

видимому, определяет его модулирующее воздействие на ИС. Возможно, этот препарат активирует  $O_2$  – независимый механизм бактерицидности. Установлено, что проведение иммуномодулирующей терапии оказывает нормализующее влияние на показатели иммунограмм пациентов геронтологического возраста, что проявляется восстановлением параметров гуморального и клеточного иммунитета независимо от способа введения полиоксидония. Направленность иммуно-коррекции зависела от исходного уровня отдельных параметров ИС у больных до лечения. Показано, что при иммуномодуляции происходило увеличение сниженных показателей и нормализация повышенных значений иммунограммы. Важным преимуществом полиоксидония по сравнению с другими препаратами является его детоксицирующие, антиоксидантные и мембраностабилизирующие свойства. Анализ динамики биохимических показателей свидетельствовал об отсутствии отрицательного влияния полиоксидония на функцию печени и почек пациентов пожилого и старческого возраста. Клинический эффект препарата соответствовал иммуномодулирующему влиянию на показатели иммунного статуса не зависимо от способа введения в организм. Таким образом, патогенетически обоснованное включение в схему терапии ИДС полиоксидония позволяет получить положительные результаты лечения.

#### ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП СРЕДИ ВЗРОСЛОГО И ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. СМОЛЕНСКА

Судиловская Н.Н., Кисилева С.Л.  
Смоленский Государственный  
Педагогический Университет,  
Смоленск

Как известно, Россия относится к странам с высокой частотой применения населением различных лекарственных средств (ЛС) по собственному решению.

**Цель:** Изучить информированность и особенности применения среди населения г. Смоленска препаратов следующих групп: антибактериальные, анальгетики/антипиретики и транквилизаторы / антидепрессанты.

**Методы:** Для выполнения поставленной цели были разработаны специальные анкеты, состоящие из вопросов, позволяющих судить об уровне знаний населения об исследуемых препаратах, поводе и обоснованности их приема, возможных нежелательных явлениях (НЯ) и частоте их возникновения.

**Результаты и обсуждение:** Было заполнено и проанализировано 80 (50+30) анкет, содержащих информацию о применении ЛС среди взрослого и детского населения г. Смоленска. Информацию о применении ЛС среди детей предоставляли их родители.

Анализ данных о применении антибактериальных препаратов показал, что, во-первых, большинство (57,7%) из опрошенных смогли правильно назвать 4-5 представителя данной группы препаратов. Во-вторых, в 48,9% случаев опрошенные считали, что антибиоти-

ки не эффективны при вирусных инфекциях и не снижают температуру тела. В третьих, в подавляющем большинстве случаев (88,9%) опрошенные уверены в риске развития НЯ при применении антибиотиков. Не смотря на активное разъяснение о недопустимости применения антибиотиков без назначения врача, большинство опрошенных (57,8%) высказались за их продажу без рецепта врача, а 75,6% считают, что дома всегда должны быть антибактериальные препараты

Анализ данных о применении анальгетиков / антипиретиков показал, что анальгетики чаще принимаются взрослыми, а антипиретики в большинстве случаев (80%) принимаются детьми. Большинство родителей (27,8%) смогли назвать 4-5 представителей данной группы ЛС. Поводом для их назначения чаще других причин была отмечена высокая температура тела (44,5%) у детей, причиной применения препаратов данной группы у взрослых была боль различной локализации (16,7%). При этом, в одинаковом проценте случаев препараты применялись как по назначению врача – 41,7%, так и по собственному решению – 41,7%. Частота развития НЯ при применении данных препаратов составила 22,2% случая.

Анализируя данные по использованию транквилизаторов/антидепрессантов, было установлено, что в большинстве случаев (55,6%) опрашиваемые могли назвать только один или два препарата. Почти половина опрошенных (51%) не принимали сами и не использовали препараты данной группы у детей. Поводом для применения препаратов данной группы было нарушение сна (20%) или нарушение настроения (20%), возникающие у взрослых. При этом, чаще решение о применении препарата принималось самостоятельно – 22,2%.

**Выводы:** Полученные результаты свидетельствуют о том, что в г. Смоленске население наиболее информировано об антибактериальных препаратах и препаратах группы анальгетиков, наименее – о препаратах группы транквилизаторов; наиболее грамотно принимаются препараты группы анальгетиков.

#### ВОЗМОЖНО ЛИ УЧАСТИЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ (ПЩФ), ЛАКТОФЕРРИНА (ЛФ) И С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕИНА (СРП) В РЕГУЛЯЦИИ ГЕМОСТАЗА У РОЖЕНИЦ?

Сухарев А.Е., Беда Н.А., Мамаева С.А.,  
Вайчулис Ю.В., Москаленко Н.П.

*Медико-юридическая консультация Астраханского филиала УРАО и Саратовской государственной академии права; МУЗ Городской клинический роддом № 2, Астрахань; Проект № 04-06-00309, поддержан грантом РГНФ (г. Москва); Астрахань*

Состояние гиперкоагуляции в системе гемостаза у рожениц считается физиологическим механизмом предотвращения опасной кровопотери в родах.

По данным литературы, количество ПЩФ, ЛФ и СРП повышается в сыворотке крови женщин в определенные сроки беременности. Если верно, что ПЩФ

активирует плазминовую систему, ЛФ связывается с гепарином, а СРП – с фактором агрегации тромбоцитов, то можно предположить, что эти белки участвуют в регуляции гемостаза у рожениц, наряду с факторами свертывания и противосвертывания крови.

