

биться регрессов симптомов эндогенной интоксикации, улучшения функциональной деятельности центральной нервной системы и дезинтоксикационной функции печени. Достаточно вы-

сокая эффективность препарата реамберин дает основание более широкого его использования в комплексном лечении больных при декомпенсации цирроза печени.

Гориков И.Н.

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ГРИППЕ А (H3N2) У ЖЕНЩИН ВО II ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Благовещенск

Цель: изучить эффективность лечения фетоплацентарной недостаточности (ФПН) при гриппе А (H3N2) у женщин во II триместре беременности.

Материалы и методы: определялось содержание специфических иммуноглобулинов к вирусам респираторной группы (грипп А (H3N2), В, парагрипп 1-3 типа, РС- аденовирус), показателей неспецифического иммунного ответа, общей воспалительной реакции, эндотоксикоза, концентрации гормонов (плацентарного лактогена (ПЛА), прогестерона (ПГ), эстриола (Е₃), кортизола и серотонина), проводилось эхографическое исследование фетоплацентарного комплекса (по Р.А. Grannum et al., 1979) при гриппе А (H3N2) у женщин во II триместре беременности, осложненной и неосложненной фетоплацентарной недостаточностью (ФПН). При оценке иммунного статуса женского организма использовались общепринятые методы (Р.В. Петров и соавт., 1992), иммуноглобулины А, М и G определялись по G. Mancini et al. (1964). При лечении ФПН в условиях стационара ГУ ДНЦ ФПД СО РАМН всем больным назначались: постельный режим; седативная терапия; средства, направленные на оптимизацию ма-

точного кровотока; препараты, повышающие энергетические резервы организма; средства улучшающие носовое дыхание, купирующие воспалительный процесс в ЛОР-органах; детоксикационная терапия; иммуномодулирующие препараты.

Результаты: в период проявления основных симптомов инфекции у беременных с ФПН отмечалось повышение титров антител к вирусу гриппа А (H3N2), СОЭ, общего, непрямого билирубина, фибриногена, СМП, МДА, кортизола и серотонина на фоне падения концентрации ПГ и Е₃. Увеличивалась толщина плаценты и появлялись признаки многоводия. Иммунологически регистрировалось снижение Т-лимфоцитов и нарушение соотношения Т₄/Т₈, а также повышение концентрации иммуноглобулинов А, М и ЦИК. После лечения ФПН наблюдалась нормализация основных клинико-биохимических показателей и тенденция к оптимизации иммунологических параметров у беременных женщин.

Выводы: использование иммунобиохимических и гормональных тестов позволяет контролировать эффективность лечения ФПН при гриппе.

Гориков И.Н., Квиткина И.Г., Рабинович Б.А., Шмыков И.И., Андриевская И.А.,

Макарова Г.А., Рыженкова И.Б.

ЛЕЧЕНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ИХ ПОТОМСТВА

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Благовещенск

Цель: выявить наиболее эффективные схемы лечения фетоплацентарной недостаточности у беременных с хронической герпесвирусной инфекцией (ХГВИ).

Материалы и методы: оценка клинических проявлений ХГВИ, эхографическая и гормональная характеристика фетоплацентарной системы (ФПС), биохимическая оценка общей воспалительной реакции и клиническая иммунограмма у беременных, антропометрические тесты новорожденных, оценка развития детей 1-го года жизни.

Результаты: при лечении ФПН у 42 женщин во II триместре беременности с обострением (ХГВИ) и оценке исходов для новорожденных и детей первого года жизни установлены критерии эффективности лечения. Все пациентки были разделены на четыре группы. Первая — больные с ХГВИ, которым назначалась классическая схема лечения ФПН (седативные препараты; средства, направленные на оптимизацию маточно-плацентарного кровотока; дезагреганты; антиоксиданты; ан-

тигипоксанта). Во второй группе традиционная терапия сочеталась с иммуномодулирующими средствами (иммуноглобулин с титром антител к ВПГ, виферон-2, иммунал, дибазол). Третья группа больных получала комплексную иммуномодулирующую терапию и биологически активные добавки (БАД) (соевый лецитин). Четвертая группа (контрольная) — женщины с нормальной беременностью. Наиболее эффективным оказалось лечение ФПН у больных в третьей группе. При этом исчезали клинические проявления ФПН и отмечалась оптимизация гормональных и иммунобиохимических параметров у пациенток с ХГВИ. У их новорожденных регистрировалась более высокая оценка по Апгар, а у детей первого года — менее выраженная неврологическая симптоматика при церебральной патологии.

Выводы: наиболее эффективным методом лечения ФПН при ХГВИ является использование комплексной иммуномодулирующей терапии и БАД.

Добряков Е.Ю., Кушнерова Н.Ф., Добряков Ю.И.

ГЕПАТОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ХАУРАНТИНА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Тихоокеанский океанологический институт им. В.И. Ильичева ДВО РАН, Владивосток

Цель: алкогольная интоксикация в настоящее время является наиболее распространенной причиной развития патологии печени, в частности жирового гепатоза, токсического гепатита и цирроза. Пополнение арсенала лекарственных препаратов и биологически активных добавок, эффективных при алкогольной интоксикации, за счет изучения свойств богатых биологически активными веществами морских гидробионтов, является одной из актуальных задач современной фармакологии.

Методы: исследовалось гепатопротективное действие БАД «Хаурантин», получаемой из асцидии пурпурной (*Halocynthia aurantium*) по ТУ 9169-007-20783642-96 при алкогольном повреждении печени у крыс. В механизмах алкогольной интоксикации нарушение обмена липидов в печени занимает важное место.

Результаты: внутрибрюшинное введение 33%-ного этилового спирта в течение 10 дней сопровождалось увеличением в печени количества триацилглицеридов (ТАГ), свободных жирных кислот, незатерифицированного холестерина и уменьшением количества общих фосфолипидов, что свидетельствует о нарушении этерифицирующей функции печени и начале развития её жировой инфильтрации. В группе животных, где внутрибрюшинное введение этилового спирта сочеталось с

внутрижелудочным введением хаурантина, количественные показатели фракций нейтральных липидов статистически достоверно не отличались от показателей контрольной группы животных. Таким образом, применение хаурантина на фоне интоксикации этиловым спиртом препятствует накоплению ТАГ в печени и способствует сохранению её этерифицирующей функции, что является выражением гепатопротективных свойств препарата.

Среди фракций фосфолипидов при алкогольной интоксикации произошло снижение содержания основного структурного компонента мембран — фосфатидилохолина (ФХ) и возрастание количества лизофосфатидилохолина (ЛФХ) и лизофосфатидилэтаноламина (ЛФЭ), что указывает на активацию фосфолипазы А₂. У крыс, получавших хаурантин, содержание ФХ в фосфолипидной фракции печени увеличилось и даже превысило контроль. Количество лизофосфолипидов (ЛФХ и ЛФЭ) статистически достоверно снизилось (в среднем на 30%). Способность хаурантина обеспечивать сохранение процессов синтеза фракций фосфолипидов в печени и поддерживать их соотношение свидетельствует о мембранопротективном эффекте препарата.

В жирнокислотном спектре общих липидов печени под влия-

янием этанола наблюдалось повышение содержания насыщенных жирных кислот при одновременном снижении концентрации п-6 и п-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК). Изменение соотношения жирных кислот сопровождалось ростом индекса насыщенности с 0,75 до 1,0. Эффект хаурантина выражался не только в нормализации равновесия между насыщенными и ненасыщенными жирными кислотами, но также в резком подъеме (выше уровня интактных животных) количества п-3 ПНЖК. Таким образом, хаурантин в условиях интоксикации

животных этиловым спиртом способствует частичному замещению насыщенных жирных кислот на входящие в состав препарата п-3 ПНЖК и обеспечивает тем самым сохранение физико-химических свойств мембран гепатоцитов.

Выводы: результаты проведенных экспериментов подтвердили наши предположения относительно наличия у хаурантина выраженного мембрано- и гепатозащитного действия, которое проявилось в сохранении липидного обмена в печени животных при интоксикации этиловым спиртом.

Запорожец Т.С., Грицюк Т.Л., Беседнова Н.Н. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БАД «ТИНРОСТИМ» ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

НИИ эпидемиологии и микробиологии СО РАМН, Краевой онкологический диспансер, Владивосток

Цель: обоснование возможности применения БАД «Тинростим» для профилактики и лечения гнойно-воспалительных осложнений послеоперационных вмешательств у онкологических больных.

Методы: исследования проведены у больных в возрасте от 35 до 75 лет, находившихся на лечении в отделении онкогинекологии Краевого онкогинекологического диспансера в 2003-2005 гг. У 80 больных верифицирован рак гениталий (рак яичников I-IV стадий и рак эндометрия I-II стадий). Для этого больным опытных групп (с несложными (1) и сложными (2) течением послеоперационного периода и с в комплексную базовую терапию с целью профилактики послеоперационных осложнений включали тинростим по 0,05 мг внутрь два раза в день в течение 10 дней до операции. Больные с осложнениями в послеоперационном периоде получали тинростим по 0,05 мг внутрь два раза в день в течение 14 дней с момента развития осложнения. Иммунологические показатели (CD3, CD4, CD8, CD 16, CD25, фагоцитарную активность нейтрофилов крови, концентрацию IgG, IgM, IgA) определяли до и через одну неделю после окончания приема тинростима, в контрольных группах (2 и 4) — в соответствующие сроки проведения базовой терапии.

