ/. Работ по клинико-патогенетическому значению ЛФ при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в отечественной и зарубежной литературе практически нет. Мы поставили перед собой задачу изучить содержание ЛФ в крови больных язвенной болезнью в период обострения и ремиссии, зависимость содержания от возраста и пола больных, локализации язвы и её размеров, длительности рубцевания, связь с секреторной функцией желудка, наличием хеликобактерной инфекции в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, содержанием железа в крови.

Для решения поставленных задач обследовано 150 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, 25 женщин и 125 мужчин в возрасте от 18 до 60 лет. Концентрация ЛФ в сыворотке крови определялась методом иммуноферментного анализа с использованием наборов реактивов ЗАО «Вектор-Бест-Европа». Контрольную группу составили 40 человек здоровых лиц 20 мужчин и 20 женщин.

В результате проведенного исследования установлено, что содержание ЛФ в крови у мужчин больных язвенной болезнью в 1,5-2,0 раза выше чем в контроле и не зависит от локализации язвы, степени тяжести заболевания. Концентрация в крови ЛФ зависит от возраста и пола, но разница не достоверная как среди больных, так и в контроле. Концентрация ЛФ в период ремиссии через 3-4 недели снижается, но не у всех, вероятно зависит от временного фактора и связана с рубцеванием язвы и наступлением полной морфологической ремиссии заболевания.

Связь секреторной функции желудка с концентрацией ЛФ отсутствует. Размеры язвы и сроки рубцевания не имеют четкой зависимости с концентрацией в крови ЛФ. Содержание сывороточного железа в крови не коррелирует с концентрацией ЛФ. Нет связи с гемоглобином, цветовым показателем, слабая корреляционная связь с количеством эритроцитов в крови и лейкоцитами. Скорость оседания эритроцитов не имела заметной связи с концентрацией ЛФ. Выраженность хеликобактерной инфекции в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки и связь её с концентрацией ЛФ в крови больных язвенной болезнью нами не была подтверждена.

Таким образом, повышение концентрации в крови ЛФ у больных язвенной болезнью в период обострения заболевания имеет клинико-патогенетическую целесообразность, так как в очаге язвенного дефекта слизистой имеет место воспаление, некроз и пролиферация. Следовательно ЛФ при язвенной болезни в период обострения отражает острую фазу заболевания, о чем свидетельствует факт обратимости гиперлактоферринемии в период ремиссии заболевания и полном рубцевании язвы.

**ЦЕРУЛОПЛАЗМИН СЫВОРОТКИ КРОВИ У  
БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И  
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ПЕРИОД  
ОБОСТРЕНИЯ И РЕМИССИИ**

Воробьева А.А., Курочкин А.В.  
*Астраханская государственная  
медицинская академия,  
Астрахань*

Значение стресса в этиопатогенезе язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки обсуждается давно. Ещё Г. Селье включил язву желудочно-кишечного тракта в перечень стрессовых повреждений у экспериментальных животных.

Концентрация церулоплазмينا /ЦП/ в крови здорового человека относительно постоянна но повышается в острой фазе реакций на стресс /Шапошников А.М., 1980 г./ При воспалительных заболеваниях уровень ЦП в сыворотке крови возрастает в 2-3 раза. Это служит основанием для включения ЦП в число маркеров острой фазы воспаления /Назаров П.Г., 2001 г./ Концентрация ЦП в сыворотке крови в норме составляет около  $300 \pm 150$  мкг/мл.

Работ по клинико-патогенетическому значению ЦП при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в отечественной и зарубежной литературе практически нет. Цель нашего исследования изучить содержание ЦП в крови больных язвенной болезнью в период обострения, ремиссии, влияние пола и возраста, локализации язвы, её размеров, длительность рубцевания, связь с секреторной функцией желудка, наличием хеликобактерной инфекции в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, содержанием железа в крови, а также с показателями общего анализа крови.

В результате проведенного исследования установлено, что содержание ЦП в крови у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки достоверно, в 2 – 3 раза выше, чем в контроле и не зависит от локализации процесса, от тяжести заболевания и пола. Концентрация ЦП в период рубцевания снижается и приходит к нормальным показателям при полном рубцевании. Имеется тесная связь со стрессовыми ситуациями, которые выявлялись анкетированием с помощью формализованного опросника для выявления лиц с повышенным риском в отношении язвенной болезни.

Связь секреторной функции желудка с концентрацией ЦП прослеживается лишь только в том, что она повышена почти у всех больных язвенной болезнью.

нию в основном с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке.

Размеры язвы и сроки рубцевания не имеют зависимости с концентрацией ЦП в плазме крови. Возможно повышение ЦП у больных связано только со стрессовым воздействием на организм. Участие его в воспалительных процессах как острофазового белка в патогенезе и саногенезе при язвенной болезни следует еще доказать.

