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 иммунокорригирующего 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 ВНЦ БАВ на функциональную активность нейтрофилов.

Исследование проводили на нелинейных мышах-самцах массой 18-22г. Производные ОНК вводили пятикратно (интервал 24 ч), внутрибрюшинно, в дозе 1/20 LD_{50}. В качестве препарата сравнения использовали структурный предшественник оксиникотиновой кислоты – производное оксипиридина, с выраженными антиоксидантными свойствами – мексидол, который вводили внутрибрюшинно, 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 резервы 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 перестройки 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 тратка (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 фармотерапией 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 методик.

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.

Таблица 1. Исследования влияния лазеротерапии и ЭМИ ММД на течение заболевания, исходы и длительность ремиссии у больных с заболеваниями ЖКТ различной нозологии

	Нозология заболевания	Кол-во больных	Базисное медикаментозное лечение	Немедикаментозное лечение	
				Лазеротерапия	ЭМИ ММД
1.	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)	227	114	68	45
2.	Хронический гастрит	30	30		
3.	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДК)	350	100	162	88
4.	Синдром раздраженного кишечника (СРК)	60	30	30	
5.	Неспецифический язвенный колит (НЯК)	56	26	30	

Применение вышеперечисленных методик достоверно по сравнению с результатами только лекарственной терапии, позволило уменьшить склеротические изменения, явления метаплазии эпителия и способствовало восстановлению процессов клеточного обновления эпителиоцитов в слизистой оболочке кардиального отдела пищевода и желудка. При этих условиях более скоро восстанавливается структурно-функциональная организация апудоцитов, нормализуются процессы перекислого окисления липидов и уровень аскорбиновой кислоты сыворотки крови.

При комплексном лечении с применением лазера и ЭМИ ММД усиливается эффект воздействия антибактериальных средств, что приводит к эрадикации Helicobacter pylori в слизистой оболочке желудка в 86,7%, при медикаментозном лечении в 66,7% случаев.

У пациентов с СРК комплексное лечение с лазеротерапией оказывает нивелирующее воздействие на клиническую симптоматику (ликвидация болевого синдрома), способствует восстановлению микроэкологии кишечника. При НЯК комплексная терапия позволяет в более короткие сроки достичь клинико-эндоскопической ремиссии заболевания, существенно улучшает морфологическую картину слизистой кишечника, приводит к уменьшению избыточного коллагенообразования.

Таким образом, применение в лечении заболеваний ЖКТ лазера и ЭМИ ММД в комплексе с базисной терапией имеют свои преимущества.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ДЕФЕКТЫ СУБЪЕКТИВНОГО ХАРАКТЕРА У БОЛЬНЫХ ЛЕПТОСПИРОЗОМ

Амбалов Ю.М., Мамедова Н.И.

В последние годы в медицинской практике возросла актуальность проблемы врачебных ошибок, которые могут повлечь за собой не только дисциплинарную, но и гражданско-правовую, и уголовную ответственность. Это в полной мере относится и к ненадлежащему ведению больных лептоспирозом. Удельный вес неправильной диагностики лептоспироза, в раннем его периоде, достигает 70-90% (Е.П. Шувалова, 1999 г.).

В целях выявления врачебных дефектов и установления причин их возникновения на всех этапах распознавания и лечения больных лептоспирозом, был проведен ретроспективный анализ качества лечебно-диагностической помощи 125 больным, находившимся на стационарном лечении в инфекционных отделениях Ростовской области.

Как показали исследования, при ведении больных лептоспирозом, все дефекты врачебной деятельности были представлены исключительно врачебными ошибками, вызванными как объективными, так и субъективными причинами. Такие дефекты диагностики и лечения как «нераспознание…» и «неправильное лечение лептоспироза», «неправильное назначение или непроведение диагностических мероприятий», «недооценка тяжести состояния больного», «лечение, не соответствующее тяжести, стадии и форме заболевания», «неправильное назначение лекарственных средств» в абсолютном большинстве случаев (более 90%) были обусловлены причинами субъективного характера и ассоциировались с профессиональной некомпетентностью врачей. Так, на амбулаторно-поликлиническом этапе общее число больных лептоспирозом, у которых были выявлены те или иные лечебно-диагностические ошибки достигло 115 чел. Из них, у 82 пациентов дефекты были обусловлены субъективными причинами. На этапе оказания медицинской помощи дежурными врачами инфекционного стационара, у 75 из 116 больных регистрировались ошибки диагностики и лечения субъективного характера. При ведении больных врачами-ординаторами инфекционных стационаров аналогичные показатели составили, соответственно, – 47 из 77 пациентов. Несомненно, допущенные врачами лечебно-диагностические ошибки негативно отразились на течении и исходах лептоспироза. Проведенный сравнительный анализ показал, что в группе «умерших» больных такие дефекты как «недооценка тяжести состояния больного» и «неправильное назначение лекарственных средств» регистрировались в 2 раза чаще, чем в группе «живых».

Между тем, если дефекты врачевания, вызванные субъективными причинами, причинили смерть или тяжелый вред больному (или только создали угрозу его причинения), то при наличии соответствующих исков со стороны пациента или его родственников, они могли бы рассматриваться судебно - следственными органами (по ст. ст.109 и 118 УК РФ) как «преступления, совершенные по неосторожности».