

большим, а при манипуляциях могут произойти ятрогенные повреждения элементов печеночно-двенадцатиперстной связки, головки поджелудочной железы и других органов. Подобные осложнения мы наблюдали у 5 пациентов, причем у всех у них характеристика язвы ДПК и инфильтрата точно соответствовала описанному выше патологическому процессу. Возраст больных был от 65 до 79 лет. Все они были мужского пола. До возникновения профузного кровотечения из язвы ДПК, а оно возникло ночью, все они находились на лечении в терапевтическом отделении, где получали трехкомпонентную терапию (квamatел, де-нол, кларитромицин, метронидазол). Во время экстренной операции, а она выполнялась в ночное время, у всех у них первично хирургом была предпринята попытка выполнить органосохраняющую операцию, но она не увенчалась успехом. Мало того, произошло повреждение головки поджелудочной железы и элементов печеночно-двенадцатиперстной связки. Включенный в бригаду более опытный хирург был вынужден осуществить резекцию желудка по методике Бильрот-2 с пластикой холедоха (все больные погибли на 13 – 24 день после операции от некротизирующего панкреатита). Такой отрицательный результат лечения данной группы больных способствовал некоторому пересмотру тактики лечения больных с ЯБДПК. В частности, при отсутствии перитонита и кровотечения, или после эндоскопического способа его остановки, в предоперационном периоде в течение 4 – 7 дней, кроме указанной выше трехкомпонентной противоязвенной терапии, стали назначать противоотечные и мочегонные препараты (или только диакарб, или лазикс в сочетании с верошпироном). Все эти медикаменты назначались в режиме форсированного диуреза. Описанный метод медикаментозного лечения с успехом был применен у 12 больных с околоосочковыми язвами ДПК (у всех у них была выполнена мостовидная дуоденопластика).

Заключение: У больных с ЯБДПК, для уменьшения выраженного перифокального отека тканей вокруг язвы, перед операцией целесообразно назначать противоотечные и мочегонные препараты, которые позволяют существенно прояснить анатомо-топографические взаимоотношения органов и тканей, ранее вовлеченных в плотный воспалительный инфильтрат. Такая терапия не только уменьшает риск ятрогенных повреждений, но и дает возможность выполнить органосохраняющие операции.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ МОРСКИХ ТРАВ В ПРИМОРЬЕ

Шишлова М.А.

Уссурийский государственный педагогический институт
Уссурийск, Россия

Высшие морские растения - морские травы (сем. Zosteraceae, Embryophyta) имеют огромное значение как для жизни морских обитателей, так и в хозяйственной деятельности человека. Образую обширные подводные заросли на прибрежном мелководье, они играют роль не только продуцентов органического вещества, но и места для поселения большого количества видов разнообразных животных. Зостеровые произрастают вдоль всего побережья Приморского края, повсеместно образуя богато населенные сообщества (Паймеева, 1984). В Приморье морские травы представлены тремя видами зостеры: *Zostera marina* L., *Z. asiatica* Miki, *Z. nana* Roth и одним видом филлоспадикса *Phyllospadix iwatensis* Makino. Наиболее широко распространена *Zostera marina*. Основные заросли образует до глубины 4 м, глубже произрастает отдельными куртинами. *Zostera asiatica*, в отличие от зостеры морской, растет как в бухтах, так и на открытых участках побережья. В бухтах, более или менее защищенных от прямого действия волн она поселяется на глубине 3-10 м, в то время как у открытых берегов опускается до глубины 12-21 м, где она менее подвержена действию штормов (Харкевич, 1987). Изредка в Приморье встречается *Zostera nana*. Автором было обнаружено, что она обитает в закрытых опресненных мелководных хорошо прогреваемых бухтах, поселяясь на илисто-песчаном с галькой и ракушей грунте в нижней литорали и сублиторальной кайме. В Приморском крае отмечены, по крайней мере, три района, где встречается зостера карликовая – это б. Преображения (б. Узкая), зал. Восток и Амурский зал. Род *Phyllospadix* представлен в Приморье единственным видом – *Ph. iwatensis*. Он поселяется как у открытых берегов, так и в защищенных бухтах до глубины 20 м на скалистом с песком, камнями, валунами грунте. Морские травы образуют стабильные фитоценозы. Так, в сообществах зостеры поселяются многие водоросли: *Chondrus armatus*, *Bossiele cretacea*, *Sargassum pallidum*. На границах сообщества, как правило, поселяются *Sargassum miyabei*, *Ulva fenestrata*. В составе сообщества, где доминирует филлоспадикс, встречаются водоросли *Laminaria japonica*, *Ptilota filicina*, *Desmarestia viridis*. Заросли морских трав играют в жизни морей не только роль первичных продуцентов органического вещества, но и выполняют важнейшую средообразующую функцию. В отличие от водорослей, морские травы имеют развитые корневища, с отходящими от них корнями, погруженными в илистый или илисто-песчаный грунт. При отмирании подземных ор-

ганов их масса перегнивает и используется бактериями и животными, обитающими в грунте. Наземные побеги морских трав гасят волну на мелководье, а корневища, снабженные многочисленными корнями, предохраняют его от размывания. Накопленные в надземных и подземных органах zostеры микро- и макроэлементы, поливалентные металлы и их комплексные соединения снова возвращаются в воду после разложения растительных остатков. Мертвое органическое вещество, образующееся из отмирающих корневищ и корней, перерабатывается микроорганизмами грунта и становится доступным для многих «потребителей» - бентосных животных. Заросли морских трав являются местом нереста некоторых видов рыб.

