

Замена воспроизводимых слов «старыми шаблонами» (повторами) может быть объяснена как снижением объема памяти, так и инертностью мышления. Значительное увеличение количества персевераций у РКЭ III возрастной группы при относительно равном количестве повторов (по сравнению с аналогичными показателями у больных II группы), по-видимому, объясняется существенным ускорением процессов забывания, «истощаемостью» психических процессов и также снижением внимания.

Количественные и качественные изменения памяти у РКЭ после специального отвлечения внимания, по-видимому, могут быть связаны с патологической тормозимостью следов побочными (интерферирующими) воздействиями, которая проявляется на фоне некоторого ослабления процесса консолидации следа [4].

Выявленные изменения позволяют отметить специфическое состояние процессов внимания и «энергетического» обеспечения психической деятельности, проявляемых на фоне повышенной утомляемости, что требует дополнительной медикаментозной коррекции у больных, перенесших менингеальную форму клещевого энцефалита, в периоде реконвалесценции не менее двух лет.

Выводы

1. Нейропсихологическое исследование слухоречевой памяти у РКЭ выявило снижение объема воспроизводимого материала при произвольном запоминании во всех возрастных группах ($p < 0,05$) и «истощение» процессов запоминания.

2. У РКЭ всех возрастных групп отмечены нарушения воспроизведения словесных стимулов после первого прочтения ($p < 0,05$) и качественные изменения воспроизведения материала в виде появления персевераций и повторов после каждого прочтения, при отвлечении внимания и через 15 мин.

3. Уменьшение количества воспроизводимых словесных стимулов и увеличение количества ошибок было максимальным в старшей возрастной группе, но статистически достоверным у РКЭ по отношению к аналогичным показателям у здоровых испытуемых этой возрастной группы.

4. У всех пациентов, обследованных в периоде реконвалесценции (от 1 до 2 лет) после перенесенной МФ КЭ, выявлены нарушения памяти и внимания, что требует соответствующей коррекции восстановительного лечения в течение длительного периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова В.Н., Громов С.А., Щенова Л.А., Леконцев В.Т. Психические и пароксизмальные расстройства у больных клещевым энцефалитом. - Ижевск: Изд-во Удмуртского университета, 1992. - С.39-86.
2. Вейн А.М., Каменешка Б.И. Память человека. - М.: Наука, 1973. - 131с.
3. Иерусалимский А.П. Клещевой энцефалит. - Новосибирск: ГМА, 2001. - 360с.
4. Киященко Н.К., Л.И. Московичюте, Симеончик Э.Г., Фаллер Т.О., Филиппычева Н.А. Мозг и память: Нейропсихологические исследования. - 1975. - 79с.
5. Лурья А.Р. Основы нейропсихологии. - М.: МГУ, 1973. - 373с.

6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. - М.: МЕДпресс, 1999. - 588с.
7. Нарушения памяти // Неврология для врачей общей практики / Под ред. Вейна А.М. - М.: Эйдос Медиа 2001. - С.385-397.
8. Осинцева Т.С. Резидуальные явления после перенесенного клещевого энцефалита по данным дисперсионизации в Удмуртской АССР // В сб. «Клещевой энцефалит в УАССР». - Ижевск, 1964. - Т. XX, ч.1 - С.5-82.
9. Панов А.Г. Клещевой энцефалит. - Л.: Мсдгиз, 1956 - 283с.
10. Шаповал А.Н. Клещевой энцефаломиелит. - Л.: Медицина, 1980. - 256с.
11. Щенова Л.А. Клиника и течение психопатологических расстройств при клещевом энцефалите в пожилом возрасте // В сб. «Возрастные особенности психических заболеваний». - Ижевск, 1970. - С.42-43.

УДК 616.935-084:615.857.87

А.И. Щинов, В.М. Борзунов,
Г.И. Донцов, В.И. Родин, А.Н. Харитонов

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АЦИДОФИЛЬНОГО ОВСЯНОГО КОНЦЕНТРАТА ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ И ПЛАНОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ДИЗЕНТЕРИИ В ЗАКРЫТОМ КОЛЛЕКТИВЕ

Уральская государственная медицинская академия, Городская психиатрическая больница №12, Екатеринбургский городской центр по профилактике в борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями

Известно, что длительное пребывание в закрытом стационаре неблагоприятно влияет на состояние иммунитета и микрофлору кишечника больных, создавая почву для возникновения и распространения среди них кишечных инфекций. В последние годы одной из проблем для стационаров с длительным пребыванием больных, в том числе домов-интернатов и психиатрических больниц стала вспышечная заболеваемость дизентерией Флекснера 2а.

