

*Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации*



Совет студенческих научных обществ



*76-я итоговая студенческая
научно-практическая конференция
с международным участием,
посвящённая 90-летию со дня рождения
профессора Л. Л. Роднянского,
24–27 апреля 2012 года*

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

*Красноярск
2012*

В конце хотелось бы привести строки А.С.Пушкина из трагедии «Пир во время чумы»:

«Царица грозная, Чума
Теперь идет на нас сама
И льстится жатвою богатой;
И к нам в окошко день и ночь
Стучит могильною лопатой...
Что делать нам? И чем помочь?»

Выводы: пандемии чумы в Европе в XVI-XVIII вв. характеризовались огромными масштабами, высокой летальностью и появлением первых попыток борьбы с ней. Это в свою очередь нашло непосредственный отклик в творчестве художников и поэтов тех времен.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. ru.m.wikipedia.org/wiki/Чума_в_европейском_искусстве.
2. lib.rus.es/b/122924/read.
3. deja-vu4.narod.ru/Plague.html.
4. www.supotnitskiy.ru/stat/stat10.htm.
5. tortuga.angarsk.su/fb2/supsup01/Ocherki_istorii_chumy.fb2_2.html.
6. www.maranat.de/agr_02_10.html.

УДК 616.248-053.2

ПОКАЗАТЕЛИ ЛАБИЛЬНОСТИ БРОНХОВ У ДЕТЕЙ С РАЗНЫМ ДЕБЮТОМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Григола О. Г., Воротняк Т. М., Гоголь О. Д.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней

Научный руководитель: д. м. н., проф. Колоскова Е. К.

Актуальность проблемы. Тяжелая бронхиальная астма (БА) у детей последнее время характеризуется увеличением частоты госпитализаций и непредсказуемым течением, поскольку терапия по современным протоколам и законодательным рекомендациям часто не приводит к желаемому результату [1,3]. По определению Европейского респираторного общества тяжелой бронхиальной астмой у детей считается такой вариант её течения, при котором астма недостаточно контролируется, несмотря на адекватную полугодовую терапию ингаляционными кортикостероидами [2,4,5]. Проведенные исследования свидетельствуют о влиянии начала заболевания на его течение, причём считается, что у большинства больных БА дебют заболевания наблюдается в периоде раннего детства. Так, у детей младшего возраста один из фенотипов (ранний транзиторный визинг) имеет благоприятное течение, характеризуется появлением приступов бронхиальной обструкции в первые 3-5 лет жизни и исчезновением рецидивов в последующем [6,7]. В то же время у половины детей бронхиальная астма персистирует в дальнейшем (персистирующий визинг), характеризуется повторными эпизодами бронхообструкции, тяжелее поддается противовоспалительному лечению и чаще сопровождается худшими спирографическими показателями.

Цель исследования. Определить спирографические показатели у детей, больных бронхиальной астмой, в зависимости от дебюта заболевания.

Материал и методы. Обследованы дети с тяжелой бронхиальной астмой, из которых сформировали 2 клинические группы сравнения в зависимости от начала заболевания: пациентов с началом заболевания до 3-х лет относили к I группе (51 ребёнок, средний возраст $10,1 \pm 0,46$ лет, 78,4% мальчиков, 64,7% сельских жителей), а с началом БА после 6-ти лет – ко II группе (50 детей, $11,8 \pm 0,44$ лет, 66% мальчиков, 54% сельских жителей), т.е. группы сравнения были сопоставимы. Все дети проходили спирографическое обследование с определением индекса бронхоспазма (ИБС), индекса бронходилатации (ИБД) и показателя лабильности бронхов (ПЛБ).

Полученные результаты. Отмечено, что индекс бронхоспазма ОФВ₁ на 1 сек у детей I группы составил $10,1 \pm 1,94$, у детей II группы – $16,5 \pm 1,98$ ($p < 0,05$). Такая же тенденция сохранялась и по показателям ИБС максимальной объемной скорости (МОС) потока воздуха через прохождение бронхов на уровне 25% (9,1 против 14,2, $p > 0,05$), МОС 50% (13,2 против 20,7, $p < 0,05$), МОС 75% (11,2 против 17,4, $p > 0,05$), МОС 25-75% (11,0 против 19,6, $p < 0,05$).

