

агностика поставлена сравнительно лучше, заболеваемость энтеробиозом и гименолепидозом выше, чем в остальных городах и особенно чем в сельских районах.

В то же время, даже при сравнительно низком уровне обследования, в сельских районах поражённость такими гельминтозами, как аскаридоз и трихоцефалёз, гораздо выше, чем в городах. Очевидным является достаточно высокая заболеваемость тениаринхозом в РД по сравнению в целом по РФ (от 5,5 до 14,5 раза в разные годы), но выявленные показатели, как по республике, так и отдельно по городам и сельским районам, весьма далеки от реальных, т.к. практически мало где применяются специальные методы обследования на выявление этого гельминтоза и не всегда ведётся его правильный учёт. Среди всех выявленных удельный вес аскаридоза у детей до 14 лет колеблется от 62,5% до 65,3%, трихоцефалёза от 60,1% до 65,8%, энтеробиоза от 80,9% до 90,3% и гименолепидоза от 59,8% до 72,4%. Доля тениаринхоза в общей поражённости заметно ниже среди детей, чем среди взрослых и составила лишь от 16,2% до 35,4%.

Те регионы, в которых процент поражённости гельминтозами заметно выше чем показатели по РФ, территориально относятся преимущественно к Южной, Юго-западной и внутригорной зоне Дагестана. Южный и внутригорный Дагестан по-прежнему остаётся высокоинтенсивным очагом аскаридоза и трихоцефалёза. Районы Юго-западного горного Дагестана дают высокую инвазированность в основном за счёт тениаринхоза. Высокая заболеваемость в городах энтеробиозом в большей степени объясняется более лучшей поставленной лабораторной диагностикой.

Поэтому для объективной оценки состояния гельминтологической ситуации в республике необходимо, прежде всего, повсеместно улучшить лабораторную диагностику и систематическое проведение всего комплекса организационно-методических противогельминтозных мероприятий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдулазизов А.И. Организация и проведение мероприятий по резкому и стойкому снижению основных гельминтозов населения. ДАССР - Махачкала, Дагиздат 1982, с.32.
2. Абдулазизов А.И., Омарова П.А., Абдулгалимова Г.Н. Гельминтологическая ситуация в некоторых районах Южного Дагестана.//Тр. географ. общества Дагестана.- Вып. XXV- Махачкала, 1997.- С. 83-84.
3. Абдулазизов А.И., Омарова П.А., Абдулгалимова Г.Н., Абакарова А.Г. Поражённость населения Дагестана гельминтозами.//Тр. географ. общества Дагестана.- Вып. XXVI. - Махачкала, 1998. - С. 64-66.
4. Исмаилов Ш.Н. Атлас Республики Дагестан – Махачкала, 1999.

ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ЭЛЕКТРОЛИЗНЫХ РАСТВОРОВ СЕРЕБРА В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Авакимян С.Б., Оноприев А.В.,
Николаев В.В., Щимаева И.В.

*Кубанская государственная медицинская академия,
Российский центр функциональной
хирургической гастроэнтерологии*

Лечение деструктивных форм панкреатита по-прежнему остается трудной задачей, что в значительной степени связано с особенностями топографии поджелудочной железы, сопутствующей ферментемией и резистентностью флоры к антибактериальным препаратам. В последние годы в лечении деструктивных форм панкреатита широкое распространение получают методы эндоскопической хирургии, позволяющие значительно уменьшить травматичность хирургического вмешательства. Однако выбор антибактериальных препаратов по-прежнему остается серьезной задачей.

В ранее проведенных исследованиях нами было установлено, что электролизные растворы серебра снижают устойчивость бактерий к антибиотикам (патент № 2053773, приоритет изобретения от 25 декабря 1992 года), снижают уровень амилазы в крови, а совместное применение этих растворов и антибиотиков проявляется синергидным эффектом, что позволяет в 4-8 раз уменьшить дозы вводимых препаратов.

В настоящей работе представлены данные о применении внутривенного введения электролизных растворов серебра у больных с деструктивными формами панкреатита, которым выполнено эндоскопическое дренирование гнойно-некротических очагов брюшной полости и поджелудочной железы. Для внутривенного введения применяли химически чистый концентрат гидратированного серебра, изготовленный в соответствии с ТУ 9154-001-10073810-2002. 14 больных с деструктивным панкреатитом после выполнения эндоскопического дренирования, распределены на две группы. В первой группе (6 пациентов) после операции, проводилось стандартное лечение, включающее антибиотики, инфузионную терапию и промывание гнойных полостей антисептиками через дренажи. Пациентам второй группы (8) на фоне общепринятой терапии внутривенно вводили электролизный раствор серебра в дозе 0,05 мг серебра на кг веса. Препарат вводился в первые сутки с момента поступления больного, продолжительность введения составляла 5-7 дней. При тяжелом состоянии пациента дозу увеличивали до 0,1 мг/кг и продолжали введение в течение 2-3 дней, впоследствии переходя на дозу 0,05 мг/кг. Предварительно расчетную дозу гидратированного серебра разбавляли физиологическим раствором хлористого натрия. Для промывания гнойных полостей использовали раствор серебра с концентрацией 10-15 мг/литр.

