

тельной ткани, Ht – кожи, Fd – жировой дегенерации, Gb – желчного пузыря, Ni – почек, Bl – мочевого пузыря (два последних показателя несут информацию и о половой системе).

С целью определения информативных возможностей аппарата «Visom» по сравнению с традиционными методами исследования (осмотры специалистов, УЗИ, ФГДС, лабораторные исследования) была выделена группа из 80 пациентов, которая была обследована с применением обеих методик. Результаты сравнения показали высокую степень (в среднем – 84,6%) достоверности меридианных «Visom»-показателей в диагностике патологических процессов, обусловленных хронической интоксикацией экологического и паразитологического генеза, что позволило использовать их для оценки степени интоксикации.

Для удобства подсчета измерений был взят модулированный показатель тех диагностированных данных, которые выдает прибор в цифрах. За единицу был принят меридианный показатель в нормальных величинах (всего 20 единиц – соответственно числу меридианов). Разница между числом меридианов с нормальными значениями и числом меридианов с выявленной патологией была определена нами как «Visom-индекс здоровья» – «ИЗ» [8]. Нами изучались меридианные показатели с подсчетом «ИЗ» у 1800 работников АГК, находившихся на лечении и оздоровлении в терапевтическом стационаре, поликлинике и оздоровительном центре «Санаторий «Юг». Исследуемая группа пациентов состояла из 370 пациентов поликлиники, 550 пациентов стационара и 880 пациентов санатория. Исследования меридианных показателей с подсчетом «Visom-индекса здоровья» у работников АГК не выявило явной разницы в группах с разными заболеваниями, его значения зависели от совокупности заболеваний, а также от стадии (обострение или ремиссия) заболевания.

При сопоставлении значений «ИЗ», полученных при исследовании меридианных показателей у пациентов поликлиники, стационара и санатория, были выявлены значительные различия между его значениями в этих группах. У пациентов поликлиники «ИЗ» имели значения от 9,0±0,03 до 14,0±0,05 и составили в среднем 11,5±0,04. В стационаре значения «ИЗ» колебались от 3,0±0,03 до 12,0±0,05 единиц, что в среднем составило 7,0±0,02. Группа работников АГК, обследованных во время оздоровления в санатории, отличалась наиболее высоким уровнем здоровья: значения «ИЗ» у них варьировали от 12,5±0,03 до 15,5±0,04 и составили в среднем 14,0±0,05. Полученные данные позволили сделать вывод о сравнительно низком исходном состоянии здоровья в группе стационарных больных и наиболее высоким – у пациентов санатория. Скрининговое исследование меридианных показателей с подсчетом «Visom»-индекса здоровья у 1800 работников АГК, обследованных в поликлинике, стационаре и санатории, выявило у всей группы наличие отклонений от нормальных значений. При этом выявлено, что разработанный нами индекс здоровья имеет максимальное отклонение от нормы у пациентов стационара, минимальное – у пациентов санатория.

Таблица

Влияние ЭРЛ на «Visom»-индекс здоровья

	Поликлиника	Стационар	Санаторий
До ЭРЛ	11,5 ± 0,04	7,0 ± 0,02	14,0 ± 0,05
После ЭРЛ	14,0 ± 0,05*	14,0 ± 0,05*	15,6 ± 0,04*

\*P < 0,05

С целью оздоровления и профилактики развития экообусловленной патологии мы провели им курсы детоксикации с использованием эндоэкологической реабилитации по Левину (ЭРЛ), основанные на управлении интерстициальным гуморальным транспортом и лимфатическим дренажом тканей. Эндоэкологическая реабилитация проводилась нами на всех этапах оказания медицинской помощи – в поликлинике, стационаре и санатории. Мы применили не только базовую схему ЭРЛ, но 8 разработанных нами её модификаций [8]. Анализ результатов проведенного оздоровления с исследованием «Visom – индекса здоровья» подтвердил достоверное нормализующее действие системы проведенных мероприятий на состояние здоровья работников АГК, что выразилось в повышении значений «ИЗ» после ЭРЛ во всех исследуемых группах.

В группе стационарных и амбулаторных пациентов показатели «ИЗ» возросли до 14,0±0,05, а санаторных – до 15,6±0,04.