Индекс бронходилатации оказался несколько неоднородным с преобладанием большей дилатации бронхов в ответ на ингаляцию салбутамола у детей обеих групп сравнения на уровне бронхов разного калибра, поскольку ИБД ОФВ₁ наблюдался на уровне $13,6 \pm 2,04$ у I группы и $12,1 \pm 2,23$ у II группы ($p > 0,05$), ИБД МОС 25% - 27,4 и 22,5 ($p > 0,05$), ИБД МОС 50% - 29,6 и 27,6 ($p > 0,05$), ИБД МОС 75% - 25,6 и 34,7 ($p > 0,05$), ИБД МОС 25-75% - 29,3 и 28,4 ($p > 0,05$).

Установлено, что показатель лабильности бронхов был меньше у детей с ранним дебютом бронхиальной астмы и составил по ОФВ₁ $23,5 \pm 2,97$ у детей I группы и $29,6 \pm 3,10$ у пациентов II группы ($p > 0,05$). Показатели лабильности бронхов у детей с поздним началом БА также недостоверно превышали показатели пациентов II группы: ПЛБ МОС 25% - 36,1 и 36,4 соответственно ($p > 0,05$), МОС 50% - 42,6 и 49,3 ($p > 0,05$), ПЛБ МОС 75% - 37,6 и 51,4 ($p > 0,05$), ПЛБ МОС 25-75% - 39,6 и 47,0 ($p > 0,05$).

Выводы. У детей с тяжелой бронхиальной астмы и поздним её началом по сравнению с пациентами с ранним дебютом заболевания наблюдаются изменения, которые свидетельствуют о большей лабильности бронхов, преимущественно за счёт бронхоспазма.

Перспективы дальнейших исследований состоят в изучении показателей гиперреактивности бронхов при тяжелой бронхиальной астме у детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Огородова Л.М. Тяжелая бронхиальная астма у детей: факторы риска, течение / Л.М. Огородова, Ю.А. Петровская, Е.М. Камалтынова // Пульмонология. – 2002. – №1. – С. 68-71.
2. Anderson H. 50 years of asthma: UK trends from 1955 to 2004 / H. Anderson, R. Gupta, D.P. Strachan // Thorax. – 2007. – Vol. 62. – P. 85-90.
3. Chhabra S.K. Assessment of control in asthma: current scenario and instruments for measurement / S.K. Chhabra // Indian J. Chest Dis. Allied Sci. – 2007. – Vol. 49. – P. 5-7.
4. Eder W. The asthma epidemic / W. Eder, M.J. Ege, E. Mutius // New Eng. J. Med. – 2006. – Vol. 355. – P. 2226-2235.
5. Reddy R.C. Severe asthma: approach and management / R.C. Reddy // Postgrad. Med. J. - 2008. – Vol. 84. – P. 115-120.
6. Rhodes H.L. A birth cohort study of subjects at risk of atopy: twenty-two-year follow-up of wheeze and atopic status / H.L. Rhodes, P. Thomas, R. Sporik [et al.] // Am. J. Crit. Care Med. – 2002. – Vol. 165, №2. – P. 176-180.
7. Senent M.C. Fourth main subject: prognostic factors in childhood asthma / M.C. Senent // Alergol. Immunol. Clin. – 2000. – Vol. 15. – P. 53-72.

УДК 616-001.4-002.3-08-035

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СРЕДСТВ ЛОКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Грязнова А. В., Арапова В. А., Мкртычян Б. Т., Гуликян Г. Н.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра общей хирургии

Кафедра патологической анатомии им. проф. П. Г. Подзолкова

Научные руководители: к. м. н., доц. Шестакова Л. А., к. м. н., асс. Котиков А. Р.,

к. м. н., доц. Теплякова О. В., асп. Дробушевская А. И.

