

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 «Нижевикинская 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 рентгенологической инволюции 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

сопровождает до трети случаев головной боли сосудистого генеза у детей. Кроме того, крайне мало сведений о возрастной эволюции врождённых аномалий развития артерий головного мозга. Данные обстоятельства и обуславливают крайнюю необходимость скорейшей выработки адекватных подходов к оценке состояния артерий головного мозга детей с учётом возраста.

Целью исследования явилось уточнения рентгенангиографических характеристик задних отделов артериального круга головного мозга в детском возрасте.

Материалом для исследования послужили трупы 11 детей в возрасте 7 месяцев, 5, 7 и 9 лет, погибшие от причин не связанных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и не имеющие указаний на патологию сосудов головного мозга. Трупам проводилась рентгенангиография по Привесу-Золотухину. По рентгенангиограммам проводился морфологический и морфометрический анализ (диаметр начала d_1 , диаметр конца d_2 , длина L) позвоночных, основной, задних мозговых и задних соединительных артерий.

Установлено, что у детей 7 месяцев позвоночные артерии имеют d_1 1,1-2,0 мм, d_2 - 1,8-2,2 мм, L - 15-20 мм; основная артерия имеет d_1 4,9 мм, d_2 - 3,9 мм, L - 21 мм; задние мозговые артерии имеют d_1 1-3 мм, d_2 - 0,8-1,9 мм, L - 17-25 мм; задние соединительные артерии имеют d_1 0,8-0,9 мм, d_2 - 0,8-1,0 мм, L - 9-13 мм.

Установлено, что у детей 5 лет позвоночные артерии имеют d_1 2 мм, d_2 - 1,8-2,5 мм, L - 18-20 мм; основная артерия имеет d_1 3,2-4,0 мм, d_2 - 1,9-2,2 мм, L - 19-20 мм.

Установлено, что у детей 7 лет позвоночные артерии имеют d_1 2,8 мм, d_2 - 2,1 мм, L - 25-28 мм; основная артерия имеет d_1 4,9-5,1 мм, d_2 - 3,9-4,1 мм, L - 26 мм; задние мозговые артерии имеют d_1 3 мм, d_2 - 2 мм, L - 28 -31 мм; задние соединительные артерии имеют d_1 0,9-1,1 мм, d_2 - 0,9-1,2 мм, L - 10-25 мм.

Установлено, что у детей 9 лет позвоночные артерии имеют d_1 3,5-4,0 мм, d_2 - 2,5-3,0 мм, L - 28-32 мм; основная артерия имеет d_1 5,0-6,5 мм, d_2 - 3-4 мм, L - 25-33 мм; задние мозговые артерии имеют d_1 3 мм, d_2 - 2 мм, L - 42 мм; задние соединительные артерии имеют d_1 1-2 мм, d_2 - 0,9-2,1 мм, L - 11 мм.

Таким образом, отмечается достаточно интенсивный рост позвоночных артерий в возрасте с 5 до 7 лет и с 7 до 9 лет; основная артерия является наиболее стабильным сегментом задних отделов артериального круга в анализируемый период роста и развития детей от первого года жизни до 9 лет; задние мозговые артерии растут стабильно и равномерно без чётких скачкообразных тенденций; рост задних соединительных артерий стабилизируется в возрасте 5 - 9 лет.

Вышеизложенное позволяет сделать выводы о большем с точки зрения возможных аномалий значении роста позвоночных артерий и о необходимости клинической настороженности при быстром росте в других сегментах задних отделов артериального круга.

**ЛЕПТОСПИРОЗ И ГЕМОПРАГИЧЕСКАЯ
ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ:
СРАВНИТЕЛЬНАЯ
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА (ПО МАТЕРИАЛАМ 1-Й
ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ
БОЛЬНИЦЫ г. ИВАНОВО)**

Чернобровый В.Ф., Федоровых Л.П., Довгалюк Т.И.,
Шибачева Н.Н., Федосеева Е.С., Лебедев С.Е.,
Гущин Д.Н., Лаврух И.Ф., Листопадов М.С.
*ГОУ ВПО «Ивановская государственная
медицинская академия Росздрава»,
Иваново*

Зоонозы все еще имеют место в перечне инфекционных заболеваний человека. Они представляют опасность не только в виде спорадической заболеваемости, но и нередко – эпидемиологических вспышек. Любое появление вспышечной заболеваемости зоонозами среди людей нуждается в изучении особенностей эпидемиологии и клиники этих заболеваний.

Целью настоящей работы было дать сравнительную характеристику больных лептоспирозом и геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС).

Под наблюдением находилось 40 больных (20 человек с лептоспирозом и 20 – с ГЛПС). У всех диагноз подтвержден специфическими серологическими методами исследования (ГЛПС в, диагностический титр 1:; лептоспироз в диагностический титр 1:).

ГЛПС поражает людей чаще в возрасте старше 30 лет (85%), причем преимущественно мужчин (83%); в этих возрастных группах наибольший процент заболевших приходится на возраст 30 – 50 лет, т.е. трудоспособное население. Причиной этого, по видимому, является большой процент занятости в сельском хозяйстве, работа на приусадебных участках, посещение леса.

Поступление больных в стационар начиналось в летние месяцы, причем 35% больных ГЛПС поступили в июне-июле и 65% в сентябре, в то время как 95% больных лептоспирозом поступили в сентябре. Догоспитальная диагностика этих болезней была весьма затруднительна, т.к. начальные симптомы напоминают ОРВИ, грипп, энтеровирусную инфекцию, пиелонефрит и т.д., что и находило свое отражение в направлениях в стационар.

Ведущим фактором заражения ГЛПС, равно как и лептоспирозом, является употребление некипяченой воды (50 и 60% соответственно).

Средние сроки пребывания больных в стационаре составили при ГЛПС 19 койко-дней, при лептоспирозе – 20. В целом лептоспирозом болеют несколько дольше, чем ГЛПС, хотя разница несущественна.

Такие симптомы, как лихорадка, слабость, головная боль, снижение аппетита с одинаковой частотой отмечались у всех больных. Специфическими для ГЛПС были следующие симптомы: боли в суставах, нарушение зрения, более учащенное мочеиспускание в полиурическом периоде, увеличение печени, гиперемия кожных покровов, боли в пояснице (нередко с иррадиацией в брюшную полость), экзантема; в это