

Следовательно, при  $\beta_1+\beta_2$ -адренозависимом патогенетическом типе гипертонической болезни в бестромбоцитарной плазме имела место значительная гипокоагуляция за счет снижения скорости образования тромбопластина и полимеризации фибрина. В процессе свертывания происходило образование неполноценного рыхлого плазменного сгустка. Однако на фоне ярко выраженных тенденций к снижению свертывания в данной фракции отмечалось существенное усиление синтеза тромбина.

#### **ВКЛАД КОАГУЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ В СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА БОЛЬНЫХ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОН-ЗАВИСИМЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ТИПОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

Воробьев В.Б., Бехтерева Н.А., Прутков В.Е.  
*Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону*

Нами было обследовано 66 пациентов с документально подтвержденной 2 стадией гипертонической болезни (2 - 3 степень со средним и высоким риском). Все пациенты имели ренин-ангиотензин-альдостерон-зависимый патогенетический тип заболевания. Контрольная группа состояла из 20 практически здоровых людей, сопоставимых по полу и возрасту. Для изучения состояния гемостаза применен метод дифференцированной электрокоагулографии с использованием цельной крови, тромбоцитарной и бестромбоцитарной плазмы с применением фазового анализа и оценкой состояния структурных и хронометрических показателей гемостаза (Воробьев В.Б., 1996).

В плазме, лишенной форменных элементов нами были выявлены резкие изменения практически всех основных электрокоагулографических показателей. Значительное увеличение продолжительности первой фазы свертывания (в 4 раза) свидетельствовало о выраженном замедлении образования тромбопластина. На ускорение процесса полимеризации фибрин-мономерных молекул указывало укорочение второй фазы свертывания на 40%. Помимо этого, в бестромбоцитарной плазме отмечалось повышение константы L ( $9,779 \pm 0,461$  у. е. у больных по сравнению с  $6,837 \pm 0,352$  у. е. в контрольной группе,  $p < 0,01$ ). Данные изменения свидетельствовали о существенном повышении упруго-вязких свойств плазменного сгустка. Коагуляционная активность бестромбоцитарной плазмы у больных данным патогенетическим типом гипертонической болезни была повышена на 42%. В тоже время, в данной фракции крови имело место значительное повышение скорости и интенсивности синтеза тромбина. На это указывало повышение у пациентов с данным патогенетическим типом заболевания константы использования протромбина

тромбопластином в 2,5 раза по сравнению со здоровыми людьми.

Таким образом, у больных ренин-ангиотензин-альдостерон-зависимым типом гипертонической болезни в бестромбоцитарной плазме отмечалась выраженная гиперкоагуляция за счет усиления синтеза тромбина и в меньшей степени фибрина, сопровождавшегося тенденцией к формированию плотных плазменных сгустков. Резкое нарушение образования тромбопластина, по-видимому, носило компенсаторный характер.

#### **ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЭОЗИНОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛЁМ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ**

Ласкина В.А., Хрусталёв С.А., Кузнецова Е.Ю.  
*Государственный центр «Нижегородская областная детская клиническая больница» Нижний Новгород, Россия*

Эозинофильные гранулёмы костей – это заболевание неясной этиологии, характеризуется образованием инфильтратов (гранулём), богатых эозинофильными лейкоцитами.

Как правило эозинофильные гранулёмы локализуются в костях черепа, позвонках, костях таза и в длинных трубчатых костях. Проявляется болью в зоне поражения, припухлостью.

Диагноз устанавливается предположительно рентгенологически, окончательно при биопсии кости. На рентгенограммах поражённой кости определяется изолированный очаг деструкции овальной или округлой формы, размерами чаще до 5 см, четко отграниченный, с наличием или отсутствием зоны склероза вокруг.

В последнее время детям с локальной местной реакцией мягких тканей на черепе проводится ультразвуковое обследование, при котором выясняется заинтересованной костной пластинки черепа. Выяснено, что при эозинофильных гранулёмах определяется четкий дефект кости, через который возможна визуализация структур головного мозга.

Применяя ультразвуковой метод исследования становится возможной ранняя диагностика эозинофильных гранулём черепа, становится более лёгкой дифференциальная диагностика эозинофильных гранулём с образованиями мягких тканей.

При установлении диагноза традиционно проводятся контрольные рентгеновские снимки черепа в двух проекциях для определения динамики деструктивных очагов, а так как заболевание имеет длительное течение, то за весь период лечения, дети получают определённую достаточно высокую дозу рентгеновского облучения. Применяя же ультразвуковой метод диагностики и контроля за очагами деструкции черепа и точно определяя их размеры возможно снижение дозы

общего облучения ребенка в несколько раз, что и предлагаем врачам онкологам.

