

CIRCADIAN RHYTHMS OF EXTERNAL RESPIRATORY IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTMA

O.V. Demura

(Amur State Medical Academy, Blagoveschensk)

Circadian rhythms of the external respiratory function were investigated in patients with bronchial asthma of different severity degree. Violations of biological rhythms that prevailed at night and early morning were revealed. The degree of changes progressed with the severity of disease. Using of chronotherapy allows to correct the results with the best effect.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комаров Ф.И. Хронобиология и хрономедицина. — М.: Медицина, 1989. — 400 с.
2. Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. Хронобиология и хрономедицина. — М.: Медицина-Триада-Х, 2000. — 488 с.
3. Ландышев Ю.С. Бронхиальная астма. — Благовещенск, 2006. — 169 с.
4. Мишук В.П., Ландышев Ю.С. Суточные ритмы эндокринной и дыхательной систем у больных бронхиальной астмой. — Благовещенск, 2005. — 112 с.
5. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма. — В 2 т. Т. I. — М.: Агар, 1997. — 432 с.
6. Clarc T.J.H. Diurnal rhythm of asthma // Chest — 1987. — Vol. 91. — P.
7. Kagami M., Tomioka H., Nakasawa T., Yoshida S. Chronotherapy of bronchial asthma: circadian rhythms in asthmatic symptoms // Alerugi.-2001. — Vol. 50, № 6. — P.528-534.

© ФИЛИПОВ В.А. — 2006

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ ЦЕФОТАКСИМОМ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В.А. Филиппов

(Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, Улан-Удэ, гл. врач — к.м.н. М.П. Рябов)

Резюме. В работе дана оценка эффективности интраоперационной антибиотикопрофилактики цефотаксимом по показателям иммунного статуса больных пожилого и старческого возраста. При этом отмечено, что у больных после холецистэктомии с «обычной» антибиотикопрофилактикой, сохраняется исходный иммунодефицит, что не предотвращает воспалительных изменений в послеоперационной ране. Длительно поддерживаемая концентрация цефотаксима предотвращает воспалительные изменения в ране.

Ключевые слова. Антибиотик, профилактика, холецистэктомия, пожилой возраст.

В настоящее время отмечается увеличение числа госпитализаций и длительность лечения больных пожилого и старческого возраста. Это обусловлено в первую очередь демографической ситуацией и специфическими особенностями состояния здоровья людей этой возрастной группы. Атеросклероз, аутоиммунные патологии, наличие других сопутствующих заболеваний, снижение адаптационных возможностей организма, приводят к существенному повышению риска осложнений и в частности послеоперационных раневых инфекций, увеличению стоимости стационарного лечения [3,9].

Заболеваемость желчнокаменной болезнью у больных старше 70 лет составляет 33-50% [8], а летальность больных острым холециститом в возрасте до 60 лет — не более 1%, у больных старше 60 лет она превышает 15% [4].

Проведённые в последние годы исследования убедительно доказали, что рациональная антибиотикопрофилактика (АП) позволяет в 4-10 раз снизить частоту послеоперационных инфекционных осложнений. В литературе в настоящее время дискутируются вопросы об оптимальном режиме, какой антибактериальный препарат следует применить с точки зрения клинической эффективности и фармакоэкономической обоснованности [9].

В настоящее время нет единого мнения о длительности АП и кратности введения доз антибиотика. Необходимость в дополнительных введениях препарата возникает при продолжительности операции, превыша-

ющей период полувыведения антибиотика, выраженной кровопотере (> 1500 мл), и/или интраоперационной гемодилюции (15 мл/кг) [5].

Из желчи у больных холециститом высеваются E.Coli (15%), Streptococcus spp. (21,7%), Staphylococcus spp. (7%), Klebsiella (2%) и это надо учитывать при подборе препарата [12].

Ряд авторов отдаёт предпочтение комбинации цефтриаксона с метронидазолом, в профилактике и терапии хирургической инфекции билиарного тракта у лиц с высоким риском развития осложнений, как препарата с длительным $T^{1/2}$ [11].

Однако считается, что профилактическое применение препаратов широкого спектра действия, которые применяют для антибиотикотерапии, показано только в особых случаях [7].

Исследование иммунологической реактивности позволяет ещё до клинических проявлений, выявить не благоприятное течение послеоперационного периода и начало воспалительного процесса [10].

