

основ и ценностей жизни, популяризации здорового образа жизни, обеспечению доступности процедур и услуг, которые оказывают поддержку репродуктивному здоровью.

### **Заключение**

Безусловно, последствия от аварии на Чернобыльской атомной электростанции в аспектах репродуктивного здоровья (а значит, демографической безопасности) имеют место быть в Гомельской области, но с тем условием, что доля их вклада в техногенное загрязнение окружающей среды и, как результат этого, степень влияния на состояние здоровья населения — невысока. Меры, принимаемые руководством страны и региональными административными ресурсами, способствуют нивелированию этих последствий, на что указывает соответствие демографических показателей общереспубликанскому уровню. Также обращает на себя внимание высокий уровень профилактической деятельности в этом регионе.

Считаем необходимым дальнейшее изучение влияния искусственной радиации на состояние репродуктивного здоровья населения, в связи с чем существует реальная необходимость государственного мониторинга показателей репродуктивного здоровья. Учитывая, что на состояние репродуктивного здоровья помимо облучения значительное влияние оказывают инфекции, передаваемые преимущественно половым путем, и алкоголизация населения, необходимо развивать комплексную профилактическую деятельность среди наиболее репродуктивно активной молодой части населения, поскольку эти факторы, в отличие от неисправимых, являются поддающимися корректировке, путем изменения социальных и индивидуальных поведенческих реакций.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Баранов, В. С. Экологическая генетика, репродуктивное здоровье и предиктивная медицина / В. С. Баранов // Журн. акушерства и женских болезней. — 2005. — Т. LIV. — С. 14–19.
2. Бреева, Е. Б. Основы демографии: учеб. пособие / Е. Б. Бреева. — М.: Дашков и К°, 2004.
3. Демография и статистика населения: учебник / под ред. И. И. Елисейевой. — М.: Финансы и статистика, 2006.
4. Занько, С. Н. Экономический ущерб репродуктивных потерь / С. Н. Занько, С. Д. Штлова // Охрана материнства и детства. — 2007. — № 1. — С. 60.–63.

**УДК 617 - 089 : 615**

## **ПРИМЕНЕНИЕ АНТИГИПОКСАНТА БЕМИТИЛА В ХИРУРГИИ**

**Лызиков А. Н., Питкевич Э. С.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

В патогенезе многих острых хирургических заболеваний, особенно сопровождающихся процессом нарастающих деструктивных изменений в органах и полиорганной недостаточностью функциональных систем организма, высокий удельный вес имеют явления кислородного голодания клеток и активации процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ). Гипоксия имеет большее значение, так как способна инициировать и поддерживать течение реакций перекисного окисления липидов. В ходе разработки фармакологических препаратов, снижающих потребности клеток в кислороде и пролонгирующих их жизнеспособность и в целом — жизнеспособность организма при гипоксии, высказана В. К. Кулагиним (1978) применительно к проблеме профилактики и терапии травматического шока. Теоретическая и экспериментальная разработка препаратов новой фармакологической группы «антигипоксанты» выполнена под руководством профессора В. М. Виноградова на кафедре фармакологии «Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова», где в дальнейшем были синтезированы пер-

вые эффективные антигипоксанты — гутимин и амтизол. Идея создания данной группы лекарственных препаратов базировалась на необходимости синтеза фармакологических средств, влияющих на энергетический обмен, так как наиболее частым и клинически важным аспектом фармакологии энергетического обмена является борьба с дефицитом энергии, возникающим на почве гипоксии. Гипоксия может быть разной этиологии, но патогенетические механизмы и последствия одинаковы — энергетический дефицит, снижение и прекращение функциональной активности клетки и в дальнейшем — структурные разрушения. Поэтому разработка **антигипоксантов — лекарственных средств, повышающих резистентность к гипоксии**, позволила подойти к универсальному их применению при многих формах патологии. Условием «универсальности» действия антигипоксантов является клеточный (тканевой) уровень механизма их действия, допускающий возможность профилактики и смягчения влияния гипоксии любой этиологии и на любой орган. Уже клиническое изучение первых антигипоксантов гутимина и амтизола показало их эффективность при широком круге патологий с гипоксическими и ишемическими расстройствами: травматическом и ожоговом шоке, массивной кровопотере, острой и подострой дыхательной недостаточности, инсультах, инфаркте миокарда, операциях на сердце, трансплантациях кожно-мышечных лоскутов, гипоксии плода (В. М. Виноградов, А. В. Смирнов, 1994).

