

ния атмосферного воздуха и заболеваемостью ($r=0,45$).

Установлено, что заболеваемость ОРЗ выше в районах, имеющих большую степень загрязнения атмосферного воздуха, и в которых зарегистрированы высокие уровни резидентного бактерионосительства.

Таким образом, полученные нами данные показали, что интенсивное техногенное загрязнение атмосферного воздуха приводит к увеличению резидентного бактерионосительства *S. aureus* среди детского населения.

Результаты исследования дают возможность ранжировать территорию города Красноярск по степени нарастания резидентного бактерионосительства *S. aureus* и соответственно степени нарастания экологического неблагополучия:

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян Н.А., Кузьменко Л.Г. Экология и здоровье детей. – М.: Медицина, 1998. – 360 с.
2. Бухарин О.В., Усвяцов Б.Я., Малышкин А.П., Немцева Н.В. Метод определения антилизоцимной активности микроорганизмов // Журнал микробиол. – 1984. – №2. – С.27-29.
3. Бухарин О.В. Персистенция патогенных бактерий. – М.: Медицина, 1999. – 366 с.
4. Бяхова М.М., Сычева Л.П., Журков В.С. Кариологические и иммунологические показатели у детей в условиях различ-

Октябрьский – Кировский – Советский районы. Выявлена взаимосвязь между уровнями: загрязнения воздуха, заболеваемости, резидентного бактерионосительства. Так, изучение результатов химического загрязнения атмосферы выявило максимальную нагрузку в районе, где отмечается высокая заболеваемость органов дыхания у детей и установлен высокий уровень резидентного бактерионосительства золотистого стафилококка. Установленные значения коэффициентов экологического благополучия показывают, что ни в одном из изученных районов города Красноярск экологическая ситуация не может быть расценена как критическая, но в Кировском и особенно Советском районе ее можно охарактеризовать как серьезную.

ного загрязнения атмосферно воздуха // Гигиена и санитария. – 2010. – №3. – С.7-9.

5. Даутов Ф.Ф., Яруллин А.Х., Гончаров Ю.Н. Заболеваемость детей, проживающих в районах с разным уровнем загрязнения атмосферного воздуха // Гигиена и санитария. – 1998. – №11. – С.3-5.

6. Дерябин Д.Г., Фот Н.П. Видовое разнообразие стафилококков в воздушной среде и организме носителей в условиях техногенного химического воздействия // Гигиена и санитария. – 2005. – №5. – С.36-39.

Информация об авторах: e-mail: dixi-1972@ya.ru; Бакшеева Светлана Сергеевна – к.б.н., доцент; Гребенникова Валентина Владимировна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой; Новицкий Иван Александрович – д.м.н., профессор.

© РАСКИНА Т.А., АВЕРКИЕВА Ю.В. – 2011

ИСХОДЫ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА У ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ Г. КЕМЕРОВО В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Татьяна Алексеевна Раскина, Юлия Викторовна Аверкиева

(Кемеровская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. В.М. Ивойлов, кафедра профилактики внутренних болезней, зав. – д.м.н., проф. Т.А. Раскина)

Резюме. С целью изучения исходы при рентгенологически подтверждённых переломах бедра у 434 лиц старшей возрастной группы г. Кемерово в зависимости от тактики ведения больных. Первые 6 месяцев в группе больных, получивших хирургическое лечение, умерло 14 (6,7%) больных, консервативное – 81 (36,2%) ($p<0,0001$). Через 24 месяца после перелома бедра летальность в группе больных с хирургическими вмешательствами составила 53 (25,5%) больных, а в группе больных с консервативными методами лечения – 129 (57,6%) ($p<0,0001$).

Ключевые слова: остеопороз, хирургическое лечение, консервативное лечение, переломы бедра, исходы переломов.

