

SIGNIFICANCE OF ENDOSCOPY IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE SURGICAL DISEASES OF ORGANS OF ABDOMINAL CAVITY

S.B. Pinsky, A.I. Bregel, I.U. Olejnikov, E.A. Keljchevskaya.

(Irkutsk State Medical University)

Twenty – year experience of conducting more than 15 thousand diagnostic, curative and dynamic endoscopic investigations in 8910 patients with urgent abdominal pathologies has been analyzed.

Литература

1. Буянов В.М., Родоман Г.В., Лаберко Л.А. и др. Программированная санационная видеолaparоскопия при распространенном перитоните // Эндоскопич. хирургия. – 1999. – Т.5. – №1. – С.13-15.
2. Королев М.П., Антипова М.В., Федотов Л.Е. Современная фиброэндоскопия в диагностике и лечебной тактике при инородных телах верхних отделов пищеварительного тракта // Вестн. хирургии. – 1999. – Т.158. – №5. – С.12-15.
3. Луцевич Э.В., Ярема И.В., Бахшалиев Б.Р., Попов Ю.П. Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений // Хирургия. – 1991. – №9. – С.55-60.
4. Перминова Г.И., Родоман Г.В., Соколов А.А. и др. Санационная послеоперационная лапароскопия с бактериологическим экспресс-методом в комплексном лечении больных с распространенным перитонитом // Вестн. хирургии. – 1999. – Т.158. – №4. – С.73-76.
5. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 1986. – 608с.
6. Schiessel R., Horbst F., Berlakovich G. et al. Notein-griffe bei gastroduodenalem ulcus // Chirurg. – 1990. – Bd.61, №1. – S.16-21.

© НИКОЛАЕВА С.С., СИЗЫХ Т.П., ЛУБСАНОВА Л.Н., ШУМИЛОВ А.Н. –
УДК 616.5-001/-002:615.838

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА АЗОТНО-КРЕМНИСТОЙ ТЕРМАЛЬНОЙ ВОДОЙ

С.С. Николаева, Т.П. Сизых, Л.Н. Лубсанова, А.Н. Шумилов.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра госпитальной терапии, зав. – чл.-корр. РЭАН, проф. Т.П. Сизых)

Резюме. Представлены результаты научного исследования эффективности санаторно-курортного лечения atopического дерматита азотно-кремнистой термальной водой на курорте «Горячинск». Выявлено, что комплексное воздействие азотно-кремнистой воды и физических факторов приводит к значительному улучшению состояния больных с atopическим дерматитом с невыраженным обострением и в ремиссии заболевания.

Атопический дерматит (АД) – хроническое заболевание, в основе которого лежат IgE-зависимое воспаление кожи и ее гиперреактивность, нарушающие естественную реакцию кожи на внешние и внутренние раздражители.

Атопический дерматит развивается у лиц с генетической предрасположенностью к atopии под действием факторов внешней и внутренней среды.

Типичная клиническая картина atopического дерматита характеризуется зудом кожных покровов, стойкой гиперемией или преходящей эритемой, папулезно-везикулезными высыпаниями, экссудацией, сухостью кожи, шелушением, эксфолиацией, лихенификацией, носящими распространенный или ограниченный характер.

Приобретая хроническое течение, болезнь сохраняет свои клинические признаки на протяжении многих лет [1,3,7,8]. Тяжелые формы АД резко снижают качество жизни больного и всей его семьи, способствуют формированию психосоматических нарушений. У 40-50% детей, страдающих АД, впоследствии развивается бронхиальная астма, поллиноз и/или аллергический ринит.

В развитии АД четко прослеживается наследственная предрасположенность [5,7,15], наряду с которой важную роль в реализации заболевания играют различные аллергены (пищевые, клещевые, пыльцевые, эпидермальные, грибковые, бактериальные) и другие факторы окружающей среды [6-8,13].

