

при выполнении ортостатической пробы статистически достоверно выше, чем у больных с полной и относительной адаптацией ($P < 0,05$).

Таким образом, результаты исследования раскрывают особенности вегетативной дисфункции в отдаленном периоде среднетяжелой ЧМТ. Характерным для отдаленного периода ЧМТ средней тяжести являются разноплановость фоновых показателей в кардиоваскулярной системе, пониженная вегетативная реактивность, неоднозначный характер вегетативного обеспечения как физической, так и умственной деятельности. Такой неоптимальный характер функционирования вегетативной нервной системы отражает, с одной стороны, перенапряжение эрго- и трофотропной составляющих надсегментарных аппаратов, а с другой — снижение в целом адаптационных возможностей организма в отдаленном периоде травмы. Следовательно, любое выходящее за рамки индивидуального опыта организма стрессовое воздействие может послужить пусковым фактором клинической манифестации посттравматических изменений или прогрессирования существующих синдромов. На выраженность вегетативных расстройств в отдаленном периоде ЧМТ средней тяжести влияют также пол и возраст больных, латерализация травматического процесса и степень социальной адаптации.

Полученные результаты следует учитывать при назначении рациональной терапии, своевременной коррекции вегетативных расстройств, а также при экспертной оценке состояния пострадавших в отдаленном периоде среднетяжелой ЧМТ.

УДК 616.514+616.9—002.2

КРАПИВНИЦА И ХРОНИЧЕСКИЕ ОЧАГИ ИНФЕКЦИИ

Р. Х. Бурнашева, Н. М. Рахматуллина, А. М. Гумерова

*Кафедра аллергологии (зав.— доц. Р. С. Фассахов)
Казанского института усовершенствования врачей*

В структуре заболеваний аллергического генеза крапивница занимает второе место после бронхиальной астмы (21%). Она может быть самостоятельной нозологической формой или одним из клинических проявлений основного заболевания. В этиологии и патогенезе значительная роль отво-

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А. М., Соловьева А. Д., Колосова О. А. Вегето-сосудистая дистония.— М., 1981.
2. Вишневская Э. С., Корнилов А. А. Вопросы реабилитации больных невро-психическими заболеваниями.— Томск, 1975.
3. Волошин П. В., Шогам И. И.//Вопр. нейрохир.— 1990.— № 6.— С. 25—27.
4. Доброхотова Т. А., Насруллаев Ф. С., Брагина Н. Н. и др. Актуальные вопросы нейротравматологии.— М., 1988.
5. Кан М. А. Физиотерапевтические и курортные факторы в оздоровлении больных различными заболеваниями.— Фрунзе, 1982.
6. Клубис Л. А. Нейрофизиология острой черепно-мозговой травмы.— Вильнюс, 1976.
7. Лихтерман Л. Б.//Вопр. нейрохир.— 1990.— № 6.— С. 13—16.
8. Михайлюк И. А., Кухтевич И. И., Шишко Г. Т., Сергиенко Е. В. В сб.: Врачебно-трудоуспертиза, восстановительное лечение и трудоустройство инвалидов.— Киев, 1980.— Вып. 12.— С. 41—45.
9. Осетров А. С. Клинические и психофизиологические характеристики последствий черепно-мозговой травмы: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук.— М., 1989.
10. Birkmayer W.//Das vegetative nervensystem.— Basel, 1966.— Vol. 4.— Т. 2.— P. 1—13.
11. Demopoulos H. B., Framm E. S., Seligman M. L. et al.//Neural trauma/Ed. A. S. Popp.— New-York, 1979.— P. 63—78.

Поступила 30.09.94.

VEGETATIVE NERVOUS SYSTEM STATE IN PATIENTS AFTER MEDIUM-GRAVE CRANIOCEREBRAL INJURY

N. N. Komissarova

Summary

The vegetative characteristic are studied in 45 patients after craniocerebral injury of medium gravity. The peculiarities of the vegetative nervous system functioning in the remote period are the different background characteristics in cardiovascular system, the decreased vegetative reactivity, the complex nature of provision of physical and mental activity. The effect of sex and age of patients, traumatic substrate lateralization and social adaptation nature on the nature of vegetative disorders is shown.

