

исследования применения данного препарата при ряде инфекционных заболеваний (вирусный гепатит В, сальмонеллез, бруцеллез, дифтерия, клещевой энцефалит, ВИЧ-инфекция) показали его терапевтическую активность, что послужило основанием для изучения его иммунотропных свойств при инфекционном мононуклеозе.

Имунофан использовался в комплексном лечении 45 больных инфекционным мононуклеозом с первого дня госпитализации по 1,0 мл 0,005% раствора внутримышечно 1 раз в сутки в течение 10 дней. Эффективность препарата оценивалась в сравнении клинических признаков и иммунологических показателей с аналогичной контрольной группой больных при динамическом наблюдении.

При анализе показателей, характеризующих Т-клеточное звено иммунитета обнаружено отчетливое корректирующее действие имунофана. Введение препарата сопровождалось статистически достоверным увеличением численности субпопуляции Т-хелперов (Т_H) и снижением Т_S. Зарегистрировано близкое к нормальному соотношение Т_H/Т_S, что отражает устранение дисбаланса между хелперными и супрессорными Т-клетками. Получены достоверные результаты уменьшения содержания Вд, а индекс соотношения Гд/Вд по окончании приема препарата приближался к аналогичному индексу в контрольной группе здоровых. Динамика уровня циркулирующих иммунных комплексов при применении имунофана характеризовалась его снижением. Под влиянием препарата снижалась концентрация IgM и IgE. Корректирующее действие имунофана проявлялось не только в отношении клеточного и гуморального иммунитета, но и значительным активирующим влиянием на мононуклеарные фагоциты. Полученные результаты свидетельствуют о потенцирующем эффекте препарата на процессы фагоцитоза: отмечена нормализация как количественного содержания клеток, поглощающих чужеродные latexка, так и фагоцитарного числа, а также увеличился фагоцитарный показатель.

Таким образом, совокупность приведенных выше данных наглядно демонстрирует иммунотропное действие имунофана при инфекционном мононуклеозе, проявляющееся в модулирующем эффекте по отношению как к клеточному, так и к гуморальному компонентам иммунитета.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Иммунология инфекционного процесса: Руководство для врачей. – М., 1994. – 304с.
- 2 Имунофан – регуляторный пептид в терапии инфекционных и неинфекционных болезней. / В.В. Лебедев, Т.М. Шелепова, О.Г. Степанов и др. – М., 1998. – 119с.
- 3 Лимфопролиферативные заболевания, обусловленные вирусом Эпштейна-Барр / Клиническая иммунология и аллергология: Пер. с нем. – М.: Медицина, 1990. – Т. 1. – С.450-460.
- 4 Шувалова Е.П., Белозёров Е.С. Инфекционные болезни на рубеже веков // Тез. докл. науч.-практ. конф. "Военно-медицинские аспекты ВИЧ-инфекции". – С-Пб., 1999. – С.82-84.
- 5 Bolles E.B. Learning to live with chronic fatigues syndrome. – 1995. – P.35-60.
- 6 Klein E. Cell-mediated immunity against Epstein-Barr virus infected B-lymphocytes // Springer Semin Immunopathol. – 1992. – Vol. 5, № 1. – P.63-73.
- 7 Paquet C.L. La virologie et la mononucleose infectieuse // Viata Med. – 1988. – Vol. 59, № 1. – P.19-22.
- 8 Robinson J.E. The biology of circulation B-lymphocytes infected with Epstein-Barr virus during infectious mononucleosis // Kale. J. Biol. and Med. – 1987. – Vol. 55, № 3. – P.311-316.

В.М. Бортунов, М.Ю. Пунгина, Н.В. Башмакова

ПРИМЕНЕНИЕ ПАНТЕНОЛА В ТЕРАПИИ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО ГЕПАТОЗА У РОДИЛЬНИЦ

Уральская государственная медицинская академия

В последние годы все чаще в повседневной практике акушерского стационара встречаются болезни печени, вызванные беременностью. Гепатоз чаще развивается во втором-третьем триместре беременности и существенно ухудшает состояние беременной и плода, часто возникает необходимость досрочного родоразрешения беременной [1,5,6].

В основе развития холестаза лежат нарушения транспортных процессов: снижение проницаемости базолатеральной и каналикулярной мембраны гепатоцитов, вследствие чего увеличивается секреция из печени церулоплазмина как быстрого циркулирующего антиоксиданта, снижение скорости ферментативной утилизации супероксидных радикалов в плазме крови. Нарушается синтез $\text{Na}^+\text{K}^+\text{ATP}$ -азы и транспортных белков или их функция под влиянием желчных кислот, медиаторов воспаления, эндотоксинов, эстрогенов, лекарственных препаратов.

При длительном сохранении холестаза избыточная концентрация как токсичных, так и нормальных желчных кислот приводит к повреждению клеточных мембран, блокаде синтеза АТФ, накоплению цитозольного Ca^{++} , активации интрацеллюлярных гидролаз и некрозу гепатоцитов, усилению процессов перекисного окисления липидов, что приводит к висцерочечному проявлению токсического эффекта желчных кислот. Наиболее известные системные проявления, связанные с высокой концентрацией в сыворотке крови желчных кислот, являются гемолиз эритроцитов, деструкция тучных клеток, нарушение функций лимфоцитов, формирование гиперкинетического типа кровообращения [4,3,6].

В доступной литературе недостаточно освещена проблема лечения гепатоза беременных и не опубликованы особенности течения послеродового периода у данной категории больных [2,7].

Целью данного исследования явилось изучение состояния здоровья женщин с холестатическим гепатозом в послеродовом периоде.

