

ед, для нижней 500 ед. Контрольная группа: 5 пациентов не принимали диспорт.

Результаты.

В основной группе в возрасте 30- 50 лет объём движения плечевого сустава восстановился до 45 градусов, локтевой сустав раскрывался на 65 – 70 градусов, голеностопный сустав выпрямился на 12 градусов. Значительно восстановилась синхронность движений у больных в возрасте 50 лет, 60-70 лет в течение полугода.

Таким образом, применение диспорта в целях реабилитации двигательных функции, в восстановительном периоде приводит к снижению спастичности и восстановлению синхронности движений, снижению болевого синдрома.

В последние несколько лет для лечения ишемического и геморрагического инсульта разной степени тяжести используем различные комбинации препаратов с нейротрансмиссивным, нейротрофическим и нейромодуляторным действием; сочетание актовегина и цераксона; а также глиатилин, мексидол и фенотропил. Комбинированное применение антигипоксантов (актовегина - 250 мл 10-20% раствора) с нейропротектором цераксоном в дозе 1000 мг - 2 раза в сутки в ранние сроки инсульта более быстро активизировало сознание, уменьшило выраженность афазии, более быстро регрессировала пирамидная симптоматика в виде гемипарезов, сократило длительность пребывания больного в стационаре.

У больных с сенсорно-амнестическими нарушениями и моторной афазией после

проведения курса лечения глиатилином, мексидолом и фенотропилом выявлено отчетливое возрастание объема оперативной памяти, более высокие концентрации и устойчивости внимания, ускорение выполнения методик, характеризующих темп мышления. Было отмечено уменьшение эмоциональной лабильности, углубление ночного сна. При сочетании мексидола, глиатилина и фенотропила отмечается улучшение речевых функций.

Таким образом, данные наблюдения показали, что при адекватном назначении медикаментозной терапии в острый период ишемического инсульта, можно добиться хороших положительных результатов восстановления когнитивных и двигательных функции в раннем периоде инсульта.

Литература:

1. Верещагин Н.В, Пирадов М.А. Инсульт: состояние проблемы. Неотложные состояния в неврологии // Всероссийское рабочее совещание неврологов России: Тр.- Орел-М., 2002.
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга.- М.: Медицина, 2001.
3. Гусев Е.И., Мартынов М.Ю., Камчатное П.Р. Лечение и профилактика ишемического инсульта - достижения и перспективы// неотложные состояния в неврологии. - Орел-М., 2002. - с. 13-21.
4. Верещагин Н.В., Пирамидов М.А., Суслина З.А. (ред.). Принципы диагностики и лечения больных в остром периоде инсульта// Consilium medicum 2001.- 5 – с. 221-225.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ЗАТЯЖНЫХ И ОСЛОЖНЕННЫХ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Касимова Б.К.

КГКП «Городская поликлиника №2» г. Павлодар

Респираторные заболевания остаются самыми распространенными в детской популяции. Каждое восьмое ОРЗ осложняется развитием пневмонии. Пневмония занимает

существенное место в детской и младенческой смертности. У детей раннего возраста пневмония является одной из ведущих причин летальности. Наиболее часто болеют дети,

**Материалы III научно-практической конференции
«Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе»**

проживающие в условиях промышленно развитых регионов, при возрастающей нагрузке ксенобиотиками, аллергенами и другими агрессивными факторами. В этиологии пневмонии большое значение имеет кокковая флора, нередко в ассоциации с патогенными и условно-патогенными микроорганизмами (грибковой, паразитарной, хламидийной, микоплазменной и др. природы), что осложняет выбор и снижает эффективность адекватной этиотропной терапии. Отмечен рост распространенности резистентных штаммов возбудителей, появление дисбиотических нарушений в микробиоценозе дыхательных путей. У часто болеющих детей выявляются иммунные нарушения, что способствует прогрессированию бактериальных осложнений при пневмонии. Совокупность перечисленных факторов может способствовать неблагоприятному исходу пневмонии, появлению затяжных и осложненных форм. В настоящее время накоплен большой опыт использования рекомбинантного интерлейкина-2 Ронколейкина (rIL-2) для лечения различных инфекционных заболеваний. rIL-2 направленно влияет на рост, дифференцировку и активацию Т- и В-лимфоцитов, моноцитов, макрофагов, некоторых других клеток. Расширение спектра действия эффекторных клеток обуславливает элиминацию разнообразных патогенных микроорганизмов (вирусов, бактерий, грибов), а также инфицированных клеток. В клинической практике rIL-2 использовался в основном у взрослых. Однако уже получены хорошие результаты при введении ронколейкина в комплексную терапию бактериальных инфекций (пневмонии, сепсиса) у новорожденных детей. Ронколейкин успешно применялся как при парентеральном пути введения (подкожно, внутривенно), так и при местной терапии, например, синуситов. При распылении раствора rIL-2 его биологическая активность в аэрозольном облаке увеличивается в 3-4 раза по отношению к исходной. Проведенные дальнейшие исследования показали высокую клинико-иммунологическую эффективность использования ингаляционного пути введения Ронколейкина для санации респираторного

тракта у часто болеющих детей.

