

При анализе показателей липидного состава крови у основной группы, которые в дополнение к базисной терапии принимали «Адаптол» в дозе 1,5 г/сут в течение 3 нед., и аторвастатин в дозе 0,02 г/сут, отмечалось снижение содержания в плазме крови ОХС в среднем на 14,8 %, уровень ЛПВП достоверно не менялся ($p > 0,05$). Наиболее значимо снижалось содержание ЛПНП в среднем на 24,7 % ($p < 0,05$). Содержание ТГ в данной группе статистически значимо не менялось в течение наблюдения ($p > 0,05$). У больных контрольной группы достоверной динамики показателей липидного состава крови выявлено не было ($p > 0,05$).

Сравнительный анализ динамики показателей липидного спектра крови у всех групп пациентов представлена в (таблица 2).

Таблица 2 — Показатели липидного спектра крови у пациентов

Показатели	Группы			
	Основная (n = 10)		Контрольная (n = 10)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
ОХС	4,24 ± 0,7	3,61 ± 0,5	4,73 ± 0,5	4,70 ± 0,6
ЛПНП	2,71 ± 0,2	2,04 ± 0,2	2,64 ± 0,3	2,79 ± 0,3
ЛПОНП	0,58 ± 0,1	0,64 ± 0,1	0,68 ± 0,2	0,74 ± 0,3
ЛПВП	1,25 ± 0,2	1,22 ± 0,1	1,03 ± 0,1	1,0 ± 0,1
ТГ	1,47 ± 0,3	1,53 ± 0,2	1,90 ± 0,15	1,93 ± 0,2
К-ат	2,42 ± 0,2	2,46 ± 0,3	3,18 ± 0,2	3,34 ± 0,2

Выводы

Таким образом, полученные нами результаты показывают, что возможно назначение дневного транквилизатора, анксиолитика «Адаптол» в комплексной терапии у пациентов в постинфарктном периоде, у которых по результатам тестирования выявлены тревожные состояния, либо легкие проявления расстройств депрессивного спектра. Применение шкалы HADS для выявления тревоги и депрессии у пациентов в постинфарктном периоде делает это исследование более полным и всесторонним. Длительное применение транквилизатора «Адаптол» способствует улучшению психосоматического статуса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rudisch, B. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression / B. Rudisch, B. Nemeroff // Biol. Psychiatry. — Aug 2003. — Vol. 54 (3). — P. 227–240.
2. Ениколопов, С. Н. Тревожные состояния у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / С. Н. Ениколопов // Кардиология. — 2006. — № 2. — С. 20–24.
3. Смулевич, А. Б. Депрессия в общей медицинской практике / А. Б. Смулевич. — М.: Медицина, 2000. — 160 с.

УДК 616.5-008.6

СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА

Ковалевский Д. В., Куликовский А. С., Яралян А. В.

Научный руководитель: Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последние десятилетия наблюдается неуклонный рост аллергопатологии как осложнения лекарственной терапии [1]. Важную роль в развитии аллергических заболеваний играют генетические факторы, которые определяют конституциональные и индивидуальные особенности физиологии органов и тканей и формирование иммунологического ответа на аллерген. Существует ряд экзогенных факторов, способствующих реализации генетической предрасположенности к аллергической патологии: экологические проблемы, колоссальное количество фармакологических средств и их доступность, изменение привычек и характера

питания, увеличение стрессовых нагрузок, стремительный рост инфекционно-воспалительных, сердечно-сосудистых, эндокринных и других заболеваний [2]. Медикаментозная аллергия — одно из самых тяжелых проявлений аллергии с многообразием клинических проявлений, сложное в плане лечения пациентов с этой патологией. А учащение случаев заболевания, которое ранее имело меньшую распространенность (синдром Лайелла), подчеркивает чрезвычайную актуальность данной темы [3, 4].

Цель

Произвести исследование распространенности синдрома Лайелла в г. Гомеле за 2005–2015 гг., определить особенности клинического течения заболевания, оценить факторы, способствующие проявлению данной патологии.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов с синдромом Лайелла, которые находились на стационарном лечении в УГОКБ, УГОДКБ и УГОИКБ за 2005–2015 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

За 2005–2015 гг. в стационарах г. Гомеля (УГОКБ, УГОДКБ, УГОИКБ) было пролечено 5 пациентов с диагнозом «синдром Лайелла»: 4 детей в возрасте до 1 года — 1 пациент, от 2 до 6 лет — трое и один пациент в возрасте 63 лет.

У одного из пациентов не удалось выяснить причину возникновения заболевания, заболевание не было связано с приемом каких-либо лекарственных веществ или погрешностями в диете. У трех пациентов удалось установить предположительную причину возникновения заболевания. Прием НПВС как этиологический фактор, выступил в двух случаях, у одного пациента токсический эпидермальный некролиз возник в результате применения глазных капель с антибиотиком, у одного ребенка заболевание возникло после вакцинации. Аллергоanamnez был отягощен у двух исследуемых. Ранее эти пациенты наблюдали высыпания на коже после приема тех или иных лекарственных препаратов.