Городская психиатрическая больница № 12 г. Екатеринбурга оказывает неотложную помощь взрослым жителям четырех районов города с населением более полумиллиона человек. Пять отделений, расположенных в двухэтажных зданиях, изолированы, имеют отдельные входы. Больные размещены в палатах по 7-14 человек. В каждом отделении имеется буфетная, ванная комната туалета.

Стационар не является благополучным по кишечным инфекциям. Так, в период 1997-1998 гг. в 4 неотложном отделения были зарегистрированы две вспышки дизентерии Флекснера 2а, в которые были вовлечены соответственно 16 и 32 больных (т.е. 40-80% больных).

У абсолютного большинства больных дизентерия протекала с выраженной клиникой, средней степени тяжести. Источниками инфекции оказались один из санитаров отделения и вновь поступивший пациент. Несмотря на своевременное проведение противозидемических

мероприятий, включавших текущую и заключительную дезинфекцию, прекращение приёма и разобщение больных, а также бактериологическое и серологическое обследование больных и персонала, все вспышки оказались растянутыми во времени более чем на месяц, что также свидетельствует о контактно-бытовом характере передачи инфекции. Появление новых случаев прекращалось только после лечения всех больных 5-дневным курсом фуразолидона.

В апреле 1999 г. в 4 отделении вновь зарегистрирована вспышка дизентерии Флекснера (6 случаев) среди больных, менее месяца находившихся в данном стационаре. При бактериологическом обследовании контактных выявлен бактериовыделитель, который перенёс острую дизентерию Флекснера в декабре 1998 г., находясь на стационарном лечении в этом отделении. Неотложные противоэпидемические мероприятия на этот раз были дополнены применением ферментов, витаминов группы В и С, а также противодизентерийного бактериофага у всех больных и персонала отделения.

При предварительном обследовании группы больных выявлены дисбиотические сдвиги в микробиоценозе толстого кишечника и умеренный компенсированный иммунодефицит, преимущественно по линии клеточного иммунитета, что ведёт к снижению противоинойфекционной защиты организма и может способствовать групповой заболеваемости кишечными инфекциями.

Опасность длительного бактериовыделения у реконвалесцентов и высокая восприимчивость больных для контактного пути передачи инфекции определяли нестабильность эпидемиологической ситуации и необходимость поиска путей к предотвращению повторных эпизодов групповой заболеваемости в отделении.

Целью данного исследования было установление возможности достигнуть более стойкого противоэпидемического эффекта путём коррекции выявленных нарушений с помощью оригинального пробиотического пищевого продукта - ацидофильного овсяного концентрата-киселя (Патент РФ № 2189153 на изобретение способа приготовления биологически активного пищевого продукта с приоритетом от 11.01.2000.).

Материалы и методы

Обследовано на дисбактериоз и иммунный статус 13 больных неблагоприятного 4 отделения. В течение полутора месяцев опытная группа из 13 человек получала по 150 г ацидофильного овсяного концентрата-киселя ежедневно перед обедом, как и все больные этого отделения.

Первая контрольная группа включала 10 больных оседного первого отделения, условия пребывания и питания которых были идентичными опыту. Вторая группа контроля состояла из 17 практически здоровых лиц, одного возраста с обследуемыми. Спустя месяц, в июле 1999 г. опытная и первая контрольная группы были обследованы повторно.

Бактериологические исследования проводились по стандартным методикам [1, 6]. Иммунологическое обследование [4] включало определение лейкоцитов и лимфоцитов, Т-лимфоцитов (реакция Е-розеткообразования), В-лимфоцитов (ЕАС-розеткообразование), определение фагоцитарной активности нейтрофилов с культурой стафилококка методом Бермана-Славской в модификации Олейниковой [3]. Ко-

личественное определение иммуноглобулинов общепринятым методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини. Полученные данные сравнивали с общепринятыми нормами [2, 3].

В процессе исследования был применён способ экспресс-диагностики действия фармакологического препарата на организм человека (Патент РФ № 2146494. Приоритет от 06.07.98.) с использованием в качестве контролируемого параметра индекса биоэлектромагнитной реактивности. Индекс биоэлектромагнитной реактивности измеряли в контрольных точках наружной части тела человека.

В качестве контрольных выбирали по две точки, расположенные на расстоянии друг от друга в зонах Захарьина-Гёда, которые считали кожей проекцией печени и тимуса.

