

настоящее время для профилактики бешенства используются антирабический иммуноглобулин (АИГ) и вакцина КОКАВ. Использование АИГ часто сопровождается осложнениями аллергического характера, в т.ч. возможен анафилактический шок. По этой причине необходимость введения АИГ является показанием для госпитализации. Вакцину КОКАВ назначают после укуса бешеным, подозрительным на бешенство или неизвестным животным независимо от времени, прошедшего с момента укуса. Важно отметить, что профилактика бешенства должна оказываться по жизненным показаниям, поэтому противопоказаний для ее проведения нет. В нашем наблюдении 37 человек (15,7%) прибыли в стационар только для проведения профилактики бешенства в связи с опасной локализацией укуса. Из них 34 пациента пришлось на последний 2005 год.

По данным историй болезней вакцинопрофилактика бешенства в МУЗ ГКБ №3 проводилась 94 больными (39,8 %). Остальные пациенты получали курс прививок в других ЛПУ, либо были консультированы врачом антирабического кабинета и отказались от вакцинации.

Особую роль играет проведение антибактериальной терапии независимо от размеров раны и времени, прошедшего с момента укуса. Выбор антибиотика велся на основании результатов бактериологического исследования. До их получения назначали антибиотики широкого спектра действия.

В нашем исследовании посев микробной флоры осуществлялся у 91 пациента (49,2% от всех укушенных в отделении первичной гнойной инфекции). Выделено 18 видов возбудителей. На 1 месте золотистый стафилококк (56 %), за ним следует пиогенный стрептококк (14,3 %). В большинстве случаев был обнаружен только 1 возбудитель. Факультативные анаэробы высевались в 100 % случаев.

Способ введения и продолжительность курса антибактериальной терапии определялись индивидуально для каждого больного. В нашем анализе всем без исключения пациентам производились внутримышечные инъекции антибиотиков. Кроме того, в некоторых случаях общая антибактериальная терапия дополнялась местной: пятерым больным производилось лимфотропное введение цефалоспоринов.

На основании собственных клинических наблюдений сделаны выводы:

1. Профилактика бешенства у пациентов с укушенными ранами должна проводиться по жизненным показаниям, обязательно с учетом обстоятельств укуса.

2. Укушенные раны обсеменены большим количеством микробов, поэтому при необходимости нужно сочетать общую антибактериальную терапию с местной.

3. От укусов животных часто страдают лица трудоспособного возраста.

4. Укушенные раны часто осложняются гнойной инфекцией, поэтому считаем необходимым расширить показания для госпитализации больных с данным видом повреждений.

ПОДБОР СЛУХОВОГО АППАРАТА

Плигина Е.Н.

*МУЗ «Городская клиническая больница №5»
«Мед ВАЗ»,
Тольятти*

Огромный выбор качественных слуховых аппаратов на российском рынке открывает перед врачами-сурдологами-оториноларингологами и их пациентами большие возможности. Однако, нередко выбор той или иной модели слухового аппарата оказывается сложной задачей. И врач - сурдолог как специалист должен помочь пациенту в выборе оптимального варианта слухопротезирования.

Сложность подбора слухового аппарата заключается в индивидуальном подходе к каждому пациенту. Необходимо учитывать данные аудиологического обследования (тональная пороговая и надпороговая аудиометрия, импедансометрия, речевая аудиометрия), а также возрастные особенности пациента, условия быта и труда. Прежде чем настроить и примерить ту или иную модель слухового аппарата, необходимо выяснить, что ожидает пациент от слухопротезирования и соответствуют ли его надежды реальным возможностям. В первую очередь решается вопрос внешнего вида слухового аппарата. Многие пациенты хотят, чтобы «на ухе ничего не было видно, при этом хорошо слышно». Слухопротезист оценивает степень снижения слуха, размеры и форму наружного слухового прохода, состояние барабанной перепонки, а также возраст пациента. Если по каким либо причинам протезирование глубококанальным или внутренним аппаратом непоказано, то необходимо детально объяснить пациенту преимущества классических заушных слуховых аппаратов.

Важным моментом при подборе слухового аппарата является оценка психо-эмоционального состояния пациента. Некоторые из них уже настроены на слухопротезирование и готовы осваивать новый прибор и богатый мир звуков, даже если это может быть связано с определенными трудностями. Другие испытывают «комплекс неполноценности», чувство «обделенности» и пытаются спрятаться от проблем с помощью слухового аппарата, не прилагая при этом особых усилий. Необходимо объяснить пациенту, что освоение слухового аппарата – это определенная работа, в которой первым помощником является слухопротезист.

Речевая аудиометрия в свободном звуковом поле со слуховым аппаратом и без него имеет большое значение при выборе конкретной модели и наглядно демонстрирует пациенту и его родственникам возможности слухопротезирования. Для повышения разборчивости речи используются системы направленного микрофона. Это особенно важно для пациентов, общающихся с другими людьми в условиях шума. Разборчивость речи может быть улучшена благодаря усилителям с большим динамическим диапазоном компрессии, снижению шума на уровне микрофона.

Во многом выбор модели определяется видом тугоухости. Так кондуктивная потеря слуха определяет необходимость наличия регулятора громкости.

С учетом всех потребностей пациента исключаются «лишние» функции, которые могут влиять на стоимость слухового аппарата, но не использоваться на практике.

