

Одним из последних достижений химико-инженерной технологии является создание нового регуляторного пептида — рекомбинантного дрожжевого интерлейкина-2. Данный препарат рекомендуется использовать на всех фазах вторичной иммунной недостаточности. Очевидны три стратегических направления применения препарата — с целью иммунопротекции, иммунокоррекции и иммунореставрации. Иммунокорректирующее действие препарата направлено на усиление и оптимизацию противобактериального, противовирусного, противогрибкового иммунитета. Также положительным качеством ронколейкина является регионарный и местный иммуномодулирующий эффекты, что позволяет использовать данный препарат непосредственно в очаге инфекции (внутриплеврально, внутреуретрально, в виде инстилляций в околоносовые пазухи) и регионально (лимфотропное введение препарата).

Для оценки эффективности лимфотропной иммунотерапии с использованием рекомбинантного ИЛ-2 (Ронколейкин «Биотех») мы проводили лечение 2 групп больных с ГНФСДС. Наш выбор был обоснован имеющимися у таких больных явлениями вторичного иммунодефицитного состояния. Течение раневого процесса у больных сахарным диабетом имеет свои особенности. Сахарный диабет и гнойные заболевания мягких тканей являются заболеваниями взаимоотягощающими друг друга. Протекание воспалительного процесса у этих больных зависит также от возраста больных, локализации очага, формы заболевания.

Лимфотропная терапия с использованием данного препарата нами проведена в комплексной терапии ГНФСДС у 24 пациентов. Контрольную группу составил 41 пациент. Препарат вводился подкожно в 1–2 межпальцевые промежутки стоп, а также в ряде случаев подкожно в области задней поверхности голени. Для этого накладывали манжетку от аппарата Рива-Роччи на среднюю треть бедра и создавали там давление 40 мм рт. ст. Предварительно, за 8–10 минут перед введением препарата, с целью усиления проницаемости лимфатических капилляров подкожно вводили лидазу, а затем ронколейкин в дозе 250 тыс. ЕД с интервалом 3–5 дней.

Клинические наблюдения за этими больными показали, что у них через 4–6 дней температура начинает нормализоваться, а лейкоцитоз — снижаться, происходит уменьшение отека и инфильтрации тканей на 10–14 сутки, гнойного отделяемого — на 14–16 день, очищение площади язв — на 21–24-е сутки, появление грануляций — на 27–29 день, эпителизация язв — на 33–35 сутки. В 4 случаях достигли практически полного заживления язвенных дефектов. В контрольной группе, соответственно, уменьшение отека на 15–17 день, гнойного отделяемого — на 25–27 день, очищение площади язв — на 30–32 сутки, образование грануляций — на 35–37 день, эпителизация — на 42–45 день. Сравнение этой группы больных с контрольной, 39 пациентам которой проводилось лечение традиционными способами, показало, что при лимфотропной терапии гнойно-некротических форм СДС с использованием ронколейкина в 1,2–1,5 раза быстрее стихает воспалительный процесс, и сокращаются сроки заживления язв. Осложнения (лимфаденит, некроз) в основной группе наблюдались в 19 %, в контрольной — в 25 % случаев. Средние сроки лечения составили в основной группе 34–36 койко-дней, в контрольной — 39–41 койко-дней.

Таким образом, регионарная лимфотропная терапия при лечении гнойно-некротических форм СДС легко доступна, технически проста, не требует микрохирургического инструментария, сопровождается положительной динамикой клинико-лабораторных данных.

**Л.В. Борбоев, А.Н. Плеханов, Е.В. Петров**

### **ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ПОЛИФИТОХОЛ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ**

*Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)  
Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)  
Бурятский научный центр СО РАН (Улан-Удэ)*

Проблема лечения больных с хронической дуоденальной непроходимостью до настоящего времени остается нерешенной. Многочисленные результаты лечения больных с данной патологией основываются на таких показателях, как режим (обязательная госпитализация), диета (исключение из рациона питания грубой пищи) и комплексное лечение с использованием широкого арсенала медикаментозных препаратов. Все эти аспекты терапевтического лечения, учитывая их малоэффективность, требуют пересмотра.

