

пе – в 40,3%, в 3-й группе – в 40,0% человек. Остаточные явления сохранялись у 30,2% больных основной группы в виде отека синдрома, остаточной гиперпигментации, субфебрилитета. Во 2-й и 3-й группах остаточные явления при выписке из стационара имели место соответственно – в 37,1% и 34,3% случаях. Осложнения развились у 5,3% больных, не лечившихся галавтилином. В 1-й группе койко-день составил  $8,8 \pm 0,74$  дня, во 2-й группе –  $13,1 \pm 0,98$ , в 3-й группе –  $15,5 \pm 1,7$ . У больных рожей, получавших традиционную терапию без применения галавтилина, регистрировались ранние рецидивы заболевания в 23,7%, тогда как у пациентов основной группы, рецидивов не было.

Для оценки терапевтической эффективности галавтилина у больных рожей в сравнительном аспекте, наряду с изучением клинических симптомов, исследованы лабораторные показатели в динамике от начала лечения. Объективным показателем эффективности данного метода является динамика изменения гематологических показателей интоксикации у больных основной и контрольной групп. В 1-й группе пациентов ЛИИ и ГПИ были ниже, начиная с 3-7 дня лечения и до выписки из стационара, нормализовались раньше, чем у больных 2-й и 3-й групп ( $p < 0,05$ ). Также у больных основной группы время рекальцификации плазмы, тромботест и фибриноген нормализовались существенно раньше, чем у пациентов групп контроля ( $p < 0,05$ ).

Полученные данные явились основанием для оценки эффективности указанного нами метода лечения рожи. Показано, что комплексное лечение больных рожей с применением препарата на основе галавита (галавтилина) оказывает благоприятное влияние на клинические проявления заболевания, а также ряд гематологических показателей интоксикации и гемостаза, и свидетельствуют о его противорецидивных свойствах.

Таким образом, наиболее важным результатом наших исследований является, доказательство эффективности комплексного лечения рожи с применением препарата на основе галавита (галавтилина), в сравнении с другими методами.

**Морфологические изменения сосудов микроциркуляторного русла спинальных ганглиев при воздействии рентгеновского излучения**

Мельчиков А.С.

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск*

Целью нашего исследования явилось изучение морфологических изменений сосудов микроциркуляторного русла (МЦР) спинальных ганглиев на уровне различных отделов (шейный, грудной, поясничный) спинного мозга при воздействии рентгеновского излучения.

Исследование проведено на 81 половозрелой морской свинке – самцах, ма-ссой 400-450 гр. Экспериментальные животные подвергались действию однократного общего рентгеновского излучения (

доза – 5 Гр, 0,64 Гр/мин., фильтр – 0,5 мм Си, напряжение – 180 кВ, сила тока – 10 мА, фокусное расстояние – 40 см). В качестве источника излучения использован рентгеновский аппарат «РУМ-17». Облучение производилось в одно и то же время суток в осенне-зимний период, с учетом суточной и сезонной радиочувствительности (Щербова Е.Н., 1984). Контрольные животные находились в помещении с включенной аппаратурой, но отсутствием самого излучения. При помощи гистологических, гистохимических, гистоэнзимологических, морфоколичественных, электронномикроскопических методов проведено исследование сосудов МЦР спинальных ганглиев на уровне различных отделов спинного мозга. Взятие материала производилось сразу, через 6 часов, на 1, 5, 10, 25, 60-е сутки после воздействия. Установлено, что морфологические изменения сосудов МЦР спинальных ганглиев отмечались на протяжении всех сроков наблюдений, достигая максимума на 10-е сутки.

**К вопросу лечения травматической отогенной нейропатии лицевого нерва**

Петров В.В., \*Широков Н.А., Дедов С.В., Лавелин В.А., Мордовцев А.Г.

*\*Кафедра оториноларингологии Астраханской медицинской академии; Городская клиническая больница № 3 имени С.М. Кирова., Астрахань*

Травмы среднего уха, переломы пирамиды височной кости часто сопровождаются явлениями нейропатии лицевого нерва, вследствие нарушения кровоснабжения нерва, кровоизлияния, сдавления отеком. Своевременная терапия позволяет в большинстве случаев добиться положительной динамики, однако, окончательные результаты лечения не всегда удовлетворительные.

На основе базисной терапии (диакарб, витамины группы В, прозерин, дибазол, аллоэ, массаж, ЛФК), применен курс лечения вазоактивным нейрометаболитом – инстеноном. Препарат вводили в/м по 2 мл в течение 7 дней, затем per os по 1 драже 3 раза в сутки №10 в комбинации с электрофорезом инстенона (с «+», № 10) одновременно на околоушную и заушную область на стороне поражения.

Результаты лечения: более быстрое купирование болевого синдрома, слезотечения, ликвидация лагофтальма и ассиметрии лица, восстановление супраорбитального рефлекса; уменьшение средней продолжительности койко-дня (в 1,5 раза). У 1/3 пролеченных инстеноном явления нейропатии лицевого нерва купированы полностью.

Таким образом, ранняя адекватная патогенетическая терапия с включением инстенона у данной категории пациентов является перспективной, поскольку оптимизирует течение острого периода заболевания и улучшает отдаленные результаты лечения.

Работа представлена на II конференцию с международным участием «Гомеостаз и эндоэкология» (Египет, г. Хургада, 22-29 февраля, 2004 г.)