Операционная травма при хроническом холецистите в послеоперационном периоде приводит к значительному снижению абсолютного числа лимфоцитов, уровня IgG и IgM [1].

Таким образом, высокий риск послеоперационных инфекций у больных этой возрастной группы, диктует необходимость дальнейшего изучения и совершенствования методики их профилактики.

Целью данного исследования является оценка срав-

нительной эффективности интраоперационной антибиотикопрофилактики цефотаксимом по динамике иммунологических показателей.

Материалы и методы

Исследование проспективное, нерандомизированное, типа «случай-контроль», проведено на базе РКБ г. Улан-Удэ в течение 2002-2005 гг. Критериями включения были: возраст старше 61 года, плановая (вне обострения воспалительного процесса в билиарной системе) холецистэктомия, индекс риска инфекционных осложнений в области операции 2 и более (по SSI) [2].

Критерий исключения были: больные, имеющие аллергию на цефотаксим; исходные нарушения иммунного статуса (ИС) 3 степени по А.М. Земскову; больные, которым проводилось лечение антибиотиками до операции (3 суток); превышение стандарта пребывания больного в стационаре (обострение сопутствующих заболеваний, технические трудности во время операции).

Обследовано 22 больных в возрасте 62,5(62-67) года, после плановой (вне обострения воспалительного процесса в билиарной системе) холецистэктомии, до операции на 3-4 и 7-8 сутки после операции. Больным исследуемой группы (ИГ), 1 грамм цефотаксима вводили внутривенно, за 30 минут до разреза интраоперационно. Контрольная группа (КГ) состояла из 22 человек, которым в течение 5 дней после операции внутримышечно вводили цефотаксим 4 грамма в сутки. Группы сопоставимы по полу и возрасту и имели высокий риск послеоперационных инфекций (2 индекс риска по SSI), исходной степени иммунологической реактивности.

Оценивалась эффективность АБП по наличию клинических признаков раневых инфекций (локальная гиперемия, болезненность, отечность), показатели иммунного статуса экспрессия CD-рецепторов реакцией непрямой поверхностной иммунофлуоресценции с использованием моноклональных антител и традиционно используемые показатели гуморального и фагоцитарного звеньев иммунной системы.

Интегральная оценка иммунограмм проводилась в виде формулы расстройств иммунной системы по А.М. Земскову (ФРИС) [6]:

$$\left[\begin{array}{l} \text{показатель больного} \\ \text{показатель здоровых} \end{array} \right] - 1,0 \quad \times 10 \quad \begin{array}{l} 1-33\% \\ 34-66\% \\ 67-100\% \end{array} \quad \begin{array}{l} \text{I ст. расстройств} \\ \text{II ст.} \\ \text{III ст.} \end{array}$$

Показатели иммунограмм больных записывались в виде степени иммунной супрессии или стимуляции, относительно регионарной нормы, представленной иммунологической лабораторией РКБ.

Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с использованием пакета программ Statistica 6.0 for Windows. Полученные данные подвергнуты математической обработке и представлены в виде медианы с нижним и верхним квартилями (25-й и 75-й процентиля). Сравнение двух несвязанных групп осуществлялось при помощи критерия Манна-Уитни (p_u) и критерия Фишера, а сравнение двух связанных групп – критерия Вилкинсона (p_w).

Результаты и обсуждение

У 4 больных исследуемой группы (ИГ), со стороны послеоперационной раны развился воспалительный инфильтрат, терапия которого не удлинила срок послеоперационного пребывания, в контрольной группе локальных воспалительных изменений в послеопера-

Таблица 1

Формула расстройств иммунной системы (ФРИС) в динамике

Группа	До операции	3-4 сутки	7-10 сутки
Исследуемая	CD3+абс. ²⁺ ;	Li абс. ²⁺ ; CD3+абс. ²⁺ ;	CD8+абс. ²⁺ ;
Контрольная	CD3 абс. ²⁺ ; CD16 абс. ²⁺ ; IgG. ²⁺	Li %. ^{2-***} ; Li абс. ^{2-***} ; CD3+абс. ^{2-***} ; CD4+абс. ^{2-***} ; CD8 абс. ²⁺ ; CD16+абс. ²⁺	CD3+абс. ²⁺ ; D8+абс. ^{2-*} ; CD16+%. ²⁺ ; CD16+абс. ²⁺ ; ИРИ ^{2+***}

Примечание. Здесь и в таблицах 2 и 3: * - $p_w < 0,05$, ** - $p_w < 0,01$, *** - $p_w < 0,001$.