цистит. В последние годы наиболее часто крапивница сочетается с дисбактериозом кишечника и с паразитарными его поражениями: лямблиозом, описторхозом, аскаридозом.

Под нашим наблюдением находилось 139 больных. Возраст 78 пациентов варьировал от 15 до 40 лет, 61 — был старше 40 лет. Острая крапивница была диагностирована у 24% больных, хроническая — у 76%. Всем больным было проведено клинико-инструментальное обследование: общий и биохимический анализы крови — на С-РБ, сиаловую кислоту, функциональные пробы печени и др. Кроме того, целенаправленно обследован желудочно-кишечный тракт: выполнено дуоденальное зондирование, определены секреторная функция желудка, состав микрофлоры кишечника и наличие протозойных инфекций. Для различения аллергической и неаллергической крапивницы проводили специфическую диагностику, которая включала аллергологической анамнез, кожные пробы с бактериальными и небактериальными аллергенами, провокационные пробы, лабораторные исследования.

Неинфекционно-аллергическая крапивница была выявлена у 31 больного, инфекционно-аллергическая — у 95, неаллергическая (псевдоаллергическая) или симптоматическая — у 13 (многоформная экссудативная эритема — у 6, системная красная волчанка — у 4, острый лейкоз — у 2, опухоль молочной железы с метастазами в средостение — у 1).

Наиболее часто хронические очаги инфекции обнаруживались у больных с хронической рецидивирующей крапивницей (82,2%), тогда как при острой крапивнице — лишь у 19,2%. Чаще встречались сочетания крапивницы с патологией желудочно-кишечного тракта: с холециститом — у 32,2% больных, с дисбактериозом кишечника — у 42,2%, с глистной инвазией и лямблиозом кишечника, — у 36,4%. У части больных холецистит, дисбактериоз и лямблиоз протекали латентно и выявлялись лишь при целенаправленном специальном обследовании.

Лечение крапивницы должно определяться этиологическими факторами, патогенетическими механизмами и фазой процесса. Порой назначение только антигистаминных препаратов и ги-

посенсибилизирующих средств оказывается недостаточным для полного устранения симптомов или вообще неэффективным. Важное значение в таких случаях имеет санация хронических очагов инфекции. При установлении аллергии и невозможности прекратить контакт больного с ним показана специфическая гипосенсибилизация как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Наиболее частой причиной аллергической крапивницы, в частности острого ее варианта, являются лекарственные препараты, введение которых необходимо исключить. При аллергии бытового или пыльцевого происхождения, инфекционной или грибковой сенсибилизации в фазе ремиссии необходимо провести специфическую гипосенсибилизацию аллергеном по индивидуальной схеме.

Патогенетическая терапия в фазе обострения заключается в применении антимиаторных препаратов (антигистаминных, антикининовых, антисеротониновых). В остром периоде препараты можно назначать как парентерально, так и внутрь. Из антигистаминных препаратов часто используют тавеги, фенкарот, терфен, тофрин, а также пролонгированные препараты — гисманал, фенистил. При крапивнице, которая сопровождается нарушением обмена серотонина, назначают перитол, бикарфен, париактин, лезинил, при нарушениях в кининовой системе — ϵ -аминокапроновую кислоту, продектин, контрикал. Дозы препаратов подбирают индивидуально, часто в уменьшенной суточной дозировке сроком на 7 — 10 дней. При хронической крапивнице следует провести курс введения гистаглобулина. Препарат применяют подкожно начиная с 0,1 мл через два дня на третий, увеличивая дозу на 0,1 до 1,0 мл, а затем повторяют введение по 1,0 мл один раз в неделю в течение 4 недель. При хорошей переносимости через месяц необходимо провести второй курс по схеме с 0,2 мл до 1,0 мл, а затем один раз в неделю в течение 4 недель. При хорошей переносимости через месяц необходимо провести второй курс по схеме с 0,2 мл до 1,0 мл, а затем один раз в неделю по 1,5 мл. Хороший эффект дает лечение возрастающими дозами гистамина. В последние годы широкое применение получил препарат отечественного противоаллергического чело-

веческого иммуноглобулина, который вводят по 2 мл внутримышечно один раз в 4 дня (всего 5 инъекций). Когда истинная аллергическая крапивница, в частности инфекционная, протекает на фоне хронических очагов инфекций, последние необходимо устранять, так как они часто осложняют и утяжеляют ее течение.