**Выводы.** Проведенное нами исследование степени интоксикации с подсчетом «Visom»-индекса здоровья у работников АГК выявило снижение уровня здоровья, наиболее выраженное у пациентов стационара. Повышение индекса после проведения курсов оздоровления с использованием методов ЭРЛ показало её эффективность для больших групп пациентов.

Литература

1. Брехман И.И. Человек и биологические активные вещества.– М.:Наука.,1993.–120 с.
2. Безматерных Л.Э. // Тез. докл. научной конференции.– Барнаул, 1994.– С. 97–98.
3. Куликов В.П. и др. // Актуальные проблемы профилактики неинфекционных заболеваний: Тез. докл. научно-практ. конф.– М., 1995.– С. 86–87.
4. Безматерных Л.Э. и др. // Валеологические аспекты образования: Тез. докл. межрег. научно-практ. конф.– Барнаул, 1996.– С.26–27.
5. Куликов В.П., Безматерных Л.Э. // Мат-лы межрег. симп.– Ч. 1.– Новосибирск, 1996.– С. 64–65.
6. Безматерных Л.Э. // Новые методы функциональной диагностики: Сб. науч. трудов АГМУ.– Барнаул, 1997.– С.11–12.
7. Треуштин В.А. и др. // Вопр. курортол.– 1997.– №2.– С.30–34.
8. Эсаулова Т.А. Использование методов эндоэкологической реабилитации в лечении и оздоровлении работников Астраханского газового комплекса.– Астрахань, 2002.–31 с.

УДК 615.47.03:616-07.

МОЛЕКУЛЫ СРЕДНЕЙ МАССЫ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ИНТОКСИКОЗА У РАБОТНИКОВ АСТРАХАНСКОГО ГАЗОВОГО КОМПЛЕКСА И КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМЫХ ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ.

Т.А. ЭСАУЛОВА\*

Исследованию синдрома эндогенной интоксикации (ЭИ) отводится важная роль. Эндотоксемия развивается при всех патологических состояниях, связанных с повышенным катаболизмом или блокадой детоксикационных систем организма. Впервые субстратом, ответственным за возникновение местных патологических эффектов эндогенной интоксикации при почечной недостаточности, считали белковые токсины – среднемолекулярные пептиды или иначе – молекулы средней массы (МСМ). К числу последних относили эндогенные компоненты, молекулярная масса которых составляла 500-2000 дальтон (Д), образующиеся в процессе протеолиза в поврежденных тканях, а также в самой плазме при выходе в кровь протеолитических ферментов. Для многих видов патологий характерно нарушение функционирования протеазной и антипротеазной систем, в результате активации протеолиза происходит накопление большого количества продуктов деградации белков с молекулярной массой 300-5000 Д. В современной отечественной литературе класс среднемолекулярных продуктов протеолиза именуют как МСМ. [2,3,5]

Практически при любой патологии и любом неблагоприятном (стрессовом) воздействии на организм активируются процессы свободно-радикального окисления, что приводит к накоплению токсических веществ, которые относят к эндотоксинам. Повышение в сыворотке крови содержания продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ), а также увеличение активности ферментов детоксикации активных форм кислорода являются неспецифическими тестами эндотоксикоза. Продукты распада липидов (альдегиды, диальдегиды, эпоксиды) оказывают повреждающее действие на различные структуры клетки, белки, нуклеиновые кислоты и другие структуры, следовательно, являются эндопатогенами. Перекисное повреждение белковых веществ ведет к их деградации и образованию токсических фрагментов, в т.ч. МСМ. Причиной накопления МСМ в сыворотке крови при ряде заболеваний при сохранении нормального уровня гломерулярной фильтрации является усиленное образование их за счет избыточного количества афизиологических метаболитов.