OUTCOMES OF HIP FRACTURES IN SENIOR AGE GROUP PERSONS IN KEMEROVO CITY DEPENDING ON THE TACTICS OF PATIENTS MANAGEMENT

T.A. Raskina, Y.V. Averkieva
(Kemerovo State Medical Academy)

Summary. Purpose. To study outcomes of hip fracture in the senior age group persons, Kemerovo, depending on the tactics of the patients management. Methods. The patients with radiologically confirmed fractures of the femur were included. Results. In the first 6 months in patients who received surgical treatment, 14 (6,7%) patients died, after conservative treatment – 81 (36,2%) ($p < 0,0001$). 24 months after hip fracture the patients mortality after surgery was 25,5% (53) patients and the patients after conservative methods of treatment – 129 (57,6%) ($p < 0,0001$).

Key words: osteoporosis, surgical treatment, conservative treatment, hip fractures, the outcomes of fractures.

Остеопороз (ОП) – это заболевание скелета, для которого характерны снижение прочности кости и повышение риска переломов. Прочность кости отражает интеграцию двух главных характеристик: минеральной плотности кости и качества кости (архитектоника, обмен, накопление поврежденных, минерализация) [14].

ОП в России, как и во всем мире, представляет одну из важнейших проблем здравоохранения, поскольку частота его в последние десятилетия постоянно увеличивается. При денситометрическом обследовании лиц в возрасте 50 лет и старше в соответствии с критериями ВОЗ ОП в России выявляется у каждой третьей женщины и каждого пятого мужчины [12]. Социальная значимость ОП определяется его последствиями – переломами позвонков и костей периферического скелета, обуславливающими значительный подъем заболеваемости, инвалидности и смертности среди лиц пожилого возраста и, соответственно, большие материальные

затраты в области здравоохранения.

Среди всех переломов, связанных с ОП, переломы бедра являются наиболее серьезным осложнением [9,10]. Как показали эпидемиологические исследования, частота переломов проксимального отдела бедра среди населения в возрасте 50 лет и старше в России составляет в среднем 105,9 на 100 000 населения того же возраста (78,8 – у мужчин и 122,5 – у женщин) [6].

Гибель больных в стационаре составляет небольшой процент в общей структуре летальности после переломов бедра. Она зависит от характера лечебных мероприятий, осложнений заболевания и продолжительности пребывания в лечебном учреждении. Согласно данным ряда исследований, показатели конечной летальности колеблются от 3% до 14% и в среднем составляют 3% среди женщин и 8% – среди мужчин [1,11].

Летальность в течение первого года в различных регио-

нах страны колеблется от 30,8% до 35,1% [13]. Переломы бедра оказывают существенное влияние на качество жизни, вызывая серьезные функциональные нарушения и психологические проблемы. Восстановление возможности передвижения, по разным источникам, составляет от 32% до 97% [6,9,10]. В исследовании Cauley J.A. и соавт. спустя 6 месяцев 58,9% людей смогли выходить на улицу и 76,2% могли передвигаться в пределах квартиры [4]. Это во многом определяется возрастом, ментальным статусом и функциональной активностью до перелома. Определенное значение имеет снижение функциональных возможностей при ежедневном обслуживании. По некоторым данным, только от 29% до 33% лиц полностью восстанавливаются до прежнего уровня функциональной активности [6,9].

Целью настоящего исследования явилось изучение исходов при переломах бедра у лиц старшей возрастной группы г. Кемерово в зависимости от тактики ведения больных.

Материалы и методы

Проанализирована летальность среди жителей г. Кемерово, в возрасте 50 лет и старше, наблюдавшихся в травматологических отделениях г. Кемерово с 01 января 2004 г. по 31 декабря 2008 г.

В исследование включались больные с рентгенологически подтвержденными переломами проксимального отдела бедра, произошедшими при минимальном уровне травмы. Переломы в результате минимальной травмы (падение с высоты собственного роста и ниже) расценивались как остеопоротические, нетравматические.

На каждый случай заболевания заполнялась анкета, основанная на карте, разработанной Федеральным центром профилактики ОП. В анкету включались паспортные данные, возраст на момент перелома, дата и характер перелома, локализация, методы проводимого лечения и исход. Регистрация данных проводилась согласно коду МКБ-10 (раздел «локализация перелома»). Летальность оценивалась через 6, 12, 24 месяцев после даты перелома.

