

При оценке клинического анализа крови у больных выявлены: лейкопения, тенденция к снижению общего количества лимфоцитов, моноцитов, нейтрофилов. Количественные показатели фагоцитоза (процент фагоцитирующих нейтрофилов, фагоцитарное число) были снижены. При этом установлена существенная активация кислородзависимых механизмов бактерицидности нейтрофилов в спонтанном НСТ-тесте, тогда как показатели индуцированного теста свидетельствуют о недостаточности резервного потенциала нейтрофилов. Клеточное звено иммунитета характеризовалось снижением содержания CD 3+; CD4+ клеток и повышением CD8+ лимфоцитов. Иммунорегуляторный индекс CD4+/CD8+ характеризовался тенденцией к снижению. Уровень В - лимфоцитов (CD20+), был несколько повышен. На этом фоне возрастала концентрация ЦИК. Выявлено снижение уровня IgM и содержания IgA.

Таким образом, при поздних формах акне, отмечен дисбаланс клеточного и гуморального звеньев иммунитета и неспецифических факторов резистентности, что, по видимому, связано с длительным антигенным раздражением резистентной микрофлорой и истощением резервных возможностей организма.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ КАК СЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

Нерсисян Э.Л., Лазаренко В.А., Бречка А.В.

Курский государственный медицинский университет, Областная клиническая больница, Курск

В последние годы для многих специалистов заболеваемость вирусным гепатитом является одной из основных проблем нашего времени, так как вирусный гепатит создает высокий процент хронизации. Исходом его часто является цирроз печени, развитие портальной гипертензии, а также варикозное расширение вен гастроэзофагеального коллектора.

Цель исследования — оценить клинические особенности и исходы у больных с циррозом печени как следствие хронического вирусного гепатита.

В клиническом обследовании приняли участие 297 пациентов, обоего пола в возрасте от 30 до 84 лет. Мужчин было вдвое больше чем женщин. Было проведено комплексное обследование, включающее клинические, лабораторные исследования, современные эндоскопические, сонографические, ангиографические методы. Также учитывались анамнестические данные.

По результатам обследования этиологическая структура выглядит следующим образом: гепатит В выделен у 192 обследованных, гепатит С — у 86, смешанные формы — у 16.

Хронические вирусные гепатиты и цирроз печени слабовыраженной активности (34 человека) сопровождаются удовлетворительным состоянием больных. У 1/3 из них прямая фракция билирубина повышалась до $20,6 \pm 1,74$ мкмоль/л, АЛТ - до $62 \pm 1,53$ ед/л, тимоловая проба - до $7,2 \pm 0,62$ ед., промбитовый индекс - до 70-80%. Хронический вирусный гепатит и цирроз печени умеренной активности (131 человек)

проявились астеновегетативным, диспептическим, абдоминальным синдромом, желтушностью склер, кожи и слизистых оболочек продолжительностью до 2-3 недель. Уровень прямой фракции билирубина повышался до $35,8 \pm 3,7$ мкмоль/л, АЛТ до $230 \pm 5,8$ ЕД/л, тимоловая проба повышалась более чем в 2-х раза. Наблюдалась коагулопатия потребления и снижение белково-синтетической функции печени. Хронические вирусные гепатиты и цирроз печени выраженной активности (28 человек) характеризуются стойко выраженной интоксикацией, геморрагическим синдромом, потерей веса, асцитом у половины больных, наличием внепеченочных проявлений.

В большинстве случаев к летальному исходу при циррозах печени приводит кровотечение из варикозных вен гастроэзофагеального коллектора — 32%. Необходимо отметить, что смерть пациентов в большинстве случаев наступает от первичного кровотечения из расширенных вен пищевода и желудка, причем смертельные осложнения могут отмечаться и в дебюте заболевания. Особое внимание заслуживают больные с отечно-асцитическим синдромом, не поддающимся консервативному лечению и сопровождающимся кровотечением. Исход у таких больных весьма неблагоприятен.

На основании патологоанатомических исследований были получены следующие результаты: 25% больных погибли от печеночной комы, в 8,6% — погибли от перехода цирроза в рак.

Таким образом, портальная гипертензия при циррозе печени не представляет прямой угрозы для жизни больного и в определенной степени поддается своевременному консервативному лечению. Основными причинами смерти являются кровотечения из расширенных вен пищевода и печеночная кома. Своевременные показания к хирургическому лечению больных с циррозом печени должны устанавливаться хирургом совместно с гастроэнтерологом.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МАЛЬЧИКОВ – ЖИТЕЛЕЙ ЮГА РОССИИ

Осипов Д.П.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Учение о конституции и соматических типах в современной медицине, рассматривающей организм как морфофункциональную целостность - сложное и перспективное направление, имеющее практическое значение. Изучение проблемы конституции дает возможность реализации антропологического направления анатомии человека в клиническую практику, так как конституция включает наследственно устойчивые признаки, служащие факторами риска при определённой патологии и факторами благополучия в условиях активных жизненных позиций. Физическое и психофизическое развитие детей, относящихся к различным конституциональным типам в постнатальном онтогенезе, происходит неодинаково. На этот процесс оказывают влияние самые разнообразные факторы, в том числе географические координаты популяции. Вместе с тем, до настоящего времени отсутствуют регио-

нальные стандарты, которые позволили бы проводить на практике оценку морфологического статуса детей Юга России на основании изучения анатомических компонентов.

