

яинства различных таксонов, формирующих микрофлору кишечника больных при инвазии *Lambliа intestinalis* и практически здоровых людей. В зависимости от полученных значений все таксоны подразделили на постоянные ($C > 50$ %), добавочные ($25 \% < C < 50$ %) и случайные ($C < 25$ %) (Домбровский, Бодягина, 1986).

На основании коэффициентов постоянства была определена структура микробиоценоза кишечника при инвазии простейших *Lambliа intestinalis*.

Полученные данные позволили считать, что доминирующими видами в кишечной микрофлоре практически здоровых людей являлись бифидобактерии, лактобактерии и эшерихии с индексом постоянства 100 %, также в данную группу входили бактериоиды ($C = 73,64$ %). Группа добавочных сочленов микробиоценоза была представлена одним родом – *Enterococcus* ($C = 25,45$ %). Большое разнообразие микроорганизмов наблюдалось в транзитной группе, в которую входили следующие рода микробов *Staphylococcus* ($C = 18,18$ %), *Proteus* ($C = 10,9$ %), *Candida* ($C = 10,0$ %), *Klebsiella* ($C = 8,18$ %) и *Clostridium* ($C = 7,27$ %).

Анализ ценопита кишечника больных, инвазированных лямблиями показал смену доминирующих и добавочных микроорганизмов. В состав доминирующей группы на фоне снижения показателей постоянства индигенной флоры (бифидобактерий до $C = 61,76$ %, бактериоидов до $C = 65,07$ %) вошли представители микробиоценоза кишечника, индекс постоянства которых по сравнению с контролем значительно возрос: энтерококки ($C = 72,06$ %), грибы рода *Candida* ($C = 67,28$ %) и протеи ($C = 55,88$ %). Отмечался высокий показатель постоянства, как и в контрольной группе обследованных, так и в группе больных для эшерихий с нормальной ферментативной активностью ($C = 99,26$ %), по видимому, за счет которых поддерживается функция «экологического барьера» микрофлоры при внедрении и персистенции *Lambliа intestinalis*. Появление среди резидентных видов у больных, инфицированных лямблиями энтерококков, грибов *Candida* и протеи в ассоциации с представителями облигатной флоры (бифидо-, эшерихии и бактериоиды) свидетельствуют о развитии дисбиоза кишечника.

Изменение иерархии отмечали также в структуре добавочных видов. Так, показатель постоянства для рода стафилококков и клебсиелл возрос – от 18,18 % до 45, 59 % и от 8,18 % до 43,38 %, соответственно, в связи с этим для них характерен переход с транзитной группы в добавочную. В данной группе появляются новые члены микробиоценоза – лактобактерии ($C = 36,4$ %), которые в контрольной группе были доминирующими и гемолитическая кишечная палочка ($C = 44,12$ %).

Транзитная группа была представлена только клостридиями, индекс постоянства, которых по сравнению с контрольной группой также повысился ($C = 23,9$ %), для остальных микроорганизмов характерен переход в доминирующую и добавочную группы.

Таким образом, проведенные исследования показали, что ценопит кишечника гастроэнтерологических больных при лямблиозной инвазии характеризовался снижением доминирования основных симбионтов, таких как *Bifidobacterium* (до $C = 61,76$ %), *Lactobacillus* (до $C = 36,4$ %) и *Bacteroides* (до $C = 65,07$ %) и увеличением индекса постоянства транзитной микрофлоры грибов рода *Candida* (до $C = 67,28$ %), *Enterococcus* (до $C = 72,06$ %) и *Proteus* (до $C = 55,88$ %), при этом функция «экологического барьера» микрофлоры поддерживалась бактериями рода *Escherichia* ($C = 99,26$ %).

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНОЙ ЛИМФЕДЕМОЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Колинько А.Н., Нимаев В.В.*, Тупикова Е.А.*,
Кочеткова М.В.*, Комбанцев Е.А.*
Новосибирский Государственный Университет,
кафедра фундаментальной медицины
*НИИ Клинической и экспериментальной
лимфологии
Новосибирск, Россия

По данным отечественных и зарубежных авторов, у 16,8 - 84,3% больных после лечения злокачественных новообразований молочной железы, которое предусматривает хирургические вмешательства и лучевую терапию по зонам регионарного лимфогенного метастазирования, независимо от сроков, прошедших после лечения, на стороне вмешательства развивается лимфатический отек. Оценка качества жизни является необходимым звеном в системе рациональной реабилитации больных после мастэктомии.

Целью данной работы явилось проведение сравнительной оценки качества жизни больных с вторичной лимфедемой верхних конечностей в зависимости от метода лечения (консервативное лечение, микролимфовенозный анастомоз (МЛВА)). Для достижения поставленной цели были использованы следующие методы: опрос пациента, сбор анамнеза и данных согласно опроснику SF-36 (компания Эвиденс – Клинико-фармакологические исследования), измерение окружности верхней конечности на разных уровнях (кисть, верхняя, нижняя треть предплечья, нижняя и верхняя половина плеча). Полученные результаты физического (PH, физическое функционирование + ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием + интенсивность боли + общее состояние здоровья) и психического (PS, жизненная активность + социальное функционирование + ролевое функционирование,

обусловленное эмоциональным состоянием + психическое здоровье) компонентов были разделены согласно полученным баллам.

