

2. Красовский Ю.Д. Управление поведением в фирме: эффекты и парадоксы. Практическое пособие. – М.: Инфра-М, 1997.

3. Репутация фирмы: сознание, управление и оценка эффективности: Пер. с англ. – М.: Консалтинговая группа «ИМИДЖ-Контакт»: ИНФРА-М, 2003.

Любошенко Т.М.
**Опыт применения ронколейкина в комплексном
лечении больных с иммунодефицитными
состояниями**

СибГУФК, Омск

Известно, что существенным фактором патогенеза инфекционных заболеваний оказывается развивающаяся иммунная недостаточность, в частности, вторичный Т-иммунодефицит. Именно недостаточность клеточных звеньев иммунореактивности и резистентность этиопатогена к средствам химиотерапии способствуют длительной персистенции и репродукции возбудителя, а в итоге – хронизации инфекции. Попытки преодоления обозначенных проблем путем оптимизации только этиотропной терапии не приводят к однозначным результатам. Поэтому предпринимаются усилия, предусматривающие разработку принципов и способов лечения инфекционных больных с использованием комбинаций этиотропных и патогенетических средств. В каждом конкретном клиническом случае разнообразие возможных подходов и методов создает трудности в их практической реализации. Альтернативой может быть иммунотерапия с использованием универсальных средств медикаментозной коррекции [5]. Наиболее перспективным вариантом иммунокоррекции являются средства иммунореабилитации, позволяющие восстанавливать способность иммунной системы осуществлять регуляторные и защитные функции. Удачным примером подобных средств оказались рекомбинантные препараты семейства цитокинов [1]. Выполняя функции регуляторных биомолекул, цитокины обеспечивают дистантные межклеточные взаимодействия как внутри самой иммунной системы, так и между основными интегративными системами организма: иммунной, нервной, эндокринной. Рекомбинантный человеческий интерлейкин-2 (IL-2) – препарат Ронколейкин® (Биотех, Санкт-Петербург) в течение ряда лет успешно применяют в клинической практике в качестве средства иммунотерапии при инфекционной патологии [2, 3, 4, 6].

В данном исследовании Ронколейкин использовался в комплексном лечении 313 больных (120 мужчин и 153 женщины) с иммунодефицитными состояниями. Распределение пациентов по возрасту было следующим: 10-19 лет – 9 человек, 20-29 лет – 73, 30-39 лет – 103, 40-49 лет – 67, 50-59 лет – 42, 60-69 лет – 15, 70 лет и старше – 4 пациента. У 192 больных имела место микст-инфекция, у 35 пациентов установлена герпесвирусная инфекция. У 16 пациентов наблюдались другие моноинфекции: цитомегаловирусная и папилломовирусная инфекции, вызванные вирусом Эпштейна-Барр и атипичной микрофлорой. Также 27 пациентов страдали рецидивирующим фурункулезом, 1 – панарицием, 2 – угревой болезнью. Ронколейкин использовался для лечения 17 онкологических больных. Имеется опыт по использованию Ронколейкина у пациентов с аллерги-

ческим синдромом: 6 пациентов с бронхиальной астмой, 2 пациента с поливалентной аллергией, 3 пациента с сезонным поллинозом, 2 пациента с атопическим дерматитом, 1 пациент с отеком Квинке. Применялся Ронколейкин у 9 больных с аутоиммунным синдромом: при рассеянном склерозе, узловой эритеме, синдроме Шегрена, аутоиммунном тиреоидите, ревматоидном артрите.

Использовались следующие схемы введения Ронколейкина. Подкожно с интервалом 48 часов в количестве 2-х инъекций – 180 пациентам; 3-х инъекций – 83; 4-х инъекций – 13; 5-и инъекций – 9; 7-8-и инъекций – двум больным соответственно. В две точки (по 0,5 мл в правую и левую руки) подкожно вводился Ронколейкин в количестве 2-х инъекций – 15 пациентам, 3-х инъекций – 3, 4-х инъекций – 3 больным. Трём пациентам препарат вводился болюсно в вену, двум больным капельно в количестве 2 или 3 инъекций. Самой распространенной схемой было подкожное введение Ронколейкина 1 раз в три дня в количестве 2-х инъекций. Такая схема экономически более выгодна, в меньшей степени проявляются нежелательные эффекты и с лечебной точки зрения более обоснованна. При вирусном гепатите С применялась схема подкожного введения Ронколейкина в количестве 5, 7 или 8 инъекций. Некоторым пациентам через две недели курс повторялся. Одному больному Ронколейкин вводился в количестве 16 инъекций (2 раза в неделю в течение 8 недель) при вирусном гепатите В. При рассеянном склерозе препарат назначался в вену 1 раз в неделю в количестве 2-х инъекций в стадии обострения. Введение Ронколейкина в вену болюсно и капельно применялось у онкологических больных и при тяжелом течении фурункулеза. Также Ронколейкин использовался для промывания пазух при хроническом синусите. Количество инъекций препарата увеличивалось при тяжелых воспалительных процессах, например у пациента с множественными свищами нижней челюсти после эндопротезирования. В данном случае применялась схема подкожного введения препарата в количестве 5 инъекций. Два курса Ронколейкина было проведено 11 пациентам, три курса – 2 онкологическим больным, четыре курса – 1 пациенту с рецидивирующим синуситом и 1 пациенту с вирусным гепатитом С. Пациентке К. с диагнозом: хронический рецидивирующий цистит, лейкоплакия мочевого пузыря Ронколейкин вводился внутривезикулярно в 50 мл физиологического раствора, ежедневно в количестве 3-х процедур. Через 1 месяц курс повторялся.

