

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

время при лептоспирозе чаще отмечались тошнота, рвота, боли в эпигастрии, жидкий стул, уреженное мочеиспускание, потливость, боли в правом подреберье, боли в мышцах.

Оба этих заболевания, кроме общих симптомов интоксикации, характеризует выраженная органная патология, проявлением которой были не только клинические признаки, но и изменения лабораторных показателей.

Для лептоспироза было более характерно превалирование поражения печени над изменениями в почках, что находило отражение в высоких показателях билирубина и АЛТ по сравнению с нормой. При ГЛПС, наоборот, на фоне умеренно повышенной активности АЛТ, показатели мочевины и креатинина превышали таковые по сравнению с больными лептоспирозом, что отражало более выраженное поражение почек.

При лептоспирозе протенурия встречается в 85% случаев, а средний уровень белка составляет 0,65 г/л, лейкоцитурия встречается в 70%, гематурия – в 35%, гипостенурия наблюдается в 20%, а тенденция к гипостенурии имеется в 40%. У больных ГЛПС протеинурия отмечена в 95% случаев со средним уровнем белка 0,9 г/л, лейкоцитурия наблюдалась в 85% случаев, гематурия – в 30%, гипостенурия в 35%, а тенденция к развитию гипостенурии имела в 30% случаев.

В общем анализе крови присутствовали изменения, характерные для воспалительного инфекционного процесса, однако при лептоспирозе они были более выражены.

Для оценки эффективности лечения нами были проанализированы лабораторные данные больных ГЛПС и лептоспирозом. Средние значения основных показателей биохимического анализа крови больных пришли в норму, но в 15% случаев наблюдался повышенный уровень мочевины, в 10% - креатинина, в 37% - АЛТ при лептоспирозе, а при ГЛПС в 10% случаев сохранялся повышенный уровень креатинина, в 75% случаев – АЛТ.

Протеинурия при ГЛПС сохранялась при выписке в 30% случаев при среднем уровне белка 0,044г/л, лейкоцитурия в 45% случаев, гипостенурия – в 55%, а тенденция к гипостенурии – в 25% случаев. При лептоспирозе протенурия отмечалась чаще 80% случаев со средним уровнем белка 0,54 г/л, лейкоцитурия в 60% случаев, гематурия – в 10%, гипостенурия – в 55%, а тенденция к гипостенурии – в 15% случаев.

При оценке данных при выписке общего анализа крови больных лептоспирозом выявлено отклонение основных показателей от нормы в 90% случаев, у больных ГЛПС – в 78% случаев.

Таким образом, в общем анализе крови и мочи у больных лептоспирозом после проведенного лечения сохраняются более выраженные изменения, чем при ГЛПС, где отмечается превалирующий уровень гиперферментемии.

Приведенные выше данные выявляют различия в клинических симптомах ГЛПС и лептоспироза. При ГЛПС обращает на себя внимание преобладающее поражение почек, в то время как при лептоспирозе отмечается полиорганность поражения. Восстанови-

тельный период при лептоспирозе более продолжительный по сравнению с ГЛПС, на что указывают изменения в лабораторных показателях, отражающих состояние почек и печени.

СЕЛЕКЦИЯ И ГЕНЕТИКА PINUS SYLVESTRIS L. В ОСТРОВНЫХ БОРАХ

Чернодубов А.И.

Воронежская государственная

лесотехническая академия,

Воронеж

Сосна обыкновенная является главной лесообразующей породой островных боров юга Русской равнины. Она представлена в них двумя эдафическими или почвенными экотипами - песчаным и меловым. На песках расположены знаменитые Цнинский, Усманский и Хреновской боры, которые занимают левые песчаные берега одноименных рек. Меловые боры расположены на правых высоких берегах с выходами мела, известняков, мергелей, доломитов рек Нежеголь – «Бекарюковский бор» Шебекинский лесхоз Белгородской области; Потудань – Коротояское лесничество Острогожского лесхоза Воронежской области; Волги - Хвалынский лесхоз Саратовской области; заповедник и национальный парк «Самарская лука» Самарской области. Все они реликты третичного и четвертичного периодов с большим количеством уникальных древесных, кустарниковых, травянистых растений, мхов и лишайников. Вместе с тем, в них ведется хозяйственная деятельность по рубкам ухода, облесению пустующих земель, рубки перестройки и обновления, что требует восстановления таких площадей. Поэтому возникает необходимость создавать такие рукотворные насаждения, которые не уступали бы коренным типам леса. Для этого необходимо знать генетическую структуру аборигенных адаптированных к внешним условиям сосняков.

Для облесения меловых обнажений, которых на юге России не менее 1,5 млн га, также требуются определенные генотипы приспособившиеся к произрастанию в жестких климатических и почвенных условиях. Нам, на основании изоферментного анализа белков и количественной изменчивости компонентов эфирных масел, удалось изучить популяционную структуру основных типов леса, что позволяет формировать постоянную лесосеменную базу и создавать насаждения известного генотипического состава и как следствие высокопродуктивные устойчивые насаждения сосны аналогичные коренным типам леса. Эта работа будет продолжаться и при проведении рубок ухода с тем, чтобы к возрасту спелости соотношение биотипов соответствовало аутохтонным древостоям. Таким образом, использование современных методов изучения популяционной структуры позволяет изучать состав древостоев, выделять наиболее продуктивные генотипы и формировать постоянную лесосеменную базу на генетико-селекционной основе, с тем чтобы в дальнейшем создавать искусственные насаждения известного генотипического состава.