АД – самостоятельная нозологическая форма. Термин “атопический дерматит” определяет иммунологическую (аллергическую) концепцию патогенеза заболевания, базирующуюся на понятии atopии как генетически обусловленной способности организма к выработке высокой концентрации общего и специфических IgE-антител в ответ на действие аллергенов окружающей среды [6,14,15]. Заболевания кожи, фенотипически близкие АД, но не имеющие atopической основы патогенеза, не являются АД, относятся к псевдоаллергическим состояниям [7,11].

Основной механизм развития АД – иммунологический. Существует точка зрения о возможности участия в развитии АД и неиммунологических механизмов. Вопрос о неиммунологических фор-

мах АД является предметом научных исследований [11]. По мнению большинства авторов, неспецифические (неаллергенные) факторы, провоцирующие АД у детей, всегда вторичны.

Ключевая роль в развитии АД иммунной природы принадлежит IgE-опосредованным реакциям. У 70-80% детей, страдающих АД, наблюдается высокий уровень сывороточного IgE. Обнаружение на клетках Лангерганса высоко- и низкоаффинных рецепторов для IgE подтверждает, что представление аллергена клетками Лангерганса в коже опосредовано антителами этого класса. В поврежденных участках кожи больных АД доминируют активированные CD4⁺-клетки с фенотипом Th2, способствующие усилению выработки IgE В-лимфоцитами. У 3/4 больных АД выявляются положительные реакции немедленного типа при кожном тестировании с различными аллергенами. Все это указывает на необходимость проведения аллергологического обследования больных с АД для подтверждения иммунологических (атопических) механизмов его развития.

АД может рассматриваться как в группе экологически обусловленных заболеваний, так и в группе заболеваний, характерных для экономически развитых регионов. Промышленные химические соединения могут являться аллергенами, гаптенами и неаллергенными факторами.

Риск развития ранних проявлений пищевой аллергии при АД возрастает в связи с: а) изменением типа питания беременной женщины и детей первых месяцев жизни; б) увеличением числа детей, находящихся на искусственном и смешанном вскармливании; в) введением в продукты пищевых добавок и наличием в них веществ, используемых в сельском хозяйстве и животноводстве (ксенобиотиков).

К росту лекарственной сенсibilизации и аллергии приводит частое применение лекарственных средств, особенно антибиотиков, беременной женщиной и детьми раннего возраста. Действие аллергенов вызывает активацию Т-хелперов 2-го типа (Th2), отвечающих за развитие IgE-зависимого иммунного ответа у предрасположенных к атопии индивидуумов.

Как важный фактор роста атопических заболеваний в экономически развитых странах рассматривается уменьшение распространенности естественных инфекций (в частности туберкулезного инфицирования), активирующих Т-хелперы 1-го типа (Th1), которые стимулируют "нормальный" IgG-зависимый иммунный тип реакции. Действие всех перечисленных факторов искажает иммунный тип реагирования ребенка, изменяя соотношение Th1/Th2 в пользу последних, а также соответствующие им цитокиновые профили, и, в конечном итоге, приводит к гиперпродукции общего IgE и специфических IgE-антител.

Морфологические исследования кожи больных АД свидетельствуют о признаках эпидермального спонгиоза и периваскулярной клеточной инфильтрации (при остром процессе), выражен-

ном утолщении эпидермиса и удлинённых склерозированных папиллярных линиях. При хроническом течении в биоптатах пораженных участков кожи наблюдаются активированные CD4⁺-лимфоциты с фенотипом Th2-лимфоцитов, небольшое количество интактных эозинофилов и катионные белки эозинофилов.

Терапия больных, страдающих АД, должна быть комплексной, направленной на подавление аллергического воспаления в коже и уменьшение воздействия причинных факторов. Успех лечения также определяется устранением или уменьшением сопутствующих нарушений в органах и системах. В связи с нередким развитием лекарственной сенсibilизации у больных АД ввиду полипрагмазии большое значение приобретает санаторно-курортное лечение.

Нами была поставлена цель – изучение эффективности целебных факторов курорта "Горячинск" у больных АД, так как по литературным данным [4] азотно-кремнистая термальная вода оказывает противовоспалительное и регенерирующее влияние при заболеваниях кожи.