Анализ литературы показывает, что антигипоксанты нашли практическое применение в следующих областях хирургии: лечении гнойных ран, эндогенной интоксикации, при выполнении операций протезирования клапанов сердца у больных острым бактериальным эндокардитом и интенсивной терапии после этих операций, аорто-коронарном шунтировании в условиях искусственного кровообращения у больных ишемической болезнью сердца, реваскуляризации миокарда у больных с мультифокальным атеросклерозом, при лечении разлитого перитонита и кишечной непроходимости, для профилактики и лечения ишемическо-реперфузионных повреждений пересаживаемого кожного аутоотрансплантата, при лечении травматического, ожогового, геморрагического шока и кровопотери, для послеоперационной реабилитации больных. повышения резистентности организма хирургических больных при выполнении плановых хирургических операций на органах брюшной полости. С 1994 года используется разрешенный Минздравом Республики Беларусь для практического использования «Способ предоперационной подготовки больных при выполнении плановых хирургических операций» (регистрационный номер 03/120-9406). Показания: профилактическое применение перед выполнением хирургических операций, отличающихся повышенной травматичностью, опасностью возникновения острой гипоксии тканей, шока; требующих временного выключения кровотока по магистральным артериальным сосудам, восстановления тканевого кровотока после ишемии органов. С этой целью антигипоксант бемитил в форме таблеток, покрытых оболочкой, принимают внутрь по 0,5 г два раза в день в течение 3–1 дней до операции. Противопоказаниями к применению являются: острая почечная недостаточность, острая печеночная недостаточность, выраженная брадикардия с частотой пульса реже 50 ударов в минуту, гипотензия со снижением уровня максимального артериального давления до величины 50–60 мм. рт. ст. Применение бемитила противопоказано при индивидуальной повышенной чувствительности к препарату и при гипогликемических состояниях различной степени. Клиническое применение бемитила для сохранения и восстановления резистентности организма больных при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости существенно ограничено наличием только таблетированной формы препарата. Это позволяет осуществить разработку способов предоперационной подготовки больных при выполнении плановых операций, но в послеоперационном периоде возможно применить препарат только после восстановления энтерального питания больного. Многие ограничения клиническому применению антигипоксантов и актопро-

текторов при острых гипоксиях, шоке, экстремальных и терминальных состояниях организма были бы сняты при создании формы препарата для парентерального введения. Эта проблема решается созданием антигипоксанта следующего поколения «Гомерзола», предназначенного для парентерального введения. На модели острой ишемии и реперфузии тонкой кишки (Э. С. Питкевич, А. Н. Лызигов) методом фармакологического скрининга выявлено эффективное производное меркаптобензимидазола «Гомерзол», обладающее противошоковой, стресс- и актопротекторной активностью.

Накопленные данные об эффективности бемитила при многих патологических процессах и ситуациях, осложняющих деятельность организма человека, позволяют постулировать, что эффекты актопротекторов складываются из составляющих: психостимулирующего, превосходящего пирacetам; антигипоксического; восстановительного; тренировочного; экономизирующего; анксиолитического; стресс-протективного и адаптационного.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кулагин, В. К. Патологическая физиология травмы и шока / В. К. Кулагин. — Л.: Медицина; Ленинградское отделение, 1978. — 296 с.
2. Лызигов, А. Н. // Тезисы докладов Пленума и комиссии АМН СССР и Всес. конф. по неотложной хирургии / А. Н. Лызигов, М. Г. Сачек, Э. С. Питкевич. — Ростов-н/Д, 1991. — С. 305–306.
3. Смирнов, А. В. Антигипоксанта и актопротекторы: итоги и перспективы / А. В. Смирнов, В. М. Виноградов. — СПб., 1994. — С. 165.
4. Способ предоперационной подготовки больных при выполнении плановых хирургических операций: инструкция на метод / М. Г. Сачек [и др.]: разреш. Министерства здравоохранения Республики Беларусь на клиническое применение № 03/120-9406 от 9.06.1994 г.

УДК: 616.37-002-08:615.477.85

## КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Майоров В. М., Дундаров З. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### Введение

Широкое обсуждение проблемы лечения пациентов с острым панкреатитом на XIII Белорусском съезде хирургов (Гомель, 2006) показало, что единой концепции лечения осложненных форм этого заболевания на сегодняшний день нет [1]. Несмотря на применение современных технологий в диагностике и лечении панкреатита с использованием консервативных, эндоскопических и оперативных методов лечения, эфферентных способов борьбы с эндотоксикозом, антибактериальной терапии, летальность по-прежнему остается неизменно высокой, достигая при деструктивных формах 28–80% [2]. По данным ряда авторов, у 24–68 % больных острым деструктивным панкреатитом ОДП развиваются нарушения иммунной системы, что значительно усугубляет тяжесть заболевания вследствие развития вторичного иммунодефицита и ухудшает его прогноз [3]. Причиной иммунодефицита при остром панкреатите считаются: значительные потери белков с экссудатом, гноем; недостаточное поступление полноценных белков с пищей (вынужденное голодание больных); токсическое угнетение белковосинтезирующей функции печени, медикаментозная иммунодепрессия в результате длительного назначения антибиотиков, 5-фторурацила и др. [4, 5]. При анализе неудач в лечении этого заболевания видна нерешенная проблема адекватной метаболической поддержки и коррекции белково-энергетической недостаточности в послеоперационном периоде.