Цель исследования: изучение эффективности локальной цитокинотерапии рекомбинантным интерлейкином-2 (Ронколейкином) у детей с затяжным и осложненным течением пневмонии, при ингаляционном и эндобронхиальном пути введения.

Материалы и методы. Обследованы больные с затяжным и осложненным (гнойные легочные осложнения) течением пневмонии в возрасте от 3-х до 18 лет, получавшие в комплексном лечении rIL-2 (Ронколейкин) ингаляционно (20 больных) или во время санационной бронхоскопии (98 больных). Проводилась оценка динамики клинической картины заболевания, сроков выздоровления, этиотропного действия, иммунокорригирующего действия, изменения резидентных свойств микроорганизмов. Способами введения Ронколейкина у детей с осложненными и затяжными формами пневмоний были: ингаляционное (через небулайзер) в дозе 125-250 тыс МЕ Ронколейкина, №3-5 и эндобронхиальное (во время диагностической или санационной бронхоскопии), в дозе 125-250 тыс МЕ Ронколейкина №2-3. Первоначально производилась аспирация патологического содержимого (мокроты) из трахеобронхиального дерева. Далее выполнялась санация бронхиального дерева растворами антибиотиков или антисептиков (диоксидин) до полного восстановления проходимости бронхов. После чего вводился раствор интерлейкина-2 (125 000 МЕ на 5 мл физ. раствора детям от 3-х до 7 лет, 250 000 МЕ на 5 мл физ. раствора детям от 7 лет до 18 лет).

Результаты. Отмечалась положительная динамика всех показателей выздоровления и реабилитации детей по сравнению с детьми не получавших в комплексном лечении Ронколейкин.

Выводы. Включение Ронколейкина в комплексное лечение пневмонии у детей с затяжным и осложненным течением при использовании ингаляционного и эндобронхиального пути введения способствовало: ускорению элиминации возбудителя, изменению резидентных свойств

условно-патогенной флоры, быстрому купированию основных клинических симптомов заболевания, выраженному снижению лабораторной активности воспалительного процесса (СРБ, сиаловая кислота, СОЭ), улучшению показателей неспецифической защиты (уровень лизоцима, БАСК, sIgA), снижению уровня провоспалительных цитокинов (IL-6), значительному снижению сроков пребывания больного в стационаре. Основными факторами, лежащими в основе высокой эффективности местного (ингаляционного, эндобронхиального и др.) введения rIL-2,

являются: быстрое и пролонгированное насыщение биологических жидкостей (секрет ротовой полости, мокрота, межклеточная жидкость), сочетание противоинфекционного и иммунокорректирующего (прямого и опосредованного) действия rIL-2 на измененные воспалительным инфекционным процессом отделы респираторного тракта, коррекция нарушений местного иммунитета и неспецифической резистентности, коррекция микроциркуляторных нарушений, изменение вязкости мокроты, улучшающее ее экспекторацию.

ОПЫТ ЭФФЕКТИВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГЕПТРАЛА У ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

Комков А.П., Сейтказина Г.Т.

БСМП, Городская больница №1

Цель работы: оценка эффективного применения современного гепатопротектора у больных с поражением печени. Основное действующее вещество - адеметионин (биологическое вещество, входящее в состав всех тканей и жидких сред организма). Выпускают гептрал: 1) таблетки по 0,4 г, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, - 10 или 20 шт. в упаковке; 2) лиофилизированное сухое вещество для инъекций во флаконах в комплекте с растворителем (в 1 флаконе — 0,4 мг адеметионина) — 5 шт. в упаковке.

Материалы и методы: нами проведена оценка эффективности данного препарата в отделении у 20 больных: средний возраст больных $35 \pm 5,0$. Выделили две группы больных: 1 группа - 10 больных с диагнозом острый алкогольный гепатит. 2 группа - 10 больных с диагнозом – токсический гепатит.

Гептрал назначался в комбинированной форме: первые пять дней производилось в/в инфузия препарата, в последующем больных переводили на прием препарата per os. Курс лечения составил 10 дней.

Оценка эффективности препарата проводилась по следующим показателям:

1) Субъективные данные: улучшение самочувствия; значительное улучшение самочувствия; нет улучшения самочувствия.

2) Объективные критерии: уменьшение желтушности кожных покровов и склер; уменьшение размеров печени; уменьшение размеров печени по данным УЗИ брюшной полости;

3) Лабораторные данные: уровень общего билирубина в крови; уровень трансаминаз.

Результаты В результате проведенного лечения препаратом гептрал нами были получены следующие результаты:

1) Субъективные данные: улучшение самочувствия - у 10 больных (50%); значительное улучшение - у 10 больных (50%).

2) Объективные данные: у всех больных на 10 день лечения исчезла желтушность кожных покровов и склер; уменьшились размеры печени, что подтверждалось данными УЗИ в динамике;

3) Лабораторные данные: у всех больных нормализовались показатели общего