ционной ране не отмечено ($p_F = 0,0242$).

Показатели иммунограмм интегрально представлены в таблице 1.

Установлено, что исходный уровень состояния иммунной системы у больных калькулезным холециститом, в данной возрастной группе, в основном касался абсолютного числа зрелых Т-лимфоцитов, а в контрольной группе отмечался дефицит естественных киллеров и повышение уровня IgG. На 3-4 сутки отмечался пик изменений, так в обеих группах отмечалась аб-

Таблица 2

Динамика показателей иммунного статуса у больных после холецистэктомии с антибиотикопрофилактикой

Показатель	Норма	До операции	3-4 сутки	p_w	7-8	p_w
Li, %	33,3±0,59	26(18,5-34,5)	24(17,5-33)	$p > 0,05$	33(26-37,5)	$p > 0,05$
Li абс, $\times 10^9/\text{л}$	1,93±0,03	1,53(0,875-1,745)	1,245(0,9-1,51)	$p > 0,05$	1,58(1,205-1,895)	$p > 0,05$
CD3+, %	55,8±0,58*	48(40,5-50)	48(43,5-53)	$p > 0,05$	48(43-53,5)	$p > 0,05$
CD3+абс, $\times 10^9/\text{л}$	1,078±0,01	0,625(0,395-0,87)	0,61(0,425-1,085)	$p > 0,05$	0,795(0,45-1,345)	$p > 0,05$
CD4+, %	35,4±0,49	39(29-40)	34,5(27-40)	$p > 0,05$	37(30-41,5)	$p > 0,05$
CD4+абс, $\times 10^9/\text{л}$	0,68±0,01	0,57(0,295-0,715)	0,47(0,265-0,71)	$p > 0,05$	0,725(0,405-0,92)	$p > 0,05$
CD8+, %	23,6±0,26	21(15,5-25,5)	22(18-28)	$p > 0,05$	18,5(15,5-29)	$p > 0,05$
CD8+абс, $\times 10^9/\text{л}$	0,46±0,01	0,31(0,225-0,42)	0,33(0,255-0,455)	$p > 0,05$	0,315(0,21-0,49)	$p > 0,05$
CD22+, %	20,3±0,39	22,5(17-30,5)	17,5(13,5-26)	$p > 0,05$	19(16,5-26,5)	$p > 0,05$
CD22+абс, $\times 10^9/\text{л}$	0,39±0,01	0,29(0,21-0,62)	0,27(0,14-0,38)	$p > 0,05$	0,275(0,2-0,65)	$p > 0,05$
CD16+, %	5-19	14(11-16)	11(8,5-12)*	$p < 0,01$	12(10-14,5)	$p > 0,05$
CD16+абс, $\times 10^9/\text{л}$	0,23	0,16(0,145-0,22)	0,14(0,095-0,21)	$p > 0,05$	0,175(0,15-0,29)	$p > 0,05$
ИРИ, у.е	1,5±0,02	1,865(1,175-2,65)	1,355(0,935-2,16)	$p > 0,05$	1,945(1,325-2,545)	$p > 0,05$
ФАГ, %	65,3±0,7	81(75-83,5)	74,5(71-86)	$p > 0,05$	84,5(70,5-89)	$p > 0,05$
IGA, мг/%	217	210(175-225)	180(156-220)	$p > 0,05$	180(162-195)*	$p < 0,05$
IGM, мг/%	146	116(95-165)	157(85-180)	$p > 0,05$	150(132,5-165)	$p > 0,05$
IGG, мг/%	985	1085(950-1200)	970(900-1300)	$p > 0,05$	980(915-1200)	$p > 0,05$
ЦИК, у.е.	89,7	85,5(70-99)	97(88-110)	$p > 0,05$	92(62-104)	$p > 0,05$

солютная и относительная лимфопения, дефицит абсолютного числа зрелых Т-лимфоцитов. В контрольной группе изменения отмечены по гипосупрессорному типу со стимуляцией НК-клеток, что свидетельствует об активации процессов созревания и дифференцировки клеток иммунной системы. Причём, в контрольной группе выраженность иммуносупрессии была значимо выше в сравнении с дооперационными данными, на 7-8 сутки не произошло восстановления исходного уровня иммунологической резистентности.