В последние годы частота гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей и осложнений остается высокой и составляет 35-45% среди больных хирургического профиля, доля внутригоспитальной инфекции составляет 12-22%, а летальность 25% [1,2,5]. Наблюдается резистентность микроорганизмов к антибактериальной терапии. Таким образом, все больше исследователей привлекают перспективы использования озона, который обладает выраженным бактерицидным, иммуномодулирующим и детоксикационным эффектами в лечении гнойных процессов [2, 3, 4, 5].

Цель работы: сравнительная оценка динамики регенерации гнойных ран на фоне использования различных средств локального лечения гнойных ран и их комбинаций.

В задачи исследования входило:

1. отработать методику моделирования гнойной раны у экспериментальных животных – кроликов с использованием этиологически значимых клинических ассоциантов гнойных ран;
2. разработать способ лечения гнойных ран с использованием озono-кислородной смеси (ОКС) и фторхинолонсодержащей водорастворимой мази (ФХВМ);
3. изучить динамику регенерации гнойных ран в зависимости от способа местного лечения.

Материалы и методы. В эксперименте использованы 15 кроликов породы «Шиншилла» 6 месячного возраста обоего пола массой тела 2,5-3,5 кг, которым под тиопенталовым наркозом произведено моделирование гнойной раны: После моделирования, опытная группа (N=5) получала лечение в первой фазе озono-кислородной смесью, в фазе регенерации - в лечении раны применялась фторхинолонсодержащая водорастворимая мазь. Контроль осуществлялся с помощью двух групп. В первой группе (N=5) аналогично проводилось моделирование гнойной раны MSSA 10⁶ КОЕ/мл и после формирования гнойной раны проводилось санация раны перекисью водорода и во второй фазе - мазью «левомеколь». Животные второй группы, включающей в себя 5 особей, после моделирования гнойной раны получали лечение в первой фазе озono-кислородной смесью, во второй – мазью «левомеколь». Оперативные вмешательства производились на наружной поверхности верхней трети бедра под тиопенталовым внутривенным наркозом. После подготовки и обработки операционного поля рассекалась кожа, мягкие ткани тупо разводились, устанавливалась марлевая турунда размером 0,5*0,5 см., пропитанная S. Augus 10⁶ КОЕ/мл, затем рана ушивалась послойно. Гнойная рана формировалась на 4-5 сутки. После моделирования раны, края раны разводили и начинали применять в первой группе санацию перекисью водорода и мазь «левомеколь», во второй группе - ОКС в концентрации 60 мг/л и мазь «левомеколь», в опытной группе - ОКС в концентрации 60 мг/л и фторхинолонсодержащую водорастворимую мазь. На фоне лечения проводилась динамика морфологических изменений в ранах, для этого проводились операции под местной анестезией на 3, 10, 12 сутки с момента после формирования гнойной раны, аккуратно иссекался край раны до 0,5см.

Результаты и обсуждение: Клинически в опытной группе на фоне комплексного лечения произошло очищение гнойной раны значительно раньше, чем в остальных группах. Примерно на 5 -6 сутки от момента формирования гнойной раны, рана почти полностью очищалась и начинала активно заполняться розовыми грануляциями и уменьшалась в размерах, в то время как в первой группе на фоне санации раны перекисью водорода воспалительная стадия затягивалась, а у трех кроликов воспалительная стадия растянулась на 12 суток. Размеры раны 3 кроликов сокращались медленно. Во второй группе на фоне лечения во ОКС в концентрации 60 мг/л и мазью «левомеколь» так же отмечалось очищение раны на 5-6 сутки, но на фоне лечения во второй пролиферативной фазе на фоне лечения мазью «левомеколь» произошло нагноение раны у 2 кроликов на 8 сутки. Морфологическому анализу подвергали область раневого дефекта с прилегающей кожей и подлежащими мышцами. Серийные парафиновые срезы толщиной 5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по ван Гизон. По морфологическим данным