### **РАННЯЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ**

Ласкина В.А., Кузнецова Е.Ю.

*Государственное Учреждение «Нижегородская  
Областная детская клиническая больница»  
Нижний Новгород, Россия*

Лечение асептического аваскулярного некроза головки бедренной кости (болезнь Пертеса) до настоящего времени представляет собой актуальную задачу детской ортопедии. Для достижения хороших результатов лечения необходимо раннее распознавание заболевания, поскольку поздняя диагностика этой патологии и позднее начало лечения в стадии необратимых патологических изменений в тазобедренном суставе приводят к большому количеству неудовлетворительных исходов. Однако в ранней стадии заболевания (стадия некроза по Рейнбергу) диагностика трудна, или совсем невозможна, поскольку рентгенологические признаки отсутствуют, а одних клинических проявлений недостаточно.

За последние 10 лет на базе Областной детской клинической больницы находилось на лечении 204 пациента с болезнью Пертеса.

В процессе установления диагноза, лечения и динамического наблюдения за больными использованы базовая рентгенография, ультразвуковой, тепловизионный и радиотермометрический методы исследования. Было выявлено, что в первой стадии заболевания обращаемость за медицинской помощью очень низкая. Так, из 204 больных только три ребенка были в первой стадии, 150 пациентов – во второй, остальные поступили в поздних стадиях этой патологии.

При анализе результатов исследования обнаружено, что значение вышеперечисленных методов для ранней диагностики неравнозначно. Рентгенологическое исследование не выявляет каких-либо изменений (что общеизвестно), а тепловизионное исследование не выявляет термоасимметрии области тазобедренных суставов. Наиболее чувствительным методом явилась термордиометрия, фиксирующая снижение глубинной температуры в тканях над тазобедренными суставами. С использованием этого метода отбиралась группа риска, в которой за больными проводилось динамическое наблюдение и обследование.

Метод ультразвукового исследования тазобедренных суставов позволил выявить из группы риска детей в ранней стадии болезни Пертеса по типичным признакам: растяжение и утолщение капсулы сустава, расширение суставной щели и очаги субхондрального некроза головки бедренной кости. Применение этого метода уменьшило количество оперативных вмешательств,

одновременно предупреждает развитие деформирующего артроза, а в последующем – уменьшает процент инвалидизации.

Простота использования указанных методов, их доступность, неинвазивность, значительное снижение лучевой нагрузки в процессе обследования и динамического наблюдения позволяет рекомендовать их для широкого клинического применения.

### **ПОКАЗАТЕЛИ НЕРВНОЙ, СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ СТРЕССУСТОЙЧИВОСТИ В УСЛОВИЯХ ШУМОВОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ**

Трушков В.Ф., Перминов К.А.

*ГОУ ВПО Кировская государственная  
медицинская академия Росздрава, Киров*

Выполняя комплексную программу исследований по оценке влияния шума проводились исследования испытуемых лиц с определением ряда показателей деятельности нервной системы: тест стрессоустойчивости личности, тест «САН» (самочувствие – активность – настроение), скорость зрительного восприятия (корректирующая проба – значный показатель и процент ошибок), дозированной работа во времени (решение арифметических примеров). Проводилось так же определение показателей сердечно-сосудистой системы, гемодинамических данных: частота пульса, артериальное давление, пульсовое давление, ударный объем, минутный объем крови, среднее динамическое давление, периферическое сопротивление сосудов, показатель эффективности кровообращения, индекс сократительной способности миокарда, коэффициент эффективности кровообращения, потребность миокарда в кислороде, индекс кровоснабжения, коэффициент выносливости, вегетативный индекс Кердо (ВИК). Исследованиями установлено, что у лиц с низкой стрессоустойчивостью наблюдается изменение самочувствия и настроения, увеличение времени решения арифметических задач, снижение правильности решения примеров, увеличение частоты пульса, минутного объема крови, коэффициента эффективности кровообращения, ВИК. У лиц со средней стрессоустойчивостью отмечается увеличение процента ошибок в корректирующей пробе, изменение самочувствия и настроения, снижение правильности решения арифметических примеров, увеличение пульсового давления, индекса кровоснабжения, потребности миокарда в кислороде, ВИК остается без изменений. У лиц с высокой стрессоустойчивостью наблюдается увеличение процента ошибок в корректирующей пробе, изменение самочувствия и настроения, снижение правильности решения арифметических примеров, увеличение минутного объема