Результаты. Наблюдение показало, что включение в консервативную терапию раствора гидратированного серебра значительно улучшало течение послеоперационного периода. Так, в этой группе пациентов температура приходила к норме к 4-5 суткам (в контрольной к 12 суткам), уровень амилазы в крови

нормализовался на 3-4 сутки после операции (против 10 суток в контроле). Отмечалось быстрое уменьшение количества отделяемого по дренажам и к моменту выписки у всех пациентов дренажи были удалены. В контрольной группе дренаж при выписке был удален только у одного пациента. Средний койко-день в группе с применением электролизного раствора серебра составил 15,7, а в контрольной – 44,3 дней.

ИССЛЕДОВАНИЕ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ОКСИНИКОТИНОВОЙ КИСЛОТЫ

Авдеева Е.В.

*Курский государственный медицинский университет,
Курск*

В последние годы пристальное внимание фармакологов и клиницистов в качестве перспективных лекарственных средств, эффективно регулирующих процессы окисления и перооксидации, привлекли производные 3-оксипиридина и оксиникотиновой кислоты (ОНК). Данные соединения относятся к простейшим гетероциклическим аналогам ароматических фенолов и в этой связи проявляют антиоксидантные, антирадикальные и мембраностабилизирующие свойства (Воронина Т.А. и др., 2000, 2001). Вместе с тем, влияние данных соединений на формирование иммунного ответа, неспецифические факторы защиты практически не исследовано, не изучены механизмы иммунокорректирующего действия производных ОНК в условиях нормы и патологии.

Целью настоящей работы было изучение влияния новых производных ОНК (лабораторные шрифты ХС-2 и ХС-4), синтезированных в ВНИЦ БАВ на функциональную активность нейтрофилов.

Исследование проводили на нелинейных мышцах массой 18-22г. Производные ОНК вводили пятикратно (интервал 24 ч), внутривентриально, в дозе 1/20 LD₅₀. В качестве препарата сравнения использовали структурный предшественник оксиникотиновой кислоты – производное оксипиридина, с выраженными антиоксидантными свойствами – мексидол, который вводили внутривентриально, в дозе 30 мг/кг, по той же схеме, что и исследуемые вещества. Функциональную активность нейтрофилов оценивали в тесте восстановления нитросинего тетразолия (НСТ). Учет результатов НСТ-теста проводили фотометрически (Зинкин В.Ю., Годков М.А., 2004).

Результаты проведенных исследований показывают, что введение производных ОНК, как и препарата сравнения, не влияло на уровень спонтанной и индуцированной неопсонизированным зимозаном активности нейтрофилов и не изменяло резервов функциональной активности полинуклеаров периферической крови. Введение соединения ХС-2 уменьшало уровень спонтанной активности нейтрофилов индуцированной опсонизированным зимозаном с 441,13±34,07 mOD в контроле до 311,13±26,35 mOD в опыте (p<0,05). Можно предположить, что данная клеточная реакция зависит от рецепторной пере-

стройки нейтрофильных гранулоцитов или с конкурентным путём клеточной активации, использующим общие вторичные мессенджеры.

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Аверьянов П.Ф., Исламова Е.А., Чиж А.Г.

*Саратовский государственный
медицинский университет,
Саратов*

Использование медикаментозных препаратов при лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) не всегда позволяет достичь желаемых результатов терапии (Hunt RH, Mohamed A.H., 1995). Остаются значительными экономические затраты населения на лечение этих заболеваний. Возникают проблемы побочных эффектов медикаментозной терапии, ее высокой стоимости, психологической зависимости больного от препарата (Шептулин А.А., 2000).

Среди широкого спектра физических методов, применяемых в комплексе с традиционной фармакотерапией заболеваний ЖКТ, наиболее перспективными являются лазеротерапия и воздействие электромагнитным излучением миллиметрового диапазона (ЭМИ ММД) (Раппопорт С.И. с соавт., 1999; Мешков В.М. с соавт., 1995).

Нами проведены исследования влияния лазеротерапии и ЭМИ ММД на течение заболевания, исходы и длительность ремиссии у больных с заболеваниями ЖКТ различной нозологии. При этом отдельные группы пациентов получали базисную медикаментозную терапию, другие наряду с ней воздействие лазером или ЭМИ ММД (см. таблицу).

Применение лазеротерапии и ЭМИ ММД велось по общепринятым для приведенных больных методам.

За больными велось динамическое наблюдение.

Проводились клинико-лабораторные, инструментальные, морфологические, гистоиммунологические исследования. Больные хроническим гастритом являлись группой сравнения.

В работе получены результаты, которые позволили заключить:

Чрескожная лазеротерапия имеет высокую эффективность в лечении больных ГЭРБ, так как позволяет в достоверно более короткие сроки, чем при применении только медикаментозной терапии достичь клинико-эндоскопической ремиссии и уменьшить частоту рецидивов заболевания, ликвидировать воспалительно-деструктивные изменения в дистальном отделе пищевода.

При использовании в подобных случаях, а также при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки ЭМИ ММД в более короткие сроки достигаются ликвидация болевого, диспептического синдромов и клинико-эндоскопическое заживление эрозивных и пептических дефектов.