

Таблица 4. Результаты оценки тяжести течения панкреонекроза по шкале BANK

Течение	<i>Женщины</i>	<i>Мужчины</i>	<i>Итого</i>
Легкое течение	1	3	4
Среднетяжелое	2	3	5
Тяжелое течение		2	2

Результаты оценки шкалы Толстого дали следующие результаты: у 3 легкое течение, среднетяже-

лое течение панкреонекроза у 5, тяжелое течение у 3, в послеоперационном периоде.

Таблица 5. Результаты оценки тяжести течения панкреонекроза по шкале Толстого

<i>Течение</i>	<i>Женщины</i>	<i>Мужчины</i>	<i>Итого</i>
Легкое течение	1	2	3
Среднетяжелое	2	3	5
Тяжелое течение	0	3	3

Обсуждение результатов

В результате проведенного исследования установлено, что наиболее информативной шкалой является APACHE – II, но поскольку она наиболее специфична по отношению целых групп больных, для индивидуальной оценки состояния больных она мало годна. По отношению прогнозирования летального исхода данная шкала более чувствительна к благоприятным исходам нежели к летальным. Система IMREI в отличии от APACHE - II наиболее проста в использовании в клинической практике, но при этом данная шкала не учитывает многих параметров функционального состояния больного. Данную шкалу можно использовать одномоментно, либо в сочетании с другими прогностическими шкалами по типу потенцирования. Прогностическая шкала RANSON приемлем по отношению первых двух суток, помогает распределять больных по начальным группам, выбрать начальную тактику лечения. Прогностическая шкала BANK основан на клинических проявлениях осложнений течения панкреонекроза, данную шкалу хорошо применять для выявления эффективности лечения. В нашем случае прогностическую шкалу Толстого применяют только при лапаротомных оперативных вмешательствах, в целом результаты соответствуют шкале APACHE - II. Оценку паренхиматозных изменений ПЖ по ее вентральной поверхности, мы считаем обязательным компонентом оперативного вмешательства.

Вывод

Смертность была прогнозируема, совокупность примененных прогностических шкал с большой точностью предсказал исход панкреонекроза, но в виду сложности проведенного анализа необходимо разработать новую прогностическую шкалу, которая сочетала в себе информативность и простоту в использовании.

АКТИВНОСТЬ СУКЦИНАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ОСТРОЙ ЦИРКУЛЯТОРНОЙ ГИПОКСИИ

Иванская Н.Н., Просина Л.В., Дементьев И.Н., Басырова Ю.Н.

Ульяновский государственный университет,
Ульяновск

Всестороннее изучение процессов, протекающих в условиях нехватки кислорода, является актуальным в настоящее время. Недостаток потребления организмом кислорода может возникнуть в результате различных причин. Так, при кровопотере развивается циркуляторная гипоксия. Нарушение метаболизма – одно из наиболее характерных проявлений гипоксии. Одним из критериев оценки выраженности гипоксии является уровень активности сукцинатдегидрогеназы (СДГ). Этот фермент в значительной мере определяет скорость потребления кислорода и образования АТФ в дыхательной цепи (Виноградов В.М.).

Целью данной работы являлось изучение активности СДГ в условиях острой циркуляторной гипоксии.

В процессе работы решались следующие задачи:

- получить у крыс модель острой циркуляторной гипоксии;

- определить уровень активности СДГ в печени крыс в норме и в условиях циркуляторной гипоксии.

Опыты проводились на беспородных белых крысах самцах массой 180 – 220 грамм, содержащихся в стандартных условиях вивария. Циркуляторную гипоксию вызывали кровопотерей из хвостовой вены животных. Кровопотеря составляла 1,5% от массы крысы. Уровень активности фермента определяли в печени интактных животных (контрольная группа) и у крыс через три и семь часов после кровопотери (первая и вторая экспериментальные группы). В ткани печени колориметрированием определяли активность СДГ по методике Slater в модификации О.С.Гапбергенова. Уровень активности СДГ выражали в микрограммах восстановленного тетразолия на 1 миллиграмм сырого веса ткани печени. Полученные результаты обработаны статистически с использованием t – критерия Стьюдента.

В ходе эксперимента были получены следующие данные: в норме активность СДГ составила $286 \pm$

31,9, спустя три часа после кровопотери - 307 ± 100 , после семичасовой гипоксии - 462 ± 116 .

Сравнение экспериментальных данных с контролем показывает, что в условиях циркуляторной гипоксии спустя три часа после кровопотери имеется тенденция к увеличению активности СДГ ($p > 0,05$); после семичасовой гипотензии активность фермента достоверно возрастает на 61% ($p < 0,05$).

Полученные экспериментальные данные совпадают с литературными, согласно которым, повышение активности СДГ объясняется высокой интенсивностью окислительных процессов в печени млекопитающих.

Таким образом, при острой циркуляторной гипоксии в ткани печени наблюдается повышение уровня активности сукцинатдегидрогеназы.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Иванюк М.В., Данилова Т.Г.

Медицинская академия, Ярославль

Целью настоящего исследования явилось изучение показателей гуморального иммунитета (IgA, IgG, IgM, ЦИК крови) у больных с ранним ревматоидным артритом (РА).

