

Наиболее выраженные изменения наблюдались в субпопуляции В-лимфоцитов. После приема препарата отмечено значительное увеличение CD20+ лимфоцитов в среднем на 21% ($p < 0,001$).

После приема БАД «ДНКАС» относительное содержание субпопуляций лимфоцитов (CD3+, CD8+, CD16+, CD25+) у пожилых людей с исходными средними и высокими значениями показателей либо не изменялись, либо незначительно снижались до уровня средних значений.

После приема БАД «ДНКАС» отмечена тенденция к снижению уровня IgA в 1,3 раза ($p < 0,005$), IgM в 1,4 раза ($p < 0,001$) и IgG в 1,4 раза ($p < 0,002$) у пожилых людей с изначально высокими

значениями, в то время как у пожилых людей с низкими значениями отмечалось повышение уровня IgA в 1,9 раза ($p < 0,02$), IgM в 1,6 раза ($p < 0,05$). У пожилых людей со средними значениями показателя достоверных изменений не наблюдалось.

Выводы: таким образом, БАД «ДНКАС», назначаемая по 1 таблетке 2 раза в день в течение 30 дней, является эффективной для нормализации показателей иммунного статуса, так как восстанавливает клеточный иммунитет и оказывает иммуномодулирующее действие на уровень иммуноглобулинов в сыворотке крови у пожилых людей. В связи с этим она может быть рекомендована для использования в комплексе лечебных мероприятий у лиц пожилого возраста.

Шляхова А.В.

ВЛИЯНИЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИММУОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Цель: оценить клиническую эффективность включения в протокол терапии больных хроническим бронхитом перорального бактериального иммуномодулятора — рибомунилы.

Методы: Обследовано 64 человека. Их них: мужчин — 39 человек, женщин — 25 человек, в возрасте от 32 до 60 лет с диагнозом хронический бронхит, давностью процесса свыше 10 лет. Все пациенты наблюдались после проведенного стационарного лечения, в стадии клинической ремиссии. Контрольная группа 20 здоровых людей — доноров станции переливания крови. Динамика клинических симптомов заболевания проанализирована с помощью специально разработанного опросника. Всем больным проведена спирометрия с пробой на бронходилатацию (спирограф micro loop фирмы Micro Medical Limited, программы Spida 5). Показатели клеточного звена иммунитета CD₃, CD₄ и CD₈ исследовали с помощью иммуноферментного метода; Ig G, Ig M, Ig A методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Фагоцитоз изучали традиционным методом со стандартной взвесью стафилококка штамм 210. Проведено бактериологическое исследование посевов мокроты на микрофлору. В качестве иммуномодулятора использован препарат рибомунил, состоящий из компонентов наиболее часто встречающихся в респираторном тракте микроорганизмов (*Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae*). Боль-

ные хроническим бронхитом получали рибомунил по 1 порошку в день, 4 дня в неделю — 3 недели, затем по 1 порошку в день 4 дня в начале каждого из 5 месяцев.

Результаты: установили, что у всех больных хроническим бронхитом в стадии клинической ремиссии характерно снижение активности CD₃ и CD₈, инверсия иммунорегуляторного индекса, снижение фагоцитарной активности (ФЧ, ФИ, АФП). Уменьшение концентрации Ig M, Ig G, Ig A в крови. Зарегистрировали снижение уровня Ig A в слюне. Сравнение спирометрических данных показало, что все показатели функции внешнего дыхания оказались достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у здоровых. При бактериологическом изучении мокроты у 1/4 больных выделены штаммы: *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*. У больных хроническим бронхитом на фоне применения рибомунилы наблюдали повышение активности CD₃ и CD₈, нормализацию иммунорегуляторного индекса, усиление фагоцитарной активности (ФЧ, ФИ, АФП). Концентрация Ig G, Ig M, Ig A — в крови и Ig A в слюне также повысилась. В 1,8 раз снизилась частота выделения патогенных и условно-патогенных микроорганизмов.

Выводы: включение рибомунилы с целью иммунокоррекции у больных хроническим бронхитом патогенетически обосновано и имеет клиническую эффективность.

Шляхова А.В., Павлова Г.Г., Шуматова Т.А., Казявина Н.В.

ПРИМЕНЕНИЕ АМОКСИЦИЛЛИН/КЛАВУЛАНАТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Цель: оценить клинко-иммунологическую эффективность применения антибактериального препарата аугментина у больных хроническим бронхитом.

Методы: обследовано 64 пациента (мужчин — 39, женщин — 25) в возрасте от 32 до 85 лет с диагнозом хронический бронхит и давностью заболевания более 10 лет. Обследуемые больные были разбиты на две группы. 1 группа — 27 человек получала аугментинв2 фирмы GlaxoSmithKline в таблетках по 875 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней. 2 группа — 23 человека получала амоксициллин по 0,5 г 3 раза в сутки в течение 7 дней. Во время исследования все больные получали стандартную симптоматическую терапию. Контрольную группу составили 20 здоровых людей — доноров станции переливания крови. Всем пациентам проведен клинический осмотр, спирометрия с пробой на бронходилатацию (при помощи спирографа micro loop фирмы Micro Medical Limited, программа Spida 5). Исследованы показатели клеточного звена иммунитета CD₃, CD₄ и CD₈ при помощи иммуноферментного метода, гуморального звена — Ig G, Ig M, Ig A методом радиальной иммунодиффузии по Манчини, фагоцитоза с помощью традиционного метода со стандартной взвесью стафилококка штамм 210, бактериологическое исследование мокроты на патогенную и условно-патогенную флору.

