

ны в группе больных, леченных с использованием магнитолапарной терапии. Средние величины фактора формы при использовании в комплексном лечении больных пневмонией НИЛИ того или иного вида значительно снизились при всех степенях тяжести ($p < 0,05$). В то же время традиционное лечение без лазеротерапии не привело к существенным изменениям этого показателя.

Таким образом, комплексная терапия больных пневмонией, особенно с чрескожным применением одного из видов НИЛИ, приводит к закономерной положительной динамике процесса текстурообразования при разных клинических формах пневмонии. Для клинической оценки динамики текстурообразования целесообразно проводить компьютерное определение фактора формы.

10

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ОПИАТНОЙ ФОРМОЙ НАРКОМАНИИ

Семянникова Н.М.

Городская клиническая больница № 14, г. Екатеринбург

Прошедшее десятилетие характеризуется ухудшением наркологической ситуации в нашей стране, особенно ростом потребления наркотиков. Проблема заболеваемости инфекциями дыхательных путей у наркоманов становится актуальной ввиду роста частоты пневмоний у этой категории больных, протекающей более тяжело, нередко с летальными исходами. Ослабление иммунной защиты, а также присущая больным наркоманией колонизация верхних дыхательных путей грамотрицательными бактериями являются важными факторами повышенного риска развития у них пневмонии.

Нами наблюдалось 13 мужчин с опиатной формой наркомании в возрасте от 15 до 32 лет (в среднем $20,3 \pm 1,2$ лет), находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении. Продолжительность употребления наркотиков у них колебалась от 6 мес. до трех лет. В анамнезе всех больных - острый вирусный гепатит, у трех из них в настоящее время диагностирована хроническая железодефицитная анемия. Пневмония, как правило, начиналась остро, с озноба, подъема температуры тела до $39\text{--}40^\circ\text{C}$, появления кашля, сначала сухого, а затем со скучной слизистой мокротой, у пяти больных наблюдалось кровохарканье. По тяжести преобладали тяжелые и крайне тяжелые формы пневмонии (9 чел.), среднетяжелые - у четырех больных. У двух больных пневмония была аспирационной. При поступлении в стационар спутанное сознание было у трех, кома - у двух. Во всех случаях отмечена дыхательная недостаточность, у двух больных развился инфекционно-токсический шок, а еще у двух течение заболевания осложнилось развитием экскудативного плеврита. Аускультативная картина чаще характеризовалась ослаблением везикулярного дыхания над очагом поражения, крепитацией или мелкопузырчатыми влажными хрипами.

При лабораторном исследовании установлена анзосинофилия у 10 больных, лимфопения - у восьми, лейкоцитоз - у пяти. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ встречались значительно реже. Положительные острофазовые показатели выявлены у 10 чел. Почти у всех больных обнаружены изменения показателей печеночных проб (увеличение уровня билирубина, повышение активности трансаминаз). По клинико-рентгенологическим данным наиболее часто встречалось поражение нижней доли слева (7 чел.), реже - средней доли правого легкого (4 чел.). Двусторонняя пневмония была диагностирована у двух больных, а поражение более одной доли - у трех.

Несмотря на проводимую комбинированную антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, у пяти больных течение заболевания было затяжным, а в одном случае наступил летальный исход.

Таким образом, проведенное исследование показывает, что пневмония у наркоманов протекает тяжело, с наклонностью к затяжному лечению, что диктует необходимость как можно более раннего начала антибактериальной терапии с включением современных антибиотиков резерва, средств иммунокоррекции под контролем показателей иммунного статуса.

11

АНТИГЕНЫ НЛА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Хромцова О.М., Расовский Б.Л.

г. Екатеринбург

Острая респираторная инфекция (ОРИ) - одно из самых распространенных заболеваний органов дыхания. Вирусы, являясь основным этиологическим фактором ОРИ, приводят к изменениям в иммунной системе человека, нарушая функционирование иммунокомпетентных клеток. Известно, что регуляция иммунного ответа и предрасположенность или устойчивость к заболеваниям осуществляются при участии главного комплекса гистосовместимости, кодирующего экспрессию лейкоцитарных антигенов человека (НЛА).

Целью работы явилось обнаружение особенностей распределения антигенов I и II классов системы НЛА у часто болеющих ОРИ (3 раза и более в году).