Причиной крапивницы часто являются хронические очаги инфекции, поэтому этиотропная терапия должна быть направлена прежде всего на лечение основного заболевания, инактивацию очагов инфекции с применением антибактериальных препаратов. Таким больным рекомендуется диетотерапия с ограничением жиров, пряностей, исключением облигатных пищевых продуктов: яиц, куриного мяса, рыбы, шоколада, кофе. Назначают заместительную терапию ферментами — фесталом, дигесталом, панкреатином, мексазой, панзинормом, энзисталом. При нарушении функции печени применяют гепатотропные средства и гепатопротекторы, которые защищают паренхиму печени от токсических воздействий. К таким препаратам относятся легалон или силибор, карсил, катерген, эссенциале, ЛИВ-52. Одновременно дают желчегонные препараты — холинорегические, усиливающие образование желчи (холензим, холосас, аллохол) и холекинетические (фламин, экстракт бессмертника).

Этиотропная терапия хронической крапивницы, которая связана с паразитарными заболеваниями, заключается в назначении антипаразитарных препаратов: при лямблиозе — тинидазола, трихопола, аминохинола, при описторхозе — хлосила, при аскаридозе — декариса.

Лечение крапивницы, которая со-

провождается дисбактериозом кишечника, проводится с учетом клиники последнего, степени нарушения нормальной микрофлоры кишечника, вида выделенного микроба. Предписывают диету, которая должна способствовать нормализации микрофлоры кишечника, обладать бактерицидным действием. С этой целью больным рекомендуется употреблять молочнокислые продукты (кефир, катык), овощи (морковь, щавель), ягоды (черную смородину, бруснику, черноплодную рябину). Большое значение придается фитотерапии, а именно настоям таких трав, как лекарственная ромашка, полынь, шалфей, огородный укроп, которые угнетают гнилостную микрофлору. При дисбактериозах, обусловленных уменьшением или отсутствием представителей нормальной микрофлоры, проводят заместительную терапию (бифидумбактерин, лактобактерин, бактиосубтил, бификол, колибактерин). Широкое применение получили бактериофаги — колипротейный, стрептококковый, стафилококковый.

Таким образом, лечение аллергических и неаллергических (псевдоаллергических) форм крапивницы должно быть комплексным с учетом причин и тяжести клинических проявлений.

Поступила 21.10.94.

URTICARIA AND CHRONIC INFECTION FOCI

R. Kh. Burnasheva, N. M. Rakhmatullina,
A. M. Gumerova

Summary

The results of long-term observations of patients with various forms of urticaria are generalized. The analysis of the attendant pathology considered as chronic infection foci is given. The description of various forms of the treatment of urticaria is of interest to physicians.

УДК 616.728.2—002:616.16—005.6

СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ДЕФОРМИРУЮЩИМ КОКСАРТРОЗОМ

Д. М. Пучиньян, М. С. Сисакян

Саратовский НИИ травматологии и ортопедии (директор — доц. И. И. Жаденов) МЗ РФ

Деформирующий остеоартроз тазобедренного сустава — полиэтиологическое заболевание. Патогенетические же механизмы прогрессирования дегенеративно-дистрофического процесса в суставе лишены специфичности и во многом универсальны. Согласно си-

стемной концепции патогенеза дегенеративно-дистрофических поражений суставов [3], в возникновении и развитии патологического процесса в суставе ведущее значение имеют повторяющиеся местные нарушения микроциркуляции.