Существенная особенность МСМ заключается в их отчетливо выраженной высокой биоактивности. Накопление МСМ не

\*Негосударственное учреждение здравоохранения «Медикосанитарная часть», г.Астрахань, ул.Кубанская,1. т.88512-336-235

только является маркером ЭИ, в дальнейшем они усугубляют течение патологического процесса, приобретая роль вторичных токсинов, оказывая влияние на жизнедеятельность всех систем и органов. Достаточно подробно изучено биологическое действие МСМ. [1,4]. Многие из них обладают нейротоксической активностью, угнетают процессы биосинтеза белка, способны подавлять активность ряда ферментов, разобщают процессы окисления и фосфорилирования, нарушают механизмы регуляции синтеза адениловых нуклеотидов, изменяют транспорт ионов через мембраны, эритропоэз, фагоцитоз, микроциркуляцию, лимфодинамику, вызывают состояние вторичной иммунодепрессии. МСМ способны соединяться и блокировать рецепторы любой клетки, неадекватно влияя на её метаболизм и функции. Показана возможность влияния МСМ на тонус гладкомышечных клеток, на трансваскулярный транспорт. Эти вещества могут взаимодействовать с компонентами систем гемостаза. У детей, проживающих в условиях повышенной антропогенной нагрузки, развиваются клинические проявления эндотоксикоза. При этом в моче этих детей общее количество МСМ увеличивается в 3,2 раза. [2,3,5]. Для выявления наличия и степени ЭИ у работников АГК нами была обследована работница Астраханского газоперерабатывающего завода в количестве 85 чел., отобранных методом случайной выборки из числа лиц, посетивших поликлинику для прохождения ежегодного медицинского профосмотра. Изучение структуры заболеваний у этой группы больных показало отсутствие обострения имеющейся хронической патологии.

С помощью осаждения крупномолекулярных белков трихлоруксусной кислотой и регистрации спектральной характеристики водного раствора супернатанта в зоне длины волн от 254 до 280 нм с проведением анализа формы спектрофотометрической кривой на аппарате «Спектрофотометр СФ-26» нами была изучена токсичность плазмы у данной группы пациентов. За норму приняты значения МСМ до 280 у.е при длине волны 280 нм и до 260 у.е. при длине волны 254 нм. Исследование показателей МСМ (табл. 1) выявило рост их значений в 48,2% случаев (41 чел.). Среднее значение МСМ у этой категории больных составило 358±0,5 у.е при длине волны 254 нм и 331,4±0,6 при длине волны 280 нм. У остальной части больных (44 чел. – 51,8%) показатели МСМ не выходили за рамки нормальных значений. Обследование группы работников АГК выявило наличие у них роста МСМ в 48,2% случаев, что говорит о наличии ЭИ при отсутствии явлений обострения имеющейся у них хронических заболеваний. Интерес представляли изменения (или их отсутствие) значений после проведения курса оздоровления.

Для оздоровления и профилактики развития экообусловленной патологии у работников АГК мы провели им курсы детоксикации с использованием эндоэкологической реабилитации по Левину (ЭРЛ), основанные на управлении интерстициальным гуморальным транспортом и лимфатическим дренажом тканей. На всех этапах ЭРЛ проводилась нами при оказании медицинской помощи – в поликлинике, стационаре и санатории, используя базовую схему ЭРЛ и 8 разработанных нами её модификаций [6–8].

Таблица 1

Распределение полученных значений МСМ

Имеющаяся хроническая патология	Повышенные значения МСМ	Нормальные значения МСМ
Болезни органов пищеварения	18(21,2%)	10(11,7%)
Болезни мочевыделительной системы	10(11,7%)	12(14,2%)
Болезни сердечно-сосудистой системы	7(8,2%)	10(11,7%)
Болезни системы дыхания	6(7,1%)	12(14,2%)

Проведенное нами повторное обследование данной группы работников АГК выявило следующие изменения. В группе пациентов с повышенными значениями МСМ (48,2%) отмечено 100% снижение данного показателя. У остальных 51,8% (с нормальными значениями МСМ) – понизилось их содержание в 8% (7 чел.), осталось без изменений – у 25% (21 чел.), повысилось – у 18,8% (16 чел.). У 15 чел. из данной группы (17,6%) повторный подсчет значений МСМ проводился дважды: в середине и в конце курса ЭРЛ. В конце первой недели курса индекс токсичности плазмы уменьшался независимо от первоначальных значений у всех 15 пациентов в среднем на 85±0,5 у.е., что, по-видимому, было связано с усиленным выведением токсинов через кишечник и почки. В конце курса отмечено повышение значений МСМ на

86±0,9 у.е., т.е. токсичность плазмы повышалась вновь, что можно объяснить переходом в плазму токсинов из тканей.