Нами было проведено клинико-иммунологическое обследование 88 чел. (40 мужчин и 48 женщин). Было обнаружено преимущественное угнетение Т-звена иммунитета и факторов неспецифической резистентности к инфекции в изучаемой группе. НЛА-типовирование проводилось стандартным микролимфоцитотоксическим методом и позволяло открывать антигены I и II классов локусов A, B, C и DR. Было выявлено повышение представительства антигенов B41 ($p < 0,001$) и Cw5 ($p < 0,001$) при высоких показателях относительного риска (9,98 и 17,62 соответственно). Обнаружено также снижение частоты антигенов Cw2 и Cw3 ($p < 0,01$). В локусе DR чаще встречался антиген DR5 ($p < 0,001$) и реже - DR6 ($p < 0,05$). У женщин чаще встречался антиген B7 ($p < 0,05$), относящийся к высокоиммуногенным детерминантам, тогда как у мужчин совсем не выявлялся антиген DR6, обладающий протективным действием в отношении восприимчивости к инфекции. Чаще всего встречались гаплотипы A2-B21, A9-B18, A9-B40 и A11-B12 ($p < 0,05$), а также A3-DR3, B8-DR3, A2-DR2 и A9-DR5. По данным литературы, именно наличие гаплотипа B8-DR3 сочетается с низкой активностью Т-звена иммунитета.

Таким образом, возможность возникновения и развития частых ОРИ во многом определяется состоянием иммунологической реактивности организма и диктует необходимость применения иммунокорригирующей терапии у этой категории обследуемых.

12

ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Гладышев Д.В., Постникова Т.Н., Карапулов А.В., Бейкин Я.Б.

Уральская государственная медицинская академия, Городской центр лабораторной диагностики болезней матери и ребенка, г. Екатеринбург
Мордовская медицинская академия им. И.М. Сеченова, г. Саранск

На протяжении многих лет патология респираторного тракта занимает одно из первых мест в структуре заболеваемости населения. Причины этого многообразны и обусловлены, в частности, срывом адаптационных и защитных механизмов организма. Успехи иммунологии внесли значительные коррективы в схемы лечения хронического бронхита (ХБ) и бронхиальной астмы (БА). В последние годы в комплекс терапии активно вводятся современные иммуномодуляторы.

Нами проведена комбинированная иммуномодулирующая терапия у больных ХБ и БА, страдающих частыми обострениями данной патологии. Помимо базисной терапии, одной группе больных (32 чел.) проведены последовательные курсы лечения иммуналом (спиртовая настойка эхинацеи) и рибомунилом, второй (34 чел.) - иммуналом и лейкинфероном, представляющим собой комплекс цитокинов первой неспецифической фазы иммунного ответа. В обеих группах, помимо положительной клинической динамики (у 84% больных) (удлинение ремиссий, уменьшение обострений, уменьшение потребности в антибиотиках, брон-

холитиках), наметились позитивные сдвиги в иммунограмме, выполненной в динамике. Выявилась четкая тенденция к нормализации субпопуляций лимфоцитов (у 79% больных), их соотношения (73%), уменьшению уровня общего иммуноглобулина Е сыворотки крови (64%), констатировано потенцирование фагоцитарной активности нейтрофилов (у 71% больных).

Эти данные позволяют шире рекомендовать применение указанных иммуномодуляторов больным с часто рецидивирующими воспалительными, аллергическими заболеваниями респираторного тракта.

13 НЕОЧЕВИДНЫЕ ПРИЧИНЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Гришин Б.С.

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

В ряду причин неэффективности антибактериальной терапии могут быть факторы, поддающиеся клиническому воздействию: выбор препарата, режим дозирования, продолжительность курса, комбинированный вариант лечения и др., а также факторы, не поддающиеся клиническому воздействию: пол и возраст пациента, патология печени и почек, активно изменяющая фармакокинетику антибактериального средства и его биодоступность, недостаточное знание взаимодействия противомикробного препарата с другими лекарствами, одновременно назначаемыми больному. Последнее положение заставляет особого внимания, т. к., во-первых, изучение этой проблемы клинической фармакологии обогащает врачебную практику новой полезной информацией, обуславливающей практические рекомендации повышения эффективности антибактериальной терапии, а, во-вторых, значительно гарантирует безопасность ее проведения. Известно, что при адекватном выборе противомикробного препарата одним из обязательных условий успешного лечения является создание необходимого и достаточного уровня его концентрации в крови и тканях организма, где локализуется патологический процесс. Это достигается путем рационального способа применения и режима дозирования с учетом фармакокинетических параметров препарата, функционального состояния органов, участвующих в элиминации лекарства. Однако биодоступность антибиотика зависит не только от вышеуказанных причин. В частности, она может весьма существенно снижаться вследствие фармакокинетических взаимодействий с другими лекарствами. Убедительным подтверждением этого является установленный факт нерационального и опасного сочетания эритромицина с теофиллином, если лечение проводится без учета знания о взаимовлиянии лекарств на этапе биотрансформации. Зарубежными исследованиями установлено, что комбинированная терапия эритромицином и теофиллином может сопровождаться как повышением концентрации теофиллина в сыворотке крови до токсических уровней, так и снижением до субтерапевтических концентраций антибиотика со всеми вытекающими отсюда клиническими последствиями. Предполагают, что эритромицин способствует уменьшению выведения теофиллина из организма в результате снижения активности ферментов печени, участвующих в метаболизме теофиллина, а теофиллин, напротив, интенсифицирует процессы метаболизма и элиминации антибиотика. Поэтому в этом случае рекомендуется уменьшать дозу теофиллина на 25%.