Материалы и методы

На курорте "Горячинск" обследовано 45 больных с различными аллергическими заболеваниями и псевдоаллергическими состояниями. Обследование проводилось в 3 этапа: 1) сбор аллергологического анамнеза по анкете, разработанной НИИАЛ АМН СССР и дополненной нами; 2) кожные аллергологические тесты с бытовыми, эпидермальными, пыльцевыми и пищевыми аллергенами; 3) провокационные аллергологические тесты с причиннозначимыми аллергенами. В структуре данной патологии выявлено преобладание кожных форм. Так, АД страдали 32,6% больных, крапивницей и отеком Квинке – 23,2%, экземой – 18,6%.

Оценка объективного статуса и степени тяжести АД проводилась по международной шкале SCORAD, учитывающей распространенность кожного процесса (А), интенсивность клинических проявлений (В) и субъективные симптомы (С). Индекс SCORAD=A/5+7B/2+C рассчитывался до и после санаторно-курортного лечения. По динамике данного показателя оценивалась эффективность лечения АД.

Больным с АД также назначались общие анализы крови, мочи, биохимические печеночные тесты, УЗИ органов брюшной полости, измерялось артериальное давление до и после минеральных ванн. Неспецифическая адаптационная реактивность изучалась по критериям Л.Х. Гаркави [2] и индексу Кердо.

Стандартная схема лечения больных с АД на курорте "Горячинск" включает назначение азотно-кремнистых термальных t 36° ванн (поясных или ручных) в течение 8-10 минут, циркулярный душ минеральной водой, спелеотерапию, фитотерапию противоаллергическим сбором (череда, пустырник, шалфей, валериана, бадан, календула, шиповник), физиолечение при наличии респира-



Рис.1. Структура сенсibilизации у больных нейродерматитом

торных заболеваний (КУФ, электрофорез), массаж, терренкур. Эффективность лечения оценивалась на 8-10 день, т.к. большинство больных имели 10-дневные путевки.

Результаты и обсуждение

Из 14 обследованных больных с АД заболеванием чаще страдали девочки (79%) в возрасте от 7 до 15 лет (80%). Отягощенная наследственность установлена у 50% больных. У 57,1% больных заболевание развилось в возрасте до 1 года. В большинстве случаев больные связывали свое заболевание с приемом пищевых продуктов.

Аллергологическое обследование с пищевыми аллергенами (рис.1) выявило по данным анамнеза и кожным тестам связь с цитрусовыми у 28,6% (при этом интенсивность кожной реакции была от слабо (+) – до умеренно положительной (++)), что свидетельствует о сомнительной сенсibilизации к ним), молоку – 7,1%, рыбе – 7,1%, яйцу – 7,1%. Аллергологические пробы с бытовыми аллергенами были положительными у 28,6% больных с АД в сочетании с бронхиальной астмой и ринитом. Сенсibilизация к эпидермальным аллергенам установлена у одного больного (к шерсти кошки), к пыльцевым – у 2 (имеющих клинические симптомы поллиноза).

Сенсibilизация к лекарственным препаратам устанавливалась анамнестически и была у 21,4% больных АД в сочетании с крапивницей.

Сочетание АД с другими аллергическими заболеваниями (рис.2) обнаружена у 57,1% больных. Заболевания считались сопутствующими, а не основными, т.к. развивались на фоне уже существующего кожного процесса.

Установлено более частое сочетание АД с крапивницей (42,8%) и аллергическим ринитом (35,7%). Контактный дерматит на химические вещества выявлен у 14,2%, бронхиальная астма – у 7,1% больных.

Таким образом, наличие сопутствующих аллергических заболеваний у 57,1% больных с АД свидетельствует о системности поражения внутренних органов и полисенсibilизации, свойственных заболеваниям аллергической природы при несвоевременном выявлении и элиминации первичных пусковых факторов, каковыми являются пищевые аллергены.

Среди клинических форм АД преобладала лихеноидная форма, которая составила 85,7%. Ограниченное поражение кожных покровов в области лица, локтевых и коленных сгибов, кистей рук наблюдалось у 92,8%. По шкале SCORAD степень тяжести АД составляла от 15 до 89 баллов.