Для косвенной проверки такого предположения мы изучили методами встречного иммуноэлектрофореза в агаре с энзимохимическим окрашиванием иммуноэлектрофоретических (ВИЭФ), иммуноферментного анализа (ИФА) и радиальной иммунодиффузии в агаре (РИА), содержание, соответственно, ПЩФ, ЛФ, и СРП в сыворотках крови 530 женщин с нормально протекающей беременностью разных сроков, в том числе - у 26 рожениц. У рожениц исследование крови проводили в динамике трижды: за 2 часа до, затем - во время акта родоразрешения и через 2 часа после него.

Контролем служили образцы сывороток крови 160 женщин - доноров.

По нашим данным, ПЩФ и СРП в крови доноров указанными методами (ВИЭФ и РИА) не обнаруживаются, а ЛФ определяется в количестве 1000 – 3000 нг\мл (ИФА).

В сыворотке крови беременных ПЩФ регистрируется в количестве 1 - 4 ЕД Боданского с первых недель гестации с частотой 8 - 13%. Начиная с 5-го месяца и до родов, частота обнаружения и количество ПЩФ возрастают, соответственно, с 53% до 100 % и до 8 – 32 ЕД, и сохраняются в таком же количестве ещё 2 недели после родов. После этого срока ПЩФ в крови родильниц методом ВИЭФ не выявляется.

ЛФ определяются у всех женщин 8 – 24 недель беременности в концентрации 1500 – 3000 нг\мл и возрастают до 3500 - 6500 нг\мл, соответственно, в 25 - 40 недель.

В период от 4 до 36 недель беременности СРП обнаруживается в крови методом ИДА в титре 0,5 - 2 мг%, лишь в 5 – 26% случаев. Его уровень повышается к концу 3-го триместра (37 – 40 недель) до 4 мг% у 80% женщин, а у остальных 20% пациенток в ближайшие дни и часы перед родами СРП не выявлен.

Непосредственно во время родоразрешения уровень ПЩФ в кровотоке роженицы не изменяется и остаётся высоким, тогда как концентрации ЛФ и СРП становятся прямо противоположными и, соответственно, повышаются до 18000 нг\мл (ЛФ) и понижаются до 0 – 0,5 мг% (СРП). Через 2 часа после рождения плода уровни ЛФ и СРП возвращаются к исходному предродовому состоянию, соответственно 3050 – 5650 нг\мл (ЛФ) и 0,5 – 2 мг% (СРП). На графике динамика концентраций этих белков образует ромбовидную фигуру с обратно пропорциональными перекрестами в указанных выше трёх точках отсчета времени взятия крови.

Полученные нами результаты не опровергают предположения о том, что ПЩФ, ЛФ и СРП при осложненной беременности принимают участие в регуляции системы гемостаза, усиливают гиперкоагуляцию в момент изгнания плода, способствуя остановке послеродового кровотечения и резорбции фибрина в посткоагуляционной фазе.

В связи с этим, представляет интерес дальнейшее изучение указанных белков при осложненной бере-

менности и фармакологической коррекции дефектов гемостаза.

### РЕАБИЛИТАЦИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕТЧАТКИ И ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА В САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ПРАКТИКЕ

Туманова А.Л., Кочетков Н.М.,

Михайлова Т.Н., Иняткин А.В.

*Сочинский филиал Российского Университета Дружбы Народов, Сочинский научно - исследовательский Центр Российской Академии Наук, Городской Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями*

По данным Всероссийского общества слепых, в настоящее время в мире имеется около 150 млн. лиц со значительными расстройствами зрения, из которых 4 млн. – слепых. Проблемы патологий глазного дна и зрительного нерва приобрели ключевое значение в офтальмологии, так как в последние годы отмечается четкая тенденция к увеличению их количества, что угрожает увеличением числа слабовидящих и слепых. Это подтверждено тем, что за последнее десятилетие только вследствие АЗН отмечено повышение уровня инвалидности в 2 раза (Либман Е.С., и др., 2000, Рогатина Е.В., 1997).

Увеличение процента инфекционных и сосудистых патологий и заболеваний, связанных с нарушением обмена веществ, их быстрое прогрессирование прямо пропорционально ведут к возрастающему поражению сосудов, частоте и нарастанию тяжести нейропатий, что усугубляет инфекционную и сосудистую патологию глазного дна. Кроме того, резкое ухудшение экологической обстановки, особенно в больших городах, повысило роль микроэлементозов в общем, росте инфекционной, сосудистой и связанной с нарушением обмена веществ, заболеваемости (Авцин А.П. 1991, Громова О.А., 1997, Дворянчикова А.П., 1999, Туманова А.Л., Еременко А.И., 2002). Это, в свою очередь, приводит к созданию порочного круга, который создаёт большие трудности в подборе рационального лечения и диктует необходимость разработки и внедрения в клиническую практику комплексных патогенетически обоснованных методов лечения.

В последние годы комплексное использование различных методов в клинической практике стало основополагающим. В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение эффективности санаторно-курортной реабилитации заболеваний сетчатки и зрительного нерва, где возможно комплексное применение различных методов обследования и согласованного лечения.

В комплекс санаторно-курортной реабилитации больных с заболеваниями сетчатки и зрительного нерва были включены все этапы необходимого обследования, как по офтальмологии - визометрия, биомикроскопия, тонометрия, определение рефракции, цветовая кампиметрия, офтальмоскопия, так и по сопутствующим общим заболеваниям - консультации терапевта, кардиолога, эндокринолога, невропатолога, эпидемиолога, исследования общих и биохимических показателей крови, функциональная и УЗИ - диагно-