

той же час доби, не розжовуючи, запиваючи достатньою кількістю води, під час або після їди - по 5 мг 1 раз на добу. Було обстежено 58 хворих (ХОЗЛ + ІБС- 32 хворих, ІБС- 26 хворих), провідною патологією у яких була ІХС, маніфестувати стенокардією і/або порушеннями ритму серця. Всім хворим діагноз ІХС був підтверджений інструментальними та біохімічними дослідженнями. Хронотропні ефективність небі-во-лола не викликала сумнівів. Підібрані дози були достатніми для досягнення цільової ЧСС і знижували ЧСС у спокої на $11,25 \pm 9,97$ уд. / Хв і при навантаженні. Висновки. Монотерапія небівололом дозволяє нормалізувати АТ у більшості хворих на гіпертонічну болізню 1-й і 2-го ступеня. Небіволол не викликає розвитку ортостатичної гіпотензії, порушень ліпідного та вуглеводного обміну, не впливає на показники функції зовнішнього дихання, у тому числі у хворих з ХОЗЛ.

Ключові слова: β -адреноблокатори, поєднання ішемічної хвороби серця і хронічної обструктивної хвороби легень.

Стаття надійшла 9.09.2015 р.

Рецензент Бобирьов В.М.

УДК 616-053.2

Ф. А. Абилова

Азербайджанський Медичинський Університет, г. Баку

ЭНДОАЗАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ДО- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ АДЕНОИДИТ

192 больных с диагнозом аденоидит были разделены на 4 группы. В первой группе в качестве местного лечения был использован октенисепт, во второй группе 1- % раствор диоксида, в третьей группе 10-20%- раствор сульфацила натрия. Четвертая группа была контрольной. До операции больным в полость носа были назначены 5%-раствор натрия бикарбоната, 0,18%-раствор адреналина и один из вышеуказанных антимикробных растворов.

Полученные результаты показали, что больным, которым до и после операции были назначены носовые капли, послеоперационный период по сравнению с контрольной группой протекал относительно благополучно и в течение года рецидивы заболевания встречались реже. Наряду с этим преимущества антибактериальных препаратов по отдельности не были выявлены, освобождение носа и носоглотки от слизистых выделений с применением антимикробных препаратов дали хороший лечебный эффект.

Ключевые слова: аденоидит, местная терапия, антимикробные препараты.

С развитием урбанизации и ухудшением экологии, влияние различных вредных факторов на здоровье ребенка приводит к снижению иммунной системы. В последствии этих явлений увеличиваются болезненные состояния организма, в том числе и у детей [1, 5]. Известно, что с вредными факторами окружающей среды сначала контактируют полость рта и носа, и первые ответные реакции на эти раздражители и возбудители появляются в носоглоточном и небных миндалинах. Во многих случаях эти явления проявляют себя как хронический процесс в виде аденоидита. Хронический аденоидит занимает значительное место в общей структуре патологии ЛОР органов у детей дошкольного возраста и младшего школьного возраста. Удельный вес аденоидита при заболеваниях верхних дыхательных путей от 20 до 56% [4, 7]. Хронический аденоидит по клиническим проявлениям характеризуется сравнительной стойкостью, а в отдельных случаях – малой обратимостью и рецидивированием патологического процесса [2, 3].

Проблемы лечения аденоидитов отчасти медициной решены. Распространенность этих явлений и беспокойство родителей, у которых, из-за болезни ребенка, качество жизни ухудшается, остаются актуальными на сегодняшний день. Частые болезни приводят к раздражительности, ухудшению работоспособности родителей и в конечном итоге эти явления приводят к резкому снижению жизненного тонуса, появляется чувство безысходности [6]. Больные дети с аденоидитом подвержены частым рецидивам, после аденотомии у них во многих случаях повторяются симптомы ринофарингита, что уменьшает успешность оперативного лечения. Вышесказанное доказывает актуальность лечения аденоидитов.

Целью работы было изучение возможности уменьшения симптомокомплекса, относящегося к воспалению носоглоточной миндалины и уменьшения рецидива аденоидита с вышеуказанными симптомами.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились больные в возрасте от 2 до 15 лет. Из них 87 девочек и 105 мальчиков. У всех больных диагностирован аденоидит. Из них у 27 больных аденоидит сопровождался экссудативным средним отитом, у 2 больных хроническим средним отитом, у 17 больных синуситом, у 25 хроническим тонзиллитом. Надо отметить, несмотря на то что, всем больным предложено оперативное лечение, в начале родители относились к хирургическому вмешательству настороженно. Решено, что больным следует проводить местное лечение в виде капель.

