

воздействия является длительное сохранение поврежденных в отдельных звеньях системы иммунитета, проявляющихся ускорением процессов старения, быстрым прогрессированием хронических заболеваний внутренних органов, латентно протекающих в период формирования, а также развитием злокачественных новообразований (Жетписбаев Б.А., Мусаинова А.К., 2007).

Целью исследования явилось изучение у экспериментальных крыс влияния радиации в дозе 6 Гр на показатели мононуклеарно-фагоцитарной системы иммунитета.

Методы. Животные 12 месячного возраста были разделены на 2 группы: I группа – интактные, II группа – облученные. Животных II группы облучали однократно за 30 суток до исследования на радиотерапевтической установке Терагам ^{60}Co в дозе 6 Гр.

Результаты. Индекс миграции в РТМЛ на ФГА повышался с $0,79 \pm 0,04$ до $1,04 \pm 0,08$ ($p < 0,05$). У крыс 2-й группы фагоцитарная активность клеток крови снизилась, если у интактных животных она составляла $36,17 \pm 2,52\%$, то во 2 группе данный показатель составлял $27,34 \pm 2,36\%$ ($p < 0,05$). Обнаружена тенденция к снижению фагоцитарного числа с $1,59 \pm 0,24$ до $1,46 \pm 0,17$ ($p > 0,05$). Учет кислородзависимого фагоцитарного киллинга в тесте восстановления НСТ – является показателем фагоцитарной и метаболической активности нейтрофильных гранулоцитов. Исследование показало, что показатель НСТ-теста у облученных животных понижен с $4,87 \pm 0,41$ до $3,55 \pm 0,39$ ($p < 0,05$), что свидетельствует о понижении функциональной активности нейтрофилов. Таким образом, облучение в дозе 6 Гр понизило фагоцитарную активность нейтрофилов на 20,0%, НСТ-теста на 27,0%. Подавление фагоцитарного звена в виде понижения НСТ-теста, функционально-метаболической активности нейтрофилов свидетельствует, что радиация оказывает существенное супрессивное влияние на неспецифическое фагоцитарное звено иммунитета.

ДИАГНОСТИКА ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ

Харитонов В.А.

Мурманский государственный технический университет,
Мурманск, e-mail: aspirant_gbnir@list.ru

Выявление аллергии к продуктам питания относится к важным проблемам диагностики, особенно при развитии реакций клеточного иммунитета. Часто трактовка анамнестических данных затрудняется различными причинами. В отличие от других типов аллергии существенную роль играет количественный фактор. Если нет резко выраженной сенсибилизации, то прием небольшого количества аллергена может; переноситься без реакций. Аллергенность вещества может значительно меняться в процессе приготовления пищи. Проявления сенсибилизации носят циклический характер. Очень часто в основе аллергии к продуктам питания лежит недостаточность пищеварения, по мере улучшения которого изменяется и степень аллергических реакций. Аллергические реакции могут симулировать другие заболевания, особенно инфекционной природы, ферментативные, а также психические и вегетативные нарушения.

Принципы диагностики истинной пищевой аллергии направлены на выявление аллергических антител или продуктов специфического взаимодействия антител с антигеном, а также на выявление реакций на пищевые продукты, протекающих по замедленному типу гиперчувствительности.

При диагностике пищевой аллергии и пищевой непереносимости особое внимание уделяют сбору анамнеза жизни и болезни, анализу данных аллергологического, фармакологического, пищевого анамнеза и пищевого дневника.

Постановка кожных аллергологических проб - это традиционный метод диагностики аллергии, метод

выявления специфической чувствительности организма. Кожные тесты на аллергию обычно включают прик-тесты (метод укола), скарификационные (метод царапины), и внутрикожные пробы с разными наборами аллергенов.

Элиминационные и провокационные пробы играют особую роль при обсуждаемом виде аллергии из-за ненадежности кожных проб. Ввиду больших затрат эти исследования необходимо тщательно планировать. Предполагаемый аллерген идентифицируют на основании прекращения расстройств при его исключении (элиминационная диета) или их возобновления при назначении (провокационная диета). Часто для уточнения диагноза используют оба способа. Дифференциальную диагностику пищевой аллергии проводят с заболеваниями и аномалиями развития желудочно-кишечного тракта, психическими расстройствами, метаболическими нарушениями, интоксикациями, инфекционными заболеваниями, дисахаридной недостаточностью, эндокринной патологией, передозировкой лекарственных средств.

