ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ИММУННОГО ГОМЕОСТАЗА ПРИ СОЧЕТАННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ГЕПАТОТРОПНЫХ АГЕНТОВ И ПОСТОЯННОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ

Литвинова Е.С.
Курский государственный медицинский университет, Курск

В группе экспериментальных животных (крысы Вистар), подвергнутых 30-ти дневному воздействию постоянного магнитного поля (ПМП), угнетается развитие гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ) на эритроциты барана, снижается фагоцитарное число и повышаются фагоцитарный индекс и показатели кислородзависимой активности нейтрофилов периферической крови. Отравление животных четыреххлористым углеродом (ЧХУ) уже на первые сутки после введения токсиканта повышает выраженность гуморального иммунного ответа (ГИО), ГЗТ и всех показателей функционально-метаболической активности нейтрофилов (ФМА), при этом еще более выраженное повышение иммунной реактивности и функции нейтрофилов наблюдается у животных, подвергнутых одновременному воздействию ЧХУ и ПМП. Введение индометацина, наоборот, ингибирует формирование ГИО, ГЗТ и ФМА нейтрофилов периферической крови. Еще более выраженное снижение иммунной реактивности и ФМА нейтрофилов наблюдается у животных, подвергнутых воздействию индометацина и ПМП. Таким образом, при токсическом поражении печени, вызванном введением ЧХУ, в отличие от индометациновой гепатопатии, имеет место стимуляция иммунологической реактивности и ФМА нейтрофилов периферической крови, более выраженная при совместном воздействии токсиканта и ПМП. Все это свидетельствует о необходимости в условиях острого токсического поражения печени, а тем более в условиях воздействия ПМП, поиска эффективных фармакологических схем иммунокоррекции.

Сочетанное применение в условиях острого индометацинового поражения печени и воздействия ПМП имунофана (в/м по 0,001 мг/кг 10 раз через 48 ч) и мексикора (в/м по 6,0 мг/кг 20 раз через 24 ч) на 1-е сутки после отравления нормализует НСТ-тест стимулированный и повышает выраженность ГИО, но не до контрольных значений. Совместное использование полиоксидония (в/м по 0,15 мг/кг 10 раз через 48 ч) и мексидола (в/м по 3,0 мг/кг 20 раз через 24 ч) корригирует показатели развития ГИО, ГЗТ и фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови, нормализуя показатели НСТ-теста. Введение дерината (в/м по 20,0 мг/кг 10 раз через 48 ч) и эссенциале Н (в/в по 12,0 мг/кг 15 раз через 24 ч) нормализуют показатели НСТ-теста и повышают выраженность ГИО, ГЗТ и показатели фагоцитарной активности нейтрофилов.

Введение дерината и эссенциале Н животным, подвергнутым тетрахлорметановому острому токсическому поражению печени и воздействию ПМП, приводит к снижению показателей ФМА нейтрофилов, но не до контрольных значений, не влияя на иммунную реактивность. Введение таким животным комбинации витаминов и витаминоподобных соединений (тиамина хлорида – в/м по 1,0 мг/кг, рибофлавина моноаденозинфосфата – в/м по 0,15 мг/кг, никотинамида – в/м по 1,5 мг/кг, эспа-липона – в/в по 15,0 мг/кг, коэнзима Q – per os по 1,0 мг/кг; все 20 раз через 24 ч) вместе с эссенциале Н уже на 1-е сутки снижает выраженность ГИО, ГЗТ на эритроциты барана и все показатели ФМА нейтрофилов периферической крови, но не до контрольных значений. Использование сочетание глутоксима (в/м по 0,5 мг/кг 20 раз через 24 ч), рибоксина (в/в по 5,0 мг/кг 15 раз через 24 ч) и эссенциале Н в условиях острого токсического поражения печени ЧХУ и действием ПМП позволило уже через сутки нормализовать ГИО, ГЗТ и кислородзависимую активность нейтрофилов, при этом снизить, практически до значения контрольной группы показателей фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови.

Таким образом, в условиях индометацинового токсического поражения печени и воздействии ПМП наиболее эффективна схема с использованием дерината и эссенциале, а при отравлении ЧХУ – эссенциале Н с глутоксимом и рибоксином.

РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Локтионов А.Л., Пехов Д.А., Назаренко Д.П.
Курский государственный медицинский университет, Курск

Вопрос оценки тяжести состояния больных острым панкреатитом остается до конца нерешенным и весьма дискутабельным. Несмотря на наличие более 20 различных прогностических систем и коэффициентов при их использовании возникает ряд проблем, связанных с невоспроизводимостью на практике в условиях большинства российских клиник, что обусловлено сложностью самой шкалы или отсутствием специальной аппаратуры для определения отдельных показателей. В литературе наиболее часто встречаются ссылки на системы Ranson и Apachi II. Однако, в первой не учитываются такие показатели, как пол и этиология заболевания, а во второй необходимо обязательное наличие компьютерного томографа, что создает определенные трудности для клиник местного уровня (Кон Е.М., 2000; Радионов И.А., 2000).

В связи с этим, целью работы стала разработка шкалы оценки тяжести состояния, которая была бы проста в использовании, легко воспроизводима и не требовала больших затрат времени, а также использования сложной аппаратуры.

Ретроспективно проанализировано 184 истории болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в МУЗ ГБ №4 г. Курска с диагнозом острый панкреатит за период с 2000 по 2005 гг. При помощи метода последовательной диагностической процедуры, основанного на секвенциальном анализе (Гублер Е.В., 1973) для построения диагностической таблицы были отобраны клинические признаки, такие как возраст, пол, давность заболевания, выраженность болевого синдрома, наличие рвоты, окраска кожных по-