

ческого гуазинмонофосфата. Глиатилин, как холино-тропный препарат, реализует свое действие через этот метаболит, а реамберин, в реакциях субстратного фосфорилирования, образует его внутриклеточный и внутримембранный предшественник циклического гуанозинмонофосфата. Это означает, что метаболит-тропные эффекты реамберина и глиатилина замыкаются на одинаковый G-белок. Реамберин способен усиливать лечебный эффект глиатилина и эта комбинация является биохимически патогномичной в отношении многих неврологических расстройств, от ишемического инсульта до хронических нейродегенеративных заболеваний. Имеет принципиальное значение последовательность назначения препаратов, при остром нарушении мозгового кровообращения лечение следует назначать с глиатилина, а затем при малейшем положительном неврологическом сдвиге, в состав терапии целесообразно вводить реамберин в средние стандартной дозе.

Сочетание с калия-магния-аспаргинатом (панангином).

Применение этой комбинации преследует две цели: эффективное устранение гипокалиемии в плазме крови, за счет калия, содержащегося в растворе реамберина и снижение гипокалигемии, за счет действия аспаргината калия, находящегося в растворе панангина. Вторая цель – обеспечение возможности течения реакции субстратного фосфорилирования с дополнительным получением энергии. Эта реакция осуществляется за счет регенерации НАД⁺ в метаболической цепочке, поддерживаемой аспаргинатом. Комбинация реамберина с панангином показана при метаболическом ацидозе, при тяжелых формах заболеваний, протекающих с гипокалиемией (синдром Бартера, миелодисплазия, диабетический кетоацидоз), при острых отравлениях препаратами, снижающих уровень калия плазмы крови, в комплексной терапии инфаркта миокарда. Необходимо подчеркнуть, важность измерения концентрации калия в плазме крови и, если возможно, в эритроцитах, так он может служить маркером эффективности проводимой терапии.

ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ИЗ ГРУППЫ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ, В ГАЛОКАМЕРЕ И УСКОРЕННЫМ МЕТОДОМ ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Бабаев Ю.А.

«Республиканский детский санаторий для больных ревматизмом «Лесная сказка» Министерства здравоохранения Чувашской Республики, Чебоксары

В основу лечения и реабилитации больных детей с хроническим бронхитом (ХБ) и бронхиальной астмой (БА) из группы часто и длительно болеющих, положены общепринятые методики и с 2000г. дополнительно включены галотерапия и ускоренный метод иммунореабилитации (по показаниям). В ходе проведения эксперимента исследованием были охвачены 179 детей, с 5 до 10 лет включительно. Обследуемый контингент детей на основе «Копия-пара» при поступлении в санаторий был распределен на группы: опытная группа 84 больных ребенка и 95-контрольная группа. В опытной группе больным детям были назначены лечение по общепринятой методике для детских санаториев и дополнительно галотерапия и ускоренный метод иммунореабилитации (по показаниям). Контрольная группа больных детей проходила лечение по общепринятой методике.

Исследование проводилось в течении 3 лет. Обследование и врачебный контроль лечения больных детей в обеих группах осуществлялось ежедневно. Диагнозы ХБ и БА ставились детям врачами-педиатрами сельских лечебно-профилактических учреждений и при поступлении в санаторий врачами-педиатрами санатория. Длительность заболевания ХБ и БА у детей в контрольной и опытной группах были от 2 до 10 лет.

Таблица 1. Распределение детей больных бронхиальной астмой и хроническим бронхитом по продолжительности заболевания

Длительность заболевания	Контрольная группа		Опытная группа	
	ХБ	БА	ХБ	БА
До 2 лет	2	23	4	18
2-5 лет	18	30	12	27
5-10 лет	4	18	8	15
Итого:	24	71	24	60

Диагноз ХБ ставился больным детям с признаками диффузного прогрессирующего поражения бронхального дерева, обусловленного длительным раздражением воздухоносных путей, морфологически характеризующегося с изменением слизистой оболочки с развитием воспалительного процесса, клинически проявляющимся кашлем не менее трёх месяцев в течении двух лет.

Диагноз БА ставился больным детям, характеризующимся хроническим рецидивирующим течением, основным и обязательным патогенетическим меха-

низмом которого является измененная реактивность бронхов, обусловленная специфическими иммунологическими (в том числе врожденными) механизмами, а основным обязательным клиническим признаком – приступ удушья или астматический статус следствия бронхоспазмов, гиперсекреции и отека слизистой оболочки бронхов.

По тяжести течения БА больные дети подразделялись в опытной группе: легкое течение – 15 детей (25%), среднее – 45 (75%), в контрольной соответственно 11 (20%) и 57 (80%).

По степени активности воспалительного процесса у больных ХБ дети опытной группы распределились: в стадии ремиссии – 49 детей (70%), умеренного обострения – 22 (30%). По этой классификации дети контрольной группы не имели отличий.

При внешнем осмотре и физикальном исследовании при поступлении в санаторий у больных детей обеих групп БА выявлены: небольшой цианоз видимых слизистых (27,8%), жесткое дыхание (48,3%), ослабление дыхания (39,7%), рассеянные хрипы (56,7%), влажные хрипы (12,3%), участие вспомогательных мышц в акте дыхания (8%).

