

Оценка пирогенности декстрана-1000

Препарат	Номер кролика	Исходная температура	Данные термометрии, часы			Суммарное повышение температуры	Заключение
			1	2	3		
Декстран-1000	1	38,7	38,6	38,7	38,8	0,8	Непирогенен
	2	39,2	39,5	39,4	39,2		
	3	39,0	39,0	39,4	39,2		
Промит	4	38,5	38,5	38,8	38,9	0,8	Непирогенен
	5	38,7	38,7	38,7	38,8		
	6	39,0	39,6	39,7	39,6		

свинок сенсibilизирующая реакция отсутствует, тогда как в контроле все животные погибли.

Как декстран-1000, так и промит не проявляют пирогенного эффекта (табл. 3).

Суммарное повышение температуры кроликов находилось в пределах нормы.

Обсуждение

Результаты исследования оценки взаимодействия декстрана-1000 и промита с кроличьими иммуноспецифическими антителами к антигенам *L. mesenteroides* свидетельствуют об одинаковой способности препаратов оказывать специфический эффект по инактивации антител, имеющих тропность к антигенам бактерий *L. mesenteroides* – продуцента декстрановых препаратов, и предупреждать развитие анафилактических реакций. Они согласуются с зарубежными фактами [6].

Проведенные исследования подтверждают также, что декстран-1000 по своим антиреактогенным свойствам к декстрановым препаратам, переносимости, антианафилактическим свойствам соответствует импортному аналогу «промиту». Тест-дозу для оценки пирогенности препарата «декстран-1000» следует использовать в количестве 1,5 мл на 1 кг массы тела кролика.

По результатам экспериментального исследования специфических и биологических свойств декстрана-1000 получено разрешение Фармакологического комитета на его клинические испытания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А. Д. Патофизиология бронхиальной астмы // Клин. мед. – 1978. – Т. 62. № 6. – С. 5–9.
2. Донецкий И. А., Персанова Л. В., Байдингер В. Г., Хлябич К. Г. Декстран-1000 – новый препарат декстранового ряда // Материалы III Нац. конгресса «Человек и лекарство». – М., 1996. – С. 642–643.
3. Суханов Ю. С., Баснакьян И. А., Алексахина Н. Н. Разработка способов обнаружения недекстрановых примесей в декстрановых препаратах // Вестник службы крови России. – 2000. – № 1. – С. 21–26.
4. Суханов Ю. С., Баснакьян И. А., Алексахина Н. Н. и соавт. Сохранить коллоидные растворы на основе декстрана – государственная задача // Там же. – 2006. – № 1. – С. 35–38.
5. Суханов Ю. С., Персанова Л. В., Хлябич К. Г. и соавт. Пути профилактики анафилактических реакций на декстрановые препараты // Там же. – 2006. – № 2. – С. 24–25.
6. Шевченко Ю. Л., Жибурт Е. Б. Плазмозаменители на основе гидроксипропилированного крахмала в клинической практике // Безопасное переливание крови: Руководство для врачей. – Изд-во «Питер», 2000.
7. Laxenaire M. C., Gharpentier C., Feldman L. Anaphylactoid reaction to colloid plasma substitutes: incidence, risk factors, mechanisms // Ann. fr. anesth. reanim. – 1995. – V. 14. № 1. – P. 142–143.
8. Ljungstrom K. G. Safety of dextran in relation to other colloids-ten years experience with hapten inhibition // Infusionsther transfusionsmed. – 1993. – V. 20. № 5. – P. 206–210.
9. WHO. Серия технических докладов. – Женева, 1992.

Поступила 22.06.2010

З. Ю. ХУРУМ, В. М. ПОКРОВСКИЙ, Л. И. ЖУКОВА

РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Росздрава,
Россия, 350000, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: zarema_hur@mail.ru

У 125 больных хроническим вирусным гепатитом С проведено исследование параметров сердечно-дыхательного синхронизма. Выявлено соотношение между снижением регуляторно-адаптивных возможностей организма и активностью патологического процесса, определяемого по уровню гепатоцеллюлярных ферментов, выраженности скинтиграфических нарушений, частоте клинических симптомов интоксикации и поражения печени. Параметры сердечно-дыхательного синхронизма могут быть использованы в качестве дополнительных неинвазивных критериев оценки активности хронического вирусного гепатита С.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит С, регуляторно-адаптивные возможности, активность процесса.