Неспецифическая адаптационная реактивность по Л.Х. Гаркави оценивалась по уровню лимфоцитов в крови и степени выраженности отклонений в лейкоцитарной формуле. Большинство больных (57,1%) находились в момент прибытия на курорт в состоянии реакции повышенной активности, 28,6% – спокойной активации, 7,1% – тренировки и 7,1% – перенапряжения и ни у одного – реакции стресса не наблюдалось. На 8-10 день лечения отмечено увеличение числа больных с реакциями стресса и перенапряжения (8,3 и 25%) и уменьшение группы больных с реакцией спокойной активации и тренировки (8,3 и 0%). Согласно современным представлениям, развитие заболевания сопровождается напряжением адаптационных

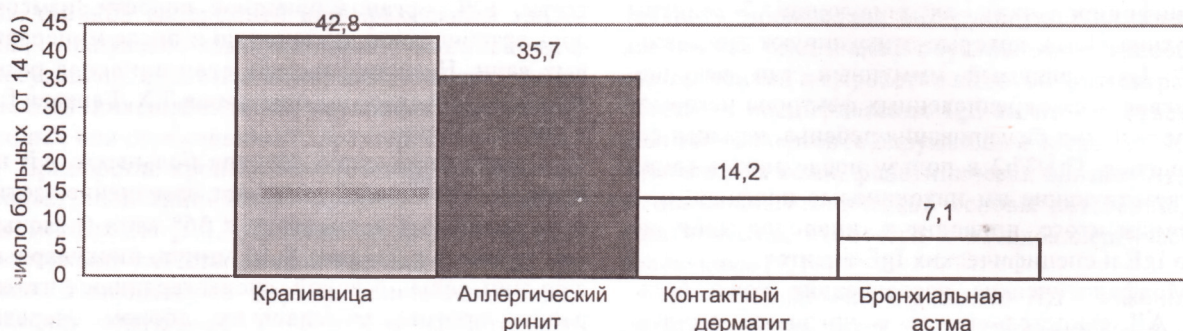


Рис.2. Частота сопутствующих аллергических заболеваний у больных нейродерматитом

систем, приводящим к снижению и даже истощению резервных возможностей организма. В связи с этим понятно, что лечение на курорте было менее эффективным с точки зрения роста резервов здоровья для больных по сравнению со здоровыми. Возможно, для больных получение необходимого оздоровительного эффекта должно быть связано с большей продолжительностью пребывания на курорте.

Подтверждением этому является незначительное изменение вегетативной реактивности по индексу Кердо. При поступлении индекс Кердо = $-15,8+17,2$, при выписке = $-10,7+17,9$ ($P 0,05$).

Только у 6 из 14 больных с АД к началу санаторно-курортного лечения отсутствовали клинические признаки заболевания. У 5 больных установлена лихенификация кожных покровов, следы расчесов, папулы, единичные серозные и геморрагические корочки в типичных местах. У 3 – наблюдалось выраженное обострение заболевания: гиперемия кожи, везикулы, эрозии, мокнутие, большое количество серозно-геморрагических корочек.

Анализ ближайших результатов санаторно-курортного лечения больных с АД в течение 8-12 дней (рис.3) показал значительное улучшение состояния кожных покровов у 5 из 8 больных, прибывших на курорт с обострением заболевания (индекс SCORAD снизился с 41,8 до 9,4). Состояние кожи без перемен отмечено у 3 больных, имевших выраженное обострение заболевания (индекс SCORAD=59–86,5). Ухудшения заболевания не наблюдалось как у больных с обострением, так и ремиссией АД. Всем больным рекомендовано повторное обследование через 3 месяца для оценки отдаленных результатов санаторно-курортного лечения.

