

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 несложными (1) и сложными (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). Динамика остальных параметров иммунитета, а также биохимических и гематологических лабораторных показателей отмечено не было. В группе, где пациентам 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 больных 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.Л.

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,

**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 иммуностропного 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 ПМКБ №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 иммуностропных 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.