

УДК 616.24-003.661+616.24-002
© Шилова Ю.В., Лузин В.И., 2010

ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ КОСТНОГО РЕГЕНЕРАТА ПРИ СКЭНАР-ВОЗДЕЙСТВИИ

Шилова Ю.В., Лузин В.И.

Луганский государственный медицинский университет

СКЭНАР-терапия - это современная технологичная, простая и удобная разновидность рефлексотерапии. Она заключается в воздействии на кожу короткоимпульсных высокоамплитудных с высокой крутизной фронта электрических сигналов, меняющихся в динамике свою форму в зависимости от изменения электрофизиологических характеристик кожи (т.е. реализована биологически обратная связь). В настоящее время СКЭНАР-терапия широко применяется для лечения заболеваний различных органов и систем организма, однако систематизированных сведений о ее воздействии на костную систему нет. Цель данного исследования – изучить в эксперименте на белых крысах химический состав костного регенерата, формирующегося в области сквозного дырчатого дефекта в проксимальном отделе диафиза большеберцовой кости в условиях проведения СКЭНАР-воздействия.

Эксперимент был проведен на 84 белых крысах-самцах, которым на границе проксимального мета-

физа и диафиза большеберцовых костей формировали сквозной дырчатый дефект диаметром 2,2 мм. Часть животных подвергались воздействию при помощи аппарата СКЭНАР-2003 в течение 15 мин ежедневно. Контролем служили животные, не подвергавшиеся СКЭНАР-воздействию.

Установили, что в подопытной группе 7 дню после нанесения дефекта в регенерате содержание воды было меньше контрольного на 10,54%, а содержание органических и минеральных веществ – больше соответственно на 9,30% и 7,50% ($p < 0,05$ во всех случаях). Это следует рассматривать как ускорение формирования костного регенерата в условиях эксперимента. К 15 и 30 дню содержание воды в регенерате было уже больше контрольного соответственно на 11,76% и 6,96%, а содержание минеральных веществ – меньше на 10,64% и 6,04%. Это можно рассматривать как признаки опережающими в сравнении с контрольной группой процессами ремоделирования костного регенерата.

УДК 616.24-003.661+616.24-002

© Шкондин А.Н., Реута Л.И., Лопастинская Н.К., 2010

О СОЧЕТАНИИ ПНЕВМОКОНИОЗА И ГИПЕРСЕНСИТИВНОГО ПНЕВМОНИТА

Шкондин А.Н., Реута Л.И., Лопастинская Н.К.

Луганский государственный медицинский университет

Среди различных форм пневмокониотического процесса у горнорабочих угольных шахт в последние годы всё чаще стали выявляться случаи сочетания его с диффузным фиброзирующим альвеолитом, васкулитом, пневмонитом, саркоидозом. В течение двух лет мы наблюдали пациента с необычным развитием и течением заболевания лёгких. Полученные клинико-рентгенологические результаты приводим в данном сообщении.

Больной В., 39 лет, стаж работы в подземных условиях – 16,6 года (1,2 - машинист электровоза, 15,4 – проходчик). На протяжении этих лет контакта с пылью асбеста не имел. По данным очередного медицинского осмотра, включая и флюорографию лёгких (18.02.2008 г.), патологии не выявлено. Однако через месяц почувствовал недомогание, одышку, слабость, повышение температуры до 38, приступообразный кашель. На рентгенограмме лёгких от 27.03.2008 г. обнаружена двусторонняя, от ключиц до куполов диафрагмы, мелкоочаговая (3-5 мм). диссеминация на фоне диффузной эмфиземы. С диагнозом диссеминированный туберкулёз лёгких 3 апреля госпитализирован в противотуберкулёзный диспансер г. Ровеньки. В связи с тем, что ожидаемого эффекта от интенсивного целенаправленного лечения не достигнуто, 28.05.2008 г. больной переведен в Луганский областной противотуберкулёзный диспансер, в хирургическое отделение, где на следующий день проведена открытая биопсия правого лёгкого. Так как последующее патогистологическое исследование не подтвердило наличия туберкулёза, для уточнения патоморфологии препараты направлены в консультативную поликлинику института фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского г. Киев.

Патогистологическое заключение № 123 от 5.05.2008 г.: на гистопрепаратах правого лёгкого определяются множественные гранулёматозные образования различных размеров, в более крупных гранулёмах центральный некроз, возможно участки

фибриноидного некроза, с включениями инородных частиц по типу асбестовых тел; по периферии их располагается частокол из гистиоцитов, фибробластов, немногочисленных лимфоцитов. Так же определяются выраженные васкулиты очагово-фибриноидно-некротические отложения. Во многих альвеолах отчетливое скопление пылевых макрофагов. Висперальная плевра с воспалительными изменениями, многие т.н. «молодые гранулёмы», располагаются субплеврально, в некоторых из них гигантские многоядерные макрофаги. Заключение: пневмокониоз смешанного происхождения (угольного и асбестового), осложнённый гиперсенситивным пневмонитом; нельзя исключить присоединение ревматического поражения лёгких (к.м.н. Дьяченко А.П.).

На основании данных верификации и клинических проявлений заболевания диагноз диссеминированного туберкулёза лёгких был снят. В дальнейшем больной направлен в отделение Луганской областной клинической больницы (ЛОКБ), где после детального обследования с учётом данных анамнеза, гигиенических условий труда, клинико-функциональных и рентгенологических результатов областная профпатологическая врачебно-экспертная комиссия 22.09.2008 г. установила диагноз: Силикоз, 2 стадия (3|3, r|x) острое развитие, осложнённый гиперсенситивным пневмонитом, эмфизема лёгких, ХНЛ 2 степени.

В течение 2009 г. больному повторно обследован в Национальном институте фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского и в поликлиническом отделении профпатологии ЛОКБ, где ранее установленный диагноз подтвержден.

Таким образом, приведенный случай имеет определённый практический интерес как своим необычным развитием, так и клинико-рентгенологическими проявлениями при сочетании пневмокониоза и гиперсенситивного пневмонита.