

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 несложным (1) и сложным (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). Динамики остальных параметров иммунитета, а также биохимических и гематологических лабораторных показателей отмечено не было. В группе, где пациенткам 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 больным 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.П.

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,