REGULAR-ADAPTIVE OPPORTUNITIES OF PATIENTS WITH THE CHRONIC VIRUS HEPATITIS C
DEPENDING ON ACTIVITY OF PATHOLOGICAL PROCESS

*The Kuban state medical university,
Russia, 350000, Krasnodar, str. Sedin, 4. E-mail: zarema_hur@mail.ru*

At 125 sick by a chronic virus hepatitis C it is carried out research of parameters of cardiorespiratory synchronism. The parity between decrease in regular-adaptive opportunities of an organism and activity of the pathological process defined on a level hepatocellular of enzymes, expressivenesses radioisotope scanning infringements, frequency of clinical symptoms of an intoxication and defeat of a liver is revealed. Parameters of cardiorespiratory synchronism can be used as additional noninvasive criteria of an estimation of activity of a chronic virus hepatitis C.

Key words: a chronic virus hepatitis C, regular-adaptive opportunities, activity of process.

Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) является одной из актуальных проблем современного здравоохранения, определяемой прежде всего распространенностью заболевания. В настоящее время известно, что около 170 миллионов человек в мире инфицированы вирусом гепатита С, который рассматривается как один из этиологических факторов острого гепатита (20%), хронического гепатита (70%), цирроза печени (40%) и гепатоцеллюлярной карциномы (60%) [9].

Современные возможности диагностики позволяют быстро и точно верифицировать диагноз вирусного гепатита С. Однако установление активности и стадии патологического процесса имеет определенные сложности, поскольку требует привлечения инвазивных или дорогостоящих методов исследования [2]. В то же время известно, что характер течения инфекционного процесса, в том числе и ВГС, в значительной степени определяется функционально-адаптивным состоянием организма человека [1, 2, 4]. В нашей работе использовалась неинвазивная функциональная проба сердечно-дыхательного синхронизма (СДС), применяемая у здоровых и больных людей в качестве интегративного метода количественной оценки регуляторно-адаптивных возможностей организма [4, 6, 11]. Проба основана на тесной функциональной взаимосвязи центров ритмогенеза дыхания и сердца и возможности произвольного управления ритмом дыхания [6].

Целью нашего исследования явилась оценка регуляторно-адаптивных возможностей больных хроническим вирусным гепатитом С в зависимости от активности патологического процесса.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 125 больных (женщин – 42,4%, мужчин – 57,6%, возраст 41,4±2,7 года) с впервые верифицированным хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС), лечившихся в специализированной клинической инфекционной больнице г. Краснодара (СКИБ) в 2009–2010 гг. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц (поровну женщин и мужчин, возраст 41,0±3,3 года).

Всем больным и волонтерам группы контроля осуществляли функциональную пробу сердечно-дыхательного синхронизма с помощью компьютерного прибора с программным обеспечением [3] медицинского назначения «ВНС-Микро» ООО «Нейрософт».

Оценивали следующие параметры СДС: исходную частоту сердечных сокращений, минимальную и максимальную границы диапазона синхронизации в синхронных кардиореспираторных циклах в минуту, длительность развития синхронизации на минимальной и максимальной границах диапазона в кардиоциклах, рассчитывали индекс регуляторно-адаптивного статуса (ИРАС) [6].

Результаты и обсуждение

Проанализированы показатели СДС у больных ХВГС с различной степенью активности – минимальной, умеренной, выраженной. Активность инфекционного воспалительного процесса у больных ХВГС определяли с помощью фермента цитолиза гепатоцитов – аланинаминотрансферазы (АЛТ).

В соответствии с классификацией [5] пациентов распределили на 3 группы: 1-я – с показателями АЛТ 16–119 Ед/л, соответствующая минимальной степени активности воспалительного процесса, 2-я – с показателями АЛТ 120–199 Ед/л, соответствующая умеренной степени активности воспалительного процесса, и 3-я – с показателями АЛТ 200 Ед/л и выше, соответствующая выраженной степени активности воспалительного процесса.