С целью исключения повторной регистрации больных с одним и тем же переломом, при неоднократном обращении больных в лечебные учреждения за помощью, проводилась верификация данных с учетом Ф.И.О., возраста, домашнего адреса и даты заболевания. Повторные переломы изучаемой локализации регистрировались как новые случаи.

Информация о переломах и их исходах получена по данным медицинской документации специализированных травматологических отделений (истории болезни, карты выбывших из стационара больных) ГКБ №2, ГКБ №11, ГКБ №3, телефонного опроса, данным регистрации ЗАГСов.

Исследование соответствовало этическим стандартам биоэтического комитета, разработанным в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной Ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2000 г. и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными Приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 г. №266.

Статистический анализ проводился при помощи пакета программ «Statistica» версия 6.0 для Windows. Для всех видов анализа различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В исследуемый период (6, 12, 24 месяцев) прослежена летальность у 432 больных, получивших перелом бедра. У женщин (средний возраст – $75,4 \pm 0,5$ лет) данные переломы определены в 328 (75,9%) случаях, у мужчин (средний возраст – $71,4 \pm 1,0$ лет) – в 104 (24,1%) случаях.

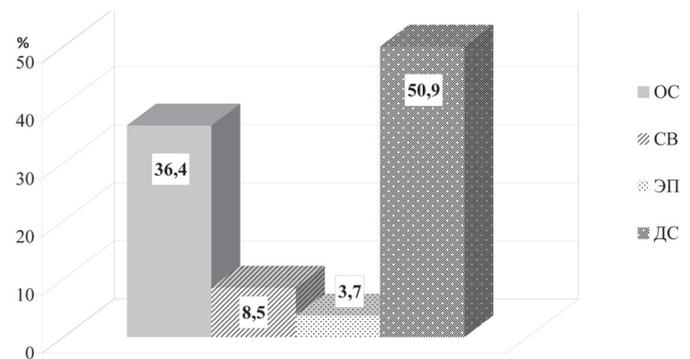
В результате проведенного ретроспективного эпидемио-

логического исследования выявлено, что за период наблюдения в травматологических отделениях госпитальной летальности среди обследованных больных не зарегистрировано.

Установлено, что в первые 6 месяцев после травмы умерло 95 (общая летальность – 22,0%) из 432 находящихся под наблюдением больных. Через 12 месяцев после перелома летальность возросла до 137 случаев (общая летальность – 31,8%). Через 24 месяца после перелома бедра было зарегистрировано 184 летальных исходов (общая летальность – 42,2%). Выявлено, что у больных с переломами бедра отмечались высокие показатели летальности во все периоды наблюдения.

С учетом зависимости исходов переломов от тактики ведения проанализированы методы лечения.

Хирургическое лечение проведено 171 (39,58%) больному, консервативное – 261 (60,42%). При хирургическом лечении больных с переломами бедра наиболее часто выполнялся остеосинтез (ОС). Эндопротезирование (ЭП) у больных, находившихся в травматологических отделениях с момента перелома, проведено только в 3,7% случаев. Консервативное лечение, в основном, было представлено наложением деротационного сапожка (ДС) и скелетным вытяжением (СВ) (рис. 1).



Примечание: ОС – остеосинтез, СВ – скелетное вытяжение, ЭП – эндопротезирование, ДС – деротационный сапожок.

Рис. 1. Структура проводимых методов лечения переломов бедра.

При анализе исходов у больных с переломами бедра прослежена летальность в зависимости от метода проводимого лечения (рис. 2).