У всех пациентов, включенных в данное исследование, наблюдались улучшение клинического течения заболевания и коррекция иммунного статуса.

Нежелательные эффекты на Ронколейкин отмечены у 7 (2,2%) пациентов. У 1 больного наблюдался гриппоподобный синдром. У 1 пациента имелась резкая болезненность в месте инъекции и гематома (на фоне применения варфарина). Один пациент отмечал боль в месте инъекции в течение 1-х суток. Один больной предъявлял жалобы на болезненность в месте инъекции, потливость, слабость, повышение температуры до 38 градусов в течение 6 дней (при токсоплазмозе). В 1 случае отмечалась боль, гиперемия, отек в месте инъекции (весь объем инъекции был введен в 1 точку). У 2-х больных отмечалась только боль на первое введение препарата.

Таким образом, в данной работе представлен материал, отражающий широкий спектр и различные схемы применения рекомбинантного цитокина интерлейкин – 2 у больных с вторичными иммунодефицитными состояниями. Представлены также данные по нежелательным эффектам препарата.

1. Авакимян С.В., Жане Д.А., Дидигов М.Т. Ронколейкин в коррекции иммунной недостаточности у больных острым деструктивным панкреатитом // Кубанский научный медицинский вестник. – 2010. – № 9 (123). – С. 11-13.

2. Зубрицкий В.Ф., Брюсов П.Г., Фоминых Е.М. и др. Использование дрожжевого рекомбинантного интерлейкина-2 (Ронколейкин) в экстренной профилактике послеоперационных инфекционных осложнений у пациентов с сахарным диабетом 2 типа // Биопрепараты. – 2011. – № 3. – С. 27–31.

3. Карашуров Е.С., Островский А.Г., Ванюков А.В., Островский К.А. Методы исследования и результаты лечения с иммунокоррекцией больных с экстренной абдоминальной патологией // Аллергология и иммунология. – 2012. – Т. 13, №2. – С. 180-186.

4. Кравченко Е.В., Кравченко Д.С. Ронколейкин в комплексном лечении заболеваний пародонта // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 7. – С. 355-358.

5. Ребенок Ж.А. Ронколейкин как средство иммуновосстановительного лечения // Здоровоохранение. – 2011. – № 6. – С. 56-60.

6. Шамсиев А.М., Гришаев В.В., Ронколейкин в комплексном лечении метастазированного остеомиелита у детей раннего возраста // Цитокины и воспаление. – 2010. – Т. 9, №4. – С. 47-50.

Лютая Е.В., Арасланов Р.К. **Региональная политика снижения уровня бедности работающего населения**

ЮГУ, Ханты-Мансийск

Под бедностью понимается такое экономическое положение семьи или отдельного индивида, при котором располагаемые ресурсы и средства (деньги, товары, имущество) крайне недостаточны для удовлетворения их минимальных потребностей (питание, одежда, жилье, медицина, образование и др.). Порогом (чертой) бедности называют нормативно устанавливаемый уровень денежных доходов человека, семьи (домашнего хозяйства), который обеспечивает физический прожиточный минимум [2].

Менее исследовано явление бедности работающего населения. Экономическая бедность охватывает экономически активное население: безработных и работающих граждан. Причины ее возникновения лежат в плоскости экономического развития страны: основные – особенности прохождения экономических циклов на волне спада и кризиса, качество экономического роста на волне подъема.

В частности, в переходный период в России среди малоимущих работников появились «новые бедные», причины бедности которых связаны с новыми экономическими условиями. К ним можно отнести:

– работников, ставших бедными в результате неравномерности получения доходов (массовые задержки выплаты заработной платы, социальных пособий, пенсий);

– граждан, потерпевших неудачу в сфере предпринимательства;