Как следует из таблицы 1, имела место закономерность: чем более высокой была активность АЛТ, тем отклонения показателей СДС были более выраженными и регистрировались чаще. Так, показатель ИРАС у больных 1-й группы составлял 68,9±6,8, у больных 2-й группы – 41,2±5,1, а 3-й группы – 34,0±3,9; диапазон синхронизации соответственно 9,8±0,6; 7,2±0,7 и 5,4±0,6 кардиореспираторных циклов в минуту.

Кроме того, имели место достоверные различия в показателях СДС между группами больных ХВГС с различной степенью активности (табл. 1). Так, у больных с умеренной активностью по сравнению с больными с минимальной активностью регистрировали более низкие показатели диапазона синхронизации и ИРАС, у больных с выраженной активностью по сравнению с больными с умеренной активностью – ИРАС; у больных с выраженной активностью по сравнению с больными с минимальной активностью – диапазона синхронизации, ИРАС и максимальной границы диапазона синхронизации.

На рисунке 1 продемонстрирована закономерность: с увеличением активности воспалительного

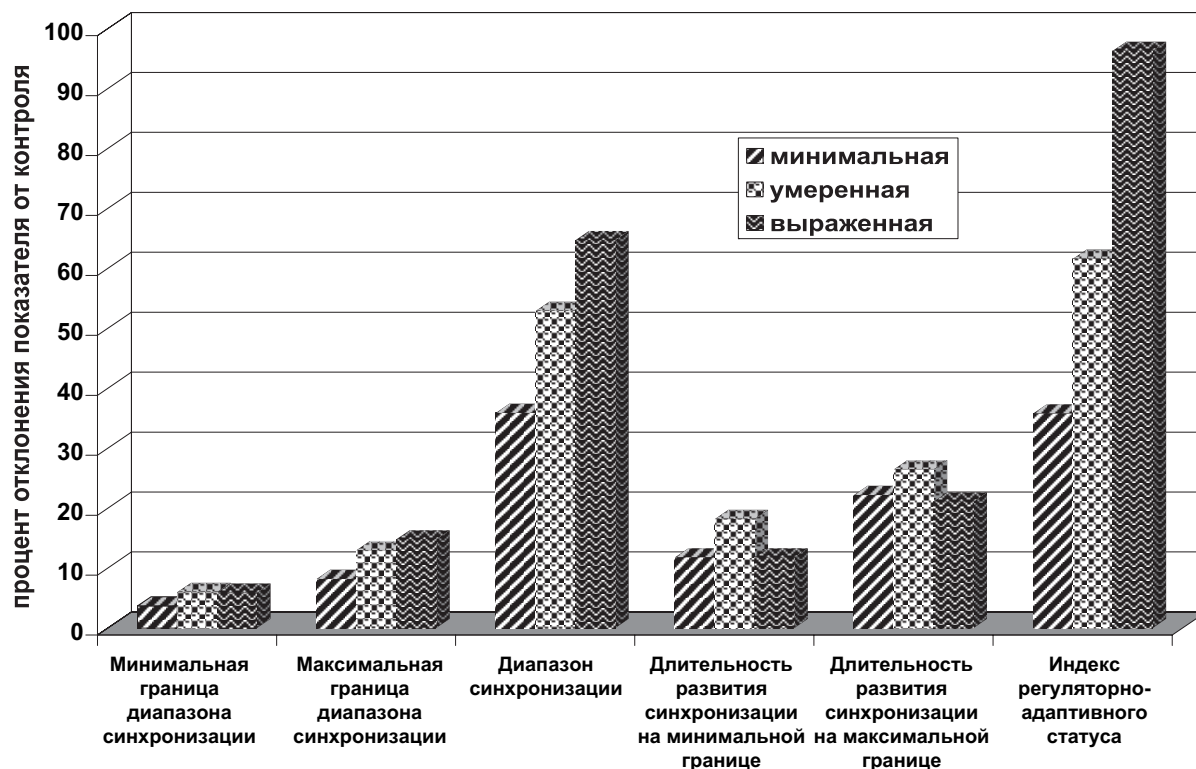


Рис. 1. Процент отклонения показателей СДС больных ХВГС с минимальной, умеренной и выраженной активностью воспалительного процесса по показателю АЛТ от аналогичных показателей контрольной группы здоровых людей

