

рами дифференцировки и деления клеток. Взаимодействие витаминов – биоантиоксидантов с перекисями липидов уменьшает количество последних, способствуя улучшению обменных процессов в тканях и пролиферации клеток тканей, окружающих очаг воспаления. 3. Применение витаминов – антиоксидантов в качестве

факторов дифференцировки и роста клеток могут способствовать лучшему заживлению раны и уменьшению количества осложнений у больных с флегмонами. Таким образом, применение комплексной интенсивной АОТ на фоне традиционного метода лечения может быть рекомендовано при лечении флегмон для коррекции ПОЛ тканей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ДЕТЕЙ С ФЕБРИЛЬНЫМИ СУДОРОГАМИ

С.С. Игамова, А.Т. Джурабекова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: изучить результаты электроэнцефалографических исследований у детей с фебрильными судорогами.

Материалы и методы исследования. ЭЭГ исследование проведено у 90 детей в состоянии бодрствования или дневного сна в трех исследуемых группах (по возрастной категории). При оценке электроэнцефалограммы учитывались характер фоновой записи, наличие и региональное распределение основных ритмов, паттернов диффузной и пароксизмальной эпилептической активности.

Результаты исследования. При анализе ЭЭГ в наших исследованиях варианты возрастной нормы наблюдались у 54,8% детей 1 группы и у 6,2% - 2 группы, чего не наблюдалось в третьей группе. У данных детей в фоновой записи доминировала медленно-волновая активность 0- и 5-диапазона, синхронного характера, с преобладанием в теменных и затылочных отведениях и частотой колебаний 3-6 Гц и средней амплитудой до 40 мкВУ большинства детей с ФС наблюдались изменения ЭЭГ диффузного характера. Данные изменения свидетельствуют о нарушении связей между корковыми и подкорковыми образованиями головного мозга. К ЭЭГ со значительными диффузными изменениями мы относили ЭЭГ с наличием таких признаков, как множественные спайки, комплексы «острая-медленная волна» или «спайк-волна», высокоамплитудные, нерегулярные волны θ - и δ -диапазона, перемежающиеся комплексами «спайк-волна» или «острая-медленная волна». При записи ЭЭГ регистрировались билатерально-синхронные пароксизмы, которые учащались при фотостимуляции на 13%, при гипервентиляции - на 30%. Такие изменения имели

место только у детей 2 и 3 групп - у 23,1% и 66,7%. Нарушение субкортикальных регуляторных влияний наблюдалось у 53,2% детей в 1 группе, у 56,9% - во 2 группе, у 75,0% - в 3 группе. Среди региональных нарушений биоэлектрической активности головного мозга билатеральная асимметрия и замедление ритма преимущественно отмечалась в группах детей с повторными ФС и АФС, получавшие антиконвульсивные препараты - в 41,5% и 9,2% случаев во 2 группе, в 37,5% и 25,0% случаях в 3 группе. Основными элементами пароксизмальной активности считали следующие: пики, полипики, острые волны, комплексы пик-волна, полипик-волна, острая волна - медленная волна. Пароксизмальная патологическая активность в 1 группе наблюдалась у 1,6%, во 2 группе - у 33,8%, а в 3 группе - у 20,8% детей. Наличие судорожной активности отмечалась в 1 группе у 3,2%, во 2 группе - у 9,2% и в 3 группе - у 45,8% детей. Эпилептические изменения генерализованного характера в виде комплексов пик (полипик) - волна имели место только у 27,7% - 2 группы и у 37,5% - 3 группы. Вывод: при однократном развитии ФС в 50% случаев ЭЭГ не обнаруживает каких-либо патологических изменений. Легкие диффузные изменения на ЭЭГ имели место только у детей с ФС (в 1 и 2 группах). ЭЭГ детей с неблагоприятным перинатальным фоном и наследственной отягощенностью по судорогам характеризуется значительными диффузными изменениями. Нарушение субкортикальных регуляторных влияний, генерализованная и фокальная эпилептическая активность на электроэнцефалограмме более характерна для детей с повторными ФС, что необходимо учитывать при выборе адекватных мер профилактики и терапии ФС.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ГОМОЦИСТЕИНА В БИОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДАХ МЕТОДОМ ВЫСОКОЭФФЕКТИВНОЙ ЖИДКОСТНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ

А.В. Ильченко, Д.А. Некрут

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова

Цель работы: Разработка быстрого и дешевого универсального метода определения концентрации гомоцистеина в биологических жидкостях (плазме, сыворотке крови, гомогенатах тканей). Материал и методы исследования: Для депротеинизации биологических жидкостей использовались ацетонитрил (MERCK) и свежеперегнаный хлороформ. Для приготовления элюента применялся ацетонитрил (MERCK, HPLC grade). Стандартные растворы готовились из DL-гомоцистеина (DL-homocysteine, SIGMA). Восстановление окисленных форм гомоцистеина проводили раствором трибутилфосфина (tributylphosphine, ALDRICH) в диметилформамиде (MERCK). Для дериватизации гомоцистеина применяли пара-хлормеркурибензойную кислоту (4-Chloromercuribenzoic acid, ALDRICH). К 0,5 мл образца

добавляли 0,05 мл 10% раствора трибутилфосфина в диметилформамиде. После тщательного перемешивания смесь выдерживали в течение 1 часа при комнатной температуре для завершения процесса восстановления. После чего к пробе добавляли 1,5 мл ацетонитрила. Содержимое пробирки перемешивали 1 минуту, после чего центрифугировали при 1000 об/мин в течение 5 минут. Надосадочную жидкость отделяли, к ней добавляли 3 мл холодного хлороформа, смесь встряхивали в течение 2 минут и центрифугировали при 3000 об/мин в течение 10 минут. Отбирали 0,2 мл водной фазы, к отобранной аликвоте добавляли 1 мл 0,5 М ацетатного буфера pH=4.6 и 0,1 мл водного раствора пара-хлормеркурибензойной кислоты (ПХМБ) с концентрацией 3 мг/мл. Смесь тщательно перемешивали и оставляли на 1 час, после чего 20

мкл её вводили в хроматографическую колонку. Поскольку конъюгат гомоцистеина с ПХМБ стоек как минимум двое суток, соответственно проведение аппаратного определения может быть отложено. Концентрацию гомоцистеина определяли методом внутреннего стандарта, в качестве которого применяли N-ацетил-L-цистеин (N-acetyl-L-cysteine, SIGMA), который добавлялся к исследуемой жидкости и к стандарту в количестве, отвечающем концентрации 20 мкмоль/л. Результаты: Описанным методом проведено в общей сложности около 2000 определений в биологических жидкостях людей и лабораторных животных. Установлено, что стоимость определения описанным методом в 3-4 раза ниже сравнительно с иммуноферментным методом при сопоставимой точности определения. Чувствительность метода составила 1 пмоль в колонке, или 0,5 мкмоль/л в биологической жидкости. Время выхода гомоцистеина составляет 4,7 мин (температура колонки 22 °С). При тех же условиях время выхода N-ацетил-L-цистеина составляло около 10 минут. Удешевления удалось добиться как использованием дешевого модификатора (ПХМБ), стоимость которого в десятки раз ниже традиционных флуоресцентных меток,

так и применением нового метода депротеинизации биологических жидкостей. Обычно при хроматографическом исследовании используется экстракция определяемого вещества органическим растворителем. Однако вследствие гидрофильности гомоцистеина прямое применение жидкостно-жидкостной экстракции невозможно. Депротеинизация трихлоруксусной, сульфосалициловой кислотами, органическими растворителями оказалась невозможной вследствие их нежелательного влияния на процесс конъюгации гомоцистеина с ПХМБ. Поэтому белки отделялись осаждением ацетонитрилом с последующим удалением ацетонитрила в хлороформный слой. При депротеинизации плазмы крови этим методом в растворе остаётся не более 0.1% исходного количества белков.