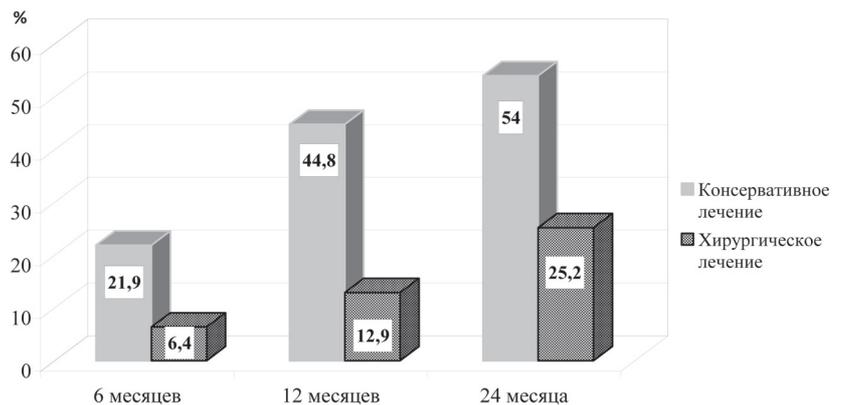


Рис. 2. Летальность при переломах бедра через 6, 12, 24 месяца в зависимости от метода проводимого лечения.

Установлено, что в первые 6 месяцев в группе больных, получивших хирургическое лечение, умерло 11 (6,43%), консервативное – 95 (22,0%) больных ($p < 0,0001$). Через 12 месяцев после перелома летальность возросла как после хирургического лечения, так и после консервативного. Через 24 месяца после перелома бедра летальность в группе больных с хирургическими вмешательствами составила 43 (25,2%) случая, а в группе больных с консервативными методами лечения – 141 (54,0%) ($p < 0,0001$). Показано, что при консервативном лечении больных показатели летальности были существенно выше, чем при хирургическом лечении во все периоды наблюдения.

В ходе проведенного исследования прослежены основные социальные последствия среди выживших больных с переломами бедра. Выявлено, что в первые 6 месяцев прикованными к постели были 10 (8,0%) больных в группе, получивших хирургическое лечение, консервативное – 78 (66,67%) ($p < 0,0001$). Ограничение двигательной активности в пределах комнаты отмечено у 86 (68,8%) больных с хирургическими вмешательствами и у 30 (25,64%) больных в группе лиц с консервативными методами лечения ($p < 0,0001$). Вспомогательными средствами пользовались после хирургического лечения 105 (84,0%) больных, после консервативного – 34 (29,0%) больных ($p < 0,0001$). Полное восстановление функции отмечено у 10 (8,0%) больных, получивших хирургическое лечение и у 6 (5,13%) – консервативное ($p = 0,5$). Анализ социальных последствий показал, что через 6 месяцев при консервативных методах лечения число больных, прикованных к постели, было значимо выше, чем при хирургических вмешательствах. Ограничение двигательной активности в пределах квартиры и использование вспомогательных средств при передвижении отмечено у большинства больных, получивших хирургическое лечение. Выявлен низкий удельный вес больных с полным восстановлением функции в первые 6 месяцев после хирургического и консервативного лечения (8,0% и 5,13% соответственно).

Через 24 месяца от момента перелома прикованным к постели оставался только 1 (0,4%) больной после хирургического лечения и 16 (13,68%) – после консервативного ($p < 0,0001$). Ограничение двигательной активности в пределах комнаты отмечено у 13 (10,4%) больных, получивших хирургическое лечение и у 31 (26,5%) – консервативное ($p = 0,002$). Вспомогательными средствами в группе больных после хирургического лечения продолжали пользоваться 48 (38,4%) больных, после консервативной терапии – 69 (58,97%) ($p = 0,002$). Полное восстановление функции отмечено у 72 (57,6%) и 32 (27,35%) больных, получивших хирургическое и консервативное лечение соответственно ($p < 0,0001$). Отмечено, что спустя 24 месяца после перелома, число больных, прикованных к постели, имеющих ограничение двигательной активности в пределах комнаты и использующих вспомогательные средства, было значимо выше при консервативных методах лечения, чем при хирургических. Полное восстановление функции у больных, получивших хирургическое лечение, было в 2,5 раза выше, чем в группе лиц, получивших консервативное.