НОВЫЙ МЕТОД ОЗОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Яковлева Л.П., Гаврильев С.С.
 ГУ НПЦ «Фитизиатрия» Минздрава Республики Саха (Якутия)
 Якутск, Россия

В последние десятилетия в связи с высокой эффективностью и экономичностью во многих отраслях медицины, в том числе во фтизиатрии, нашел применение метод озонотерапии. Доказано повышение эффективности химиотерапии больных туберкулезом легких при внутривенных инфузиях в течение 2-7 мес растворенного в 200-400 мл изотонического раствора хлорида натрия озона в концентрации 1-4 мкг/мл (И.И. Белянин, 1998). Однако внутривенное капельное введение растворенного озона часто усугубляется его раздражающим действием на стенки сосудов, в связи с чем ограничивается возможность длительного применения метода, необходимого при лечении хронических воспалительных процессов, каким является туберкулез.

В клинической практике известен способ лечения воспалительных заболеваний кишечника путем ректальных инсуффляций 50-500 мл озонкислородной газовой смеси с концентрацией озона 5-60 мкг/мл. При этом используется в основном местное воздействие озона на слизистую кишечника: противовоспалительный, гемостатический эффекты, усиление микроциркуляции, стимуляция репаративных процессов. Не представляется возможным контролировать количество озона, всосавшегося в кишечнике, не создается его постоянная концентрация в плазме крови.

Во фтизиатрии существует способ лечения туберкулеза легких путем ректального капельного введения растворов изониазида и ПАСК в количестве 30-40 мл. При этом достигается создание равномерной постоянной концентрации препаратов в крови на длительное время с началом их абсорбции через 10-15 мин. Основным

механизмом абсорбции является проникновение в нижние геморроидальные вены с прямым попаданием в большой круг кровообращения, минуя желудок, кишечник и печень. Данный положительный опыт ректального капельного введения растворов противотуберкулезных препаратов в лечении больных деструктивным туберкулезом легких позволил нам сделать вывод о возможности разработки аналогичного способа введения озонированного физиологического раствора (ОФР).

Цель исследования: разработка нового метода применения озона в комплексном лечении больных деструктивным туберкулезом легких.

Материалы и методы

В исследование включен 81 больной деструктивным туберкулезом легких, находившийся в терапевтических отделениях клиники №2 Якутского НИИ туберкулеза МЗ РС (Я). Возраст пациентов колебался от 18 до 62 лет; мужчин было 48 (59,2%), женщин - 33 (40,7%). В зависимости от режима лечения все пациенты были распределены на 3 группы: 1-ю (основную) группу составил 31 больной, в комплексном лечении которых применяли внутривенные инфузии ОФР; 2-ю (основную) группу - 23 больных, в комплексном лечении которых использовали ректальное капельное введение ОФР; 3-ю (контрольную) группу - 27 больных, получавших лечение противотуберкулезными препаратами (ПТП) по стандартным режимам химиотерапии туберкулеза легких. Инfiltrативный туберкулез отмечался у 56 (69,1%), диссеминированный у 13 (16,1%), фиброзно-кавернозный у 12 (14,8%) пациентов. Впервые выявленные больные составили 63,0%, лица с рецидивами 8,6%, с хроническими формами заболевания 28,4%. В большинстве случаев специфический процесс носил распространенный характер - у 71 (87,6%) больных, в том числе у 48 (59,2%) пациентов констатировано двухстороннее поражение легких. По клиническим формам легочного туберкулеза, распространенности процесса, давности заболевания больные в группах наблюдения были сопоставимы.

Бактериовыделение установлено у всех наблюдаемых, в том числе массивное у 61 (75,3%) пациента. 55 (67,9%) больных выделяли лекарственно-устойчивые МБТ, из них по 21 чел. (38,2%) полирезистентные и множественно-устойчивые. По массивности бактериовыделения и характеру ЛУ группы наблюдения также были идентичны.

По клиническим формам легочного туберкулеза, распространенности процесса, давности заболевания больные в группах наблюдения были сопоставимы.

Для проведения озонотерапии использовали озонотерапевтическую установку УОТА-60-01 «Медозон». Внутривенные капельные инфузии 200,0 мл ОФР с концентрацией озона 1-2 мкг/мл и ректальное капельное введение 40,0 мл