В контрольной группе отмечались разнонаправленные изменения показателей (табл. 3). При этом отмечалось значимое снижение лейкоцитов (в 1,2 раза), доли лимфоцитов (в 1,4 раза), их абсолютного числа (в 1,4 раза). В 1,2 раза снизилось абсолютное число зрелых Т-лимфоцитов и естественных киллеров, в 1,3 раза – CD22+ клеток. В то же время происходило повышение долевого содержания CD4+ клеток в 1,1 раза, CD8+ клеток в 1,2 раза, CD16+ клеток в 1,4 раза. На 7-8 сутки

Таблица 3

Динамика показателей иммунного статуса у больных после холецистэктомии и антибиотикотерапии

Показатель	Норма	До операции	3-4 сутки	p_w	7-8	p_w
Li, %	33,3±0,59	30(26-32)	22(19-25)***	$p<0,001$	27(25-31)	$p<0,05$
Liaбс, $\times 10^9/\text{л}$	1,93±0,03	1,58(1,28-1,84)	1,04(0,94-1,17)***	$p<0,001$	1,38(1,16-1,73)	$p>0,05$
CD3+, %	55,8±0,58*	42(38-45)	46(42-55)*	$p<0,05$	45(37-50)	$p>0,05$
CD3+абс, $\times 10^9/\text{л}$	1,078±0,01	0,61(0,55-0,74)	0,53(0,38-0,61)***	$p<0,001$	0,61(0,46-0,87)	$p>0,05$
CD4+, %	35,4±0,49	33(29-36)	37(31-47)*	$p<0,05$	32(29-39)	$p>0,05$
CD4+абс, $\times 10^9/\text{л}$	0,68±0,01	0,48(0,42-0,63)	0,4(0,29-0,46)***	$p<0,001$	0,47(0,33-0,46)	$p>0,05$
CD8+, %	23,6±0,26	23(18-27)	28(23-44)**	$p<0,01$	19(13-24)	$p>0,05$
CD8+абс, $\times 10^9/\text{л}$	0,46±0,01	0,33(0,28-0,41)	0,27(0,22-0,35)*	$p>0,05$	0,24(0,18-0,31)*	$p<0,05$
CD22+, %	20,3±0,39	16(15-27)	21(16-27)*	$p>0,05$	18(16-29)	$p>0,05$
CD22+абс, $\times 10^9/\text{л}$	0,39±0,01	0,28(0,18-0,35)	0,22(0,13-0,25)**	$p<0,01$	0,29(0,2-0,42)	$p>0,05$
CD16+, %	5-19	13(11-22)	18(14-22)*	$p<0,05$	18(10-22)	$p>0,05$
CD16+абс, $\times 10^9/\text{л}$	0,23	0,21(0,17-0,3)	0,18(0,14-0,27)*	$p<0,05$	0,23(0,2-0,3)	$p>0,05$
ИРИ, у.е	1,5±0,02	1,54(1,27-1,74)	1,32(0,81-1,73)	$p>0,05$	2,06(1,48-2,52)**	$p<0,01$
ФАГ, %	65,3±0,7	76(74-80)	73(70-77)	$p>0,05$	82(78-88)*	$p<0,05$
IGA, мг/%	217	185(175-200)	180(160-195)	$p>0,05$	180(170-182)	$p>0,05$
IGM, мг/%	146	120(105-175)	150(115-180)	$p>0,05$	154(130-190)	$p>0,05$
IGG, мг/%	985	1350(980-1400)	1230(980-1400)	$p>0,05$	1300(1000-1400)	$p>0,05$
ЦИК, у.е.	89,7	104(86-112)	102(92-124)	$p>0,05$	99(82-120)	$p>0,05$

У больных, которым с профилактической целью интраоперационно вводили цефотаксим, к 3-4 суткам в 1,2 раза снизилось абсолютное число лимфоцитов, в 1,03 раза – абсолютное число зрелых Т-лимфоцитов, в 1,3 раза – доля CD16+%. К 7-8 суткам в 1,02 раза снизилось абсолютное число Т-хелперов, что позволило этот показатель отнести к супрессии 2 степени по А.М. Земскову. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 4

Динамика различий показателей иммунного статуса в группах больных после антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии холецистэктомии

Показатель	p_u до операции	p_u 3-4 сут	p_u 7-8 сутки
Li%	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
Liaбс	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
CD3%	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
CD3 абс	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
CD4%	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
CD4абс	$p>0,05$	$p>0,05$	0,016412*
CD8%	$p>0,05$	0,046981*	$p>0,05$
CD8абс	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
CD22%	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
CD22абс	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
CD16%	$p>0,05$	0,006439**	$p>0,05$
CD16абс	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
ИРИ	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
ФАГ	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
IGA	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
IGM	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
IGG	$p>0,05$	$p>0,05$	0,034074*
ЦИК	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$

Примечание: * - $p_u < 0,05$, ** - $p_u < 0,01$.