В настоящее время в стране возрос интерес к фитотерапии. При заболеваниях гепатобилиарной зоны используются различные лекарственные фитопрепараты: дезинтоксикационные, противовоспа-

лительные, желчегонные, индукторы ферментативных систем, улучшающие обмен веществ и т.д. Наше внимание привлёк препарат «Полифитохол».

**Цель исследования** — оценка роли препарата «Полифитохол» в лечении хронической недостаточностью дуоденальной проходимости (ХНДП).

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами пролечено 26 больных: 12 пациентов с диагнозом «Постхолецистэктомический синдром», 8 — с хроническим панкреатитом, 2 — с острым холециститом, и 4 — с обострением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Препарат получен по щадящей технологии из корневищ девясила высокого, травы золототысячника обыкновенного, цветков пижмы обыкновенной, плодов шиповника и плодов боярышника. Имеются многочисленные публикации положительного использования полифитохола при дискенизиях желчевыводящей путей.

Диагноз ХНДП устанавливался на основании клинических данных: боли, чувство тяжести в эпигастрии, усиливающиеся после приема пищи, горечи во рту, тошноту и т. д. а также данных ФГДС, дуоденографии и дуоденоманометрии. Признаки ХНДП при данных видах обследования известны, и нет необходимости их перечисления. Полифитохол применяли пациентам с субкомпенсированной ХНДП, т.к., по данным литературы, данной категории больных возможна положительная медикаментозная терапия. Больным с декомпенсированной ХНДП чаще необходима хирургическая коррекция.

Полифитохол применяли по 1,0 порошка три раза в день за 30 мин. до еды в течение 3 недель на фоне базисной терапии. До применения препарата, на 10—11 и 21 день, проводились контрольные ФГДС, дуоденография и манометрия.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Положительным моментом применения препарата явилось: прекращение рефлюкса желчи в желудок в 88 % случаев, ускорение пассажа контрастного вещества по двенадцатиперстной кишке и отсутствие его заброса в желудок в 90 % случаев, снижение внутридуоденального давления в среднем на 15—20 % от исходного уровня. После курса лечения 23 пациента отметили улучшение — исчезли боли, тяжесть в эпигастрии, чувство горечи во рту и другие проявления.

Таким образом, применение полифитохола в лечении больных с ХНДП является более яркой альтернативой применения холинолитиков, т.к. он не только улучшает функцию ДПК но и оказывает желчегонное, противовоспалительное и гепатозащитное действие, что немаловажно т.к. ХНДП и заболевания гепатобилиарной зоны тесно взаимосвязаны.

**С.Н. Бочаров**

#### ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫЕ ПРИНЦИПЫ ОГРАНИЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ

*ГУ НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)*

Формирование послеоперационной боли имеет свои особенности, которые сопряжены со многими факторами, в том числе и с длительностью заболевания. При этом болевой синдром приобретает патологические черты своего развития. Известно, что адаптационные реакции организма могут протекать в двух направлениях: толерантном и резистентном. Данные стратегии адаптации имеют свои особенности и по сути являются диаметрально противоположными. Благодаря выделению протекторов рецепторного действия представляется возможным формировать ту или иную защитную стратегию путем целенаправленного воздействия на различные патогенетические звенья боли. Современные способы ограничения послеоперационной боли нельзя признать эффективными, поскольку они используются без учета болевого анамнеза, механизмов формирования боли и в основном воздействуют на конечное звено — перцепцию. В этой связи выполнена работа по оценке эффективности использования различных принципов ограничения послеоперационной боли, основанных на стимуляции толерантной стратегии адаптации путем целенаправленного воздействия на ключевые патогенетические звенья формирования послеоперационной боли.

Под нашим наблюдением находилось 100 пациентов в возрасте от 51 до 76 лет, оперированных по поводу коксартрозов. В зависимости от принципов ограничения послеоперационной боли больные были распределены на 4 группы по 25 человек каждая. В основной группе использован принцип воздействия на перцепцию. В первой группе клинического сравнения воздействовали на трансдукцию.