

**Приморская краевая клиническая больница № 1, Владивосток,
Владивостокский филиал НЦ реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН,
НИИ эпидемиологии и микробиологии СО РАМН, Владивосток**

В последнее время особого внимания заслуживает изучение влияния иммунокорректоров на хирургические раны.

Результаты экспериментальных исследований на животных иммуностимулирующего пептида — тинростима — полученного из нервной ткани дальневосточного кальмара и хитозана из панцирей морских крабов на течение раневого процесса в эксперименте позволили нам оценить эффективность данного метода в клинических условиях в отделении колоректальной хирургии ПККБ №1.

В отделении колоректальной хирургии под нашим наблюдением находилось 46 проктологических больных: 4 — пациента с острым парапроктитом; 10 — с эпителиально-копчиковым ходом; 6 — с анальной трещиной; 26 — с хроническим парапроктитом. Всем больным были выполнены операции различного вида.

По методам ведения послеоперационной промежностной раны больные были разделены на 2 группы. Из них 23 пациентов — основная группа и 23 — группа клинического сравнения, сходных по возрасту и полу.

Пациенты группы клинического сравнения получали местное традиционное лечение — обработка растворами антисептиков и мазь «левомеколь».

У больных основной группы после обработки растворами антисептиков был применен гель тинростим и гель хитозано-

вый с тинростимом в виде местных аппликаций 2 раза в сутки.

Для выявления побочного действия данного препарата проводилась оценка общей переносимости препарата.

Оценка результатов лечения проктологических больных проводилась на основании общеклинических исследований на 1, 3, 7, 9, 14-е сутки после операции.

У пациентов группы клинического сравнения, получавших традиционное лечение, имели место послеоперационные осложнения, в виде расхождения краев послеоперационной раны: 8 при хроническом парапроктите, 2 при эпителиально-копчиковом ходе, 1 при остром парапроктите.

У больных основной группы послеоперационных осложнений не отмечалось. В 96% случаев болевой синдром уменьшился к 2-3 суткам и к 3-5 купировался полностью. К 5-7 суткам отмечалось наличие фибриновых пленок на дне ран. Полное заживление к 10 — 14 суткам.

Клинически выявлено, что применение иммунокорректоров у проктологических больных, перенесших операцию, по сравнению с традиционными методами, имеет более выраженное бактерицидное, противовоспалительное и стимулирующее действие на регенеративные процессы промежностной раны, вследствие чего сокращаются сроки лечения больных, что позволяет его активно рекомендовать в клиническую практику.

**Зинатулина А.М., Ищенко В.Н., Беседнов А.Н., Эпштейн Л.М., Запорожец Т.С.
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ БИОПОЛИМЕРОВ
НА ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА**

**Владивостокский государственный медицинский университет
Приморская краевая клиническая больница № 1, Владивосток
Владивостокский филиал НЦ реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН,
НИИ эпидемиологии и микробиологии СО РАМН, Владивосток**

Проблема заживления и лечения ран была и остается одной из самых актуальных проблем хирургии. В последние годы отмечается увеличение интереса к созданию ранозаживляющих препаратов.

Цель: Изучение воздействия биополимеров, полученных из гидробионтов на процессы заживления асептических и гнойных ран.

Материалы и методы: эксперимент проводили на 36 беспородных белых крысах, массой 200-250 г, которым наносили скальпелем линейные разрезы длиной 2,5-3 см с 2-х сторон от позвоночного столба. Слева всем животным на раневую поверхность наносили мазь «левомеколь», справа в 1 группе — гель хитозановый с артротином 0,5%; 1,0%; во 2 группе — гель хитозановый с нуклеотином 0,2%, 0,5%, 1,0%; 3 группе — гель хитозановый с тинростимом 0,1%, 0,5%.

Все раны велись открыто вторичным натяжением. Перевязки производили 1-2 раза в день. Результаты лечения ран мы оценивали по общеклиническим параметрам, планометри-

ческим методом и по результатам гистологии (на 3, 7, 14, 30-е сутки)

В результате комплексного исследования удалось проследить динамику заживления послеоперационных ран. Под влиянием препаратов, содержащих хитозан:

1. Сокращаются сроки воспаления;
2. Происходит интенсивное образование капилляров и пролиферация фибробластов в грануляционной ткани;
3. Формируются адекватные грануляции;
4. Ускоряются сроки эпителизации.

Закключение появление в арсенале клиницистов новых иммуностимулирующих лекарственных препаратов и БАД расширяет возможности коррекции послеоперационных иммунодефицитов, улучшения репарации тканей.

Вывод: таким образом, можно сделать вывод, что применение гелевых препаратов, на основе хитозана значительно эффективнее традиционных, ускоряет процесс заживления ран и позволяет активно рекомендовать в практику.

**Иванис В. А., Образцов Ю. Г., Попов А. Ф., Перевертень Л.Ю.
ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГЛПС**

**Владивостокский государственный медицинский университет
Военно-морской клинический госпиталь ТОФ, Владивосток**

Данные по применению ГКС у больных ГЛПС обширны и достаточно противоречивы. В 70-80-х годах ГКС включались в стандарт терапии тяжелых и среднетяжелых форм инфекции. При этом отмечено, что такие критерии эффективности, как летальность, продолжительность отдельных симптомов были одинаковы в группах больных получавших ГКС и без них, но уровни азотемии и протеинурии отличались более низкими значениями у леченых больных. Однако исследованиями последних лет, напротив, не получено прямых доказательств эффективности ГКС в терапии ГЛПС. Использование ГКС в терапевтических целях основано, прежде всего, на супрессивном эффекте последних в отношении продукции провоспалительных цитокинов — TNF- α , IL-1 β , главным образом, индуцируя синтез их растворимых рецепторов и снижая гиперпродукцию индуцибельной NO-синтазы.

Изучение клинической эффективности и иммунологического контроля у больных ГЛПС при терапии ГКС в ранние сроки болезни, до появления полиурической стадии. Как правило, назначались умеренные дозы ГКС (преднизолон 120 — 180 мг или дексаметазон 16 — 32 мг в сутки) парентерально в течение первых 10 дней болезни. Курс введения обычно не превышал 4

— 5 дней. Отмечено быстрое исчезновение симптомов неотложных состояний (шок, коллаптоидные реакции, высокий токсикоз, выраженная гипокоагуляционная фаза ДВС-синдрома)

Анализируя результаты клинико-иммунологических исследований у больных с благополучным исходом тяжелой формы ГЛПС, мы сравнили некоторые иммунологические параметры (цитокины сыворотки крови TNF- α , IL-2 и IFN- γ , характеризующие как Th1, так и Th2-типы иммунного ответа) в двух группах больных — получавших (12 человек) и не получавших ГКС (5 человек). Статистически достоверных различий в исходных значениях TNF- α , IL-2, IFN- γ и их уровнях после лечения на 12-14 дни болезни у больных двух групп не наблюдалось. Уровни IL-1 β в эти сроки болезни также не зависели от введения глюкокортикоидов. Дальнейшее течение болезни, напротив, было менее благоприятным у больных, которым вводился преднизолон или дексаметазон (гипертония, протеинурия, геморрагический синдром). Таким образом, ГКС показаны больным тяжелыми формами ГЛПС с угрожающими состояниями, как средство неотложной терапии. Иммунологический контроль свидетельствует о неэффективности более длительных курсов ГКС у этой категории больных.