существенно снизилась доля лимфоцитов в 1,1 раз и Т-супрессоров в 1,4 раза, с повышением ИРИ в 1,3 раза и стимуляцией фагоцитоза в 1,1 раз. Нарушение нормального соотношения основных субпопуляций Т-лимфоцитов на 7-8 сутки говорит о неэффективной работе иммунной системы.

При межгрупповом сравнении, обращает внимание более высокий (на 3-4 сутки) уровень клеток CD+8%, CD16+% контрольной группы в 1,3 и 1,6 раз соответственно. На 7-8 сутки, в 1,5 раза абсолютное число Т-хелперов было ниже и в 1,3 раза концентрация IgG была выше в контрольной группе. Достоверность изменений представлена в таблице 4.

Таким образом, у больных пожилого и старческого возраста на 3-4 сутки после холецистэктомии с «обычной» антибиотикопрофилактикой, сохраняется исходный иммунодефицит. Поэтому в полной мере, АБП не может предотвратить местных воспалительных изменений в послеоперационной ране.

На фоне проводимой антибактериальной терапии, значимо усугубляется исходный иммунодефицит. Но длительно поддерживаемая терапевтическая концентрация антибиотика позволяет предотвратить местные воспалительные изменения в послеоперационной ране.

Антибактериальная терапия и интраоперационная антибиотикопрофилактика в послеоперационном периоде у больных данной возрастной группы дополнительно требуют применения лекарственных иммунокорректоров.

IMMUNOLOGICAL REACTANCE AND EFFICIENCY ANTIBIOTIC PREVENTIVE MAINTENANCE CEFATOXIMY AT HOLECYSTECTOMY AT PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE

V.A. Filippov

(Republican Clinical Hospital, Ulan-Ude-city)

In work the estimation of efficiency of intraoperative antibiotic preventive maintenance cefatoximy on parameters of the immune status of patients of elderly and senile age is given. Thus it is marked, that in patients afterolecystectomy with «usual» antibiotic preventive maintenance, it is kept initial immunodeficiency, that does not prevent inflammatory changes in a postoperative wound. Long supported concentration cefatoximy prevents inflammatory changes in a wound.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляев Л.Б., Жуков В.Ф., Пикуза В.И. и др. // Военно-медицинский журнал — 1999. — Т. СССХХ, № 4. — С.36-38.
2. Белоцерковский Б.З., Бражник Т.Б., Гельфанд Б.Р. и др. Антибактериальная терапия абдоминальной хирургической инфекции / Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Тельфанда. — М., 2003. — 183 с.
3. Дуданов И.П., Соболев В.Е., Алонцева Н.Н. и др. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2004. — Т. 163, № 4. — С.44-52.
4. Ермолов А.С., Шулуто А.М., Прудков М.И. и др. // Хирургия. — 1998. — № 2. — С.11-13.
5. Ефименко Н.А., Гучев И.А. // Consilium medicum. — 2005. — Приложение № 1. — С.40-41.
6. Земсков В.М., Земсков А.М. // Иммунология. — 1996. — № 3. — С.4-6.
7. Кириенко П.А., Гриненко Т.Ф., Гурьянов В.А. и др. Анестезиология и интенсивная терапия / Под ред. Б.Р. Гельфанда. — М., 2005. — 541 с.
8. Радченко В.Г., Шабров А.В., Зиновьева Е.Н. Основы клинической гепатологии. — СПб., 2005. — С.585-586.
9. Сидоренко С.В., Яковлев С.В. Инфекции в интенсивной терапии. — М., 2003. — 207 с.
10. Трусев Ю.В. Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — Барнаул, 1991. — С.13-14.
11. El Mufti M.B., Rakas F.S., Glessa A. Ceftriaxone versus clavulanate — potentiated amoxicillin for prophylaxis against post-operative sepsis in biliary surgery: a prospective randomized study in 200 patients // Curr. Med. Opin. — 1999. — Vol. 11. — P.134-137.
12. Masterion R.G. Antimicrobial prophylaxis in low-risk biliary surgery // S. Antimicrob. Chemoter. — 1986. — Vol. 18, № 1. — P.4-6.