Результаты: обследование в двух группах показало значительное снижение показателей клеточного звена иммунитета —

CD₃, CD₄ и CD₈, инверсию иммунорегуляторного индекса, уменьшение содержания Ig G, Ig M, Ig A в крови, значительное снижение количества Ig A в слюне, нарушение фагоцитарной активности (ФЧ, ФИ, АФП, ФАН, ИЗФ), по сравнению с контрольной группой здоровых людей. При посеве мокроты на микрофлору у больных с хроническим бронхитом до начала антибактериальной терапии выявлено *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*. При проведении спирографии отмечается нарушение внешнего дыхания в 1 и 2 группах. Установлено, что у больных хроническим бронхитом при приеме аугментина в дозировке по 875 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней быстрее купировались основные симптомы заболевания, как следствие уменьшилась потребность в холинолитиках и б₂ — агонистах. При повторном посеве мокроты патогенной флоры не выявлено. При иммунологическом обследовании в 1 группе отмечалось увеличение CD₃, CD₄ и CD₈, усиление фагоцитарной активности. Во 2 группе при приеме амоксициллина по 0,5 г 3 раза в сутки в течение 7 дней при повторном посеве мокроты на микрофлору у 1/3 больных выселили *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*.

Выводы: исследование показало, что включение аугментина в протокол терапии больных хроническим бронхитом имеет клинко-иммунологическую эффективность.

Шеглова М.Ю.

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Благовещенск

Цель: изучить уровень цитокинов (интерлейкин-4, интерлейкин-8, интерферон-γ) у пациентов с бронхиальной астмой и хроническим бронхитом, имеющих признаки холодовой гиперреактивности дыхательных путей.

Методы: обследованы 31 пациент с БА и 30 пациентов с хроническим бронхитом, имеющих признаки холодовой гиперреактивности дыхательных путей, средний возраст 33,9±0,82 лет, контрольную группу составили 15 здоровых лиц без при-

знаков холодовой гиперреактивности, средний возраст $23,1 \pm 2,82$ лет. Для диагностики холодовой гиперреактивности использовался инструментальный комплекс «Эрих Егер». Провокационная проба проводилась путем гипервентиляции в течение 3 минут охлажденной до -20°C воздушной смесью, содержащей 5% CO_2 . Контрольные исследования выполнялись перед началом холодовой провокации и после нее на 1 и 5 минутах восстановительного процесса. Основным критерием оценки служило падение ОФВ, более чем на 10% от исходной величины сразу после провокации и более, чем на 15% через 5 минут после нее. Проводилось комплексное клинико-иммунологическое обследование в обеих группах. Содержание цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-8, IFN- γ) определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью реактивов «Вектор-Бест» и «Протеиновый контур».

Цывкина Г.И., Луценко Г.А., Алейникова В.Б., Казнадзей Н.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИОКСИДОНΙΑ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

*Владивостокский филиал НИИ медицинской генетики Томского научного центра СО РАМН
Региональный центр клинической иммунологии и аллергологии г. Владивостока*

Владивостокский государственный медицинский университет

Полиоксидоний принципиально отличается от других иммуномодуляторов фармацевтического рынка РФ, так как помимо иммуномодулирующего действия обладает детоксикационными, антиоксидантными и мембраностабилизирующими свойствами. Это позволяет расширить диапазон применения препарата, используя его не только для лечения хронических вялотекущих процессов, но и острых воспалительных заболеваний. В связи с этим целью нашего исследования была оценка эффективности применения полиоксидония в комплексном лечении при различных клинических формах аллергических заболеваний. В исследуемые группы были включены: 1 группа — пациенты с atopическим дерматитом (АД) в возрасте от трех до двадцати лет в количестве 62 человека. У 12% течение АД осложнилось пиодермией, у 44% АД сочетался с дисбактериозом кишечника; 2 группа — пациенты с ОТАР, 83 человека с различной степенью тяжести, из них 52 ребенка от 2 до 16 лет; 3 группа — острая крапивница — 48 человек; 4 группа — хроническая крапивница, обострение, 16 человек; 5 группа — поллиноз в фазе обострения с различными клиническими симптомами, 104 человека. Однако во всех этих случаях иммуномодулирующая терапия не была направлена на основную причину заболевания, т.е. не являлась этиотропной. В ряде случаев полиоксидоний существенно улучшал клиническую картину основного заболевания воздействуя на интоксикационный синдром. Полиоксидоний применялся на фоне этиопатогенетической ком-

Результаты: в результате исследования установлено, что уровень сывороточного ИЛ-4 у пациентов с БА и ХБ существенно не различался и составил $49,940 \pm 5,029$ и $40,334 \pm 4,204$ пг/мл соответственно, но достоверно различался с группой здоровых лиц ($15,616 \pm 0,943$). Уровень ИЛ-8 находился в пределах нормы (менее 30 пг/мл) во всех трех группах. Уровень IFN- γ был значительно повышен при обострении ХБ ($89,566 \pm 12,613$ пг/мл) и при БА ($70,206 \pm 15,884$ пг/мл) и значительно отличается от группы здоровых лиц ($20,120 \pm 1,784$).