Результаты: изучение иммунологических показателей крови показало у большей части пациентов 1 и 3 групп с распространенными опухолевыми процессами малого таза одностороннее отклонение от нормальных значений: относительное содержание CD3⁺ лимфоцитов находилось в пределах вариабельности нормальных значений (55,9±2,2% и 58,4±2,0% соответственно), относительное содержание CD16⁺ лимфоцитов и CD8⁺ лимфоцитов — на уровне нижней границы нормальных значений. На-

блюдалось снижение относительного содержания CD4⁺ лимфоцитов (33,7±1,2% и 32,7±2,2%), усиление экспрессии активационных антигенов (CD25⁺) (12,0±1,2% и 10,8±1,5%) и увеличение относительного содержания CD20⁺ лимфоцитов (В-лимфоциты) (19,0±0,7% и 17,8±1,9%). Фагоцитарный показатель находился в пределах вариабельности нормальных значений (62,2±1,1% и 61,6±2,1%) способность Нф поглощать микроорганизмы была снижена (ФЧ 3,5±0,2 и 3,0±0,2). После оперативного лечения в контрольной группе на фоне нейтрофильного лейкоцитоза снизилось относительное содержание CD3⁺ CD4⁺ лимфоцитов (52,4±1,8, p=0,02 и 29,5±1,1, p=0,01 соответственно), снизился фагоцитарный показатель Нф (59,1±1,1%, p=0,05). Динамика остальных параметров иммунитета, а также биохимических и гематологических лабораторных показателей отмечено не было. В группе, где пациентам на фоне стандартной терапии назначали тинростим, наблюдалась нормализация иммунологических параметров. У больных 2 и 4 группы с развившимися послеоперационными осложнениями динамика параметров Т-клеточного звена иммунитета и фагоцитарной активности Нф характеризовалась нарастающей депрессией. Включение в комплексную терапию больных с послеоперационными осложнениями тинростима также сопровождалось нормализацией иммунологических параметров.

Выводы: применение тинростима для профилактики и лечения гнойно-воспалительных осложнений послеоперационных вмешательств у онкогинекологических больных способствует первичному заживлению раны, профилактике послеоперационных осложнений как в области раны, так и культы влагалища, сокращению сроков пребывания больных в стационаре, снижению интенсивности проявлений интоксикационного синдрома.

Евдокимова Е.Ю., Веселкина Е.Ю., Молдованова Л.С., Чеснокова О.В.,

Мельник Т.В., Мухина И.Л.

ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Владивостокский государственный медицинский университет
Приморская краевая клиническая больница № 1, Владивосток

Цель: изучить клинические особенности неспецифического язвенного колита (НЯК), имеющего внекишечные проявления, условия их развития; оценить эффективность консервативной терапии в лечении и возможной профилактике этой формы заболевания.

Методы: было обследовано 47 пациентов с НЯК в возрасте от 21 до 60 лет (средний возраст-43,8 лет), находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении в 2004-2005 гг. Женщин было 27, мужчин — 20. Длительность анамнеза — от 2 месяцев до 14 лет. Диагноз был подтвержден данными эндоскопического и гистологического исследования. В 2/3 случаев наблюдалось среднетяжелое течение болезни, у 43% была распространенная форма НЯК.

Результаты: у 14 (29,8%) из 47 больных на фоне развернутой клинической картины НЯК выявлены внекишечные проявления заболевания. У 12 (85,7%) из 14 больных было тотальное и распространенное поражение толстой кишки, у 2-х — проктосигмоидит. У 28,6% диагноз устанавливался впервые, 10(71,4%) госпитализированы в связи рецидивом заболевания после прекращения поддерживающей терапии. Среди внекишечных проявлений преобладали суставные поражения у 6 (42,8%): артрит и сакроилеит (4), артралгии без видимых изменений суставов (2).

Боли в мышцах отмечали 3 (21,4%) больных. У 2-х выявлялась узловатая эритема. Поражения печени и желчевыводящих путей — у 3-х пациентов с анамнезом более двух лет: первичный склерозирующий холангит (2), активный (аутоиммунный) гепатит (1). У одной пациентки суставной синдром предшествовал клинике НЯК, у остальных системные проявления развились в период активного кишечного воспаления. К моменту госпитализации пациенты в основном получали базисную монотерапию сульфасалазином или 5-АСК. Добавление к монотерапии глюкокортикоидных препаратов и увеличение дозы сульфасалазина приводило к нивелированию симптомов поражения кожи, суставов, миалгий (у 78,5%).

Выводы: развитие внекишечных проявлений НЯК в большой степени определяется тяжестью проявлений и протяженностью воспалительного процесса в толстой кишке и требует более активной базисной терапии сульфасалазином или 5-АСК в дозах соответствующих тяжести процесса в сочетании с глюкокортикоидами. Одним из факторов профилактики рецидива при данных формах заболевания является увеличение длительности поддерживающей терапии сульфасалазином или 5-АСК, вопрос о прекращении приема которых должен решаться индивидуально в каждом конкретном случае.

Зинатулина А.М., Ищенко В.Н., Беседнова Н.Н., Эпштейн Л.М., Запорожец Т.С. СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ РАН У ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОМОЩЬЮ ИММУНОКОРРЕКТОРОВ

Владивостокский государственный медицинский университет,