По использованию антимикробных веществ больные были разделены на три группы: в первой группе - использован октенисепт, во второй группе - 1% раствор диоксида, в третьей группе - 10-20% раствор сульфацила натрия. Кроме того определена контрольная группа, которой без какой - нибудь терапии произведена только аденотомия.

Нужно отметить, что по месту расположения лимфаденоидной ткани в носоглотке, мы определили 3 формы аденоидов. Аденоиды I формы - входили больные, у которых аденоидные вегетации расположены ближе к хоанам, II формы - лимфаденоидная ткань в основном определялась на своде носоглотки, III формы лимфаденоидная ткань была расположена на задней стенке носоглотки.

По данным нашего материала, у больных аденоидитом, который осложнился экссудативным средним отитом и хроническим средним отитом, определялся I-ой формы, у больных, у которых аденоидит сопровождался хроническим тонзиллитом - определялся III формы. У больных, у которых определялись синуситы, месторасположения аденоидов определенного значения не имели.

У всех больных произведено микробиологическое исследование слизисто - гнойного выделения из носоглотки. Полученные результаты резко варьировались от стерильного до полиморфного, поэтому особого значения микробиологическому исследованию не придавали. В последующем всем больным произведена аденотомия и в течении года они находились под нашим наблюдением.

Результаты исследования и их обсуждение. Каждая группа состояла из 48 больных. В первой группе до аденотомии для местной терапии использовался октенисепт. Клиническое улучшение наступило на третий день. У больных улучшилось носовое дыхание, уменьшилось выделение из носа, кашель стал редким, улучшился сон, исчез запах. К концу лечения прекратилось выделение из носа, объективно в полости носа слизистое выделение не определяется, уменьшился отек слизистой оболочки. Со стороны экссудативного среднего отита особого улучшения не наблюдалось, учитывая, что слизисто-гнойное выделение из носа прекратилось, это оценивали как улучшение явления синусита. Про динамику течения хронического тонзиллита выводы не сделаны.

Нужно отметить, что в этой группе у 4-х больных во время лечения появился зуд в носу, заложенность, водянистое выделение из носа. При дальнейшем исследовании выявлены причины этих явлений. У одного больного причиной явился раствор натрия бикарбоната, у 3-х больных непереносимость октенисепта.

Через некоторое время, у каждого больного в разное время, аденоидит рецидивировал в связи с простудными заболеваниями. Поэтому всем больным в последующем произведена аденотомия. Через 7 дней после аденотомии, местная терапия в виде вышеуказанной процедуры проведена повторно. В течении года больные наблюдались, и признаки воспалительного процесса в носоглотке повторились у 3-х больных.

Больные по группам разделены поровну. Всем больным аденоидитом назначено 5% раствор натрия бикарбоната, в виде носовых капель (25-30 капель в каждую ноздрю). Этим добивались разжижению слизи и освобождению полости носа и носоглотки от слизи. Надо отметить, что у одного больного после 5% раствора натрия бикарбоната появились аллергические реакции в виде зуда в носу, отечность слизистой оболочки носа и серозное выделение из носа.

У этих больных в дальнейшем, лечение вместо раствора натрия бикарбоната, использовали физиологический раствор поваренной соли. После механического освобождения от слизи полость носа и носоглотки, всем больным назначены сосудосуживающие капли 0,18% раствора адреналина. Через 10 минут в виде тампона или капель, больным назначены антимикробные капли. По этой последовательности процедура выполнялась два раза в день в течении семи дней.

Контрольный осмотр проводился через три дня после последней процедуры. В последующем через семь дней после операции, эти процедуры повторились в течение недели.

В течение года больные наблюдались, 1 раз в 3 месяца проводились контрольные осмотры. Нужно отметить, что частые простуды, выделения из носа, запах из носа, заложенность в носу у большинства больных прошли, но у 5-ти больных систематически повторялись вышеуказанные симптомы и поэтому у этих больных проводимое лечение оценивалось безуспешным.