По-видимому, допустимо экстраполировать установленное взаимовлияние теофиллина и эритромицина на всю многочисленную группу антибиотиков-макролитов.

14

ПУЛЬМОНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕЙРОИММУНИЗАЦИИ И ИХ МЕХАНИЗМЫ

Крючкова В.И., Яковенко О.В.

Государственная медицинская академия, г. Ижевск

Нейроиммунный процесс в настоящее время признан одним из универсальных механизмов развития дисрегуляторных расстройств функций висцеральных органов (Крыжановский

Г.Н., 1997). Между тем состояние метаболических функций при нейроиммунопатологическом процессе ранее не исследовалось. С этой целью изучено состояние сурфактной системы, водного баланса и кровенаполнения легких у животных (101 крысы) в условиях направленного иммунного воздействия цитозолем тканей гиппокампа (с полным адьювантом Фрейнда). В том числе на фоне атропина, димедрола и стулерона. В бронхо-альвеолярных смыках (БАС) определяли содержание фосфолипидов (Фл), холестерина (Хол), белка, активность липазы и их поверхностно-активные свойства (ПАС).

Было установлено, что уже через неделю после повторной иммунизации тканью гиппокампа происходит активация синтеза альвеолярных Фл - основного носителя ПАС легких, сопровождаясь увеличением кровенаполнения органа и интенсификацией водного обмена. В условиях атропинизации направленность сдвигов исследуемых функций сохранилась. Кровенаполнение легких увеличивалось, а количество Фл, Хол, белка в БАС было повышено. Полученные данные соответствуют представлениям о функциональной дезактивации гиппокампа в условиях нейроиммунопатологии его тканью (ЗУБОВА о.б., 1991). При использовании димедрола обнаружено нарастание патологических изменений в легких, что визуально подтверждалось наличием прикорневых ателектазов практически во всех препаратах. Механизм указанных изменений, по-видимому, обусловлен не столько антигистаминовой активностью димедрола, сколько его способностью блокировать холинорецепторы вегетативных нервных узлов (Машковский М.Д., 1993). Позитивное влияние стулерона на динамику нейроиммунного процесса и его пульмональные проявления можно объяснить адаптивной перестройкой мозгового кровообращения, сопровождающейся ограничением органной гемодинамики и тканевого метаболизма.

Таким образом, пульмональные проявления при нейроиммунопатологии тканью гиппокампа являются результатом его функциональной дезактивации, в механизме развития которой принимает участие холинергическая медиаторная система.

15

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЗИТРОМИЦИНА ПРИ БРОНХИТЕ

Кустова Н.И., Безносикова Н.А.,
Ахрямочкина Т.М.

Уральская государственная медицинская академия, Поликлиника № 1 ЦГБ № 7, г. Екатеринбург

В последнее время для лечения больных бронхитом препаратами выбора становятся макролиды. Это связано, с одной стороны, с возрастающей ролью внутриклеточных возбудителей (микоплазмы, хламидии) в развитии инфекций нижних дыхательных путей и, с другой, с широким спектром антибактериальной активности современных макролидов, их хорошим накоплением в бронхиальном секрете, низкой частотой резистентности к ним, а также низкой токсичностью и аллергизирующей способностью.

Мы располагаем опытом амбулаторного лечения азитромицином (сумамедом) 18 больных бронхитом (15 - с острым течением и 3 - с обострением хронического обструктивного бронхита) в поликлинике № 1 ЦГБ № 7. Это были люди молодого и зрелого возраста (от 15 до 53 лет), в том числе 2/3 - женщины. Диагноз основывался на клинико-анамнестических данных, всем больным проведена также флюорография органов грудной клетки, сделан общий анализ крови двукратно и определен ряд биохимических показателей функционального состояния печени и почек (билирубин, АсАт, АлАт, креатинин в сыворотке крови) в динамике с целью уточнения возможного токсического действия препарата. Азитромицин назначался по 500 мг утром натощак в течение трех дней. Другие антибактериальные средства ни до лечения сумамедом, ни во время него больные не получали, за исключением одного пациента, который до этого безуспешно принимал перорально ампициллин по 0,5 г 4 раза в день. В подавляющем большинстве случаев (в 17 из 18) они достигнут хороший эффект применения азитромицина: 14 из 15 больных острым бронхитом выздоровели к 10-му дню и у всех трех больных хроническим бронхитом к этому же времени удалось купировать обострение болезни. Лишь у одной больной 16 лет с острым бронхитом, сочетающимся с