

6. С отягощенной наследственностью.

7. С осложнениями беременности (гестозы, инфекции), которые могут привести к антенатальным поражениям фолликулярного аппарата яичников плода и создать в последующем риск развития рака яичников.

8. Женщины, входящие в группу так называемого «канцерогенотипа» (ожирение, контринсулярный сахарный диабет, гипертоническая болезнь, повышенный уровень незастерифицированных жирных кислот).

Снижение онкологической смертности при раке яичников вытекает из двух положений:

1. Раннее выявление опухолей.

II. Своевременное квалифицированное лечение.

В данной работе представлено I положение. Исходя из выше изложенного вытекают следующие выводы:

1. Методически грамотное проведение первичного осмотра женщин.

2. Четко ограниченное в сроках противовоспалительное и рассасывающее лечение.

3. Маркерный мониторинг.

При малейших подозрениях и отсутствии положительной динамики в противовоспалительном лечении женщины подлежат оперативной диагностике.

Дербасова Н.Н., Маркелова Е.В., Костецкая А.Ю., Кабиева А.А.

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО КЕРАТОКОНЬЮНКТИВИТА

Цель: сравнительная оценка стандартной терапии (местной) и системной терапии при рецидивирующем герпетическом кератоконъюнктивите.

Материалы и методы: для исследования было отобрано 20 человек в возрасте 18-65 лет с диагнозом рецидивирующий кератоконъюнктивит с клиническими проявлениями: резкая светобоязнь, слезотечение, инъекция и отек конъюнктивы, петехии и инфильтрации с поверхностными эрозиями роговицы, отсутствие чувствительности роговицы. Больные были разделены на две группы по 10 человек. В первой группе проводилась стандартная местная терапия: альбуцид до 6 раз в сутки, интерферон до 6 раз в сутки, дексаметазон 4 раза в день, мазь заვიракс 3 раза в день, инъекции под конъюнктиву интерферона 0,3 ежедневно номером 5. Вторая группа 10 человек получала системную терапию: заვიракс по 500 тысяч внутривенно капельно №3, фамвир

Клинико-диагностический центр г. Владивостока ГАРЦ

по 250 мг 2 раза в день 5-7 дней (в зависимости от тяжести заболевания) и затем супрессивная терапия до 10-21 дня, полиоксидоний 6 мг в/в №5, затем в/м до № 10-15, виферон 3 тысячи 1 раз в день в течение 10-20 дней.

Результаты: применение местной терапии вызвало субъективное улучшение на 7-10 сутки (уменьшение боли, слезотечение, светобоязнь) полное клиническое выздоровление наступало на 18-21 сутки. При системной терапии на 2-3 сутки улучшались субъективные ощущения (боли не беспокоят, светобоязнь, слезотечение прошли). На 5-7-10 сутки (в зависимости от тяжести кератоконъюнктивита) прошли клинические проявления заболевания.

Выводы: таким образом, применение системной терапии при рецидивирующем кератоконъюнктивите сокращает сроки лечения в 2-2,5 раза.

Гайдарова О.В., Морозова А.М., Борушнова О.В.

РОЛЬ АТОРВАСТАТИНА В ТЕРАПИИ ДИСЛИПИДЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Владивостокский государственный медицинский университет, Краевая клиническая больница № 2, Владивосток

Цель: изучение характера нарушений липидного обмена у пациентов с сахарным (СД) 2 типа и метаболическим синдромом (МС) и оценка эффективности применения аторвастатина («Аторис» КРКА) у данной категории больных.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 38 пациентов (16 женщин и 22 мужчины) с СД 2 типа, абдоминальным ожирением (ИМТ = $35,7 \pm 2,1$, ОТ/ОБ = $0,99 \pm 0,08$) в возрасте от 48 до 56 лет. У всех больных исследовали базальный уровень С-пептида иммуноферментным методом; гликированный гемоглобин (HbA1c) методом аффинной хроматографии; в сыворотке крови, взятой натощак после 14-часового голодания колориметрическим и энзиматическим методами определяли показатели липидного обмена (ОХС, ТГ, ХС-ЛПОНП, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП).