Таблица 1

Параметры сердечно-дыхательного синхронизма у больных ХВГС с различными показателями АЛТ

Параметры СДС	Контроль- ная группа n=30	Больные ХВГС с показателями активности АЛТ		
		Минималь- ная 16–119 Ед/л n=63	Умеренная 120–199 Ед/л n=24	Выра- женная 200 и > Ед/л n=32
Исходная частота сердечных сокращений в минуту	79,3±2,0	75,7±1,2	75,0±2,2	74,1±1,8
Минимальная граница диапазона синхронизации в синхронных кардиореспираторных циклах в минуту	78,0±1,8	75,1±1,2	73,3±2,5	73,4±1,9
Максимальная граница диапазона синхронизации в синхронных кардиореспираторных циклах в минуту	91,3±2,0	83,8±1,4 *♦	79,4±2,7*	77,8±2,0 *♦
Диапазон синхронизации в синхронных кардиореспираторных циклах в минуту	15,3±0,8	9,8±0,6 *♦♦	7,2±0,7 *♦■	5,4±0,6 *♦■
Длительность развития синхронизации на минимальной границе диапазона в кардиоциклах	17,0±1,5	19,0±1,4	20,1±1,9	19,0±1,9
Длительность развития синхронизации на максимальной границе диапазона в кардиоциклах	27,5±2,5	21,4±1,6*	20,2±2,7*	21,7±2,8
Индекс регуляторно-адаптивного статуса	107,4±11,2	68,9±6,8 *♦♦	41,2±5,1 *♦	34,0±3,9 *♦

Примечание: * – достоверность различия показателя ($p < 0,05$) больных ХВГС и контрольной группы;

♦ – достоверность различия показателя ($p < 0,05$) больных ХВГС с умеренной и минимальной активностью;

■ – достоверность различия показателя ($p < 0,05$) больных ХВГС с умеренной и выраженной активностью;

♦♦ – достоверность различия показателя ($p < 0,05$) больных ХВГС с минимальной и выраженной активностью.

процесса возрастает процент отклонения от нормы показателей СДС. Особенно данная закономерность характерна для максимальной границы диапазона синхронизации, диапазона синхронизации и ИРАС.

Установленные параметры СДС свидетельствуют об увеличении выраженности и частоты нарушений

функционально-адаптивных свойств организма у больных ХВГС по мере нарастания активности воспалительного процесса.

В последующем мы оценили выраженность лабораторных признаков цитолиза гепатоцитов у больных хроническим гепатитом с различными показателями индекса регуляторно-адаптивного статуса (ИРАС).

Таблица 2

Активность ферментов АЛТ, АСТ и ГГТП у больных с низкими, удовлетворительными и хорошими показателями ИРАС

Показатели ИРАС	Диапазон синхронизации в синхронных кардиореспираторных циклах в минуту	АЛТ в Ед/л	АСТ в Ед/л	ГГТП в Ед/л
1-я группа ИРАС = 50 и более 87,3±6,5 n=54	10,7±0,6 *♦	100,8±11,4 ■♦	70,4±8,6	54,2±8,1 ♦
2-я группа ИРАС = 25–49 34,2±1,1 n=35	7,5±0,4 *■	151,7±22,8 *■	88,0±11,0	48,9±7,0 ■
3-я группа ИРАС = 24 и менее 14,3±1,4 n=27	3,8±0,6 ■♦	291,9±63,1 *♦	134,0±33,1	91,5±15,1 ♦■

Примечание: * – достоверность различия аналогичных показателей ($p < 0,05$) больных ХВГС 1-й и 2-й групп;
■ – достоверность различия аналогичных показателей ($p < 0,05$) больных ХВГС 2-й и 3-й групп;
♦ – достоверность различия аналогичных показателей ($p < 0,05$) больных ХВГС 1-й и 3-й групп.

