

Таким образом, проведенные исследования подтверждают более высокую антигипертензивную эффективность энапа, как в монотерапии, так и при комбинированном применении, чем препараты раувольфии (раунатин).

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО И ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ ПРЕПУБЕРТАТНОГО И ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

Овсянкина Е.С., Фирсова В.А., Русакова А.И.

Центральный НИИ туберкулеза РАМН, Москва

Проведено наблюдение за 42 больными с остропрогрессирующим туберкулезом легких в возрасте от 13 до 17 лет. Все больные имели распространенный туберкулез с распадом и бактериовыделением. Причем $\frac{2}{3}$ больных выделяли микобактерии туберкулеза (МБТ), устойчивые к химиопрепаратам. 85,8% больных имели устойчивость к основным химиопрепаратам (тубазиду и рифампицину), множественная лекарственная устойчивость выявлялась у половины больных бактериовыделителей. Лечение начинали с назначения 4-5 химиопрепаратов соответственно категории лечения данного больного. Применялись различные методы введения химиопрепаратов (лимфотропно, внутривенно, внутримышечно, ректально и т.д.). Начиная со 2-3 недели лечения, использовали различные варианты низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ). В фазу долевывания применяли и другие методы патогенетического воздействия (индуктотермия, ДМВ-терапия, лидаза, реже иммуномодуляторы). Использование современных методов в лечении позволило добиться неплохой динамики туберкулеза. Однако у больных лекарственноустойчивым туберкулезом динамика основных показателей туберкулеза была замедленной и отставала на 1,5-2,5 мес. Наиболее заметна была разница в сроках прекращения бактериовыделения ($3,8 \pm 0,52$ мес. против $1,27 \pm 0,14$ мес. — у больных, выделяющих чувствительные МБТ) и закрытия полостей распада ($5,51 \pm 0,7$ мес. против $3,1 \pm 0,5$ мес.).

Таким образом, комплексный подход к лечению остропрогрессирующих форм туберкулеза позволяет добиться положительной динамики туберкулезного процесса. Заражение лекарственноустойчивыми МБТ снижает эффективность проводимых терапевтических мероприятий и удлиняет срок стационарного этапа лечения на 1,5-2,5 мес.

СОСТОЯНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ ГЕМАТО-ЭНЦЕФАЛИЧЕСКОГО БАРЬЕРА ДЛЯ КИСЛОРОДА ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Ольховиков А.И., Христов И.И., Пермяков В.Н.

Уральская государственная медицинская академия,
МУ «Детские инфекционные больницы», Екатеринбург

Определение средних показателей кислотно-основного состояния (КОС) у тяжелых больных с менингококковой инфекцией после стабилизации кровообращения показало, что статистически достоверная разница наблюдается только в показателях pO_2 . Так, в периферической крови pO_2 было равно $65,09 \pm 2,65$ мм. рт.ст., а в спинно-мозговой

жидкости (СМЖ) — $79,71 \pm 4,65$ мм. рт.ст. ($p < 0,01$). Сравнение показателей КОС при двух наиболее тяжелых формах менингококковой инфекции — инфекционно-токсическом шоке (ИТШ) и гнойном менингите (ГМ) выявило более существенные различия.

Так, при ИТШ в крови наблюдался алкалоз — $7,51 \pm 0,04$ мм. рт.ст., в то время как в СМЖ — $7,40 \pm 0,04$ мм. рт.ст. Наиболее существенные различия касались содержания кислорода, так pO_2 в крови было равно $93,30 \pm 10,47$ мм. рт.ст., а в СМЖ — $56,96 \pm 4,66$ мм. рт.ст. ($p < 0,001$). Сатурация кислорода была ниже в СМЖ — $86,52 \pm 3,38$ мм. рт.ст., по сравнению с показателем периферической крови — $98,82 \pm 0,32$ мм. рт.ст. ($p < 0,01$). Показатели сатурации кислорода в крови были в пределах 97,0—99,5 мм. рт.ст., в СМЖ — 76,6—95,6 мм. рт.ст.

При ГМ после нормализации pH в крови и СМЖ показатели pO_2 в крови были равны $79,35 \pm 4,9$ мм. рт.ст., в СМЖ — $66,13 \pm 4,13$ мм. рт.ст. ($p < 0,05$). Сатурация кислорода существенно не различалась и была в пределах 81—99,5 мм. рт.ст.

Проведенные исследования показывают, что после стабилизации кровообращения при тяжелых формах менингококковой инфекции нарушения pO_2 сохраняются в СМЖ, особенно при ИТШ, несмотря на нормализацию pO_2 в периферической крови, что указывает на нарушение проницаемости ГЭБ для кислорода. Недостаток кислорода в СМЖ при тяжелой стрессовой ситуации, каковой являются тяжелые формы менингококковой инфекции отражает нарушение мозгового и тканевого кровотока, следствием чего и является снижение pO_2 в СМЖ.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ N-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ В ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ДИФфуЗНЫМ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

*Пампура А.Н., Погосий Н.Н., Чебуркин А.А.,
Морозова О.В., Исаев В.А., Святкина О.Б.*

Московский НИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ, Москва

Воздействие на развитие аллергического воспаления является перспективным направлением в терапии атопического дерматита (АД). К соединениям, обладающим противовоспалительным действием, можно отнести n-3 полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК). Однако их эффективность у детей с АД остается недоказанной.

Цель исследования. Установить клиническую эффективность терапии препаратом эйконол, содержащим n-3 ПНЖК, у детей с диффузной формой АД и влияние данного метода терапии на уровень медиаторов аллергического воспаления — лейкотриенов (ЛТ).

Клинические наблюдения и методы. В исследование было включено 30 детей в возрасте от 5 до 14 лет с диффузной формой АД, имевших сенсибилизацию к бытовым аллергенам. Всем детям проводилась наружная терапия и по показаниям алергоглобулин или гистаглобулин. 15 детей основной группы получали курс терапии препаратом эйконол в дозе 0,5 г на 10 кг массы в сутки в 4 приема в течение 4 недель. Спектр ЛТ, высвобождаемых лейкоцитами периферической крови под действием фактора активации тромбоцитов, определялся методом высокоэффективной жидкостной хроматографии до и после терапии эйконолом.

Результаты исследования. Положительный клинический эффект (уменьшение инфильтрации, гиперемии и шелушения кожных покровов) при использовании эйконола у детей с АД был достоверно выше ($p < 0,05$) по сравнению с группой сравнения (оценка симптомов по шкале от 0 до 4 баллов через 3 недели после начала терапии).