Больные с улучшением течения заболевания отмечали исчезновение зуда кожных покровов, свежих высыпаний, инфильтрации кожи, отторжение корочек, начиналось шелушение, побледнение и исчезновение старых элементов сыпи. К

концу лечения сохранялись лишь шелушение и лихенификация кожи, но менее выраженные. К сожалению, не удалось проследить состояние кожных покровов при длительном курортном лечении до 18-24 дней из-за отсутствия такой группы больных. Возможно, при удлинении курортного лечения было бы отмечено полное исчезновение изменения кожных покровов.

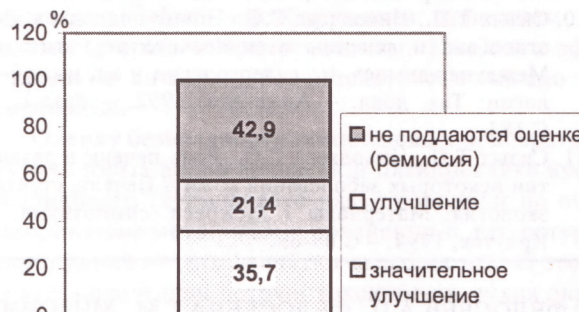


Рис.3. Эффективность санаторно-курортного лечения у больных нейродерматитом на курорте "Горячинск"

Больным с выраженным обострением заболевания рекомендовано голодание с последующим проведением провокационных тестов для выявления и элиминации причинно значимых пищевых аллергенов, медикаментозная терапия.

Таким образом, комплексное воздействие азотисто-кремнистой воды и физических факторов курорта "Горячинск" приводит к значительному клиническому улучшению состояния больных с АД. Показаниями для направления больных на курорт являются все формы АД в ремиссии и с незначительным обострением заболевания.

Для получения наибольшей эффективности лечения и улучшения неспецифической адаптационной реактивности необходимо увеличить продолжительность пребывания больных на курорте до 18-24 дней и, вероятно, уменьшить интенсивность бальнеолечения при коротком курсе санаторно-курортного лечения.

THE TREATMENT OF ATOPIC DERMATITIS WITH NITRIC-SILICON THERMAL WATER AT SANATORIUM AND RESORT

S.S. Nikolaeva, T.P. Sizikh, L.N. Lubsanova, A.N. Shumilov

(Irkutsk State Medical University)

The results of scientific investigation of efficacy of the treatment of atopic dermatitis with nitric-silicon thermal water at the resort "Gorjacyinsk" are presented. It has been revealed that complex influence of nitric silicon water and physical factors results in considerable improvement of condition of the patients with atopic dermatitis with unexpressed exacerbation and during remission of the disease.

Литература

1. Воронцов И.М., Маталыгина О.А. Болезни, связанные с пищевой сенсибилизацией у детей. – Л.: Медицина, 1986. – 272с.
2. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма. – Ростов-на-Дону, 1990. – 223с.
3. Глухенький Б.Т., Грандо С.А. Клинические формы атопического нейродермита // Вестн. дерматол. венерол. – 1990. – №4. – С.37-42.

4. Завгорулько Т.И., Завгорулько В.Н. Санаторно-курортное лечение азотно-кремнистыми термальными водами. – Хабаровск. – 1999. – 260с.
5. Лусс Л.В. Аллергодерматозы. Проблемы диагностики и терапии // Инф. сб.: Новости науки и техники, серия "Медицина": Аллергия, астма и клиническая иммунология. – М., 1997. – №4. – С.24-29.
6. Назаров П.Г., Горланов И.А., Мильявская И.Р. Атопический дерматит: иммунологические аспекты // Аллергология. – 1999. – №2. – С.28-35.