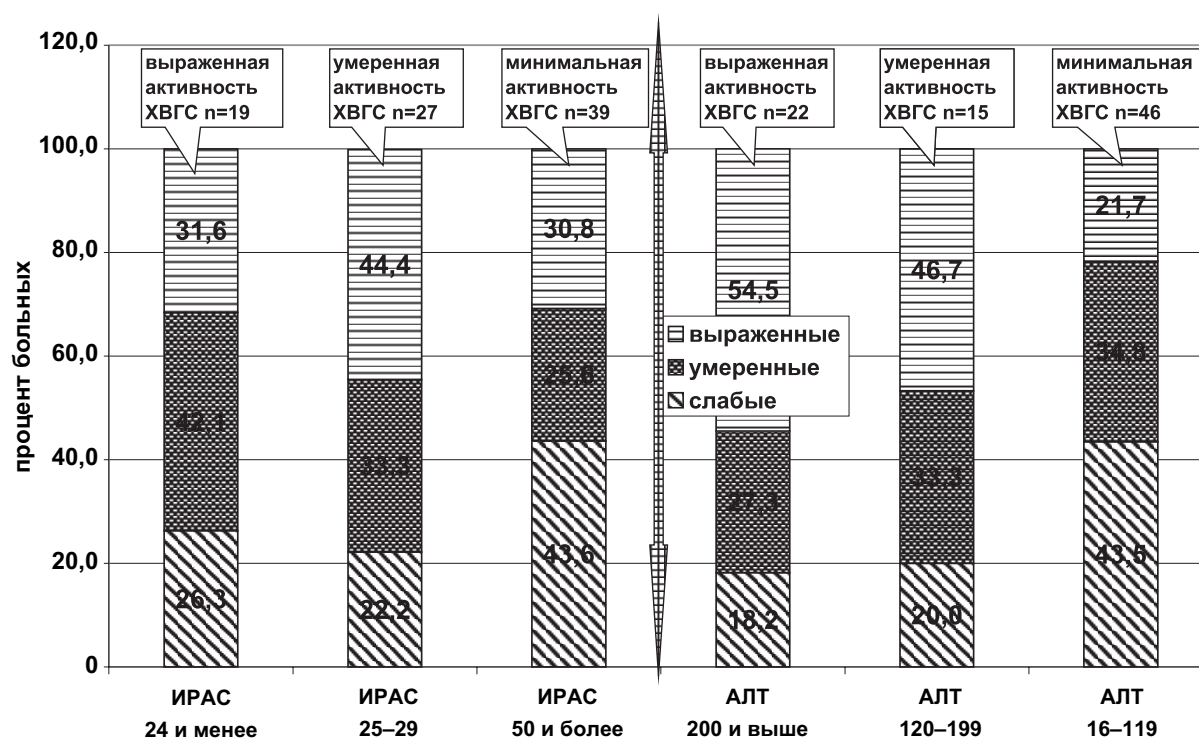


Рис. 2. Частота выраженных, умеренных и слабых сцинтиграфических изменений в печени у больных ХВГС с различными показателями ИРАС и АЛТ

Частота клинических признаков интоксикации и поражения печени у больных ХВГС с различной степенью активности воспалительного процесса

Активность воспалительного процесса по АЛТ		Слабость	Тяжесть в правом подреберье	Боли в правом подреберье	Увеличение печени	Увеличение селезенки	Увеличение печени на (см) M±m	Зуд кожи	Горечь во рту	Головокружение	Носовые кровотечения	Суставные боли	Изжога, отрыжка	Тошнота	Нарушение сна	Снижение аппетита
Минимальная активность 16–119 Ед/л n=61	Абс.	58	25	22	43	15	1,2±0,1	3	11	4	2	8	16	7	23	11
	%	95,1	41,0 ■	36,1	70,5	24,6		4,9	18,0	6,6	3,3	13,1	26,2	11,5	37,7	18,0 ■
Умеренная активность 120–199 Ед/л n=22	Абс.	21	8	8	15	7	1,3±0,2	2	5	1	1	2	7	0	13	3
	%	95,5	36,4 ♦	36,4	68,2	31,8		9,1	22,7	4,5	4,5	9,1	31,8	0	59,1	13,6
Выраженная активность 200 и > Ед/л n=32	Абс.	31	21	9	26	9	1,4±0,1	2	8	3	1	2	8	2	14	2
	%	96,9	65,6 ■♦	28,1	81,3	28,1		6,3	25,0	9,4	3,1	6,3	25,0	6,3	43,8	6,3 ■

Примечание: * – достоверность различия аналогичных показателей ($Q \geq 0,5$, $p < 0,05$) больных с минимальной и умеренной активностью ХВГС;
 ■ – достоверность различия аналогичных показателей ($Q \geq 0,5$, $p < 0,05$) больных с минимальной и выраженной активностью ХВГС;
 ♦ – достоверность различия аналогичных показателей ($Q \geq 0,5$, $p < 0,05$) больных с умеренной и выраженной активностью ХВГС.