Выводы: Таким образом, был разработан чувствительный метод определения концентрации гомоцистеина в биологических объектах, не требующий дорогих реагентов и оборудования. Это было достигнуто использованием оригинального способа депротеинизации растворов и нового модификатора – ПХМБ.

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ АНТИГЕНСВЯЗЫВАЮЩИХ ЛИМФОЦИТОВ К ТКАНЕВОМУ АНТИГЕНУ МИОКАРДА ПРИ ОСТРЫХ ДИАРЕЯХ

И.А. Имамова

Ташкентская Медицинская Академия

Целью работы явилось изучение особенности изменения уровня антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) к тканевым антигенам (ТА), как одного из показателей ранней диагностики развития осложнения со стороны ССС при острых диареях.

На базе клиники НИИЭМИЗ МЗ РУз за 2013-2015 гг. проводилось клинко-лабораторное исследование 80 (100%) больных острыми диареями в возрасте от 35 и выше. В исследуемую первую группу вошли 40 (50%) больных острыми диареями без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии в анамнезе и во вторую группу 40 (50%) больных с сопутствующими сердечно-сосудистыми патологиями (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь). Каждая группа была разделена по тяжести течения на две подгруппы: среднетяжелая и тяжелая формы. Уровень АСЛ к ТА миокарда у больных с ОД первой группы составил 2%, что соответствовало норме (0-2%). Из них у 20 (50%) больных со среднетяжелой формой ОД АСЛ к ТА миокарда составил 1%, при этом никаких клинко-лабораторных признаков поражения ССС не отмечались. У 20 (50%) больных с тяжелой формой ОД АСЛ к ТА миокарда составил 3%, при этом только у 2 (10%) больных отмечались изменения на ЭКГ в виде обменно-дистрофических изменений. При поступлении в стационар у 5 (25%) больных констатирован гиповолемический шок I-II степени, проявляющийся

адинамичностью, заторможенностью больного, бледностью кожных покровов, цианозом носогубного треугольника, выраженной одышкой, тахикардией, олигурией. Индекс Альговера составил 1. Уровень АСЛ к ТА миокарда у больных с ОД из второй группы составил 5%. Из них у 20 (50%) больных со среднетяжелой формой ОД АСЛ к ТА миокарда составил 4%, поражение миокарда на ЭКГ носило обменно-дистрофический характер. У 2 (10%) больных отмечалось клиническое обострение сердечно-сосудистой патологии (артериальная гипертензия, стенокардия напряжения). У 20 (50%) больных с тяжелой формой ОД АСЛ к ТА миокарда составило 6%, при этом на ЭКГ на фоне обменно-дистрофических нарушений в миокарде отмечалось также нарушение ритма и проводимости, признаки тахикардии. Из них у 14 (70%) больных отмечалось клиническое обострение сердечно-сосудистой патологии (артериальная гипертензия, стенокардия напряжения). При поступлении в стационар у 6 (30%) больных констатирован гиповолемический шок I-II степени.

Установлено, что уровень АСЛ к ТА миокарда у больных острой диареей имел тенденцию к повышению относительно тяжести заболевания и развитию признаков миокардита, являясь при этом одним из показателей ранней диагностики развития осложнения со стороны ССС при острых диареях.

ДИАГНОСТИКА ЭПИЛЕПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ

С.З. Инаятов, Н.И. Закирова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: Провести анализ электроэнцефалограмм (ЭЭГ) беременных с эпилепсией. Материал и методы исследования: Нами проведен анализ 30 электроэнцефалограмм беременных с эпилепсией, находившихся под наблюдением родовспомогательных учреждений г. Самарканда. Беременные наблюдались в течение

гестации невропатологом, терапевтом и акушер-гинекологом. Всем беременным проводилось ЭЭГ исследование в конце триместре гестации 1 раз. Оценка ЭЭГ проводилась по общепринятой методике. Результаты исследования: Возраст женщин колебался в пределах 17-35 лет, составляя в среднем 24±4,4 года. Первородных было 12