7. Николаева С.С. Региональные клинико-этиологические аспекты atopического дерматита в Восточной Сибири // Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1994. – 193с.
8. Ревякина В.А. Атопический дерматит у детей // Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1993. – 263с.
9. Ревякина В.А. Роль этиологически значимых аллергенов в развитии atopического дерматита у детей // Аллергология. – 1998. – №4. – С.13-14.
10. Сизых Т.П., Николаева С.С. Новые подходы к диагностике и лечению atopического дерматита // Междунар.симпоз. по аллергологии и кл. иммунологии: Тез. докл. – Алма-Ата, 1992. – Разд.1. – С.183.
11. Сизых Т.П., Николаева С.С. Роль печени в развитии некоторых заболеваний кожи // Печень, стресс, экология: Материалы 1 Межресп. симпозиума. – Иркутск, 1994. – С.63-69.
12. Торопова Н.П., Синявская О.А. Экзема и нейродермит у детей. – Екатеринбург: Уральский Рабочий, 1993. – 447с.
13. Disease management of atopical dermatitis: a practice parameter // Ann. Allergy Asthma Immunol. – 1997. – Vol.79, №9. – P.197-211.
14. Hanifin M., Rajka G. Diagnostic features of atopical dermatitis // Acta Dermatol. Venerol. (Stockh). – 1980. – Vol.114 (Supp.I). – P.146-148.
15. Mao X.Q., Shirakawa T., Yoshikawa K. et al. Genetic variants of mast cell chymase and eczema // Lancet. – 1996. – Vol.348. – P.581-583.
16. Severity scoring of atopical dermatitis: the SCORAD Index (Consensus report of the European Task Force on atopical dermatitis) // Dermatology. – 1993. – Vol.186. – P.23-31.

© ФЕДОСЕЕВ А.П., ФЕДОСЕЕВА Г.М., МИРОВИЧ В.М., ГОРЯЧКИНА Е.Г., БОЧАРОВА Г.И. –
УДК 615.332(571.5)

ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ В МЕДИЦИНСКУЮ ПРАКТИКУ НЕКОТОРЫХ ВИДОВ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ПРИБАЙКАЛЬЯ

А.П. Федосеев, Г.М. Федосеева, В.М. Мирovich, Е.Г. Горячкина, Г.И. Бочарова.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра фармакогнозии и ботаники, зав. – проф. Г.М. Федосеева, кафедра микробиологии, зав. – проф. Р.Г. Киборт)

Резюме. Определение рациональных схем по применению лекарственных средств комплексного характера, полученных из побегов пятилистника кустарникового, надземных частей перспективных видов лапчаток и их сочетания с другими лекарственными средствами.

Одной из важнейших задач современной фармакогнозии является изучение природных растительных ресурсов и мобилизация их на нужды практического здравоохранения. Истощение запасов лекарственного растительного сырья в Европейской части страны вызывает необходимость перенесения заготовок в восточные регионы, а также введение в медицинскую практику новых видов растений.

Восточная Сибирь и, в частности, Иркутская область обладают значительными потенциальными запасами дикорастущих лекарственных растений, которые до сих пор изучены недостаточно.

В настоящее время, в связи с ухудшением экологической обстановки и увеличением негативных последствий применения химиотерапевтических лекарственных средств, население всего мира все активнее использует для лечения различных заболеваний лекарственные средства природного происхождения.

Следовательно, разработка эффективных и безопасных стандартизованных лекарств на основе растительного, животного и минерального сырья с применением опыта традиционной медицины является актуальной задачей.

Практическая медицина остро нуждается в лекарственных средствах, обладающих кровооста-

навливающим, противовоспалительным, желчегонным, противодиабетическим, антиаллергическим действием, а также антимикробной, противоопухолевой и иммунологической активностью.

Интересными и перспективными в этом отношении являются растения семейств: розоцветных (виды рода Лапчатка и Пятилистник) и вересковых (виды рода Рододендрон).

Они широко распространены на территории Восточной Сибири, в том числе и Прибайкалья и издавна используются в народной медицине при различных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, печени и почек, а также в качестве кровоостанавливающих, желчегонных, противоопухолевых и ранозаживляющих средств.

Предварительные исследования показали, что эти растения содержат комплекс полифенольных соединений (дубильных веществ, флавоноидов, кумаринов, катехинов, фенолкарбоновых кислот, простых фенолов и др.), обладающих широким спектром фармакологического действия.

Наиболее перспективными из них для дальнейшего изучения оказались пятилистник кустарниковый (курильский чай), лапчатки пижмолистная, вильчатая, многонадрезанная, норвежская, серебристая и земляниковидная, а также рододен-