Результаты проведенной работы свидетельствуют о высоких показателях летальности у лиц старшей возрастной группы с переломами проксимального отдела бедра, что соответствует данным, полученным в ходе многоцентровых исследований, проведенных в России [10,12,14].

В настоящем исследовании госпитальная летальность не зарегистрирована, тогда как в целом по России этот показатель колеблется от 3,0% до 14,0% [8,10]. Согласно литературным данным, наибольшая летальность выявляется в первые 6 месяцев после перелома бедра и в среднем составляет от 12,0% до 24,0% случаев [6,9,10]. По результатам исследований, проведенных в России, летальность после перелома бедра в ряде городов достигала 45% - 52% за первый год [9]. Самая низкая летальность через год зарегистрирована в

г. Ярославль (15,1%), где все больные с переломами бедра в обязательном порядке госпитализировались в стационар. В настоящем исследовании общая летальность через 6 месяцев составила 22,0%, через 12 месяцев – 31,8%, через 24 месяца – 42,2%. В целом, результаты настоящего исследования были вполне сопоставимы с данными других городов России (летальность при переломах бедра по городам России через 12 месяцев: г. Иркутск – 23,0%, г. Екатеринбург – 43,7%, г. Хабаровск – 51,8%) [6,8].

Результаты проведенных в России эпидемиологических работ показали, что при консервативной тактике лечения больных отмечаются высокие показатели летальности от сопутствующей соматической патологии, даже спустя два года от момента перелома. Как свидетельствует практика и результаты исследований, система помощи больным с переломами бедра не организована, единых стандартов оказания помощи нет. По данным ряда исследований, в стационары было госпитализировано только 33,0-46,0% больных и лишь 12,0-16,0% больных получили оперативное лечение [2,3,7]. До сих пор широко распространены консервативные способы лечения, такие как ДС. Наибольший процент хирургического лечения отмечен в г. Ярославль и г. Иркутск (84,2% и 72,0% соответственно). В г. Екатеринбург только у половины больных проводилось оперативное лечение, в г. Хабаровск – в 25,0% случаев [8,9]. По результатам настоящей работы хирургическое лечение в г. Кемерово проведено в 39,6% случаев.

Отмечается низкий процент проведения ЭП суставов у лиц старшей возрастной группы, в то время как ЭП совместно с патогенетической терапией рассматривается как наиболее эффективный метод лечения переломов бедра [2,3,13]. Одна из причин редкого применения данного вида лечения – ограниченное финансирование, из-за чего довольно часто больным приходится покупать протезы самостоятельно [6]. В настоящей работе ЭП было проведено только в 3,7% случаев. По данным многоцентрового исследования ЭП наиболее часто выполнялось в г. Ярославль (29,3%), не проводилось в г. Екатеринбург, и крайне низкий процент этого вида лечения отмечен в г. Иркутск (1,2%) и г. Хабаровск (5,2%) [5,6,9]. В целом, протезирование тазобедренного сустава в России осуществляется в плановом порядке, поэтому оно проводится, в основном, больным с остеоартрозом.

Анализ социальных последствий показал, что высокий процент больных в России имеет выраженное ограничение двигательной активности, низкое качество жизни и нуждается в постороннем уходе даже спустя два года после перелома бедра. При отсутствии оперативного лечения 33% из выживших больных с переломами бедра остаются прикованными к постели, у 42% больных активность ограничена квартирой. Полное восстановление функции отмечено только у 9% больных [4,5]. В г. Кемерово при консервативном лечении прикованными к постели через два года оставались 13,68% больных, 26,5% больных имели ограничения двигательной активности в пределах квартиры и только у 27,35% больных отмечено полное восстановление функции.