Все пациенты были госпитализированы в тяжелом состоянии. У всех пятерых пациентов наблюдалась поражения кожи и видимых слизистых оболочек. Степень поражения кожных покровов варьировала от 15 до 65 %. Поражения кожи были представлены в виде дряблых, быстро вскрывающихся пузырей, ярко-красных болезненных эрозий. Симптом Никольского был положительный у всех пациентов. При поражении слизистых там обнаруживались эрозивные изменения. Причем у женщины 63 лет имели место полиорганные поражения.

У всех пациентов отмечался выраженный болевой синдром, для купирования которого применялись наркотические анальгетики.

Во всех случаях отмечалась тяжелая и длительная лихорадка, с появлением злокачественной гипертермии. Длительность лихорадки составила от 3 до 12 дней, температура тела повышалась от 37,5 до 38,9 °С.

Внутренние органы были поражены у 2 пациентов. Так, у шестилетнего пациента были проявления в виде токсической энцефалопатии, проявляющейся различной степенью нарушения сознания, головной болью, а также очаговой неврологической симптоматикой. Данные симптомы сохранялись около 19 дней и были полностью купированы к выписке. Длительность госпитализации его составила 28 дней.

Пациентка 63 лет поступила в клинику в тяжелом состоянии. На фоне приема препаратов «Диафлекс» и «Аркоксия» у нее появились боли в горле, насморк, жжение покраснение в глазах. Через некоторое время возникла сыпь в области лица, озноб. Температура повысилась до 38,5 °С, с течением времени, несмотря на проводимое лечение, состояние пациентки ухудшалось, сыпь распространялась по кожному покрову, в процесс вовлекались внутренние органы. На 12 день с момента госпитализации наступила смерть вследствие потери жидкости на фоне обширного поражения кожи, дисплазии легочной ткани.

Выводы

1. Синдром Лайелла — редкая, но тяжелая патология, требующая незамедлительного активного лечения в большинстве случаев в реанимационном отделении.

2. В нашем исследовании синдром Лайелла чаще выявлялся у детей, но более тяжело протекал с увеличением возраста пациента.

3. Причины заболевания были разнообразны, включали НПВС, вакцину, применение местных препаратов.

4. При адекватном и своевременном лечении синдрома Лайелла у детей произошло выздоровление, в последующем рецидивов не наблюдалось.

5. Заболевание может закончиться летально.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астахова, А. В. Лекарства. Неблагоприятные побочные реакции и контроль безопасности / А. В. Астахова, В. К. Лепехин. — 2-е изд., испр. и дополн. — М.: Эксмо, 2008. — 256 с.
2. Змушко, Е. И. Медикаментозные осложнения / Е. И. Змушко, Е. С. Белозеров. — СПб.: Питер, 2001. — 425 с.
3. Пыцкий, В. И. Аллергические заболевания / В. И. Пыцкий, Н. В. Адрианова, А. В. Артомасова. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Триада-Х, 1999. — 470 с.
4. Межирова, Н. М. Особенности течения и лечения синдрома Лайелла / Н. М. Межирова // Медицина неотложных состояний. — 2011. — № 5. — С. 122–123.

УДК 611.342 - 053.3

«НЕТИПИЧНЫЕ» ЭЛЕМЕНТЫ РЕЛЬЕФА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Коваленко В. В., Шестерина Е. К., Толкач О. Р.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Общеизвестно, что рельеф слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки (ДПК) людей любого возраста, включая новорожденных, формируют «типичные» элементы: ворсинки, крипты, круговые складки, большой и малый сосочки [2, 3]. Но иногда в ходе морфологических исследований, а также эндоскопических манипуляций на слизистой оболочке ДПК обнаруживаются «нетипичные» структуры в виде локальных выпячиваний округлой, либо овальной формы, которые по своему внешнему строению не соответствуют указанным «типичным» образованиям. При этом возникают затруднения в их верификации, а порой и ошибки в правильности трактовки результатов исследования. Нами предпринята попытка раскрытия микроструктурной организации подобных структур с целью повышения качества интерпретации диагностических данных.

Цель

Установление особенностей гистологического строения «нетипичных» рельефных образований слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки новорожденных.

Материал и методы исследования

Гистологическим методом исследована двенадцатиперстная кишка 6 новорожденных без признаков недоношенности (4 мальчика и 2 девочки), смерть которых не связана с патологией гепатопанкреатодуоденальной системы (по данным протоколов вскрытий). После фиксации материала в 10 %-ном растворе нейтрального формалина изготавливались серийные поперечные и продольные срезы, которые окрашивались гематоксилином и эозином, а также по Ван-Гизону. Исследование материала выполнено с использованием светового бинокулярного микроскопа «МИКМЕД» — 5 при увеличении в 40, 100 и 400 раз.

Результаты исследования и их обсуждение

На слизистой оболочке четырех препаратов ДПК (3 мальчика и 1 девочки), помимо круговых складок, ворсинок и крипт, обнаружены локальные выпячивания (бугорки) неправильной округлой и овально вытянутой формы (в количестве 5–7), видимые при макроскопическом исследовании. Подобные образования выявляются на всем протяжении двенадцатиперстной кишки, но наиболее крупные из них обнаруживаются в ее луковице. При микроскопическом исследовании основу бугорков неправильной округлой формы составляют густые скопления альвеолярно-трубчатых желез, сгруппированные в крупные дольки, разделенные прослойками рыхлой соединительной ткани. Учитывая преобладание в этих структурах железистой ткани, их можно назвать «железистыми» бугорками двенадцатиперстной кишки.