Необходимо отметить, что работа по подбору слухового аппарата – это поиск оптимального сочетания современных технологий и остаточного слуха пациента с учетом его психо-эмоционального состояния. Современные слуховые аппараты обладают большими возможностями, адаптационные способности организма человека еще более велики. И только согласованная работа слуховой системы человека и системы электро-акустической коррекции позволяет достичь хорошего эффекта от слухопротезирования.

ЦИТОПРОТЕКТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Пьянзина С.Б., Дикова О.В., Инчина В.И.
*Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарева,
Саранск*

Атопический дерматит (АД) – генетически детерминированный хронический рецидивирующий дерматоз, имеющий комплексный иммунопатогенез, обусловленный нарушением деятельности центральной и вегетативной нервной системы, эндокринными и нейрососудистыми расстройствами, нарушением равновесия между процессами перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы (АОС).

Целью исследования явилось изучение влияния мексидола на клиническую картину и некоторые показатели гомеостаза больных АД.

Работа проводилась на базе МРКВД г. Саранска. Обследовано 37 больных АД (мужчин – 21, женщин – 16) в возрасте от 18 до 42 лет, распределенных в две группы, сопоставимых по полу, возрасту, давности заболевания, наличию сопутствующей патологии, тяжести и распространенности патологического кожного процесса.

Первая – группа сравнения – 25 больных, получивших стандартное лечение (протоколы ведения больных, 2001); вторая – исследуемая – 12 больных, в комплекс стандартного лечения которых включен 5% раствор мексидола по 2,0 в/м 1 раз в сутки в течение 10 дней.

Контрольную группу составили 15 клинически здоровых доноров.

Состояние процессов свободно - радикального окисления (СРО) липидов оценивали по показателям малонового диальдегида (МДА) и Fe - индуцированного МДА (FeМДА) в плазме (пл.) и эритроцитах (эр.); антиоксидантной защиты (АОЗ) – по каталазе (Кат.) пл., эр.

Полученные результаты. Значения МДА пл. до лечения в изучаемых группах ниже таковых в группе здоровых доноров. После лечения показатель в I группе увеличился в 2,25 раза ($P < 0,05$), во II – уменьшился в 1,36 раза ($P > 0,05$). Показатель МДА эр. в I группе снизился к концу лечения на 5,3% ($P > 0,05$), оставаясь ниже контрольных значений на 32,1%

($P > 0,05$); во II группе – на 5,54% ($P > 0,05$), что ниже контрольных цифр на 4% ($P > 0,05$).

Уровень Fe МДА пл., превышающий данные контроля в 1,46 раза, возрос к концу лечения у больных I группы на 1,89% ($P > 0,05$), у больных II группы – снизился в 1,84 раза ($P < 0,05$), став ниже контрольных цифр в 1,26 раза ($P > 0,05$). Значения Fe МДА эр., изначально выше контрольных в 1,35 раза ($P > 0,05$), к концу лечения у больных I группы увеличились в 1,47 раза ($P < 0,01$); у больных II группы – снизились на 9% ($P > 0,05$), оставаясь выше значений контроля на 60,65% ($P < 0,05$).

Изменения показателей продуктов ПОЛ при применении стандартной терапии происходили на фоне снижения каталазы в плазме крови на 67,69% ($P > 0,05$) и роста каталазы в эритроцитах в 1,16 раз ($P > 0,05$). При применении мексидола имели место снижение каталазы в плазме крови к концу терапии на 18,42% ($P > 0,05$), что выше значений доноров в 3,39 раза ($P < 0,001$), и рост каталазы в эритроцитах на 40,58% ($P > 0,05$), что выше показателя доноров в 7,59 раз ($P < 0,01$).

Клинические показатели в исследуемых группах имели следующие характеристики. Улучшение патологического кожного процесса на фоне применения стандартной терапии наступило на $8,8 \pm 0,16$ день. Длительность стационарного лечения составила $29,13 \pm 0,75$ койко-дней. При включении в комплекс традиционного лечения мексидола регресс кожных эффоресценций наступил на $3,23 \pm 0,32$ день при средней продолжительности стационарного лечения $15,54 \pm 2,06$ койко-дней.

Выводы

Впервые в комплекс стандартного лечения атопического дерматита введен цитопротектор мексидол – препарат антиоксидантного типа действия – в виде 5% раствора по 2,0 в/м 1 раз в сутки в течение 10 дней, что способствовало более быстрому купированию патологического кожного процесса на фоне снижения процессов СРО липидов.

ВЛИЯНИЕ ПРООКСИДАНТОВ НА АКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ АНТИОКСИДАНТНЫХ ФЕРМЕНТОВ В ПРОРОСТКАХ *ALLIUM FISTULOSUM*

Пьянзина Т.А., Трофимов В.А.
*Мордовский государственный
университет им. Н.П. Огарева*

Активные формы кислорода (АФК) принимают непосредственное участие в формировании разнообразных физиологических ответов клеток на то или иное воздействие. Какой конкретно будет реакция клетки - вступит ли она в митотический цикл, пойдет ли в сторону дифференцировки или дедифференцировки, или же в ней активируются гены, запускающие процесс апоптоза, зависит от конкретного воздействия, действующего на специфические клеточные рецепторы и от фонового уровня АФК. Последний зависит от соотношения скоростей и способов продукции и устранения этих активных частиц. Для утилизации АФК клетка имеет ряд ферментативных систем и ве-