Таким образом, результаты настоящей работы, проведенной в г. Кемерово, показали, что ОП, остеопоротические переломы и связанные с ними исходы являются актуальной проблемой для нашего региона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беневоленская Л.И., Лесняк О.М. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение: Клинические рекомендации. – М., 2005. – 176 с.
2. Гладких Е.Н., Ходырев В.Н., Лесняк О.М. Исходы переломов проксимального отдела бедра у лиц старше 50 лет // Остеопороз и остеопатии. 2010: тез. IV Рос. конгресса по остеопорозу. – СПб., 2010. – Прил. I. – С.28.
3. Еникеева Ю.Ш., Исаканова А.О., Лесняк О.М. Виды медицинской помощи, оказываемой пациентам с переломами проксимального отдела бедра // Остеопороз и остеопатии. 2010: тез. IV Рос. конгресса по остеопорозу. – СПб., 2010. – Прил. I. – С.28.
4. Кузьмина Л.И. Эпидемиология, факторы риска и медико-социальные аспекты последствий остеопороза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ярославль, 2002. – 25 с.
5. Лесняк О.М. Качество жизни при остеопорозе. Перспективное наблюдение пациентов, перенесших перелом проксимального отдела бедра // Остеопороз и остеопатии. –

2007. – №3. – С.4-8.

6. Лесняк О.М., Беневоленская Л.И. Остеопороз в Российской Федерации: проблемы и перспективы // Научно-практическая ревматология. – 2010. – №5. – С.14-18.

7. Марченкова Л.А., Древалль А.В., Крюкова И.В. и др. Оценка медицинской помощи больным с остеопорозом по результатам анкетирования врачей Московской области // Врач. – 2009. – №11. – С.95-102.

8. Меньшикова Л.В. Исходы переломов бедренной кости и их медико-социальные последствия // Клиническая медицина. – 2002. – №6. – С.39-41.

9. Меньшикова Л.В., Храмова Н.А., Еришова О.Б. и др. Ближайшие и отдаленные исходы переломов проксимального отдела бедра у лиц пожилого возраста и их медико-социальные последствия (по данным многоцентрового исследования) // Остеопороз и остеопатии. – 2002. – №1. – С.8-11.

10. Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И. Эпидемиология остеопороза и переломов // Руководство по остеопорозу. –

М.: БИНОМ, 2003. – С.10-53.

11. Михайлов Е.Е., Меньшикова Л.В., Еришова О.Б. Эпидемиология остеопороза и переломов в России // Остеопороз и остеопатии. – 2003. – Прил. – С.44.

12. Brown J.P., Josse R.G. 2002 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada // CMAJ. – 2002. – 167 (10 suppl). – P.S1–S34.

13. Kanis J.A., Oden A., Johnell O., et al. The use of clinical risk factors 2007 enhances the performance of BMD in the prediction of hip and osteoporotic fractures in men and women // Osteoporos Int. – 2007. – Vol. 8. № 18. – P.1033-1046.

14. Van Staa T.P., et al. Inflammatory bowel disease and the risk of fracture // Gastroenterology. – 2003. – Vol.125. №6. – P.1591-1597.

Информация об авторах: 650000, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22 а, Кемеровская государственная медицинская академия, кафедра пропедевтики внутренних болезней, тел. (384 2) 58-68-41; e-mail: doctorjulia@rambler.ru, Раскина Татьяна Алексеевна – д.м.н., проф., заведующая кафедрой; Аверкиева Юлия Валерьевна – аспирант.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ

© АЗИЗОВА С.С., КАРИМОВА Г.А., АБДУСАМАТОВ А.А., НАБИЕВ А.Н. – 2011

ВЛИЯНИЕ ДАРМОНАЛА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

Санат Собировна Азизова¹, Г.А. Каримова¹, Абдулазиз Абдулатипович Абдусаматов¹, Абдували Набиевич Набиев²
(¹Ташкентский педиатрический медицинский институт, и.о. ректора – д.м.н., проф. А.И. Искандаров, кафедра фармакологии, зав. – д.м.н., проф. А.А. Абдусаматов; ²Государственный центр экспертизы и стандартизации лекарственных средств Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан, директор – д.ф.н., проф. Х.К. Жалилов)

Резюме. Изучено влияние дармонала на функциональное состояние печени при токсическом гепатите. Установлено, что дармонал при токсическом гепатите снижая активность цитолитических ферментов АлАТ и АсАТ, маркеров холестаза ЩФ и ГГТ, увеличивал содержание белка и детоксикационную функцию печени. Дармонал, оказывая гепатопротекторное действие, улучшал функции печени и не уступал гепатопротектору – силибор.

