

ях 1:10³, 1:500, 1:100 и 1:50. Повышение тонической реакции полосок почечной артерии коровы на адреналин в концентрации 10⁻⁶ г/мл (за счет активации α -АР) сыворотка крови у здоровых женщин и женщин со АГ II стадии вызывала в разведении 1:50, а у женщин с АГ III стадии ЭСААР-активность сыворотки отсутствовала у всех ее 5 разведений (1:10⁴ - 1:50).

При хроническом гастрите (полоски желудка и матки крысы) содержание ЭБМХР снижено (что, очевидно, является одной из причин избыточного влияния вагуса на секреторную и моторную функцию желудка), но оно восстанавливается после лечения, включающего применение сульфатно-кальциевой минеральной воды «Нижеиневкинская 2К». Так, у здоровых людей (n=11) 10³-, 500-, 100- и 50- кратные разведения сыворотки крови снижали тонический компонент реакции на АХ (10⁻⁶ г/мл) у полосок желудка крысы соответственно (M \pm m) до 83,0 \pm 6,8%*, 72,3 \pm 12,0%*, 33,9 \pm 5,3%* и 16,1 \pm 6,1%* от исходного ее уровня (* - снижение достоверно, p<0,05), у больных в период обострения гастрита (n=22) - до 98,7 \pm 8,2%, 88,6 \pm 6,0%, 34,7 \pm 5,1%* и 16,3 \pm 3,8%, а у больных после лечения (n=12) - до 65,9 \pm 9,1%*, 50,9 \pm 6,1%*, 36,3 \pm 5,4%* и 29,7 \pm 8,6%*.

Все это указывает на перспективность изучения роли эндогенных модуляторов хемореактивности в условиях нормы и патологии.

ДЛИТЕЛЬНАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Челнокова О.Г., Кибрик Б.С.

Ярославская государственная медицинская академия

Восстановление иммунного статуса является важным направлением патогенетической терапии остро прогрессирующих форм туберкулеза легких. В комплексном лечении 210 больных остро прогрессирующими формами туберкулеза, в том числе 92 больных казеозной пневмонией, была использована длительная, этапная иммунотерапия. На первом этапе иммунотерапии в течение 2 - 3 недель проводили 2 - 5 сеансов экстракорпоральной иммунофармакотерапии с диуцифоном или лейкинфероном по разработанной нами методике. Метод основан на выделении лейкоцитов пациента, их обработке *in vitro* иммунопрепаратом с последующей реинфузией активированных клеток больному. Экстракорпоральная иммунофармакотерапия имела преимущества перед другими методами и препаратами иммунотерапии на первом этапе лечения. Они состояли в исключении влияния эндотоксикоза и других супрессивных факторов при активации клеток *in vitro* и эффективном снижении эндотоксикоза при плазмозамене и инфузионной терапии в ходе самой процедуры. Создание высоких концентраций иммунопрепаратов, непосредственно воздействующих на выделенные клетки с исключением супрессивных факторов, способствовало выраженной активации иммунных клеток в короткие сроки. Метод позволил восстановить иммунную реактивность у 89% больных в течение первого месяца лече-

ния и способствовал купированию эндотоксикоза, в том числе у 74% больных казеозной пневмонией с тотальным поражением обоих легких. С учетом глубокого уровня исходных иммунных нарушений с абсолютным дефицитом иммунокомпетентных клеток более 60% от нормальных значений и быстроты восстановления показателей в течение 2 - 3 недель, метод экстракорпоральной иммунофармакотерапии был отнесен к эффективным методам иммунореанимации у больных остро прогрессирующими деструктивными формами туберкулеза.

Длительное сохранение иммунных нарушений у больных остро прогрессирующими формами туберкулеза при стандартных режимах лечения без иммунотерапии, замедленная инволюция и высокий удельный вес обострений явились обоснованием для проведения длительной иммунотерапии. Индивидуальный подбор комплекса иммунопрепаратов и методов продолжали в течение 3 - 6 месяцев до стойкого восстановления показателей иммунного статуса. В лечении мы использовали лейкинферон, ликопид, изофон, веторон, внутривенное лазерное облучение крови, ультразвуковое воздействие на селезенку. В течение стационарного курса лечения 6 - 12 месяцев проводился индивидуальный мониторинг показателей периферической крови: абсолютного числа лимфоцитов, CD3, CD4, CD8, CD4/CD8, CD16, CD19, CD25, HLA-DR+ клеток. Ориентирующим критерием для углубленного исследования иммунного статуса являлось снижение абсолютного числа лимфоцитов на 20% и более. При выявлении ухудшения показателей иммунного статуса, замедленной или стабилизации назначались повторные курсы иммунотерапии. По окончании стационарного лечения профилактика обострений и рецидивов проводилась с использованием наиболее эффективных иммунопрепаратов у данного больного.

Экстренное восстановление показателей иммунного статуса в течение 3 недель при выраженных исходных нарушениях и поддержание иммунного статуса на высоком уровне в течение всего курса лечения позволило достичь положительного эффекта и прекратить бактериовыделение у 85% больных.

Исследование показало высокую эффективность использования в комплексном лечении больных остро прогрессирующими деструктивными формами туберкулеза длительной, этапной иммунотерапии, включая экстракорпоральную иммунофармакотерапию, с учетом индивидуального мониторинга иммунологических показателей и динамики заболевания.

ПОСМЕРТНОЕ СТРОЕНИЕ ЗАДНИХ ОТДЕЛОВ АРТЕРИАЛЬНОГО КРУГА ГОЛОВНОГО МОЗГА ДЕТЕЙ

Чепурнова М.В., Горбунов А.В.

*Тамбовский государственный
университет им. Г.Р.Державина,
Тамбов*

Аномалии развития артерий брахицефальной области в виде патологической извитости и петлеобразования, гипоплазий и аномалий положения