

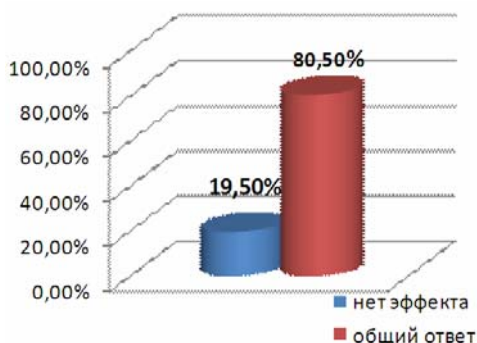


Рисунок 1 — Частота ответов на терапию



Рисунок 2 — Полнота ответов на велкейд

Не ответило на терапию 8 (19,5 %) пациентов. Эта группа была проанализирована отдельно — в ней было 5 мужчин и 3 женщины, средний возраст пациентов — 51,7 лет, при этом 2-е пациентов были 33 лет (самые молодые пациенты из всех пролеченных; полученный результат подтверждает литературные данные о том, что у молодых пациентов заболевание имеет агрессивное течение и плохо поддается лечению), самому старшему пациенту на момент терапии было 63 года. В данную группу так же вошел пациент с самым длительным анамнезом заболевания — 96 мес., а наименьшая продолжительность была 18 мес., средняя — 60,9 мес. У 25 % больных была установлена 3А стадия заболевания (что составило 1/3 всех больных с данной стадией), в остальных случаях наблюдалась 2А стадия. У всех больных, не ответивших на терапию, форма ММ была диффузно-очаговой с IgG типом секреции. Половине больных ранее проводилась ВХТ с 2-мя АПСК (4 (50 %) больных), 3 (37,5 %) — ХТ, 1 (12,5 %) пациент был первичным, 6 (75 %) человек — получало терапию по схеме HD + V, 2 (25 %) — СуР + V, количество курсов в среднем 5 (от 2 до 8).

Выводы

1. Показана высокая эффективность схем терапии, включающих велкейд в лечении больных ММ (общих ответов 80,5 % из них полных — 22 %, частичных — 14,6 %, стабилизаций — 43,9 %), полученные данные сравнимы с результатами международных исследований APEX и VISTA.
2. Проанализирована группа больных не ответивших на терапию велкейдом.
3. Учитывая высокую эффективность препарата, предложено активное применение его в терапии больных резистентными формами ММ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волкова, М. А. Клиническая онкогематология / М. А. Волкова. — М., 2001. — 578 с.
2. Абдулкадыров, К. М. Гематология: новейший справочник / К. М. Абдулкадыров. — М., 2004. — 928 с.
3. Радченко, В. Г. Основы клинической гематологии / В. Г. Радченко. — СПб., 2003. — 304 с.

УДК: 616.2-008.4-053.32-036.1-08+616.9

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РДС У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СУРФАКТАНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОЙ И НЕИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

Жданович С. С., Малашкова Ю. В.

Научные руководители: ассистенты кафедры педиатрии
О. А. Румянцева, Ж. П. Кравчук

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Течение респираторного дистресса (РДС) у недоношенных новорожденных имеет свои особенности, так как их дыхательная система недостаточна сформирована и имеет

место недостаток эндогенного сурфактанта, который является поверхностно-активным веществом, выполняющим антиателектазную функцию и улучшающим мукоцилиарный клиренс. При дефиците сурфактанта снижается легочной комплаинс, увеличивается мертвое анатомическое пространство, снижается функциональная остаточная, жизненная емкости дыхательный объем. Основным методом лечения РДС у недоношенных является заместительная терапия экзогенным сурфактантом., что повышает выживаемость. Однако, наряду с положительным эффектом, отмечается и развитие ряда осложнений (гипероксия, внутрижелудочковые кровоизлияния, ретинопатия и т. д.).

Цель исследования

Изучение течения РДС у недоношенных детей, получавших заместительную сурфактантную терапию, при внутриутробном инфицировании и без него.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе Гомельской городской клинической больницы № 2 методом случайной выборки. Были проанализированы 31 история развития новорожденного, родившихся преждевременно и находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии за период с февраля по сентябрь 2011 г., получавших экзогенный сурфактант. Были выделены группы согласно наличию или отсутствию внутриутробного инфицирования (ВУИ).

Результаты исследования

Анализ медицинской документации показал, что после введения сурфактанта на пСРАР (как критерий снижения кислородозависимости) были переведены в 1-е сутки жизни 10 (32 %) человек, на 2–3 сутки — 7 (23 %) человек, на 4–10 сутки — 14 (45 %) человек. Замедленный эффект от введения сурфактанта в большинстве случаев обуславливался наряду с недоношенностью и наличием внутриутробной инфекции.

По системе INSURE было проведено только у 4 (12,9 %) пациентов. В повторном введении сурфактанта нуждались 7 (22,5 %) детей.

Средняя доза сурфактанта была использована в большинстве случаев (74 %) и составила 100 мг/кг. Приблизительно в трети случаев (26 %) понадобилось увеличение дозы более 200 мг/кг.