Во второй группе, где также находились 48 больных, проводились аналогичные местные процедуры. Во второй группе, применялся раствор диоксида-1%. В этой группе, положительный клинический эффект отмечался на 3-4 день после начала лечения. В этой группе аллергические реакции на лекарственные препараты не наблюдались. Через некоторое время, в этой группе в связи с частыми простудами у всех больных повторялись признаки аденоидита. В последующем этим больным была произведена аденотомия. Всем больным через 7 дней после операции процедуры повторялись, также в течение месяца.

В течение года больные наблюдались, и 1 раз в 3 месяца повторно проводились контрольные осмотры. В этой группе у 5-ти больных периодически повторялись признаки аденоидита, эффективность лечения у этих больных признали неудовлетворительным.

В третьей группе как антибактериальное средство применялся 15% -раствор сульфацила натрия. Перед операцией динамика клинической картины одинаково оценивались с результатами предыдущих групп. В этой группе у 2-х больных появились аллергические реакции на 5%-раствор натрия бикарбоната. В этой группе побочные явления на применение 15%-раствора сульфацила натрия не отмечались. Но родители отмечали белые пятна от раствора сульфацила натрия над верхней губой и в преддверии носа. В послеоперационном периоде все процедуры повторялись, как и в предыдущих группах. Через год у 6-ти больных результаты лечения оценивались как неэффективные.

В последней группе, которая считалась как контрольная до и после операции, никакие местные процедуры не применялись. Нужно отметить, что в этой группе в послеоперационном периоде, и общая температурная реакция была выше и продолжалась дольше. Улучшение после операции наступило в течение месяца. В этой группе у 16-ти больных рецидивы явления ринофарингита повторялись часто, и продолжительность заболевания была более длительной. В этой группе незапланированные визиты больных к врачу были также частыми.

Анализируя результаты лечения аденоидов, выявлены следующие: у больных, у которых эффективность лечения оценивались как неудовлетворительная, в анамнезе отмечались диатез и различные аллергические проявления, частые простудные заболевания особенно при посещении детских коллективов.

Выводы

1. При лечении аденоидитов в до- и послеоперационном периоде применение щелочных и антимикробных препаратов влияет на эффективность аденотомии, улучшает течение в послеоперационном периоде.
2. На эффективность лечения аденоидитов больше влияет разжижение слизи и удаление слизистых выделений, чем применение антимикробных препаратов.
3. Аллергический фон оказывает большое влияние на эффективность лечения больных аденоидитами.

Список литературы

1. Белоусов Д. Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем детей: обзор литературы / Д. Ю. Белоусов // Качественная клиническая практика, 2008 г., №2, С. 28-38
2. Гарашенко Т. И. Иммуномодуляторы типического применения в профилактике и лечении хронического аденоидита у детей / Т. И. Гарашенко, И. В. Зеленкова, М. В. Алферова // Вестник оториноларингологии.- 2011.- № 2.- С.62-65.
3. Карпова Е. П. Хронический аденоидит у детей / Е. П. Карпова, Д. А. Тулупов // -М.,- 2009.-48 с.
4. Мельников М. Н. Осложнения эндоскопической аденоидэктомии и аденотомии / М. Н. Мельников, О. С. Ефремова, Е. В. Гаршина // Консилиум.- 2004.- №3 (33).-С. 62-65.
5. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development. Cambridge: / U. Bronfenbrenner // - Harvard University Press, - 1979.
6. Eiser C. Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review / C. Eiser, R. Morse // Qual life Res 2001;10:347-57.
7. Zelazowska-Rutkowska, B. Production of cytokines by mononuclear cells of hypertrophic adenoids in children with otitis media with effusion / B. Zelazowska-Rutkowska [et al.] // Folia Histochem Cytobiol. – 2012. – Vol. 50, № 4.- P. 586-589.

Реферати

ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДО И В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ АДЕНОИДИТ

Абилова Ф. А.

192 больных с диагнозом аденоидит были разделены на 4 группы. В первой группе в качестве местного лечения был использован октенисепт, во второй группе 1- % раствор диоксида, в третьей группе 10-20%- раствор сульфацила натрия. Четвертая группа была контрольной. До операции больным в полость носа были назначены 5%- раствор натрия бикарбоната, 0,18%-раствор адреналина и один из вышеуказанных антимикробных растворов. Полученные результаты показали, что больным, которым до и после операции были назначены носовые капли, послеоперационный период по сравнению с контрольной группой протекал относительно благополучно и в течение года рецидивы заболевания встречались реже. Наряду с этим преимущества антибактериальных препаратов по отдельности не были выявлены, освобождение носа и носоглотки от слизистых выделений с применением антимикробных препаратов дали хороший лечебный эффект.

