

1-я группа – 20 больных, получающих „Эпокрин” (эпоэтин α), производство ГосНИИ особо чистых препаратов (Санкт-Петербург, Россия);

2-я группа – 20 больных получали „Рекормон” (эпоэтин β), производство компании „Хоффман Ла-Рош” (Франция).

Доза препаратов составляла 2000 МЕ подкожного введения 3 раза в неделю. Оценка эффективности препаратов проводили через 1, 3, 6 месяцев лечения.

Как показали проведенные исследования, у больных, получавших эпокрин уровень гемоглобина через 1, 3 и 6 месяцев составил $87,10 \pm 2,93$; $90,20 \pm 3,01$; и $96,10 \pm 2,91$ г/л соответственно.

У больных, получавших рекормон уровень гемоглобина был $84,50 \pm 2,01$; $92,05 \pm 2,31$; и $98,77 \pm 1,99$ г/л соответственно через 1, 3 и 6 месяцев.

Статистически достоверных различий в показателях уровня гемоглобина 2-х групп больных, получавших различные эритропоэтины не обнаружено.

Вопрос о функциональной полноценности эритроцитов у больных с терминальной стадией ХПН на фоне лечения препаратами рекомбинантного эритропоэтина остается открытым. Как показали наши исследования, на фоне применения эпокрин у больных наблюдалось снижение уровня МДА в мембранах эритроцитов с $13,24 \pm 1,22$ до лечения, до $7,98 \pm 0,22$ мкмоль/л через 1 мес. лечения.

У больных, получавших рекормон, уровень МДА составил соответственно $13,38 \pm 0,14$ и $6,38 \pm 0,18$ мкмоль/л.

Таким образом, проведенные исследования показали примерно одинаковую эффективности эпокрин и рекормона в лечении больных с терминальной стадией ХПН, получающих программный гемодиализ.

ОЦЕНКА ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО И ФОТОПРОТЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ МЕСТНОМ ПРИМЕНЕНИИ НА МОДЕЛИ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЙ ЭРИТЕМЫ

Залялютдинова Л.Н., Насыбуллина Н.М.,

Зверев Р.Р., Захматова Е.Н.

*Казанский государственный
медицинский университет,
Казань*

Воспалительные заболевания кожи, прямо или косвенно могут быть вызваны лучами солнечного спектра. Их называют фотодерматозами, они объединяют разные по клинике и этиопатогенезу поражения кожи (экзема, дерматит, красная волчанка и др.). Число больных фотодерматозами за последние годы постоянно возрастает, а промышленный выпуск светозащитных средств отечественного производства значительно сократился, что требует изыскания, разработки новых эффективных фото защитных препаратов для наружного применения.

Целью настоящего исследования явилось изучение фотопротективного действия дитиооктановой кислоты и производного арилалкановой кислоты в наружных лекарственных формах.

Фотопротективную активность изучали на модели острого экссудативного воспаления – ультрафиолетовой (УФ) эритемы. Исследование проводили на морских свинках-альбиносах массой 250-500 г. Острую воспалительную эритему вызывали облучением УФ лучами с помощью кварцевой лампы участка кожи живота 3×4 см, лишённого шерсти за сутки до эксперимента. Облучение проводили в течение 60 секунд на расстоянии 10 см. Выраженность эритемы и отека кожи оценивали через 4 часа после воздействия по четырех бальной шкале.

В качестве объектов исследования использовали наружные лекарственные формы дитиооктановой кислоты (ДК) и производного арилалкановой кислоты (ПН) в различных концентрациях. Препараты наносились профилактически и лечебно после облучения. Результаты экспериментов обрабатывались статистически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования показали, что при наружном применении препараты оказывали фотопротективное и противовоспалительное действие на модели УФ эритемы. При профилактическом применении наружные лекарственные формы ДК и ПН наблюдалось выраженное снижение отека и эритемы у опытных животных через 4 часа после облучения на 80% и 85% соответственно, по сравнению с контролем. Через сутки в контроле сохранялась гиперемия, в опыте – ни отека, ни гиперемии не регистрировалось. Лечебное применение кислоты дитиооктановой было менее эффективно и не предупреждало полностью развития гиперемии и отека ткани у морских свинок. ПН при лечебном применении оказывал более эффективное фотопротективное действие, существенно снижая развитие эритемы и отека на 70%.

Тем самым, результаты исследований позволили выявить противовоспалительную и фотопротективную активность кислоты дитиооктановой и производного арилалкановой кислоты при местном применении, и указывают на возможность разработки лекарственной формы для наружного применения.

ВОПРОСЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ УРЕАПЛАЗМ К АНТИБИОТИКАМ

Иванов А.В., Семашко Р. Г.

*МУЗ Городская поликлиника № 5,
Ульяновск*

Человек является носителем по крайней мере 11 видов микоплазм, некоторые виды из которых способны вызывать различные по локализации воспалительные процессы. Уреаплазмы, по данным одних авторов, выявляется при гинекологических заболеваниях до 60% наблюдений и всего у 4% клинически здоровых женщин. По другим данным, уреаплазмы выделяются у 55,4% гинекологических больных, у 45,8% клинически здоровых женщин. Противоречивы данные литературы и относительно устойчивости уреаплазм к антибиотикам. Так, по данным одних отечественных авторов, уреаплазмы устойчивы к аминогликозидам и линкозамидам, но высокочувствительны к тетрациклам и новым фторхинолонам, другие отмечают высокий процент устойчивости к

фторхинолонам и рекомендуют использовать препараты ряда макролидов. По данным разных отечественных авторов, к тетрациклинам и макролидам устойчивы от 2 до 10% выделенных штаммов. Некоторые авторы отмечают устойчивость к тетрациклинам до 60%. По данным зарубежных авторов, к фторхинолонам (ципрофлоксацин и офлоксацин), тетрациклину и доксициклину резистентности практически не наблюдается. Наблюдалась резистентность к эритромицину до 10%, до 30% к кларитромицину и до 60% к рокситромицину. Однако в справочнике по антимикробной терапии «The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy» (13-е издание 2000г.) отмечается высокая резистентность к тетрациклинам и в качестве препаратов выбора рекомендованы макролиды (азитромицин, рокситромицин, кларитромицин, джозамицин).