По данным исследования в группе недоношенных с ВУИ оказался 21 (67,7%) пациент и 10 (23,3 %) новорожденных без ВУИ.

Снижение кислородозависимости после введения сурфактанта с последующим переводом на пСРАР недоношенных с ВУИ отмечалось в 1-е сутки у 5 (24 %) человек, на 2–3 сутки — у 4 (19 %) человек, на 4–10 сутки — у 12 (57 %) человек. В то время как у недоношенных детей без ВУИ положительный эффект на 1-е сутки наблюдался у 5 (50 %) человек, на 2–3 сутки — у 3 (30 %) человек, на 4–10 суток — у 2 (20 %) человек. В повторном введении сурфактанта нуждались 24 % недоношенных с признаками ВУИ и 20 % детей — без признаков ВУИ.

На фоне проводимой терапии ВЖК наблюдалось у 9 (43 %) недоношенных с ВУИ, при чем в течение первых 4-х суток после рождения развилось у 8 (89 %) детей, позднее — у 1 (11 %) человека. Далее была оценена степень тяжести ВЖК. Оказалось, что ВЖК 1 степени были найдены у 2 (22,2 %) детей, ВЖК 2 степени — у 3 (33,3 %) человек, ВЖК 3 степени — у 2 (22,2 %) детей, ВЖК 4 степени — у 2 (22,2 %) новорожденных. В группе недоношенных новорожденных без ВУИ ВЖК не выявлены.

Бронхолегочная дисплазия как результат РДС развилось у 9,5 % недоношенных с признаками ВУИ и у 10 % новорожденных без ВУИ.

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что эффективность применения экзогенного сурфактанта в большей степени наблюдалась у недоношенных новорожденных без признаков ВУИ. В то время, как в группе детей с ВУИ эффект от применения сурфактантной терапии значительно ниже, что связано с инактивацией сурфактанта инфекционным агентом, а также значительно увеличивает риск внутрижелудочковых кровоизлияний. В группе недоношенных новорожденных без ВУИ ВЖК не обнаружены.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вауэр, Р. Сурфактант в неонатологии. Профилактика и лечение респираторного дистресс синдрома новорожденных / Р. Вауэр. — М., 2011. — 367 с.
2. Гомелла, Т. Л. Неонатология / Т. Л. Гомелла, М. Д. Канниган. — М.: Медицина, 1995. — 636 с.

УДК 616.211/.232:616.9]-036.87-074:577.121.7

ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ ПЛАЗМЫ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ИНФЕКЦИЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Железко В. В., Петренко Т. С.

Научный руководитель: д.м.н., профессор И. А. Новикова

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Исследования, проводимые в различных странах, указывают на рост заболеваемости населения инфекциями респираторного тракта. В последние десятилетия их число возросло почти в 3 раза, при этом наблюдается отчетливая тенденция к увеличению частоты рецидивирующих и хронических форм [1]. Рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (РИВДП) остаются одной из важных причин нетрудоспособности населения, что позволило ВОЗ рассматривать их в ряду актуальных медицинских и социально-экономических проблем современного здравоохранения [WHO, 2005].

Формирование рецидивирующего течения РИВДП и частое развитие осложнений, несмотря на проводимую этиотропную терапию, позволяет предполагать наличие еще не изученных патогенетических механизмов в инфекционном процессе при данной патологии. Одной из причин частых рецидивов данных заболеваний может служить нарушение способности организма к формированию адекватного ответа на воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды и инфекционных агентов, в том числе чрезмерная активация свободнорадикального окисления (СРО) [1, 2]. Интенсивность процессов СРО поддерживается на определенном стационарном уровне за счет ферментативных и неферментативных компонентов антиоксидантной системы (АОЗ). Нарушение баланса в сложной системе взаимодействия ПОЛ/АОЗ лежит в основе патогенеза различных заболеваний воспалительной и невоспалительной природы. Поэтому оценка интенсивности СРО представляет значительный интерес для клинической медицины как способ мониторинга и оценки эффективности терапии патологических процессов.

Перспективным способом комплексной оценки интенсивности СРО в различных биологических жидкостях является регистрация хемилюминесценции (ХЛ) — сверхслабого свечения, возникающего при взаимодействии радикалов. Установлено, что интенсивность свечения зависит от количества образующихся свободных радикалов, что позволяет оценить прооксидантную систему. Светосумма или площадь под кривой зависимости интенсивности ХЛ от времени характеризует общую антиоксидантную активность системы [3].

Одни исследователи показали, что у часто болеющих детей наблюдается увеличение параметров люминолзависимой ХЛ крови, в частности повышается интенсивность ХЛ и светосумма ХЛ (S) [4]. Н. В. Изволенская с сотруд. отмечала повышение интенсивности ХЛ в 2,2 раза, а светосуммы в 3,6 раза в сравнении с контрольной группой.

Цель исследования

Оценить параметры свободнорадикального окисления плазмы крови у пациентов с рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей методом индуцированной люминолзависимой хемилюминесценции.