Аллергия к продуктам питания встречается гораздо чаще, чем диагностируется. Гораздо чаще пищевая аллергия встречается в детском возрасте. В юношеском возрасте и у взрослых частота аллергии к продуктам питания и ее интенсивность подвержены значительным колебаниям. Нередко она сохраняется в течение всей жизни. Прогноз в каждом конкретном случае определить трудно, так как он зависит от многочисленных факторов. Например, определенную роль играют степень повышенной чувствительности, число аллергенов, комбинация с другими типами сенсибилизации, конкурирующими и осложняющими заболеваниями, психологические факторы. Более благоприятный прогноз имеет неосложненная и моновалентная аллергия к редко употребляемым продуктам питания при условии их своевременного исключения.

ВЛИЯНИЕ СТРЕССОРНЫХ ФАКТОРОВ НА УЛЬТРАСТРУКТУРУ ЭНДОТЕЛИИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА БРЮШИНЫ

Хасянов Е.Т., Поройский С.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: Djon4081990@mail.ru

Оперативные вмешательства, выполняемые в условиях повседневной работы лечебных учреждений и чрезвычайных ситуациях, влияют на течение физиологических процессов организма, определяющих течение послеоперационного периода и состояние больного. Функциональная активность брюшины связана с системой ее микроциркуляции, при этом адекватная работа сосудов определяется адекватным функционированием эндотелия.

Цель работы: исследовать влияние операционной травмы на ультраструктурную организацию эндотелия сосудов брюшины.

Методика исследования: подготовка микропрепаратов (участки париетальной и висцеральной брюшины) для электронной микроскопии производилось по стандартной методике, включающей фиксацию биоптатов в 1% р-ре тетраоксида осмия, дегидратацию в ацетонах возрастающей концентрации, заливкой в смесь эпона и аралдита, формирование ультратонких срезов (50-90 нм).

Результаты исследования и их обсуждение. При электронной микроскопии (препараты 1-3 дня забора) отмечались признаки отека или дегидратации цитоплазматического матрикса эндотелиоцитов с колебаниями его электронной плотности, изменениями формы и объема клеток. Выявлена гиперплазия элементов эндоплазматического ретикулаума и пластинчатого комплекса Гольджи, гипертрофия митохондрий. Набухание митохондрий с очаговым

лизисом крист возможно является начальным этапом клеточного апоптоза. Эндотелиальные клетки чаще имели уплощенный вид, встречались клетки неправильной формы за счет наличия цитоплазматических отростков, являясь одним из факторов пристеночно-го тромбообразования. Эндотелиоциты существенно различались по степени везикуляции. Распределение в цитоплазме ограниченных мембранных пузырьков часто носило неравномерный характер, с тенденцией к образованию более или менее значительных скоплений вдоль одной из поверхностей клетки, либо в центральной области цитоплазматического матрикса.

Заключение. Реакция эндотелия сосудов брюшины на воздействие операционной травмы характеризуется: нарушением эффективности транспортной функции, ухудшением условий пристеночного кровотока, активацией компенсаторно-приспособительных процессов, усилением пластических процессов, обратимостью организации эндотелиальной клетки.

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРА «СПЛЕНОПИДА» И ОЗОНИРОВАНИЯ КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Хворенков А.А., Хворенкова А.П.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, e-mail: Hvorenkoff@yandex.ru

Цель. Изучение влияния озонирования крови и применения иммуномодулятора «Спленопид» на лечение синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы. На базе 1-й РКБ г. Ижевска было проанализировано лечение 16 больных с синдромом диабетической стопы. Мы выделили контрольную и опытную группы по 8 пациентов. Опытной группе пациентов, в отличие от контрольной, помимо основного лечения вводился иммуномодулятор «Спленопид» и применялось озонирование крови.

Опытная группа пациентов получала иммуномодулятор «Спленопид» ежедневно в дозе 230 мг 2 раза в день в течение 7 дней и озонированные растворы 200-400 мл в течение 7-12 дней. Контрольная группа получала традиционное комплексное лечение.