Обследован 21 больной РА, среди них 90% женщин и 10% мужчин, с ранними проявлениями заболевания (до 1 года) среднего возраста $42 \pm 3,06$ года. Контрольную группу составили 50 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Были определены: суставной индекс по Ричи, суставной счет, число воспаленных суставов, тест Ли; использованы данные рентгенологического обследования, исследованы уровни IgA, IgG, IgM методом одномерной радиальной иммунодиффузии в агаровом геле, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) методом преципитации с 3,5% раствором полиэтиленгликоля ПЭГ-тест ОП 280.

Длительность заболевания составляла от 1 до 10 месяцев (в среднем $5,6 \pm 0,58$ месяцев). В 100% случаев РА протекал по типу полиартрита с поражением мелких суставов кистей и стоп (51,3%), лучезапястных (20%), коленных и голеностопных (18,1%). Серопозитивный вариант заболевания определен у 62% пациентов, серонегативный – у 38%. I степень активности воспалительного процесса выявлена у 9 человек (42,8%), II степень – у 3 (14,4%), III степень – у 9 (42,8%). Рентгенологические изменения I стадии зафиксированы в 66,6%, II стадии – в 33,4% случаев. Отмечалось достоверное увеличение IgA ($2,33 \pm 0,2$ г/л), IgG ($12,96 \pm 0,89$ г/л), IgM крови ($1,48 \pm 0,17$ г/л) по сравнению с нормой ($1,04 \pm 0,04$ г/л; $9,36 \pm 0,47$ г/л; $1,55 \pm 0,08$ г/л соответственно, $p < 0,001$). Статистически значимых изменений ЦИК крови по сравнению с нормальными показателями не выявлено ($88,81 \pm 1,99\%$ и $94,88 \pm 0,56\%$ соответственно) Поскольку в данном исследовании преобладали больные с I и III степенями активности РА (85,6%), было произведено сопоставление иммунологических показателей в данных группах. У больных с III степенью активности воспалительного процесса, по сравнению с I, было

выявлено достоверное увеличение IgA крови ($p < 0,01$). Достоверного увеличения IgG, IgM, ЦИК крови при III степени активности по сравнению с I степенью не определено ($p > 0,05$). Не обнаружено достоверного изменения уровня гемоглобина крови при сравнении его при I и III степени активности ($120,11 \pm 6,51$ г/л и $120,89 \pm 3,82$ г/л соответственно, $p > 0,05$). Также не обнаружено достоверного изменения уровня лейкоцитов крови при I и III степени активности ($7,77 \cdot 10^9$ /л $\pm 1,05 \cdot 10^9$ /л и $7,67 \cdot 10^9$ /л $\pm 0,65 \cdot 10^9$ /л соответственно, $p < 0,05$). Отмечались достоверно более высокие цифры тромбоцитов крови у больных с III степенью активности РА ($295,43 \cdot 10^9$ /л $\pm 49,39 \cdot 10^9$ /л) по сравнению с больными с I степенью активности ($229,25 \cdot 10^9$ /л $\pm 46,5 \cdot 10^9$ /л, $p < 0,05$). При раннем РА установлена сильная, прямая корреляционная связь между показателями IgA крови и СОЭ независимо от степени активности воспалительного процесса ($r = 0,62$, $p < 0,05$).

Таким образом, уже на ранних стадиях РА отмечается поликлональная активация В-лимфоцитов с увеличением IgA, IgG, IgM, с наличием прямой корреляционной связи IgA и активности воспаления. Увеличение секреторного IgA вероятно обусловлено усилением его синтеза для осуществления функции локальной защиты. Отсутствие лейкоцитарной реакции крови на ранних этапах РА возможно свидетельствует об их функциональной неполноценности. Активация тромбоцитов крови по мере увеличения активности заболевания, в дебюте РА, может быть связана с нарушением тромбоцитарно-сосудистого гемостаза.

СТРОЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРЕДЛИЧНОК СИБИРСКОГО ОСЕТРА (*Acipenser baeri*) НА 45 СТАДИИ РАЗВИТИЯ

Карташова Т. Н.

Астраханский государственный технический университет, Астрахань

Исследования строения дыхательного аппарата были проведены при помощи микроскопирования гистологических срезов предличинок сибирского осетра (*Acipenser baeri*) с последующей статистической обработкой данных по стандартной методике на персональном компьютере.

При переходе на активное питание (45 стадия развития), под сформированной жаберной крышкой симметрично, с обеих сторон головы, располагаются четыре жаберные дуги, разделенные широкими жаберными щелями. Жаберные дуги вытянутой округлой формы, их основой является развивающийся гиалиновый хрящ, вокруг которого располагается надхрящница из молодой соединительной ткани. Следует отметить, что длина жаберных дуг у предличинок сильно варьирует: длина первой жаберной дуги составляет от 746, 48 до 218, 24 мкм, второй жаберной дуги – от 456, 56 до 213, 28 мкм, третьей – от 340, 72 до 172 мкм, четвертой – от 273,86 до 127, 28 мкм. У большинства предличинок сибирского осетра четвертая жаберная дуга еще не полностью обособлена и отделена.