цинкэвгеноловой пастой (40%), реже обострения имели место при использовании AH PLUS (32,5%) и резорцин-формалиновой пасты (12,5%).

Таким образом, наиболее часто обострение ВП к 7 дню имело место при лечении хронического гранулематозного периодонтита, а минимальное число обострений – при лечении хронического фиброзного периодонтита. Применение 3% гипохлорида натрия и цинкэвгеноловой пасты приводило к наибольшему количеству обострений ВП на 7 день, тогда как при использовании дистиллированной воды и резорцин-формалиновой пасты, наоборот, наблюдалось минимальное число обострений.

ЭНДОГЕННОЕ АУТОРОЗЕТКООБРАЗОВАНИЕ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ

Фомина Ю.В.
Тверская государственная медицинская академия, Тверь

Основной задачей являлось выявление изменения характера, интенсивности эндогенного аутороэзеткообразования и его участия при анафилактическом шоке.

Эксперименты проводились на 20 половозрелых кроликах, массой 2.0 – 2.5 кг, содержащихся в условиях вивария на стандартном рационе питания. Животных сенсибилизировали путем троекратного подкожного еженедельного введения сыворотки крови свиней из расчета 1 мл/кг массы тела. Разрешающие инъекции сыворотки в дозе 1 мл/кг массы тела производились внутривенно через 7 суток после третьей сенсибилизирующей инъекции. Кровь для исследования забиралась из краевой вены уха кроликов до начала сенсибилизации и во время анафилактического шока. Мазки окрашивались по Романовскому-Гимзе. При подсчете лейкоцитарной формулы учитывались количество и характер эндогенных аутороэзеток (аутоРО) в периферической крови.

До иммунизации общее количество аутоРО в периферической крови интактных кроликов составляло $1{,}22\pm0{,}07 \times 10^9$/л, из них $0{,}63\pm0{,}04 \times 10^9$/л было с экзоцитарным лизисом эритроцитов. АутоРО были образованы сегментоядерными нейтрофилами, лимфоцитами, а так же тромбоцитарными агрегатами. Количество аутоРО, образованных ими колебалось в пределах $0{,}34\pm0{,}02$ – $0{,}38\pm0{,}1 \times 10^9$/л ($P<0{,}01$). Преобладали аутоРО с экзоцитарным лизисом. При анафилактическом шоке число аутоРО в периферической крови увеличивалось до $3{,}4\pm0{,}12 \times 10^9$/л ($P<0{,}01$), при этом возрастало их содержание с экзоцитарным лизисом до $2{,}08\pm0{,}12 \times 10^9$/л ($P<0{,}01$). При этом аутоРО в основном были образованы лимфоцитами, эозинофилами, базофилами и тромбоцитарными агрегатами. Количество аутоРО, образованных нейтрофилами уменьшилось до $1{,}6\pm0{,}21$ ($P<0{,}01$). Из этих аутоРО преобладали аутоРО с экзоцитарным лизисом.

В процессе сенсибилизации в периферической крови кроликов наблюдалась активация процесса эндогенного аутороэзеткообразования и усиление, происходящего в аутоРО экзоцитарного лизиса эритроцитов. При анафилактическом шоке аутоРО были образованы в основном лимфоцитами, эозинофилами, базофилами и тромбоцитарными агрегатами.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Хаджимурадова А.С., Борщигов М.М., Широков Н.А.
Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

В нейрохирургическом отделении ГКБ № 3 им. С.М. Кирова г.Астрахани проведено обследование 30 больных поступивших в 1993-1994 гг, с осложнениями черепно-мозговой травмы в возрасте от 2,4 до 67 лет: до 10 лет - 4, от 11 до 20 - 13, от 21-30 лет 5, от 31-40 лет - 4, 41-50 лет - 2, и свыше 50 лет было 2 больных. Среди них 24 мужчин и 6 женщин. Больные с сотрясением и ушибом мозга составляли около 50 %. Срок пребывания больного на койке составил в среднем 20,3 к/д. Причинами черепно-мозговой травмы явились: удар по голове, ДТП, падение с высоты роста и большей высоты. Большинство больных, 25 человек, поступили в экстренном порядке, 5 человек по направлению поликлиники. Частыми жалобами при поступлении были жалобы на головную боль, головокружение, быструю утомляемость, слабость, раздражительность, потерю сознания, тошноту, снижение памяти. В 5 случаях больные поступили в тяжелом, бессознательном состоянии после переломов костей свода черепа с переходом на основание. При обследовании больного использовались: неврологический осмотр, рентгенография костей черепа, КТ головного мозга, эхоэнцефалография, электроэнцефалография, реоэнцефалография, пневмоэнцефалография, люмбальная пункция, ОАК, ОАМ. При необходимости такие больные консультировались ЛОР врачом и окулистом. В первые сутки после получения черепно-мозговой травмы поступило 18 человек. У них отмечены такие осложнения как: субарахноидальное кровотечение, отоликворея, разрыв барабанной перепонки, постравматический отит, пневмония, инфицирование и нагноение раны. В сроки от 2 до 5 месяцев после получения ЧМТ поступило 6 человек с осложнениями: пульсирующий дефект свода черепа, ликворный свищ послеоперационного рубца, гипертензионный синдром, кистозно-слипчивый арахноидит, водянка головного мозга. У больных поступивших в более поздние сроки -через 1-2 года чаще отмечались такие осложнения как: ликворная гипертензия, нарушение циркуляции ликвора, эпилепсия, кистозно-слипчивый арахноидит, посттравматический средний отит, нейросенсорная тугоухость. Таких больных было 5. У одного больного, поступившего через 8 лет после получения ЧМТ выявлена эпилепсия. Анализ показал, что у пострадавших преобладали внутричерепные осложнения, среди которых первое место занимали кистозно-слипчивый арахноидит -14. Затем следуют субарахноидальные кровоизлияния - 9, водянка головного мозга - 6, менингиты -1. Среди внечерепных осложнений ЧМТ встречались: посттравматический средний отит -6, нейросенсорная тугоухость -1, отоликворея -2, разрыв барабанной перепонки -1, эпилепсия -2, гипертензионный синдром -4, пневмо-