Выводы: полученные данные подтверждают современные представления о дисбалансе иммунной системы при заболеваниях органов дыхания и показывают, что высокий уровень цитокинов, прежде всего провоспалительных, является неблагоприятным фактором, отражающим степень активности и тяжести патологического процесса.

плексной терапии, объем которой зависел от возрастной стадии, периода болезни, тяжести течения, выраженности и локализации клинического симптома, распространенности кожного процесса. Способ введения препарата в/в капельно в дозе 0,15 мг/кг (у детей) и 6 мг у взрослых, на курс №5-7 инфузий. Исследование проведено открытым способом в сравнении с контрольной группой. На этапах исследования учитывалась динамика клинико-лабораторных и иммунологических (CD3, CD4, CD8, CD16, CD95, CD25, CD20, IgM, G, A, НСТ-тест) параметров. По сравнению с контрольной группой отмечено более быстрое купирование симптомов интоксикации, частоты бактериальных осложнений, ускорение процессов эпителизации кожных покровов и слизистых оболочек, нормализация иммунологических параметров (снижение уровня ЦИК, оптимизация отношения CD4/CD8, нормализация CD3, CD25 и показателей фагоцитоза, снижение CD95). Наши исследования подтверждают перспективность применения полиоксидония в комплексной терапии при различных нозологических формах аллергических заболеваний, и не только в тех случаях, когда имеются осложнения, связанные с клиническими проявлениями инфекционного синдрома вторичной иммунологической недостаточности. Применение полиоксидония с первых дней острого заболевания или начала обострения хронического позволяет проводить профилактику гнойно-септических осложнений, не дожидаясь манифестации клинических проявлений.

Яницкий Н.А., Нечай И.А., Березин В.С., Суханкина Г.И.

ВЛИЯНИЕ НИЗВОДИМОГО ОТДЕЛА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПРИ СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИХ РЕЗЕКЦИЯХ, НА СОСТОЯНИЕ РЕЗЕРВУАРНОЙ И ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова.

Определение возможных путей улучшения функциональных результатов сфинктеросохраняющих резекций прямой кишки по поводу ракового поражения ее, является актуальной проблемой колопроктологии. Нестабильность резервуарной и эвакуаторной функций, даже при высоких резекциях прямой кишки, послужили основанием для проведения целенаправленных исследований.

Цель: оценить влияние низводимого отдела сигмовидной кишки на состояние резервуарной и эвакуаторной функции после передней резекции прямой кишки.

Проанализированы данные лечения 121 больного раком прямой кишки (75 больных после передней резекции прямой кишки, 46 больных после резекции прямой кишки с формированием толстокишечного резервуара). Анализированы данные 60 дооперационных ирригограмм. С помощью курвиметра измеряли длину левого фланга ободочной кишки с обращением особого внимания на размеры сигмовидной кишки. После операции при ректороманоскопии определяли уровень расположения анастомоза от анального края и измеряли длину удаленной кишки с опухолью (118 препаратов). Зная все указанные параметры, определяли тот отдел ободочной кишки, который соединяли затем с культи прямой кишки.

При выполнении передней резекции прямой кишки, обычно стараются, насколько возможно минимально отступить от нижнего края раковой опухоли с тем, чтобы по возможности, сохранить большую часть функционирующей прямой кишки.

При пересечении же кишки выше опухоли, казалось бы, не возникает необходимости в строгой экономичности сохранения кишки, примыкающей к опухоли, так как всегда имеется достаточная часть остающегося левого фланга ободочной кишки. Когда же на операции выявляется удлиненная сигмовидная кишка, дистальную ее часть часто резецируют, руководствуясь принципами «достаточности» длины кишки для наложения анастомоза и адекватности кровообращения анастомозируемого края (с учетом онкологических принципов оперирования). Вместе с тем, наши специальные исследования с анализом длины сигмовидной кишки по дооперационным ирригограммам и размером резецированной части ее после передней резекции прямой кишки, показали важность максимально возможного сохранения дистальной части сигмовидной кишки.

В тех случаях, когда для анастомоза использовались самые дистальные отделы сигмовидной кишки, резервуарная и эвакуаторная функции оказывались хорошими и удовлетворительными. В тех же случаях, когда с культи прямой кишки анастомозировали нисходящую кишку или проксимальный отдел сигмовидной кишки, функциональные результаты чаще оказывались неудовлетворительными.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют, чем больше по длине сохраняется используемая для колоректального анастомоза сигмовидная кишка, тем лучше оказываются резервуарная и эвакуаторная функции.