Ключевые слова: дармонал, дармонал А, силибор, токсический гепатит, АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГТ, общий белок, гликоген, молочная кислота, гексеналовый сон.

THE EFFECT OF DARMONAL ON THE FUNCTIONAL STATE OF LIVER IN TOXIC HEPATITIS

S.S. Azizova¹, G.A. Karimova¹, A.A. Abdusamatov¹, A.N. Nabiev²
(¹Tashkent Pediatric Medical Institute of Health Ministry of the Republic Uzbekistan)

Summary. The influence of darmonal on the functional condition of liver has been studied in toxic hepatitis. It was determined, that darmonal increased content of proteins and improved detoxication function of liver by decreasing activity of cytolitic enzymes ALT and AST, decreasing cholestatic markers – APh and GGT. Darmonal showing hepatoprotective action, improves function of liver and do not resign to other hepatoprotector-silibor.

Key words: darmonal, darmonal A, silibor, toxic hepatitis, ALT, AST, Aph, GGT, total protein, glycogen, lactic acid, gexenal sleep.

Исследованиями последних лет подтверждена целесообразность применений фитопрепаратов, обладающих гепатопротекторными свойствами, использование которых способствует уменьшению синдрома цитолиза гепатоцитов, нормализации или существенному улучшению гликогенобразующей способности печени, усилению дезинтоксикационной, пигментообразующей, экскреторной функции [2,11].

В связи с этим, изыскание и изучение новых биологически активных веществ, полученных на основе лекарственных растений, имеет весьма большое значение для повышения трудоспособности населения и для профилактики функциональных и патологических нарушений состояния печени. В этом аспекте большой интерес представляют биологически активные вещества, получаемые из новых приростков пшеницы и ячменя. В Ташкентском фармацевтическом институте получено новое биологическое активное вещество на основе пшеницы, это субстанция в виде мелкого порошка была условно названа – дармонал и субстанция из пшеницы и ячменя – дармонал-А.

Биологическая активность дармонала обусловлена содержанием в составе их биоактивных микро- и макроэлементов, аминокислот, белков, жиров и углеводов. Исходя из этого, целью данного исследования явилось изучение влияния дармонала на функциональное состояние печени при отравлении тетрахлорметаном.

Материалы и методы

Эксперименты проведены на 60 белоголовых крысах – самцах массой тела 120-140 г. Токсический гепатит у животных воспроизводился подкожным введением 50% масляного раствора (подсолнечное масло) четыреххлористого углерода (CCl₄) в объеме 0,8 мл на 100 г массы животного один раз в сутки в течение четырех дней [4].

Поставлено 5 групп опытов: 1) интактные, здоровым крысам 4 дня подкожно вводили подсолнечное масло в объеме 0,4 мл/100г; 2) контрольные, животным подкожно вводили 50% масляной раствор CCl₄; 3) опытные, перорально через зонд вводили дармонал в дозе 100 мг/кг + CCl₄; 4) опытные, перорально через зонд вводили дармонал-А в дозе 100 мг/кг + CCl₄; 5) группа сравнения, перорально через зонд вводили силибор в дозе 100 мг/кг + CCl₄.

Исследуемые препараты для профилактических целей вводились в течение 10 дней. После последнего введения изучаемых препаратов через 2 ч у 30 крыс был поставлен «гексеналовый тест» для оценки детоксицирующей функции печени [1]. Остальных животных декапитировали, соблюдая условия эвтаназии, извлекали печень общепринятыми методами. В сыворотке крови определяли активность органоспецифических ферментов: аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), щелочная фос-