Ключевые слова: аденоидит, местная терапия, антимикробные препараты.

Статья надійшла 21.08.2015 р.

ENDONASAL THERAPY BEFORE AND IN THE POSTOPERATIVE PERIOD IN PATIENTS WITH DIAGNOSIS OF ADENOIDITIS

Abilova F. A.

There were 192 patients with adenoiditis diagnosis under our control. They were divided to four groups. For the treatment of the first group we have used the solution of the octinisept. For the second group was used the solution of the dioxidini and the third group has been applied the solution of the sulfacil sodium. The fourth group we allocated as a control group. Preoperatively stages we assigned the solution of 5%- sodium bicarbonatis, adrenalini 0,18% and one of antimicrobial drops which were indicated. At the result we find out that the conditions of the patients which we used antimicrobial drops pre-Op and post-Op periods were more positive results comparing with fourth (control) group and the next year's residives were minimal case. During the comparing of the indicated antimicrobial drugs separately were not found their predominance but beside releasing the mucous drainage from the nasal and nasopharyngeal cavity the using these antimicrobial drops raising the effectiveness.

Key words: adenoiditis, local therapy, antibacterial drugs.

Рецензент Безшапочний С.Б.

УДК 611.428.018.1 – 053.31+[618.29+618.33]-097.1

Н. Г. Васильчук, О. Г. Куш

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

ОСОБЛИВОСТИ РОЗПОДІЛУ РЕЦЕПТОРІВ ДО ЛЕКТИНІВ АРАХІСУ ТА ІКРИ ОКУНЯ В КАПСУЛІ МЕДІАСТЕНАЛЬНОГО ЛІМФАТИЧНОГО ВУЗЛА

За результатами лектингістохімічних досліджень виявлено особливості розподілу рецепторів до лектинів арахісу та ікри окуня на капсулі медіастенального лімфатичного вузла білих щурів в умовах норми і після внутрішньоплідного антигенного навантаження. Встановлено тенденцію до поступового зниження щільності рецепторів до лектинів арахісу на поверхні капсули лімфовузла під впливом антигенів, введених плодам щурів. Щодо щільності рецепторів до лектинів ікри окуня виявлена протилежна тенденція.

Ключові слова: медіастенальний лімфовузол, антиген, лектин арахісу, лектин окуня.

Робота є фрагментом НДР «Лектингістохімічна характеристика морфогенезу органів і тканин в ранньому постнатальному періоді в нормі та експерименті» (№ держреєстрації 0109U003986).

Потреби біології та медицини диктують необхідність досліджень в області анатомії лімфатичної системи, а також органів імуногенезу [4]. Олігосахариди мембранних білків служать лігандами для зв'язування з лектинами, тим самим впливаючи на процеси функціонування клітини, тканин і органів. Різної складності вуглеводні структури, експресовані на поверхні клітин, складають рецепторні системи, беруть участь у процесах молекулярного розпізнавання і трансмембранної сигналізації [10, 11].

Сполучнотканинний остов лімфовузла складається із загальної зовнішньої капсули і трабекул, які відходять від неї в середину вузла. У складі капсули лімфовузла є міофібробласти, функціонуючи не як окрема незалежна одиниця, а в сполученні з іншими клітинами і елементами матриксу. Це пов'язано з особливостями контактів міофібробластів між собою і з позаклітинним матриксом [9]. Раніше було встановлено роль міофібробластів в паракринній регуляції біологічних процесів диференціації, проліферації [7].

За даними літератури, на поверхні фібробластів експресуються трансмембранні рецептори адгезії [8]. Наявність рецепторів до лектинів арахісу (PNA) на поверхні капсули визначає її адгезивні властивості.

Вивчення сполучної тканини лімфовузла дає уявлення про інтенсивність функціонального навантаження на нього, оскільки колагенові і еластинові волокна в капсулі розташовані так, щоб в сукупності з гладком'язовими клітинами забезпечити оптимальну скоротливу здатність