Результаты: среди пациентов у 19 (50 %) показатели С-пептида находились в пределах нормы ($2,68 \pm 0,05$ ng/ml), а уровень HbA1c — $8,6 \pm 0,2$ %. У 12 (32 %) больных отмечалась умеренная гиперинсулинемия (С-пептид $3,96 \pm 0,07$ ng/ml), уровень HbA1c — $9,2 \pm 0,4$ %. У 7 (18 %) пациентов выявлен сниженный уровень С-пептида $0,54 \pm 0,02$ ng/ml, при этом в данной группе пациентов наблюдались максимальные значения HbA1c — $10,8 \pm 0,5$ %.

При исследовании липидного спектра выявлено наличие дислипидемии (ДЛП) у 30 (79 %) пациентов, причем у большинства из них (53 %) имел место наиболее атерогенный IIБ тип ДЛП. У 8 (27 %) человек встречался IIA тип ДЛП и у 6 (20 %) — IV тип ДЛП. IIБ тип ДЛП (84%) выявлен преимущественно у пациентов с наиболее длительным анамнезом СД 2 типа и максимальными значениями HbA1c. IV тип ДЛП чаще встречался у больных с наибольшей степенью ожирения (ИМТ > $35,0$ kg/m²) и высокими показателями С-пептида.

Всем пациентам, при отсутствии противопоказаний, на срок 2 месяца назначали аторвастатин в суточной дозе 20 мг.

На фоне лечения наблюдалось улучшение показателей липидного обмена: снижение уровня ОХС в среднем на 19 %, ХС-ЛПНП — 27,8 %, ТГ — 21,4 %. Достоверного изменения содержания ХС-ЛПВП не отмечалось. На фоне проводимой терапии у 4 пациентов (16,7 %) достигнута нормолипидемия, снизилось число лиц со II Б типом ДЛП (36,7 %).

Выводы: Применение аторвастатина у пациентов с СД 2 типа и МС является эффективным методом коррекции нарушений липидного обмена, что способствует устранению одного из главных факторов риска сердечно-сосудистых осложнений у данной категории больных.

Герасименко М.И., Баранович Т.В., Герасименко Я.А., Логинова В.И., Семиненко Н.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕАМБЕРИНА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Владивостокский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница № 1, Владивосток

Цель: оценка клинической эффективности реамберина у больных с декомпенсированным циррозом печени различной этиологии.

Материалы и методы: под наблюдением в процессе патогенетического лечения находились 60 человек с циррозом печени с печеночной энцефалопатией. Средний возраст пациентов 67,6 лет. В основной группе (29 человек) реамберин вводился внутривенно капельно по 400 мл в течение 7 дней со дня поступления больного, в контрольной группе (31 человек) больные не получали метаболической терапии. Исследование больного включало оценку биохимических показателей (общий белок, АсАТ, АлАТ, билирубин, холестерин, протромбиновый индекс, фибриноген), ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерную томографию органов брюшной полости, эзофагодуоденоскопию, исследование маркеров вирусных гепатитов, определялся уровень эндогенной интоксикации, тест на цифровую пос-

ледовательность (для выявления стадии печеночной энцефалопатии).

Результаты: в клинической картине преобладал синдром эндогенной интоксикации в обеих группах (89 и 92% соответственно). Более быстрая положительная динамика изменений этих показателей — в группе больных, получавших реамберин: происходило снижение показателей билирубина в 8,3 раза, креатинина в 1,5 раза. Субъективно кожный зуд после 7 дневной терапии отмечался у 42% пациентов в контрольной группе по сравнению с 1% основной группы. Также установлено, что при включении в программу лечения препарата реамберин наблюдали более быструю динамику выполнения психоэмоционального теста и регресс проявлений печеночной энцефалопатии до I стадии (61-90 секунд) в 31% и латентной (40-60 секунд) в 15% случаев.

Выводы: применение реамберина в комплексной терапии цирроза печени с печеночной энцефалопатией позволило до-

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. Граннум 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, СМР, 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 совмещалась 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, неэтерифицированного 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-