

снижением уровня ХС - ЛПВП, количества Т-лимфоцитов, Т-лимфоцитов супрессоров и их функциональной активности, повышением индекса иммунорегуляции Тх/Тс, увеличением количества Т-лимфоцитов, участвующих в реакциях гиперчувствительности замедленного типа и антигенреактивных клеток, при этом повышалась активность В-лимфоцитов, о чем свидетельствовала гиперпродукция противоаортальных и противомиокардиальных аутоантител; увеличение в крови холестерин-содержащих циркулирующих иммунных комплексов.

Включение пептида вилочковой железы - имунофана в комплексную терапию больных стабильной стенокардией повышало эффективность антиангинальной терапии, сопровождалось повышением в крови уровня тимического фактора, достоверным понижением содержания холестерина, триглицеридов, ЛП /а/, ХС-ЛПНП и тенденцией к повышению ХС-ЛПВП, повышением количества Т-лимфоцитов супрессоров и их функциональной активности, уменьшением продукции лимфокинов в реакции торможения миграции лейкоцитов, противоорганных антител и циркулирующих иммунных комплексов.

На основании вышеизложенного можно заключить, что вилочковая железа, являясь центральным органом иммунитета, активно участвует в регуляции липидного обмена. Гипофункция тимуса предрасполагает к развитию гиперлипидемии и дисфункции Т- и В-систем иммунитета, что может иметь существенное значение в патогенезе атеросклероза и коронарной недостаточности.

Поэтому включение имунофана в комплексную терапию больных ИБС патогенетически обосновано и целесообразно.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ СОЛКОСЕРИЛА И ЭГЛОНИЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ.**

*А.Г. Опарин, А.А. Опарин, Л.В. Капустина, А.В. Благовещенская,  
Е.Л. Яковенко, И.П. Кореновский, В.Ю. Чонка (Харьков)*

Проблема успешной фармакотерапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) по —прежнему остается на повестке дня в клинике внутренних болезней. Во многом это обусловлено тем, что в связи с распространением в последние годы хеликобактерной теории ульцерогенеза с последующим применением антихеликобактерной терапии привело к тому, что другим патогенетическим факторам язвообразования и их коррекции перестали уделять значение. И в первую очередь это касается центральных факторов ульцерогенеза: сосудистого и нервного. Поэтому в своей работе мы решили изучить в сравнительном аспекте действие препаратов, влияющих на вышеуказанные факторы.

Для этого нами были взяты две группы больных ЯБДК без сопутствующей патологии. В первую группу вошли 27 пациентов (21 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 19 до 35 лет, в клинике которых превалировал болевой синдром. Помимо традиционной антихеликобактерной терапии эта группа больных получала солкосерил. Вторую группу составили 25 человек (18 мужчин и 7 женщин) в возрасте от 18 до 37 лет, также с преобладанием болевого синдрома в клиническом течении. Данная группа помимо антихеликобактерной терапии получала эглонил. Пациентам обеих групп проводилось исследование скорости кровотока и определялся диаметр чревного ствола по данным доплерографии, выполняемой на аппарате ALOKA – SSD-650 до и после лечения. Так же определялся уровень кислых и нейтральных мукополисахаридов в гастробиоптатах слизистой оболочки желудка. В ходе проведенных исследований было установлено, что у больных второй группы заживление язвенного дефекта произошло на 3,5 дней раньше, чем в первой. Показатели скорости кровотока и диаметр чревного ствола после лечения у этих наблюдаемых составили 13,9 м/с и 0,95 см, против - 9,1 м/с и 0,63 см до лечения, тогда как в первой группе – 10,2 м/с и 0,81 см, до терапии – 9,1 м/с и 0,64 см соответственно. У большинства больных (92%) второй группы уровень гастральных муцинов приблизился к норме тогда как в первой группе уровни муцинов вернулись к норме лишь у 66% пациентов. Таким образом применение эглонила в схеме противоязвенной терапии, как препарата воздействующего на сосудистый и на нервный факторы, является наиболее предпочтительным, чем препаратов, оказывающих влияние лишь на состояние регионарного кровотока.

## **ВЛИЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗАЩИТНОГО СЛИЗИСТОГО БАРЬЕРА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

*А.А. Опарин (Харьков)*

Состояние защитного слизистого барьера играет важное значение в процессе язвообразования. Однако, механизмы приводящие к нарушению целостности защитного слизистого барьера остаются не до конца изученными. Проводимая сегодня антихеликобактерная терапия больным дуоденальной язвой не всегда приносит ожидаемый результат, что объясняется многими учёными тем, что игнорируются другие (помимо инфекционного) факторы ulcerогенеза, и в том числе стрессорные, роль которых в последнее время недооценивается. Поэтому в своей работе мы решили с новых позиций изучить влияние центральных механизмов на состояние защитного слизистого барьера. Для исследования нами была взята группа больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки без сопутствующей патологии. Группу составили 38 человек (28 мужчин и 10 женщин), в возрасте от 17 до 39 лет. Бо-