В исследование были включены 20 женщин, у

которых во время беременности был диагностирован гепатоз. Исследования проводились на базе реабилитационного отделения клиники Уральского НИИ ОММ. Все наблюдаемые женщины находились в клинике для ухода за детьми первого месяца жизни. Средний возраст женщин составил 27,3±1,9 года. Включены в группу родильницы на 7-40 сутки послеродового периода.

У всех женщин сохранялись клинические и лабораторные признаки внутрипеченочного холестаза: кожный зуд (100%), усиливающийся к вечеру (интенсивность кожного зуда была меньше, чем при беременности), сухость кожи (89%), отрыжка воздухом (71%), запоры (59%). Отски нижних конечностей сохранялись у 71,5%, а артериальная гипертензия - у 68% осмотренных, причем у 40% из них - с более высокими цифрами, чем при беременности. Все больные отмечали слабость, быструю утомляемость - 61%, нарушения сна - 38%, снижение аппетита - 53%, головные боли мигренозного характера - 49%.

При биохимическом исследовании крови выявлено: снижение общего белка в 31% случаев, повышенные активности аминотрансфераз (АСТ, АЛТ) у 45% больных, повышение β-липопротеидов у 81% обследованных.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) брюшной полости выявлялась гепатомегалия различной степени, особенно левой доли (100% и спленомегалия у 25%, атония желчного пузыря у 65% женщин, у 35% - признаки хронического холестазитиз с дискинезией желчного пузыря по гипотоническому типу.

Пролечены две группы родильниц с холестагическим гепатозом. Первой группе (10 чел.) назначался пантенол, второй (10 чел.) - базисная терапия комбинацией гепатопротектора (карсил) и ферментного препарата (фестал).

Пантенол назначался в дозе 500 мг в 200 мл физиологического раствора внутривенно капельно (или медленно струйно в 20 мл физиологического раствора) ежедневно в течение 7-10 дней.

Клинический эффект проявлялся рано, начиная с 3-5 суток, в виде уменьшения и постепенного исчезновения кожного зуда в группе леченных пантенолом, в то время как при лечении карсилом и фесталом - с 8-10 дней, исчезновение сухости в I группе - на 5 сутки, II гр. - на 8-10 сутки. Астенический синдром уменьшался в I гр. на 5 сутки, у лиц II гр. сохранялся; запоры у лиц II гр. сохранялись более длительно - до 8-10 дней. Отски у лиц I гр. исчезали после 5 дней приема препарата и сохранялись более длительно у лиц II гр.

При повторном проведении УЗИ выявлялось существенное уменьшение размеров печени и селезенки у лиц I группы и более длительная гепатоспленомегалия у женщин II гр. при более медленном восстановлении во II гр. кинетической функции желчного пузыря.

Итак, явления холестагического гепатоза беременных длительно сохраняются после родоразрешения, достаточный процент послеродового осложнения в виде субинволюции матки и послеродового эндометрита; назначение пантенола вполне оправдано в послеродовом периоде женщины, у которых беременность протекала с явлениями гепатоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Германов В.Т., Фролов В.М., Пересадин Н.А. Клинико-иммунологическая характеристика холестагического гепатоза беременных // Акуш и гинекол. - 1991 - № 7 - С. 73.
2. Кан В.К. Диагностика и лечение больных с синдромом холестаза // Рос. мед. ж. - 1998 - № 7. - С. 36.
3. Маркова И.В., Торопова Н.П., Чернова Н.Ф. Применение пантенола в лечении детей с атопическим дерматитом // Тез. респ. науч.-практ. конф. "Реабилитация детей с хроническими аллергодерматозами" - Екатеринбург-Сочи, 1997.
4. Маркова И.В., Калинин В.И. Педиатрическая фармакология. - Л., 1980. - С. 105-111.
5. Шалина Р.И. Профилактика, ранняя диагностика, лечение позднего токсикоза беременных и реабилитационные мероприятия после родов // Акуш. и гинекол. - 1990. - № 4. - С. 73.
6. Шехтман М.М. Хронические заболевания печени у беременных // Рос. мед. ж. - 1996. - № 4. - С. 30.
7. Фарбер Н.А., Мартынов К.А., Гуртовой Б.Л. Влиятельные гепатиты у беременных. М., 1990. - С. 175-201.

А.А. Власов, С.А. Шардин,
М.И. Прудков, В.К. Табуев

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКУЮ И МИНИЛАПАРОТОМНУЮ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ, В ДИНАМИКЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА

Уральская государственная медицинская академия

Малонавязивная холецистэктомия (ХЭ) - лапароскопическая (ЛХЭ) и минилапаротомная (МХЭ) - в настоящее время является операцией выбора при лечении больных неосложненным холелитиазом [1,2,3,6]. Одними из возможных осложнений ХЭ в послеоперационном периоде являются нарушения со стороны органов дыхания. В литературе имеется достаточно информации о том, как происходит восстановление функции внешнего дыхания (ФВД) в ближайшие часы и сутки после малонавязивной холецистэктомии [3,4,5,7] и лишь единичные сообщения - об изменении респираторной функции в отдаленные периоды [6]. Сокращение сроков пребывания больных в хирургическом стационаре после шадящей ХЭ до 5-8 дней приводит к тому, что ближайшая реабилитация пациентов происходит в амбулаторных условиях без каждодневного наблюдения врача.

Цель исследования - оценить динамику изменений ФВД у больных желчнокаменной болезнью, перенесших ЛХЭ и МХЭ, в течение месяца после выписки из стационара.

Пациенты и методы исследования. В работу включено 134 больных (только женщины) с неослож-