Целью настоящей работы является попытка выявления спектра чувствительности и устойчивости к наиболее доступным и широко применяемым антибиотикам с целью повышения эффективности лечения генитального уреаплазмоза.

Материалы и методы.

Группу исследования составили 64 женщины, обратившиеся за гинекологической помощью в дневной стационар. У всех клинически проявлялись признаки кольпита: зуд или жжение, выделения по типу белей, при осмотре – гиперемия слизистой влагалища. Антибактериальная терапия до забора материала не проводилась. Использовались следующие методы диагностики. Для индикации уреаплазм использовались инструкции и среды Омского НИИ природно-очаговых инфекций. При выявлении уреаплазм в титре более 10000 COE, проводилось определение чувствительности к следующим антибиотикам: тетрацилин, доксицилин, эритромицин, клиндамицин, перфлораксин, мидекамицин (макропен), гентамицин.

По результатам исследования уреаплазмы оказались устойчивы тетрациклину в 53,1 % чувствительны в 46,9%. К представителю первого поколения макролидов – эритромицину устойчивость составила 43,6%, чувствительность – 56,4%. Неожиданно высокая устойчивость уреаплазм оказалась к представителю современных фторхинолонов – перфлораксину : устойчивость в 50% результатов. Высокочувствительными оказались уреаплазмы к представителю линкозамидов – клиндамицину : чувствительны 71,9%, устойчивы – 28,1%, и аминогликозидов – гентамицину : чувствительны 71,9%, устойчивы – 28,1% соответственно. Одновременная устойчивость к этим двум препаратам наблюдалась только в 9,4% результатов. Высокочувствительными оказалась уреаплазмы к доксициклину : чувствительны 87,5%, устойчивы 12,5% и представителю современных макролидов – мидекамицину (макропен): чувствительны 90,6%, устойчивы в 9,4%, что хорошо согласуется с данными отечественной и зарубежной литературы. Одновременная устойчивость к ним наблюдалась в 6,3% результатов. Таким образом, препаратами выбора для лечения уреаплазмоза могут считаться доксицилин и мидекамицин (макропен). Современные схемы, рекомендуемые применение доксицилина или мидекамицина (макропена) в случаях микст-инфекций, таким образом, обеспечивают элиминацию уреаплазм.

ИЗУЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ОСОБЕННОСТЕЙ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА(ЯКУТИЯ)

Иванова О.Н., Петрова П.Г., Барашкова Н.Н.

Медицинский институт ЯГУ

На Севере широко распространены патология иммунной системы в виде синдромов дезадаптации и аллергических заболеваний. Изучение аллергической заболеваемости детского населения Республики Саха достаточно актуально, так как природно - климатические условия определяются как экстремальные, имеются региональные условия быта и питания (однообразное питание, отсутствие овощей и фруктов в рационе, употребление консервированных продуктов, компактное проживание, исторические традиции обработки шкур и пошива зимней меховой одежды и обуви, неблагоприятная экологическая обстановка).

Из факторов окружающей природной среды на территории республики Саха в последние годы Из промышленных предприятий основной вклад в выбросы вносят предприятия золото- и алмазодобывающей промышленности (33,2%), электроэнергетики(25,8%), транспорта и связи (12,3%).

Загрязнение атмосферы за последние 5 лет определяют главным образом высокие концентрации диоксида азота, бензапирена, взвешенных веществ. Отмечено высокое загрязнение воздуха диоксидом азота в Мирном, Нерюнгри. Средняя за год концентрация диоксида азота в г.Нерюнгри превышает ПДК в 1,3 раза. В г.Мирном отмечается высокий уровень загрязнения атмосферного воздуха сероводородом. За последние десятилетия содержание сероводорода здесь выросло в 2 раза, что объясняется испарениями со дна котлованов, где добывается кимберлитовая руда. целом по республике степень улавливания вредных веществ составляет только 68,5%.

Концепция «аллергического марша», сформулированная U.Wahn в 2002 году в Республике Саха(Якутия) характеризуется резким скачкообразным ростом заболеваемости аллергопатологией, так за последние 10 лет отмечен рост заболеваемости в 3-4 раза.

С целью эффективного планирования в области здравоохранения в мире принято использовать стандартизированные программы изучения эпидемиологии аллергических заболеваний, учитывающие не только установленные диагнозы, но и распространенность кардинальных симптомов патологии «ISAAC» и «ISAAC-2». Нами проведен анализ данных анкетирования «ISAAC-2» в группе обследованных детей (n=6340). Обследование включало осмотр кожи, прикестирование, иммунологические исследования. В «ISAAC-phase 2» предусмотрено расширение вопросника о трех изучаемых аллергических заболеваниях с включением вопросов о терапии патологии, изучение демографических характеристик и углубленная оценка факторов риска. Проведенный анализ триггерных факторов выявил следующие региональные особенности: мультифакториальный характер сенсибилизации с высоким уровнем роли иммунных механизмов (вирусные инфекции, лекарственная и эпи-