В каждой точке измеряли значение индекса биоэлектромагнитной реактивности до и после приёма ацидофильного овсяного концентрата в течение месяца, вычисляли разность индексов первичных и вторичных измерений и сравнивали значение разностей. Если в результате сравнения индекс иммунизации отличался на 30 или менее 30%, то действие фармакологического препарата оценивали, как не оказывающее влияния на иммунитет или как угнетающее соответственно. Если значение разностей индексов БЭМР отличалось более, чем на 30%, то действие препарата оценивали как повышающее иммунитет.

Способ реализован экспертно-диагностическим прибором для определения биоэлектромагнитной реактивности живых тканей органа "Лира-100", разработанном и изготовленном в отделе медицинской кибернетики научно-исследовательской лаборатории Уральского государственной медицинской академии и защищен патентами.

У 15 больных в процессе приёма ацидофильного овсяного концентрата-киселя проведено определение индекса биоэлектромагнитной реактивности до и после приёма препарата с интервалом в шесть недель.

Результаты исследования и их обсуждение

У 13 больных (опытная группа) разность индексов биоэлектромагнитной реактивности более 30%, что доказывает положительное действие ацидофильного овсяного концентрата-киселя на иммунную систему. Причем результат находится в прямой зависимости от своевременного приёма больным продукта в течение месяца. У двух больных из контрольной группы индекс биоэлектромагнитной реактивности не изменился.

У обследованной группы больных выявлено [5] дисбиотические состояние микрофлоры просвета толстого кишечника, характеризующееся дефицитом анаэробной (бифидо- и лактофлоры) и наличием условнопатогенной флоры; а также состояние умеренного компенсированного иммунодефицита (снижение Т- и В-лимфоцитов, фагоцитарного числа и индекса завершенности фагоцитоза).

Нами показано также [5], что приём в течение шести недель ацидофильного овсяного концентрата-киселя приводит к достоверному улучшению иммунологических показателей больных, выраженному росту количества бифидобактерий и лактобацилл в просветной флоре толстого кишечника, уменьшению высевов из фекалий условнопатогенной флоры и снижению рН кала, то

есть данный продукт-пробиотик является средством, способствующим нормализации микрофлоры кишечника и иммунного статуса организма. Очевидно, что это положительно сказывается на индивидуальной и коллективной устойчивости к возбудителю дизентерии.

За время непосредственно клинического эксперимента и в течение последующих 3 лет новых случаев заболевания в отделении зарегистрировано не было.

Единственный случай заноса, когда вновь поступивший больной скрыл своё заболевание в приёмном покое и находился в отделении 4 дня до получения сведений из лаборатории о выделении шигеллы Флекснера 2а, был без распространения. В течение 3 дней после установления диагноза все контактные больные получали ацидофильный овсяный концентрат-кисель в обычной дозе. Аналогичная методика была применена при заносе шигеллёза во второе женское отделение. Распространения также не последовало.

Вывод

Таким образом, новый пищевой продукт-пробиотик - ацидофильный овсяный кисель-концентрат - можно рекомендовать для использования в практике противэпидемической работы как для курсового, планового, так и для экстренного применения, то есть по эпидемиологическим показаниям - в случае угрозы распространения кишечных инфекций в коллективе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Добрынин В.М., Добрынина И.А., Захаренко С.М., Кацалуха В.В. и др. Методические рекомендации по микробиологической диагностике дисбактериозов кишечника в лечебно-диагностических учреждениях армии и флота. - СПб, 1999. - 23с.
2. Лебедев К.А., Понякина И.Д. Иммунограмма в клинической практике. - М.: Наука, 1990.
3. Омарова М.С., Фахридина Л.И., Преснякова Р.Н. О фагоцитарной активности нейтрофилов и состоянии моноцитарной системы у практически здоровых лиц // Здр. Казахстана. - 1974. - № 6. - С.31-32.
4. Петров Р.В., Хайтов Р.М., Пинсгин Б.В. и др. Оценка иммунного статуса человека при массовых обследованиях: Методические рекомендации для научных работников и врачей практического здравоохранения. - М., 1992. - 18с.
5. Щинов А.И., Борзунов В.М., Донцов Г.И., Харитонов А.Н. Влияние пробиотического продукта ацидофильного овсяного концентрата на показатели иммунной системы и микрофлору кишечника больных // Вопросы инфекционной патологии человека: Материалы научной конференции. - Киров, 2001. - С.42-46.
6. Эпштейн-Литвак Р.В., Вильшанская Ф.Л. Бактериологическая диагностика дисбактериоза кишечника: Методические рекомендации. - М., 1977. - 20с.