ния -2, гематома мягких тканей -1, вегетососудистая дистония -1, ликворный свищ послеоперационного рубца -1, нагноение раны - 3. В случае необходимости больным выполнялась ПХО ран, устранение вдавленного перелома, пластика дефекта свода черепа, а также проводилась инфузионно-коррегирующая, дегидратационная, седативная, противовоспалительная, рассасывающая, симптоматическая терапии, витаминотерапия, физиолечение. С увеличением числа черепно-мозговых травм увеличивается и доля их осложнений. Таким образом, первоочередные диагностические и лечебные мероприятия у больных с осложнениями черепно-мозговой травмой направлены на восстановление наиболее пострадавших функций организма. Наиболее частым осложнением в первые сутки после тяжелой ЧМТ является субарахноидальное кровоизлияние. В сроки 2-5 месяцев встречаются кистозно-слипчивый арахноидит, водянка головного мозга, пульсирующие дефекты черепа, ликворные свищи послеоперационных рубцов. В более поздние сроки через 1-2 года после ЧМТ превалируют интракраниальные осложнения: ликворная гипертензия, нарушение циркуляции ликвора, постравматический седний отит, нейросенсорная тугоухость, эпилепсия.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА БИФИФОРМ В ЛЕЧЕНИИ HELICOBACTER PYLORI АССОЦИИРОВАННЫМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Хазнех Ваэль
Медицинская Академия, Ярославль

Имеющиеся данные литературы свидетельствуют о вовлеченности иммунной системы в патологический процесс при хроническом гастродуодените (ХГД), ассоциированном с геликобактериозом (ГБ). Однако ряд вопросов, связанных с особенностями функционирования различных звеньев иммунитета, в частности, фагоцитарной системы – одного из важнейших факторов антибактериального иммунитета при этом виде патологии остается малоизученным. Ранее выполненные нами исследования показали снижение некоторых иммунологических показателей, в том числе фагоцитарных, при ХГД, связанном с ГБ. С учетом этих данных и сведений литературы о положительном влиянии пробиотика бифиформа на иммунологические показатели при кишечных инфекциях и дисбактериозах у детей (Е.Г.Климовицкая с соавт., 2002) нами проведено изучение влияния этого препарата на клинические и иммунологические показатели у больных хроническим гастродуоденитом, ассоциированным с ГБ.

Обследовано при поступлении в стационар и спустя 30 дней после окончания терапии 50 подростков в возрасте 12-14 лет, страдающих хроническим геликобактериозным гастродуоденитом. Пациенты были разделены на 2 группы. Больные 1 группы получали семидневную квадро-терапию (де-нол, флемаксин-соллютаб, фуразолидон, омепразол), больные 2 группы – дополнительно получали с третьего дня бифиформом. Диагноз ХГД, ассоциированного с ГБ, ставили на основании клинического и лабораторного обследования, включавшего фиброгастродуоденоскопию с проведением биопсии, микроскопическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки, определение уреазной активности в биоптате, ПЦР. Иммунологическое обследование состояло из определения содержания сывороточных IgG, IgM, IgA с помощью радиальной иммунодиффузии по Манчини, уровня ЦИК (осаждением сывороточных белков в полиэтиленгликоле), функций циркулирующих фагоцитов (по данным тестов спонтанной и активированной хемилюминесценции – с и а ХЛ). Группу сравнения составляло 25 здоровых детей того же возраста. У детей, страдавших хроническим геликобактериозным гастродуоденитом, при поступлении в стационар выявлено снижение содержания сывороточных IgM, повышение частоты обнаружения и уровня ЦИК на фоне снижения функций циркулирующих фагоцитов по данным с и а ХЛ в сравнении с данными группы контроля. По завершении общепринятого курса лечения, несмотря на клиническое улучшение (купирование болевого и диспептического синдрома) , происходило ухудшение некоторых иммунологических показателей – снижение IgM и IgA. Показатели ХЛ оставались без изменений, уровень ЦИК имел тенденцию к снижению. Включение Бифиформ в комплексное лечение ХГД приводило к противоположным результатам – увеличению содержания сывороточных иммуноглобулинов, фагоцитарных функций по данным определения а и с ХЛ на фоне уменьшения частоты встречаемости ЦИК. Положительная динамика иммунологических показателей под влиянием комплексной терапии с Бифиформом сопровождалась более быстрым (на 4-5 суток) улучшением клинической картины по сравнению с пациентами, которые не получали Бифиформ.

Таким образом, хронический геликобактериозный гастродуоденит характеризуется избирательным снижением некоторых факторов гуморального (IgM) и клеточного (фагоцитарные функции) иммунитета, что, вероятно играет важную роль в хронизации процесса. Общепринятая терапия, несмотря на клиническую эффективность, приводит к ухудшению иммунологических показателей, тогда как комплексная терапия с применением Бифиформ клинически более эффективна и сопровождается положительной динамикой иммунологических факторов, особенно фагоцитарного звена иммунитета.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ФОРМЫ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ

Чаплыгина Л. Н., Данилова Т.Г.
Медицинская академия, Ярославль

Целью исследования явилось изучение клинических особенностей урогенитальной формы реактивных артритов (РеА). Использованы физикальные методы с определением суставного индекса по Ричи, суставного счета, числа воспалённых суставов; рентгенологическое исследование; бактериологический