

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 иммунодуляторов 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 заслуживает 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 взаимоподействии 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 взаимодействие 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) нами 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