В соответствии с градацией функционально-адаптивного статуса по ИРАС В. М. Покровского [6] больных ХВГС распределили на три группы: 1-я – с низкими значениями ИРАС (24 и менее), 2-я – с удовлетворительными значениями ИРАС (25–49) и 3-я – с хорошими значениями ИРАС (50 и выше).

Как следует из таблицы 2, у больных ХВГС 1-й группы с показателями ИРАС 50 и более, свидетельствующими о хорошем регуляторно-адаптивном статусе организма, наблюдалась достоверно более низкая по сравнению с пациентами 2-й и 3-й групп активность цитолитического фермента АЛТ и холестатического фермента ГГТП, а также тенденция к более низкой активности фермента АСТ, свойственные для минимальной активности воспалительного процесса в печени. В этой же группе больных по сравнению с остальными группами отмечались достоверно более высокие показатели диапазона синхронизации ($10,7 \pm 0,6$ против $7,5 \pm 0,4$ и $10,7 \pm 0,6$ против $3,8 \pm 0,6$ синхронных кардиореспираторных цикла в минуту, $p < 0,05$ в обоих случаях).

Наиболее высокую активность АЛТ и ГГТП, достоверно большую по сравнению с пациентами 1-й и 2-й групп и присущую выраженной активности воспаления печени, наблюдали у больных 3-й группы с показателями ИРАС 24 и менее, указывающими на

низкий регуляторно-адаптивный статус организма (табл. 2). В этой же группе больных по сравнению с остальными группами отмечались достоверно более низкие показатели диапазона синхронизации ($3,8 \pm 0,6$ против $7,5 \pm 0,4$ и $3,8 \pm 0,6$ против $10,7 \pm 0,6$ синхронных кардиореспираторных цикла в минуту, $p < 0,05$ в обоих случаях).

Активность цитолитических (АЛТ) и холестатического (ГГТП) ферментов больных ХВГС 2-й группы с удовлетворительными показателями ИРАС и регуляторно-адаптивного статуса организма соответствовала умеренной степени выраженности воспалительного процесса в печени (табл. 2). При этом уровень АЛТ достоверно отличался от аналогичного показателя больных 1-й и 2-й групп, а уровень ГГТ – от показателя больных 3-й группы. В этой же группе больных диапазон синхронизации имел промежуточный, но достоверно различающийся от остальных групп уровень ($7,5 \pm 0,4$ против $10,7 \pm 0,6$ и $7,5 \pm 0,4$ против $3,8 \pm 0,6$ синхронных кардиореспираторных цикла в минуту, $p < 0,05$ в обоих случаях). О степени активности воспалительного процесса в печени у больных ХВГС судили также по выраженности скинтиграфических изменений в печени. Пациентов распределили на 3 группы: 1-я – со слабо выраженными изменениями на сканограммах, 2-я – с умеренными