Цель и задачи исследования: изучить конституциональные особенности и компонентный состав тела мальчиков – жителей Юга России.

Материал и методы: с целью решения этой задачи были проведены соматометрия и соматотипирование 108 практически здоровых мальчиков 8-15 лет. Соматометрия детей проводилась по общепринятой методике В.В. Бунака (1941 г.). Из имеющихся в литературе схем конституциональной диагностики и соматотипирования мы использовали методику Р.Н. Дорохова, В.Г. Петрухина (1989 г.), которая разработана для оценки растущего организма и прошла апробацию в клинической и педагогической практике. Эта схема высокоинформативна, имеет существенные преимущества перед субъективными схемами конституциональной диагностики и наиболее удобна для использования в практической медицине при оценке морфологических особенностей детей.

Основные результаты: расшифровка полученного в ходе исследования материала показала, что среди здоровых мальчиков преобладают лица микросомного (25,5%) и микромезосомного (25,5%) соматотипов. При изучении компонентного состава тела получены данные о преобладании среди обследованных детей с низкой (37,8%) и ниже среднего (16,7%) жировой массой, с ниже среднего (37,8%) и низкой (37,8%) мышечной массой, с низкой (30%) и ниже среднего (28,9%) костной массой. Полученные нами данные соматометрии и соматотипирования обследованных мальчиков по пропорциональному уровню варьирования признаков, указывают на нормальное (Гаусовское) распределение здоровых детей.

Выводы: полученные результаты соматометрии и соматотипирования дополняют имеющиеся морфологические данные о конституциональных особенностях детей 8 -15 лет и послужат основанием для прогнозирования динамики возрастного развития детей, что необходимо для индивидуального подхода при проведении массовой диспансеризации детского населения и разработке методик физического воспитания. Ввиду информативности метода соматометрии при индивидуальной оценке типа конституции растущего организма, данный метод можно рекомендовать для создания морфологической базы соматодиагностики в изучаемом регионе.

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ НАПРЯЖЕННОЙ ПНЕВМОЦЕФАЛИИ ПРИ ТРАВМЕ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ

Петров В.В.

*Астраханская государственная медицинская
академия, Астрахань*

Редким осложнением кранио-фациальных травм (0,5-1%) является пневмоцефалия. Обычно проникновение воздуха с субдуральное пространство полости черепа не представляет существенной опасности, т.к. происходит постепенное рассасывание воз-

духа. Гораздо опаснее ситуация, связанная с развитием напряженной пневмоцефалии (0-0,1%), при которой в результате формирования “клапанного механизма” и постоянного поступления воздуха под оболочки мозга возникает его компрессия, требующая трепанации черепа с дренированием субдурального пространства. Частой причиной пневмоцефалии являются переломы задней стенки лобной пазухи.

На базе нейрохирургического стационара проводятся исследования по внедрению альтернативного малоинвазивного варианта профилактики напряженной пневмоцефалии – трепанопункции лобной пазухи с “открытым методом ведения”. Показанием к данной манипуляции мы считаем рентгенологические признаки увеличения пневмоцефалии, что угрожает развитием компрессии головного мозга.

После трепанопункции лобной пазухи (по стандартной методике), выполненной оториноларингологом, в пазуху устанавливают лобную канюлю (без мандрена!), которую закрепляют в типичном месте бактерицидным пластырем. В результате манипуляции добивались основной цели – ликвидации «клапанного механизма» нагнетания воздуха из пазухи в полость черепа за счет выравнивания давления в пазухе и окружающей среде. Одновременно создавались благоприятные условия для оттока раневого отделяемого из пазухи.

Метод не лишен недостатков: применяется только при травме задней стенки лобной пазухи, ограниченно применим при ликворее - необходимо дожидаться ее прекращения, не исключена возможность инфицирования пазухи.

В то же время необходимо отметить, что риск попадания инфекции через пазуху в полость черепа во-первых, уже существует по самому факту травмы, во-вторых трепанация черепа и длительное дренирование субдурального пространства не исключают возникновения послеоперационных гнойно-воспалительных интракраниальных осложнений. Кроме того, методика позволяет избавить пациента от серьезной операции – трепанации черепа со вскрытием субдурального пространства.

Предварительные результаты: из 14 пациентов с переломами задней стенки лобной пазухи и рентгенологическими признаками нарастания пневмоцефалии после трепанопункции пазухи – у 3 развилась напряженная пневмоцефалия; у 1 больного с открытой травмой развился вялотекущий фронтит (купирован антибиотикотерапией). Других осложнений не отмечено. В контрольной группе (n=12) – напряженная пневмоцефалия развилась у 8 пациентов, все оперированы – трепанация черепа; осложнения в 1 случае – гнойный менингит (исход – выздоровление).

В данной статье приведены предварительные результаты, и естественно мы пока не можем сделать окончательный вывод об эффективности данной методики. Тем не менее мы сочли возможным представить данную методику к ознакомлению и обсуждению.