

Вместе с тем, у пациентов обеих групп отмечено отсутствие изменений в уровне основных минерало- и глюкокортикоидных гормонов коры надпочечников – альдостерона, кортикостерона и их метаболитов – гидрокортизона, дезоксикортикостерона и 11-дезоксид-17-гидроксикортикостерона (таблица).

Таким образом, полученные данные отражают особенности изменения эндогенного стероидного профиля при артериальной гипертензии первичного и вторичного генеза, а также подчеркивают биологическое значение стероидных гормонов в характере течения данного заболевания. Это может служить основанием для разработки новых биохимических маркеров при диагностике характера метаболических нарушений в плазме крови человека при данном типе сердечно-сосудистой патологии.

Литература:

1. Кардиология. Руководство для врачей / под ред. Р.Г. Оганова, И.Г. Фоминой. – М.: Медицина, 2004. – 848 с.
2. Hypertension and hormone mechanisms / ed. R.M. Carey. – NJ.: Humana Press, 2014 – 378 p.
3. Chen, Y.F. Effects of sex steroids in vascular injury / Y.F. Chen, S. Oparil // Endocrinology of cardiovascular function / Kluwer Academic; eds. E.R. Levin, J.L. Nadler. – Boston, 1998. – P. 45-59.
4. Воловникова, В.А. Особенности течения артериальной гипертензии у женщин в перименопаузальном периоде: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.05 / В.А. Воловникова; СПбГМА им. Мечникова. – СПб, 2002. – 20 с.
5. Заместительная гормонотерапия и гипотензивная терапия в пери- и постменопаузе у больных с артериальной гипертензией / А.Н. Караченцев [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 6. – С. 10-14.

КОНСЕРВАТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПОСТОЖОГОВЫМИ РУБЦАМИ КОЖИ

Глуткин А.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Кожа является самым большим органом в организме человека и выполняет многочисленные функции, без которых жизнедеятельность тела человека невозможна. Одной из причин, влекущей за собой нарушение функций, являются термические ожоги. В странах СНГ за медицинской помощью по поводу ожогов ежегодно обращаются 75-77 тысяч детей [1], что составляет 33,5-38% от общего числа пострадавших от ожогов, а в Беларуси на долю детей приходится более 20% [2]. Однако отдаленные результаты лечения ожоговой раны напрямую зависят от своевременно начатого консервативного и хирургического лечения на этапе реабилитации, в которой нуждаются более 80% детей с последствиями ожоговой травмы.

Цель данного исследования – изучить результаты консервативной реабилитации у детей с постожоговыми рубцами.

Материал и методы исследования. На базе Гродненской областной детской клинической больницы были под наблюдением 60 детей, перенесших термическую травму. Пациенты осматривались через 1 месяц после заживления ран, далее в зависимости от назначений консервативной терапии. Использовали силиконовые покрытия, индивидуальную компрессионную терапию, ферментативную терапию.

У 25 из 60 детей проводились исследования коллагенолитической активности препаратов. Дети в возрасте от 1 года до 2,5 лет были разделены на 2 группы: 1-я группа (контрольная, 10 чел.) – основная, дети, которые не получали лечения после возникновения патологических рубцов. 2-я группа (15 чел.), дети, получавшие консервативное лечение препаратом Ферменкол (гель) 0,1 мг (0,01%) активного вещества (комплекс коллагенолитических протеаз) и один или два курса электрофореза с р-ром Ферменкол на область гипертрофической ткани (после 1-1,5 мес. после ожоговой травмы). Для лечения пациентов с гипертрофическими рубцами концентрация раствора составляла 0,1-0,2 мг/мл. Для растворения сухого вещества используют специальное вещество «Солактин». Это прозрачная жидкость, содержащая хлориды калия и кальция, хлоргексидин и соляную кислоту. Эффективность консервативного лечения оценивали по субъективным критериям (зуд, нарушение сна) с использованием визуально-аналоговой шкалы от 0 до 10 баллов, объективно – с помощью Ванкуверской шкалы (Vancouver Scar Scale), разработанной T. Sullivan и соавторами в 1990 г. для оценки рубца по параметрам: пигментация, васкуляризация, эластичность, высота рубца над уровнем здоровой кожи.