**Частота клинических признаков интоксикации и поражения печени
у больных ХВГС с различными показателями ИРАС**

Показатели ИРАС		Слабость	Тяжесть в правом подреберье	Боли в правом подреберье	Увеличение печени	Увеличение селезенки	Увеличение печени на (см) M±m	Зуд кожи	Горечь во рту	Головокружение	Носовые кровотечения	Суставные боли	Изжога, отрыжка	Тошнота	Нарушение сна	Снижение аппетита
ИРАС = 50 и более n=54 минимальная активность	Абс.	52	22	20	37	12	1,1±0,1 ■	2	6	5	2	6	12	4	29	5
	%	96,3	40,7	37,0	68,5	22,2		3,7	11,1	9,3	3,7	11,1	22,2	7,4	53,7	9,3
ИРАС = 25–49 n=35 умеренная активность	Абс.	32	20	10	27	13	1,4±0,1	3	10	5	1	4	13	3	15	5
	%	91,4	57,1	28,6	77,1	37,1		8,6	28,6*	5,7	2,9	11,4	37,1	8,6	42,9	14,3
ИРАС = 24 и менее n=27 выраженная активность	Абс.	27	13	9	23	9	1,4±0,1 ■	2	7	2	1	3	6	1	12	6
	%	100	48,1	33,3	85,2	33,3		7,4	25,9	7,4	3,7	11,1	22,2	3,7	44,4	22,2

Примечание: * – достоверность различия аналогичных показателей ($Q \geq 0,5$, $p < 0,05$) больных с минимальной и умеренной активностью ХВГС;

■ – достоверность различия аналогичных показателей ($Q \geq 0,5$, $p < 0,05$) больных с минимальной и выраженной активностью ХВГС;

◆ – достоверность различия аналогичных показателей ($Q \geq 0,5$, $p < 0,05$) больных с умеренной и выраженной активностью ХВГС.

изменениями на сканограммах, 3-я – с выраженными изменениями на сканограммах.

По мере нарастания выраженности диффузных изменений в печени уменьшались по сравнению с контролем максимальная и минимальная границы диапазона, диапазон синхронизации, увеличивалась длительность развития синхронизации на минимальной границе. Прослеживалась четкая закономерность к снижению ИРАС по мере увеличения степени скинтиграфических изменений. Так, показатель ИРАС у больных ХВГС с выраженными скинтиграфическими изменениями в печени не только достоверно отличался от контроля, но был достоверно ниже показателя больных ХВГС со слабыми скинтиграфическими изменениями в печени ($42,3 \pm 4,5$ и $65,7 \pm 7,9$, $p < 0,05$).

В последующем мы сравнили частоту разной степени выраженности скинтиграфических диффузных изменений печени у больных ХВГС с различными градациями ИРАС и АЛТ.

На рисунке 2 продемонстрировано, что процент больных с выраженными скинтиграфическими изменениями был наибольшим в группах больных как с максимальными показателями АЛТ, так и с мини-

мальными показателями ИРАС, то есть в группах пациентов с наивысшей активностью воспалительного процесса в печени. В этих же группах больных отмечался наименьший процент слабых скинтиграфических изменений в печени. Так, процент слабых скинтиграфических изменений в группе больных ХВГС с выраженной активностью процесса как по показателю ИРАС (24 и менее), так и по активности АЛТ (200 ЕД/л и выше) был ниже по сравнению с группой пациентов с минимальной активностью процесса как по ИРАС (50 и более), так и по АЛТ (16-119 ЕД/л), соответственно 26,3% против 43,5%, $Q=0,4$, и 18,2% против 43,5%, $Q=0,6$.

Принимая во внимание, что в настоящее время отсутствуют надежные клинические и лабораторные критерии активности воспалительного процесса в печени при хронических гепатитах, мы сравнили частоту клинических симптомов поражения печени и интоксикации у больных с различными показателями АЛТ и с различными показателями ИРАС.

Распределяя больных по традиционному признаку, то есть по активности цитолитического фермента АЛТ, достоверных различий в частоте клинических

симптомов у пациентов с минимальной, умеренной и выраженной активностью воспалительного процесса было немного (табл. 3). В частности, больные с минимальной активностью реже, чем больные с выраженной активностью, и больные с умеренной активностью по сравнению с пациентами с выраженной активностью жаловались на тяжесть в правом подреберье, а у больных с минимальной активностью по сравнению с больными с выраженной активностью процесса реже отмечалось снижение аппетита (табл. 3).

При распределении больных ХВГС по показателю ИРАС соответственно на группы с минимальной, умеренной и выраженной активностью воспалительного процесса (табл. 4) достоверных различий в частоте клинических симптомов поражения печени и интоксикации было больше, чем при градации по АЛТ. Так, больных с выраженной активностью по сравнению с больными с минимальной и умеренной активностью чаще беспокоили слабость, а по сравнению с больными с минимальной активностью – увеличение печени, горечь во рту и снижение аппетита. Кроме того, у больных с выраженной активностью по сравнению с больными с минимальной активностью достоверно большими были размеры печени ($1,4 \pm 0,1$ см против $1,1 \pm 0,1$ см, $p < 0,05$).

