

значительное повышение содержания фибриногена в момент возникновения НК ($4,06 \pm 0,45$ г/л и $4,95 \pm 0,31$ г/л, то есть увеличение на 22%).

Выявленная нами гиперфибриногенемия у больных с хронической почечной недостаточностью может быть одним из проявлений развития хронического ДВС-синдрома, который потенциально является патогенетическим звеном возникновения носовых кровотечений. Подтверждением такого предположения являются трудности предотвращения рецидивов кровотечения у данной группы больных.

Изучение влияния некоторых водорастворимых витаминов на иммуномодулирующие свойства эритроцитов при гемолитической анемии

Конопля А.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Поступление в организм гемотропных ксенобиотиков сопровождается повышением в мембране эритроцитов концентрации свободных жирных кислот, продуктов перекисного окисления липидов, изменением количественного соотношения отдельных фракций фосфолипидов, микровязкости мембраны, накоплением лизофосфатидов, снижением содержания холестерина (Н.К. Соболева, В.И. Шарапов, 1993). Изменение состава билипидного слоя мембраны эритроцитов сопровождается модификацией структуры и архитектоники эпителиального аппарата наружной поверхности мембраны клеток и появлению у них иммуномодулирующих свойств (Л.Г. Проккопенко и др., 1995). Двусторонние связи существуют между состоянием мембраны эритроцитов и содержанием в них оксигенированного гемоглобина (О.В. Каплан, 1995). Учитывая это, целью работы было изучение влияния пиридоксина, фолиевой кислоты и кобаламина на иммуномодулирующие свойства эритроцитов крыс с экспериментальной гемолитической анемией.

Опыты проведены на крысах Вистар. Животным однократно вводили гемотропные яды - фенилгидразин или нитрит натрия. Спустя 6 часов из хвостовой вены получали кровь и выделяли из нее эритроциты по Е. Beutler (1985). Мембраны эритроцитов выделяли модифицированным методом Dodge (1963).

Введение здоровым крысам пиридоксина стимулирует развитие гуморального иммунного ответа, индуцированного эритроцитами барана. Фолиевая кислота и кобаламин по отдельности и при сочетанном применении (в дозах, равных 0,5 тех, которые использовали при совместном вве-

дении препаратов) не оказывает влияния на иммунную реактивность. Введение пиридоксина крысам, получавшим ксенобиотики, существенно повышает, но не нормализует формирование гуморального иммунного ответа. Фолиевая кислота и кобаламин, введенные по отдельности, не влияют на иммунную реактивность после введения ядов, а сочетанное введение препаратов усиливает, но не нормализует этот процесс. Эритроциты экспериментальных животных, полученные после введения ядов, при аллогенном переносе супрессируют развитие иммунного ответа. Введение пиридоксина ослабляет иммуносупрессирующие свойства эритроцитов отравленных крыс. Фолиевая кислота и кобаламин (раздельно и совместно) не влияют на иммуносупрессирующие свойства эритроцитов, выделенных после введения ядов. Строма эритроцитов отравленных крыс, получавших пиридоксин, фолиевую кислоту и кобаламин, не обладает иммуномодулирующими свойствами. Экстракорпоральная обработка эритроцитов пиридоксином индуцирует появление у них слабо выраженных иммуномодулирующих свойств. Эритроциты, инкубированные *in vitro* с фолиевой кислотой или (и) с кобаламином, при аллогенном переносе не влияют на развитие гуморального иммунного ответа. Строма эритроцитов, обработанная пиридоксином или фолиевой кислотой и кобаламином, стимулирует иммунную реактивность у здоровых крыс и нормализует этот процесс у отравленных животных.

Заболеваемость описторхозом на территории Амурской области

Лаврикова Е.С.

Амурская государственная медицинская академия Благовещенск

Сибирская двуустка у человека открыта профессором К.Н.Виноградовым 110 лет тому назад. Но и в настоящее время описторхоз является одним из наиболее распространенных гельминтозов. За последние годы в России зарегистрировано более двух миллионов больных, а в эндемичных районах Западной Сибири инвазировано до 80% населения.

В настоящее время известно, что возбудителем описторхоза является «кошачья двуустка», которую иногда называют «сибирской» (*Opisthorchis filineus*). Это гельминт плоской листовидной формы, который паразитирует в желчных протоках печени, желчном пузыре и протоках поджелудочной железы человека, кошек, собак и диких животных.

