

Целью исследования явилось изучение терапевтической активности лекарственного средства опиоидной природы даларгина в комплексной терапии хронического панкреатита алкогольного генеза, определение оптимальной схемы введения препарата.

Материалы и методы. Было обследовано и пролечено 38 больных (30 мужчин и 8 женщин в возрасте 18-60 лет) с отечной стадией хрон. алкогольного панкреатита. С целью определить наиболее эффективную дозу даларгина все больные были разбиты на 2 равноценные группы (по 19 человек в каждой группе). Больные 1-ой группы получали гексапептид в дозе 2 мл (2 мг) в/в кап. на 200,0 мл физ. р-ра 2 раза в день (5 дней). Больные 2-ой группы получали лекарство в дозе 3,0 мл (3 мг) в/в кап. на 200,0 мл физ. р-ра 2 раза в день (5 дней). Терапия даларгином в обеих группах велась на фоне стандартной схемы лечения (ферменты, спазмолитики, блокаторы секреции).

Результаты. Лечение даларгином позитивно сказывалось на самочувствии всех больных, их физической активности, снижении показателей уровня сахара в крови, СОЭ, лейкоцитоза и, что особенно важно, уровня амилазы. Болевая симптоматика у больных 1 группы к 5 дню лечения купировалась у 18 пациентов (95 %), у пациентов 2 группы к аналогичному сроку прекращение болей в области живота отмечено у 16 больных (85 %). Данные УЗИ поджелудочной железы указывали на положительную динамику ее размеров за счет уменьшения отека органа у больных обеих групп. Достичь на фоне лечения пептидом нормальных размеров железы (3,0 x 2,0 x 2,5 см) в 1 группе удалось в 8 случаях (42 %), во 2 группе у 6 больных (32 %). Серьезных побочных эффектов в ходе работы зафиксировано не было.

Обсуждение. В основе положительного действия пептида даларгина в отношении патологически измененной поджелудочной железы при ее алкогольном поражении лежат следующие механизмы действия гексапептида: даларгин снижает уровень панкреатических ферментов в лимфе и крови, стимулирует дренаж железы, улучшает процессы микроциркуляции в зоне поражения, ограничивает участки панкреонекроза.

Выводы. Даларгин эффективен в лечении хрон. алкогольного панкреатита в стадии обострения, при этом наиболее приемлемым вариантом лечения является схема: даларгин 2,0 (2 мг) в/в кап. 2 раза в сутки (5 дней) на фоне стандартной терапии.

041. ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ В ТКАНИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ ПРИ РАЗНЫХ СТАДИЯХ ХРОНИЗАЦИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

Бульгин В.Г.

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия

Цель исследования: изучение показателей активности ферментов в ткани печени у детей, больных хроническим вирусным гепатитом В, и определение зависимости этих параметров от стадии хронизации заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 20 детей в возрасте от 12-и до 15-и лет с диагнозом "хронический вирусный гепатит В", который устанавливался в условиях специализированного стационара с помощью стандартных клинико-биохимических и иммуноферментных методов исследования и подтверждался морфологически после пункционной биопсии печени (под контролем УЗИ). Из общего числа обследованных детей у 10 человек определялась 2-я стадия хронизации процесса (слабая или умеренная степень активности заболевания с умеренно выраженными фиброзными изменениями в печени) и еще у 10 выявлялась 3-я стадия хронизации вирусного гепатита В (слабая или умеренная степень активности с тяжелым фиброзом в печени).

Материал, полученный при биопсиях, использовался и для определения в ткани печени активности внутриклеточных ферментов биоломинесцентным методом (Савченко А.А., Сунцова Л.Н., 1989). Определялись следующие показатели: активность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г6ФДГ), глицерол-3-фосфатдегидрогеназы (Г3ФДГ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), НАД- и НАДФ-зависимых изоцитратдегидрогеназ (НАДИЦДГ и НАДФИЦДГ), НАД- и НАДФ-зависимых глутаматдегидрогеназ (НАДГДГ и НАДФГДГ), НАД- и НАДФ-зависимых малатдегидрогеназ (НАДМДГ и НАДФМДГ), а также глутатионредуктазы (ГР). Активность ферментов выражалась в микроединицах на 1 микрограмм ткани печени (мкЕ/мкг). Достоверность различий полученных результатов оценивалась с помощью критерия Манна-Уитни (U).

Результаты и их обсуждение. В результате проведенных исследований определен ряд достоверных различий между ферментными показателями ткани печени в группах больных, различающихся по стадии хронизации инфекционного процесса. Так, например, активности Г6ФДГ и ГР в группе детей с 3-й стадией хронизации вирусного гепатита В определялись достоверно ниже, чем у детей со 2-й стадией хронизации процесса ($5,53 \pm 1,09$ и $25,79 \pm 5,86$, соответственно, $P < 0,01$; $2,23 \pm 0,13$ и $4,54 \pm 0,68$, соответственно, $P < 0,01$). Кроме того, выявлена тенденция к снижению показателя ЛДГ в группе с более высокой стадией хронизации гепатита В по сравнению с аналогичным параметром печеночной паренхимы при 2-й стадии его хронизации ($8,43 \pm 3,17$ и $17,49 \pm 4,19$, соответственно, $P < 0,1$). В свою очередь, уровень НАДИЦДГ при 3-й стадии хронизации определялся достоверно более высоким, чем при 2-й стадии ($2,33 \pm 0,63$ и $0,88 \pm 0,29$, соответственно, $P < 0,05$).