Заключение

Проведенные исследования позволили заключить, что у больных хроническим вирусным гепатитом С наблюдаются изменения параметров сердечно-дыхательного синхронизма, указывающие на снижение основных регуляторно-адаптационных возможностей организма. Частота и выраженность изменения показателей СДС соотносятся с клиническими признаками интоксикации и поражения печени, степенью повышения уровня гепаптоцеллюлярных ферментов и сцинтиграфических нарушений больных ХВГС.

Установленные закономерности позволили выявить два наиболее значимых параметра СДС: индекс регуляторно-адаптивного статуса и диапазон синхронизации, которые соответствуют большинству параметров традиционной классификации хронического вирусного гепатита С по степени активности воспалительного процесса в печени (рис. 1). Таким об-

разом, показатели СДС являются существенными дополнительными неинвазивными параметрами, позволяющими уточнять степень активности хронического вирусного гепатита С.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлуцкая А. В., Трегубов В. Г. Регуляторно-адаптационные возможности детей с «функциональной» слабостью синусового узла в зависимости от психофизиологического статуса // Кубанский научный медицинский вестник. – Краснодар, 2006. – № 9 (90). – С. 86–89.
2. Гавришева Н. А., Антонова Т. В. Инфекционный процесс: клинические и патофизиологические аспекты: Учебное пособие. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2006. – 282 с.
3. Покровский В. М. Система для определения сердечно-дыхательного синхронизма у человека / В. М. Покровский, В. В. Пономарев, В. В. Артюшков, Е. В. Фомина, С. Ф. Гриценко, С. В. Полищук. – Патент РФ № 86860, 20.09.2009.
4. Полищук С. В. Особенности формирования сердечно-дыхательного синхронизма на звуковой и световой раздражители в зависимости от типологических особенностей личности // Кубанский научный медицинский вестник. – 2006. – № 9 (90). – С. 42–46.
5. Рахманова А. Г., Неверов В. А., Пригожина В. К., Кирпичникова Г. И., Ремезов А. П. Стратегия и тактика диагностики и лечения вирусных гепатитов: Пособие для врачей. – СПб, 1998. – 31 с.
6. Сердечно-дыхательный синхронизм в оценке регуляторно-адаптивных возможностей организма / Под ред. В. М. Покровского. – Краснодар: изд-во «Кубань-Книга», 2010. – 244 с.
7. Choo G. L., Kuo G., Weiner A. J. et al. Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A non-B hepatitis genome // Science. – 1989. – № 244. – P. 359–362.
8. Kuo G., Choo G. L., Alter H. I. et al. An assay for circulating antibodies to a major etiologic virus of human non-A non-B hepatitis // Science. – 1989. – № 244. – P. 362–364.
9. Marcellin P. Hepatitis B and hepatitis C in 2009 // Liver International. – 2009. – № 29 (suppl.). – P. 1–8.
10. Poynard T., Bedosa P., Opolon P. Natural history of liver fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C // Lancet. – 1997. – № 349. – P. 825–832.
11. Pokrovskii M. Integration of the heart rhythmogenesis levels: heart rhythm generator in the brain // J. Methodist debakey heart center. – 2006. – Vol. 2. № 2. – P. 19–23.

Поступила 03.09.2010

Д. В. ШАБЛИН, С. Г. ПАВЛЕНКО, А. А. ЕВГЛЕВСКИЙ, З. Н. ХАТКО

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии
Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: amit5@yandex.ru

Под наблюдением находилось 158 больных, бывших на лечении в хирургическом отделении Краснодарского госпиталя для ветеранов войн. У 12 пациентов оценивалась клиническая эффективность применения пектиновых пленок с фиксированными на них фармпрепаратами. Особенно выраженный эффект отмечался от применения пектиновых пленок с тамеритом, который стимулировал местный иммунитет и способствовал быстрому заживлению язвенных дефектов.

Ключевые слова: венозная трофическая язва, лечение, раневые покрытия.