Таблица 2

Динамика значений МСМ в ходе и после ЭРЛ (в у.е.)

Норма	До ЭРЛ	1-я неделя	2-я неделя	2 недели после ЭРЛ
280	358±0,5	273±0,5	362±0,5	270±0,5

Чтобы выяснить, каким образом происходило изменение значений МСМ у этих пациентов, нами были проведены контрольные измерения спустя 2 недели после курса реабилитации. У всех 15 человек значения МСМ снизились в среднем на 92±0,5 у.е, т.е. полностью нормализовались (табл. 2). Изменения значений МСМ, полученные в ходе проведенного исследования, позволяют сделать вывод о значительном снижении уровня ЭИ после проведения курса ЭРЛ.

Литература

1. Габриэлян Н., Лунатова В. // Лаб. дело. – 1984. – №3. – С. 138.
2. Medi.ru. «Периодика» // Мир медицины. – №11-12, 2001.
3. Новая медицинская энциклопедия. – Интернет-сайт, 2002. – 4 с.
4. Иванова Н.В., Аксенова В.М. // Мат-лы науч. сессии Перм.ГМА. – Пермь, 2000. – С. 173–174.
5. Малахова М.Я. Метод регистрации эндогенной интоксикации: Метод. реком. – СПб, 1995. – 33 с.
6. Сятковский В.А. и др. // Гематология и гемотрансфузиология. – 1989. – Т.34. – №6. – С. 45–49.
7. Тутов В.Н. // Клинич. лаб. диагн. ка. – 2004. – №5. – С. 3–10.
8. Саулова Т.А. Использование методов эндоэкологической реабилитации в лечении и оздоровлении работников Астраханского газового комплекса. – Астрахань, 2002. – 31 с.

УДК 616-006; 618.19; 618.146-006.6

СЕЛЕКТИВНЫЕ НЕЙРООКСИАЛЬНЫЕ БЛОКАДЫ ПРИ ГИСТЕРЭКТОМИИ

А.С. ВЛАСОВ, И.З. КИТИАШВИЛИ, В.Д. МИНКОВЕЦКИЙ\*

Симптомная миома матки – одно из часто встречающихся заболеваний у женщин, им страдает 15-20% взрослого населения, что составляет 40% от всех гинекологических заболеваний

Около 50% операций в гинекологических стационарах выполняется по поводу фибромиомы матки, которые осуществляются под различными видами общей анестезии [1,2,4,6]. Основным принципом обезболивания является его поликомпонентность, когда выключение сознания, аналгезия, вегетативная блокада и релаксация достигаются с использованием различных препаратов. Однако результаты исследований последних лет показали, что традиционные варианты общей анестезии не всегда обеспечивают полную нейровегетативную защиту [3,5,8]. Некоторые компоненты общей анестезии оказывают побочные эффекты на организм человека и их действие выходит за рамки операционного поля [3,5,9].

**Цель исследования** – улучшение результатов лечения больных с миомой матки путем проведения сравнительного анализа используемых вариантов общей анестезии.

**Материал и методы.** В отделении гинекологии НУЗ МСЧ за период с 2002 по 2007 гг. была выполнена надвлагалищная ампутация матки, экстирпация матки 140 пациенткам в возрасте от 38 лет до 59 лет. Продолжительность заболевания составила от 1 года до 7 лет. На основании клинико-anamnestических данных и с учетом сопутствующей патологии риск анестезии у всех пациентов определили по классификации ASA – II-III. Подготовка к оперативному вмешательству осуществлялась по общепринятой схеме. С целью достижения психоэмоционального и позиционного комфорта вечером, накануне операции, назначали один из транквилизаторов (феназепам по 1 таблетке). Утром в день операции премедикацию проводили в полном объеме: атропин 0,1%-0,1 мг/кг, димедрол 1%-0,14 мг/кг или

\* Негосударственное учреждение здравоохранения медико-санитарная часть г. Астрахань, Астраханская ГМА