© ПОПОВА Е.А., ОРЛОВ С.В., ПОЗДНЯКОВА М.А., СКОРОБОГАТОВ А.Ю., ПОПОВ А.А., СКОРОБОГАТОВА И.А. — 2006

ПРОФИЛАКТИКА И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПНЕВМОНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Е.А. Попова, С.В. Орлов, М.А. Позднякова, А.Ю. Скоробогатов, А.А. Попов, И.А. Скоробогатова

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. И.П. Артюхов, кафедра неотложной медицины Института постдипломного образования, зав. — д.м.н., проф. А.А. Попов)

Резюме. С целью уменьшения числа пневмоний и снижения летальности у больных с ишемическим инсультом в острую фазу 50 больным основной группы в комплексное лечение дополнительно были включены милдронат и реаферон-ЕС-липид. Изучение состояния клеточного, гуморального иммунитета, некоторых показателей неврологического статуса, дыхания, изменений КОС и газового состава крови показало, что совместное воздействие на различные звенья клеточного, гуморального иммунитета милдронатом и реаферон-ЕС-липидом позволяет эффективно активировать фагоцитоз, что привело к снижению частоты возникновения пневмоний у больных основной группы с 62% до 26% и уменьшению общей летальности на 26%. Таким образом, с первых дней лечения больных ишемическим инсультом необходимо проводить иммунокоррекцию милдронатом и реаферон-ЕС-липидом.

Ключевые слова. Ишемический инсульт, иммунитет, милдронат, реаферон-ЕС-липид.

Несмотря на то, что ишемический инсульт начинается как заболевание одного органа, хотя и ведущего в поддержании гомеостаза и социального статуса человека, нарушение или даже выпадение функций определенных участков головного мозга приводит к развитию гиперергической реакции нейроэндокринной системы, гиперпродукции цитокинов, активации свободнорадикальных и аутоиммунных процессов, что укладывается в современную концепцию синдрома системного воспалительного ответа (ССВО). Развитие данного синдрома на фоне вторичного иммунодефицита крайне опасно для больных с ишемическим инсультом, так как может привести к возникновению гнойно-септических осложнений, в том числе и к пневмонии [1,3-8].

Материалы и методы

Работа носит клинический характер и основана на анализе лечения 100 больных блока реанимации и интенсивной терапии неврологического отделения МУЗ ГКБ № 6 им. Н.С. Карповича за период с 2002 по 2005 год. Все больные доставлялись в стационар реанимационными и неврологическими бригадами скорой помощи.

В зависимости от варианта интенсивной терапии, применявшегося для лечения больных с ишемическим инсуль-

том без бульбарных нарушений, больные были разделены на две группы.

Контрольную группу составили 50 больных, которым проводили стабилизацию витальных функций, перфузионного давления мозга, нормализацию ОЦК. Интенсивная терапия: режим умеренной гиперволемической гемодилюции, купирование тахикардии, церебропротекция, стабилизация функций ствола головного мозга, профилактика развития нейродистрофического синдрома, раннее энтеральное питание, профилактика трофических расстройств, актовегин, антагонисты кальция, антибактериальная терапия согласно рекомендациям Американского общества торакальных хирургов.

Основную группу составили 50 больных, которым в комплексное лечение дополнительно были включены: милдронат 10%-5,0 мл внутривенно 7-10 дней, реаферон-ЕС-липид по 1 мл. ЕД в течение 5 дней.

Среди 100 больных преобладали женщины (56%). В контрольной группе было 42% мужчин и 58% женщин, в основной — 46% и 54% соответственно. Исследования проведены у больных с ишемическим инсультом в возрасте от 35 до 81 года. Средний возраст больных контрольной группы составил 63,1±1,68 года, в основной — 63,9±1,64 года (t=0,34, p>0,05). Люди пожилого и старческого возраста составили 36% в контрольной группе и 36% в основной.

Клиническое обследование и данные компьютерной томографии позволили всех больных с ишемическим инсультом распределить по характеру инсультов следующим