У больных детей ХБ обеих групп при внешнем осмотре и физикальном исследовании выявлены: Цианоз видимых слизистых (18,4%), жесткое дыхание (49,1%), ослабление дыхания (41,2%), рассеянные сухие хрипы (81,2%), влажные хрипы (13,4%), участие вспомогательных мышц в акте дыхания (7,2%).

Курс галотерапии состоял из 12-15 ежедневных сеансов продолжительностью 0,5-1,5 часов. Лечебное воздействие при этом оказывает аэродисперсная среда, насыщенная сухим аэрозолем хлорида натрия, с преобладающим размером частиц от 2 до 5 мкм. Такой размер частиц позволяет им проникать в глубокие отделы воздухоносных путей. Изучение аэродисперсной системы галокамеры позволило установить, что галоаэрозоль имеет значительную величину отрицательного объема заряда частиц (6-10 нК/мЗ). Высокий отрицательный заряд частиц также имеет терапевтическое значение.

Аэрозоль хлорида натрия улучшает реологические свойства бронхиального содержимого, способствуя нормализации мукоцилиарного клиренса. Кроме того, хлорид натрия необходим для нормального функционирования реснитчатого эпителия бронхов.

Аэрозоль хлорида натрия гигроскопичен, оказывает бактерицидное действие на микрофлору дыхательных путей, способствуя предотвращению развития и прогрессированию воспалительных процессов. Перечисленные механизмы действия, по видимому, обуславливают положительный эффект галотерапии. После прохождения курса галотерапии у подавляющего числа больных отмечена положительная динамика дренажной функции дыхательных путей (облегчается отделение мокроты, снижается ее вязкость, уменьшается кашель), аускультативной картины в легких, сокращается число и интенсивность приступов удушья и нервной одышки. Что позволяет снизить дозу постоянно получаемых медикаментов, а в ряде случаев добиться их полной отмены на длительный срок. Наблюдения за больными, получившими галотерапию показало, что терапевтический эффект лечения сохраняется и в отдаленные периоды.

Клиническая эффективность метода подтверждается положительной динамикой функционирования частоты сердечных сокращений и функции внешнего дыхания и жизненного объема легких. Так, по данным исследования кривой “Поток-объем” форсированного выдоха, после курса галотерапии отмечено достоверное снижение бронхиального сопротивления у больных БА и хроническим астматическим бронхитом (ХАБ).

Таким образом, галотерапия обладает противовоспалительным, улучшающим мукоцилиарный клиренс действием, стимулирует иммунную резистентность организма и занимает все более прочные позиции среди немедикаментозных методов лечения заболеваний органов дыхания.

Дети с лёгкой и средне-тяжёлой формой бронхиальной астмы получали специфическое лечение введением причиннозначимого аллергена, в результате чего уменьшается сенсибилизация к аллергену.

АКТИВНОСТЬ КАРБОКСИПЕПТИДАЗЫ N В СЫВОРОТКЕ КРОВИ САМОК КРЫС НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ЭСТРАЛЬНОГО ЦИКЛА В НОРМЕ И ПРИ ЭМОЦИОНАЛЬНОМ СТРЕССЕ

Бардинова Ж.С., Сметанин В.А.,

Вернигора А.Н., Генгин М.Т.

*Пензенский государственный
педагогический университет им. В.Г. Белинского,
Пенза*

При стрессе происходит активация гипоталамо-гипофизарной системы, что приводит к усилению секреции и биосинтеза стресс-пептидов, а также к изменению уровня ряда нейропептидов, вовлекающихся в регуляцию стрессорных реакций (пептида дельта-сна, энкефалинов и др.). В обмене этих биологически активных веществ участвует карбоксипептидаза N (КПН, КФ 3.4.12.7), которая может действовать как на последних стадиях процессинга регуляторных пептидов, так и на начальных этапах инактивации некоторых из них. Устойчивость самок к стрессу сильно зависит от стадии эстрального цикла.

Исходя из выше изложенного, целью нашей работы являлось исследование активности карбоксипептидазы N в сыворотке крови самок крыс на разных стадиях эстрального цикла в норме и при воздействии острого эмоционально-болевого стресса.

У интактных самок крыс активность карбоксипептидазы N не зависит от фазы эстрального цикла. Воздействие острого эмоционально-болевого стресса приводило к повышению активности КПН в сыворотке крови самок крыс только на стадии проэструс непосредственно после воздействия (через 0 ч) в 1,3 раза. Следует отметить, что в условиях стресса активность КПН на стадии проэструс была ниже, чем в диэструсе, а в эструсе выше, чем в диэструсе через 0,5 и 4 ч после воздействия соответственно.

Таким образом, острый эмоционально-болевой стресс вызывает повышение активности карбоксипептидазы N в сыворотке крови самок крыс только на стадии проэструс.

Известно, что карбоксипептидаза N в плазме крови участвует в обмене некоторых нейропептидов (брадикининов, эндорфинов, энкефалинов), вовлекающихся в ответ на стресс. Повышение активности карбоксипептидазы N при стрессорном воздействии у самок на стадии проэструс согласуется с повышением активности этого фермента в сыворотке крови крыс предрасположенных к стрессу. Не исключено, что КПН может контролировать