Полученные результаты. В нашем случае при применении спленопада и озонировании крови у 3 пациентов из опытной группы с диагнозом сухая гангрена голени уже на 2-3 день улучшилось состояние, спал отек, вскрылась язва на ноге, на 9 день лечения язва зарубцевалась. У остальных больных с диабетическими язвами лечебные мероприятия включали хирургическую обработку очага с целью освобождения его от некротических масс, снижение микробной обсемененности и адекватное дренирование. После очищения язв от некротических тканей при лечении иммуномодулятором «Спленопид» и озонированием крови через 3 суток в ране происходили изменения в сторону активации пролиферативных процессов: выполнение раны сплошным слоем сочной грануляционной ткани. К шестым суткам у пациентов в основной группе, в отличие от контрольной, отсутствовала картина острого воспаления. У всех пациентов основной группы происходило ускорение регенерации и более раннее появление эпителизации.

Заключение. Положительная динамика в лечении синдрома диабетической стопы отмечается у всех пациентов опытной группы, увеличилась скорость выздоровления пациентов (среднее количество дней пребывания в стационаре 12-14, в отличие от контрольной группы – до 21 дня).

Во время лечения никаких отрицательных эффектов, аллергических реакций на введение иммуномодулятора «Спленопид» и озонирование крови у пациентов не наблюдалось.

Озонирование крови и иммуномодулятор «Спленопид» с успехом могут применяться при лечении синдрома диабетической стопы.

ТВОРЧЕСКИЙ И ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОРА Н.Ф. РУПАСОВА

Хворенков А.А.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, e-mail: Hvorenkoff@yandex.ru

Николай Федорович родился 30 апреля 1901 году в г. Малмыже Вятской губернии в семье служащего. В 1919 году Николай Рупасов окончил среднюю школу и вступил в ряды Красной Армии. После армии был направлен на учебу в Казанский университет и поступил на медицинский факультет. В 1924 году после окончания университета Н.Ф. Рупасов был призван на военную службу врачом. С 1928 года работал заведующим хирургическим отделением областной больницы г. Йошкар-Ола. Здесь он активно оперировал, организовал научную секцию врачей, включился в научную работу. В 1930 году проходил усовершенствование в г. Казани в хирургической клинике профессора А.В. Вишневого. Работая в клинике, он стал убежденным сторонником медицинских концепций Вишневого, стал учеником и истинным другом Александра Васильевича. С 1932 по 1940 гг. он работал заведующим хирургическим отделением и главным врачом в Можгинской межрайонной больнице в Удмуртии. В 1937 году защитил кандидатскую диссертацию по применению местного обезболивания при крупных гинекологических операциях. Он провел большой клинический анализ лечения рака нижней губы по материалам Можгинской больницы. Этот труд вылился в докторскую диссертацию, которую он защитил в 1939 году, и монографию «Рак губы», изданную в 1948 году. В 1940 году по приказу МЗ РСФСР он был назначен на пост директора Ижевского мединститута и стал профессором кафедры госпитальной хирургии по курсу военно-полевой хирургии. В годы Великой Отечественной войны принимал самое активное участие в развертывании эвакуогоспиталей, в обучении хирургии врачей других специальностей. За годы войны он лично выполнил около 2500 операций в эвакуогоспиталях Удмуртии; предложил методику восстановления функции конечностей после ранений, разработал систему лечения обморожений во фронтовой обстановке, много сделал для лечения несросшихся огнестрельных переломов костей. В 1944 году Н.Ф. Рупасов стал наркомом здравоохранения Удмуртской АССР. В 1946 году возглавил кафедру общей хирургии ИГМИ. Н.Ф. Рупасов – автор 50 научных работ. За выдающуюся научную, организационную, хирургическую деятельность он удостоен звания заслуженного деятеля науки УАССР, награжден значком «Отличнику здравоохранения СССР», орденами и медалями. Умер Н.Ф. Рупасов 17 апреля 1968 года. В памяти своих коллег, учеников, родных и друзей он остался как светлый, трудолюбивый человек, блестящий хирург, талантливый ученый, выдающийся педагог и организатор здравоохранения.

ЛУЧЕВАЯ НАГРУЗКА МИРНОГО ВРЕМЕНИ: МЕДИЦИНСКОЕ ОБЛУЧЕНИЕ

Цой И.Р., Доника А.Д.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: inna-coj@yandex.ru

Действие ионизирующих излучений на живые организмы интересовало мировую общественность с момента открытия и первого применения радиоактивного излучения, так как с самого начала исследователи столкнулись с его негативными эффектами. В конце 20-х годов была создана Международная комиссия по радиационной защите, разрабатывающая правила работы с радиоактивными веществами, кото-