На территории Западной Сибири выделено 4 вида сосальщиков рода *Opistorchis*, паразитирующих у различных животных и человека. Но основными дефинитивными хозяевами являются человек, домашние животные и мелкие грызуны.

В организме человека паразит живет 20-40 лет, а заражение происходит при употреблении в пищу сырой (тала), мороженой, слабо просоленной, недостаточно проваренной или прожаренной рыбы карповых пород (язь, чебак, елец и др.).

В основе патогенеза описторхоза лежит то, что возбудитель травмирует слизистые оболочки панкреатических и желчных протоков как шипиками, покрывающими тело паразита, так и присосками. Скопление в протоках большого количества гельминтов (известны случаи одновременного паразитирования 25000-35000 экземпляров) создает препятствие для своевременного оттока желчи, способствуя развитию кистозных расширений протоков. Гиперплазия железистого эпителия при описторхозе является одной из причин новообразований в печени, а также имеет место токсическое и нервно-рефлекторное воздействия гельминта, вызывающее нарушение функции других органов и систем (желудка, кишечника, сердечно-сосудистой и нервной систем). На ранних стадиях заболевания наблюдается выраженная аллергия организма, проявляющаяся прежде всего в появлении эозинофилии.

В Амурскую областную клиническую инфекционную больницу за последние годы стали обращаться больные с описторхозом, хотя ранее больные с данной патологией не регистрировались. По-видимому, это связано с миграцией населения, особенно в период интенсивного строительства БАМа и освоением его территории в 70-80 годах. По данным областной инфекционной больницы за последние 10 лет с этой патологией было пролечено 20 больных, причем жители сельской местности составили 55%, на долю мужчин пришлось 35%, детей - 45% и женщин - 20%.

Клиническая картина развивается через 2-6 недель после заражения. Начало болезни проявляется повышением температуры, болями в мышцах и суставах, рвотой, поносом, болезненностью в области печени. При обследовании в стационаре основными симптомами были следующие:

- у 70% больных - боли в правом подреберье с иррадиацией в спину, правую лопатку, правое плечо,
- в 20% случаев - эпигастральные боли,
- в 45% случаев - тошнота,
- у 10% больных - рвота.

Симптомы интоксикации в основном проявлялись:

- общей слабостью, недомоганием (90 - 95%),
- повышением температуры тела (20%).

Данные объективного исследования позволили лишь у 30% заболевших установить среднетяжелое течение заболевания, при котором ведущими синдромами были:

- у 75% больных - боли в правом подреберье;
- в 35% случаев - гепатомегалия;
- у 35% больных - эозинофилия.

У остальных 70% больных описторхоз протекал либо в легкой форме, либо бессимптомно. Крайне редко наблюдались аллергические высыпания на коже, спленомегалия.

Оказание помощи подобным больным затруднялась отсутствием адекватного лечения, что способствовало в большинстве случаев развитию хронического течения заболевания. При хронизации процесса наиболее частыми жалобами становились: боли в правом подреберье в течение 2-3 лет, общая слабость, боли в мышцах и бессонница в 50% случаев, гепатомегалия, иктеричность склер. В связи с чем, больные наблюдались у различных врачей по поводу других заболеваний панкреатогепатодуоденальной зоны - холецистита, панкреатита, хронического гепатита и т.д.

В 1987 году появился препарат «Бельтрицид» (другое название препарата - «Празиквантель»), а затем был создан его аналог российского производства - «Азинокс». Эти препараты показали высокую активность: у 97,9% детей и 81,1% взрослых после его приема наблюдался хороший терапевтический эффект с полной санацией организма.

Таким образом, анализ проведенных нами предварительных исследований позволяет высказать предположение, что формирование очагов описторхоза в Амурской области связано не с природными факторами, а с завозом возбудителя больными или носителями этого гельминта.

Нарушения иммунитета при экспериментальном гнойном холангите

Локтионов А.Л., Ярош А.Л.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Холангит – это воспалительный процесс, возникающий на фоне холестаза и инфекционного процесса в желчных путях. Ведущими патогенетическими факторами развития холангита являются: желчная гипертензия, инфекционный компонент, повреждение слизистой оболочки