При сравнении физического компонента в группе консервативного с группой МЛВА после лечения хорошие показатели (25-74 баллов) были получены в следующем количестве случаев – 66% и 88,9% соответственно. При сравнении психического компонента в группе консервативного с группой МЛВА после лечения хорошие показатели (25-74 баллов) были получены в 55,6% и 77,8% соответственно. Статистическая обработка показала достоверное отличие психического компонента при сравнении консервативного лечения и МЛВА после лечения.

Таким образом, консервативное лечение в большей степени влияет на физический компонент, тогда как МЛВА улучшает показатели и физического и психического компонента.

ГЕМОДИНАМИКА МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Минеева Е.Е., Гвозденко Т.А.

*НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения СО РАМН
Владивосток, Россия*

Недостаточная изученность гемодинамики малого круга кровообращения (МКК) объясняется сложностью клинико-инструментальной диагностики ранних стадий артериальной гипертензии (АГ). Исследователи приводят данные как о прямой зависимости давления в системе легочной артерии от давления в аорте, так и прямо противоположные результаты – отрицание возможности поражения правого желудочка (ПЖ) и сосудов МКК при АГ. Полемика в научной литературе относительно роли правых отделов сердца и сосудов МКК в патогенетических механизмах и клинических проявлениях АГ свидетельствует о нерешенности данной проблемы.

Цель исследования – оценить состояние гемодинамики малого круга кровообращения в зависимости от типов центральной гемодинамики на ранних стадиях артериальной гипертензии у молодых мужчин методом компьютерной полирекардиографии.

Проведено обследование 106 мужчин, средний возраст $35,1 \pm 3,2$ лет. В 1-ю группу вошли 36 пациентов с высоким нормальным артериальным давлением (АД) (систолическое АД (САД) 130-139 мм. рт. ст., диастолическое АД (ДАД) 85-89 мм. рт. ст.) – предгипертензия, во 2-ю – 40 больных с эссенциальной АГ I стадии (САД 140-159 мм. рт. ст., ДАД 90-99 мм. рт. ст.), не получающие антигипертензивную терапию. Контрольную группу составили 30 практически здо-

ровых молодых мужчин. В исследование не включали пациентов с ишемической болезнью сердца, сердечной недостаточностью, эндокринными и хроническими бронхо-легочными заболеваниями.

Для определения состояния гемодинамики большого и малого кругов кровообращения использовали метод полирекардиографии (рекардиография по Кубичеку и реография легочной артерии и аорты) с помощью многофункционального компьютерного реографа «Рео-Спектр» (Россия, фирма «НейроСофт»).

Статистическая обработка материала проводилась методами описательной статистики с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0», непараметрических методов оценки.

В результате проведенного исследования центральной гемодинамики (ЦГД) у всех обследуемых преобладал гипокинетический тип, который составил 63%, нормокинетический тип ЦГД выявлен у 26% и гиперкинетический тип – у 11% обследуемых. Наиболее выраженные изменения гемодинамики в МКК были выявлены у обследуемых 1-й группы с гиперкинетическим и нормокинетическими типами ЦГД. У обследуемых 1-й группы выявлена легочная гипертензия, которая характеризовалась повышением систолического давления в легочной артерии (СДЛА) на 44% у лиц с гиперкинетическим типом и на 21% у обследуемых с нормокинетическим типом ЦГД по сравнению с контрольной группой, а также повышение конечного диастолического давления в легочной артерии (КДДЛА) – на 81% и 56% соответственно. Легочная гипертензия у обследуемых 1-й группы с гиперкинетическим типом ЦГД сопровождалась гипертонусом артерий крупного калибра МКК, о чем свидетельствовало повышение альфа 1 на 50% ($p < 0,02$), а также повышением сократительной способности ПЖ, которая проявлялась повышением коэффициента Блюмбергера (КБ) в 2 раза ($p < 0,001$) по сравнению с группой контроля. Легочная гипертензия у обследуемых 1-й группы с нормокинетическим типом ЦГД проявлялась снижением сократительной способности ПЖ, о чем свидетельствовало снижение КБ на 20% и повышением тонуса вен и затруднением венозного оттока по сосудам МКК, которое проявлялось повышением реографического диастолического индекса (РДИ) на 56% по сравнению с контрольной группой при неизменном тонусе легочных артерий и артериол.

Показатели гемодинамики МКК у пациентов 2-й группы и 1-й группы с гипокинетическим типом ЦГД существенно не отличались от группы контроля.

Таким образом, у пациентов с высоким нормальным АД выявлена прямая зависимость артериальной и легочной гипертензии. Гиперкинетический тип ЦГД у данной категории лиц яв-