Содержание ЦП в крови у больных язвенной болезнью не зависит от локализации язвы, что косвенно свидетельствует о единстве язвенной болезни. Корреляционной зависимости хеликобактериоза и концентрации ЦП не выявлено.

Таким образом, повышение концентрации в крови ЦП у больных язвенной болезнью в период обострения заболевания и связь со стрессовыми ситуациями, а так же снижение содержания в период ремиссии позволяет отнести ЦП к предикторам обострения заболевания.

#### **ИЗУЧЕНИЕ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ВРАЧАМИ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С УЧЕТОМ ТЯЖЕСТИ ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

Дородных И.А.

*Курский государственный медицинский университет,  
Курск*

Структура вызовов выездных бригад скорой медицинской помощи характеризуется разнообразием, но преобладающее большинство связано с оказанием неотложной кардиологической помощи – 64,5% в год (58,2 – 67,9% по месяцам). Поэтому представляло интерес изучение фармакоэкономических особенностей оказания неотложной помощи врачами выездных бригад СМП с учетом тяжести состояния. При проведении исследования проанализирована выборка из 1780 карт регистрации вызовов СМП. При этом изучались особенности оказания неотложной помощи с учетом характера, сроков развития и патогенеза острых форм сердечно-сосудистой патологии в условиях СМП.

Проведены сопоставления тяжести острых кардиологических состояний и проанализированы фармакоэкономические затраты для оказания неотложной помощи. Результатами исследования показано, что длительность течения основного кардиологического заболевания и наличие сопутствующей патологии являются одними из основных параметров, определяющих тяжесть состояния больного и особенности оказания неотложной помощи. Так, длительность ИБС больше 5 лет характеризовалась такой степенью атеросклероза коронарных артерий, определяющей частоту вызовов не чаще 1 раза в месяц. Для купирования затянувшегося, но не превышающего 30 минут ангинозного приступа, требовалась не только сублингвальная коррекция нитроглицерином, но и в 35,5% случаев – инфузия нитратов короткого действия, а в 17,9% - использование наркотических анальгетиков. При наличии такой сопутствующей патологии, как

сахарный диабет, для купирования ангинозного приступа или гипертензивного криза требовался выбор селективных бета-блокаторов с избирательной симпатолитической активностью. Затраты на выбор таких препаратов с учетом длительности заболевания и наличия сопутствующей патологии превышают использование традиционного лечения на 17,3-21,2%.

Таким образом, анализ особенностей тяжести сердечно-сосудистой патологии показал необходимость дифференциального выбора индивидуальных вариантов фармакотерапии, что обеспечивает эффективность, но при этом возрастают оправданные фармакоэкономические затраты.

#### **ОСЛОЖНЕНИЯ И ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕГО ПОСТУПЛЕНИЯ ДЕТЕЙ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В СТАЦИОНАР**

Козырева Н.О.

*Ростовский Государственный  
Медицинский Университет,  
Ростов-на-Дону*

Клинические наблюдения и данные литературы последних лет свидетельствуют о высокой частоте осложнений у детей при аспирации инородных тел в дыхательные пути. Нами обследовано и пролечено 215 детей с инородными телами дыхательных путей, находившихся в Областной детской больнице в течение последних 6 лет. У 91,6% детей аспирация осложнилась развитием бронхитов и пневмоний.

Наиболее частым осложнением аспирации инородного тела были бронхиты (83,7%). В 1 сутки после аспирации инородного тела бронхиты развились у 95,4% детей. Если длительность аспирации инородного тела превышала 7 дней, то частота развития бронхита несколько снижалась (73,3%). Частота возникновения бронхитов у детей с аспирацией инородных тел тем выше, чем моложе ребенок. Так, у детей первых 2 лет жизни бронхиты осложняли аспирацию инородного тела в 62,1% случаев, а у детей старше 2-летнего возраста – только в 37,9%. Развитие бронхитов отмечалось при аспирации любых инородных тел, но при аспирации органических инородных тел (86,0%) частота развития бронхитов была выше по сравнению с аспирацией неорганических инородных тел (69,2%).

Помимо этого, аспирация инородных тел в дыхательные пути у части детей осложнялась пневмонией (13,7%) независимо от природы аспирированного инородного тела. У детей первых 2 лет жизни пневмония осложняла аспирацию значительно чаще (66,7%), чем у более старших детей (33,3%). Скорость развития пневмоний была различной. В первые сутки после аспирации инородного тела пневмония развивалась у 4,6% детей, в первые 3 суток - у 6,9%, в первую неделю - у 9,1%. Если длительность аспирации составляла более 1 недели, то пневмония развивалась чаще (26,7%). Таким образом, с увеличением длительности нахождения инородного тела в трахеобронхиальном дереве частота развития пневмоний значительно увеличивалась.