Уменьшение активности двух НАДФ-зависимых ферментов – Г6ФДГ и ГР – у детей с более тяжелой стадией заболевания свидетельствует о значительном снижении функциональных возможностей клеток печени за счет ограничения наработки субстратов для макромолекулярного синтеза, а также менее высоком уровне в них реакций глутатионовой системы антиоксидантной защиты. Учитывая роль НАДФН в синтетических процессах, в том числе липидном обмене, связанном с обновлением и восстановлением мембранных структур, можно предположить, что уменьшение его количества в результате ингибирования реакций с участием указанных ферментов способствует

ограничению репаративных процессов в ткани печени при хроническом гепатите В.

Повышение же активности НАДИЦДГ может свидетельствовать об интенсификации реакций цикла трикарбоновых кислот и усиленной выработке АТФ, потребность клеток в которой в условиях патологического процесса увеличена. Однако участие гликолиза во внутриклеточной энергопродукции при более тяжелой стадии хронического гепатита В, вероятно, ограничено, что может способствовать накоплению в клетках лактата и подтверждается менее высокой, чем при 2-й стадии, активностью ЛДГ.

В заключение можно отметить, что выявленные нами особенности внутриклеточного обмена, характерные для клеток печени у детей 12-15-и лет, в зависимости от стадии хронизации вирусного гепатита В и проводимые в этом направлении дальнейшие исследования позволят, по-нашему мнению, уточнить некоторые метаболические аспекты патогенеза хронического гепатита В, обусловленные тяжестью его течения (стадией хронизации), определить новые подходы диагностики, лечения и прогнозов течения указанного заболевания в детском возрасте.

Вывод. Интенсивность реакций метаболизма в печеночной ткани детей в возрасте 12-15-и лет, больных хроническим вирусным гепатитом В, зависит от стадии хронизации инфекционного процесса. Изменения метаболических параметров, выявляемые при 3-й стадии хронизации вирусного гепатита В, свидетельствуют о более глубоком, чем при 2-й его стадии, функциональном поражении клеток печени.

042. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Бунатян А.А.¹, Самигуллин М.Ф.², Фаттахов В.В.³

¹МУЗ «Городская поликлиника № 10» УЗ ИК МО г. Казань. Россия.

²Кафедра эндоскопии и эндоскопической хирургии,

³кафедра клинической анатомии и амбулаторно-поликлинической хирургии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава». г.Казань. Россия.

Актуальность. Бурное развитие эндоскопия получила после внедрения в практическую медицину гибких эндоскопов и эндовидеосистем. Стало возможным проведение малоинвазивных оперативных вмешательств. Вместе с тем, внедрение новых медицинских технологий требует и новых подходов в организации этих служб: комплексного оснащения оборудованием, централизации дорогостоящего оборудования и квалифицированных кадров, подготовки соответствующих кадров.

На базе МУЗ «Городская поликлиника № 10» г. Казани совместно с кафедрой клинической анатомии и амбулаторно-поликлинической хирургии КГМА и кафедрой эндоскопии и эндоскопической хирургии КГМА разрабатываются и внедряются новые технологии обследования, профилактики, лечения и послеоперационной реабилитации больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

В связи с приоритетным развитием амбулаторно-поликлинической службы целесообразным представляется организация Лечебно-диагностических центров (ЛДЦ) в составе поликлиники или организация их, как неотъемлемой части Центров амбулаторно-поликлинической хирургии.

Целью создания таких центров является эффективное использование дорогостоящего оборудования, приближение квалифицированной и специализированной помощи к населению, осуществление отбора пациентов на госпитализацию в специализированные отделения.

Современная эндоскопия, амбулаторно-поликлиническая гастроэнтерология и хирургия требуют внедрения следующих высокотехнологических методов исследования и лечения, возможно с приобретением соответствующего оборудования.

- Эндоскопия с увеличением и стереомикроскопия ZOOM – технологии.
- Эндоскопия с применением NBI –технологии.
- Эндокапсульная эндоскопия.
- Эндосонография-скопия.
- Эндоскопическая коррекция рубцовых структур ЖКТ.
- Эндоскопическое стентирование поражений ЖКТ и билиарных обструкций.
- Эндоскопическое удаление конкрементов из желчных путей.
- Рентгенэндоскопические методы исследования ЖКТ и гепатобилиарной зоны.
- Эндоскопическое удаление опухолей ЖКТ и трахеобронхиального дерева, резекция слизистой с применением лазерной техники.
- Эндоскопическое лечение проктологических заболеваний с использованием новых технологий (фотокоагуляция, латексные кольца, удаление послеоперационных лигатур из просвета толстой и прямой кишок и т.п.).
- Эндоскопическое лечение злокачественных опухолей (фотодинамическая терапия, лазерная абляция, и др.).
- Внедрение неинвазивного подхода в диагностике и лечении диспепсии (дискомфорта в эпигастрии). С этой целью необходимо оснащение поликлиник тестами на Н.руlogi (дыхательный уреазный тест с C¹³ или антиген в кале.
- Организация скрининга колоректального рака.
- Высокотехнологические методы обработки эндоскопов и эндоскопического инструментария.

В то же время, эффективная лечебно-диагностическая работа с использованием новых технологий невозможна без:

- цитогистологической лаборатории,
- клинической лаборатории,
- инженерно-технического штата (помещение, оборудование)

Было бы оптимальным наличие телемедицинского комплекса для проведения консультаций, обмена опытом и обучения персонала.

Отсутствие или не полное финансирование эндоскопического оборудования, дезинфицирующих средств инструментария и оборудования для обработки