Результаты и их обсуждение. В начале лечения у пациентов в обеих группах интенсивность зуда была 7-9 баллов, имелись нарушения сна, появление рубцов по Ванкуверской шкале оценивалось в 8-10 баллов (рис. 1). У пациентов 2-й группы после 3-х месяцев терапии субъективные и объективные показатели рубцового процесса были значительно лучше, чем в контрольной. Интенсивность зуда у пациентов первой группы снизилась до 2-4 баллов, нормализация сна отмечалась у 12 пациентов, в то время как показатели во второй группе были 5-6 баллов, 3-4 балла, соответственно. Объективно внешний вид рубцово-измененных тканей у пациентов во второй группе, которые использовали препарат Ферменкол, составило 3-4 балла согласно Ванкуверской шкале, в то время в первой группе отмечалось 5-6 баллов, соответственно (рис. 2). Особо быстро во второй группе произошло снижение высоты и мобильности рубцовой ткани.

В развитии рубцов играют важную роль многие клетки (лейкоциты, макрофаги, фибробласты, клетки иммунной системы), ростовые факторы, гормоны и цитокины. В результате различных вариантов течения раневого процесса исходом травмы является наличие фиброизмененной кожи. Внеклеточный матрикс – это супрамолекулярный комплекс, содержащий разнообразные полисахариды и белки, которые секретируются самими

клетками (главным образом фибробластами) и организуются в упорядоченную сеть. Необходимо отметить, что межклеточный органический матрикс соединительной ткани имеет сложный химический состав и состоит из следующих основных типов молекул: протеогликанов и белков, преимущественно структурных (эластин, коллаген), а также гликозаминогликанов. Встречаются также адгезивные белки (фибронектин, ламинин) [3].



Рисунок 1 – Гипертрофический рубец в области тыла стопы, через 2 месяца после получения ожога



Рисунок 2 – Гипертрофический рубец в области тыла стопы, через 10 месяцев после получения ожога

У детей использовались также препараты силиконы в виде геля и пластин и компрессионная терапия по индивидуальным размерам (рис. 3).



Рисунок 3 – Индивидуальное компрессионное изделие (рукав)

Таким образом, наши данные показывают эффективность применения в комплексе ферментативных, силиконовых препаратов, индивидуального компрессионного белья, что позволяет снизить увеличение рубцового процесса на коже.

Литература:

1. Баиндурашвили, А.Г. Распространенность ожогов у детей, потребность в стационарном лечении, инвалидность / А.Г. Баиндурашвили, К.С. Соловьева, А.В. Залетина // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Приложение. Труды X Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы хирургии детского возраста». – 2012. – С. 26-27.
2. Кошельков, Я.Я. Статистика ожоговой травмы в Республике Беларусь / Я.Я. Кошельков (и др.) // Сборник научных трудов : II съезд комбустиологов России, Москва, 2-5 июня 2008 г. / ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий»; редкол.: А.А. Алексеев (и др.) – Москва, 2008. – С. 24–25.
3. Парамонов, Б.А. Ферментная терапия патологических рубцов кожи Часть I. Сравнительная оценка способности ферментных препаратов разрушать компоненты внеклеточного матрикса / Б.А. Парамонов, И.И. Турковский, С.Ф. Антонов // Искусство профессионалов красоты. – 2012. – № 2. – С. 50-58.

МАТЕМАТИЧЕСКИЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТИПА КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ СЕРДЦА

Горустович О.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Введение. Проблема скоропостижной смерти от острой коронарной недостаточности остается одной из самых актуальных проблем как практического здравоохранения, так и морфокардиологии [1]. Поэтому новые данные о структурной организации артериального русла сердца позволят расширить имеющуюся информацию и применить её для разработки различных методов диагностики, профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. В развитии острой коронарной недостаточности по сегодняшний день остается много невыясненных вопросов. Долгое время основными причинами «синдрома внезапной смерти» считались атеросклероз, коронаротромбоз и функциональные расстройства венозного кровообращения в танатогенезе [2]. Однако вышеназванные причины не могут объяснить случаи смерти молодых людей, не страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, случающиеся, как правило, на фоне повышения физической или эмоциональной нагрузки.

В связи с этим некоторыми исследователями была выдвинута гипотеза о наличии так называемых анатомических предпосылок возникновения заболеваний сердца. В частности, к ним относят: «мышечные переемы» (мостики) и «неблагоприятные» типы кровоснабжения сердца [3]. Согласно