

состояний, проявляющихся в хронических инфекционно-воспалительных процессах кожи и мягких тканей, глаз, бронхолегочного аппарата, урогенитального тракта. Эта эффективность связана со способностью ликопида активировать клетки моноцитарно-макрофагальной системы, повышать их функциональную активность, синтез ряда цитокинов и, в конечном итоге, приводить в движение всю антиинфекционную защиту организма. В настоящее время выявляются новые аспекты клинического применения ликопида, связанные с особенностями его действия на цитокиновую систему организма. Этот иммуномодулятор показал клиническую эффективность при таких аутоиммунных заболеваниях, как рассеянный склероз и псориаз, характеризующихся гиперфункцией Th1-клеток. Возможно, эта эффективность связана со способностью ликопида понижать продукцию мононуклеарами периферической крови провоспалительных цитокинов – интерлейкина-1, фактора некроза опухоли и других, играющих важную роль в развитии воспаления при Th1-опосредованных патологических процессах. Применение ликопида оказалось высокоэффективным и при другом аутоиммунном заболевании, связанном с гиперфункцией Th1-клеток, — красном плоском лишае. Лечение им больных с этим заболеванием значительно понижало число CD3⁺ лимфоцитов, содержащих в цитоплазме маркерный цитокин Th1-клеток γ -интерферон, относящихся также к разряду провоспалительных цитокинов, и повышало продукцию лимфоцитами противовоспалительного цитокина интерлейкина-4, маркерного цитокина Th2-клеток. Мы полагаем, что клиническая эффективность ликопида при указанных аутоиммунных процессах связана с его способностью изменять баланс функциональной активности Th1- и Th2-клеток в организме.

Местное применение ронколейкина[®] при острых гнойных синуситах

Плужников М.С., Лавренова Г.В., Галкина О.В., Катинас Е.Б., Шайкин Д.И., Буравцова Н.А., Молчанова И.В., Тотолян А.А.

Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

В патогенезе острых гнойных синуситов существенная роль отводится дефектам местной защиты. Общепринятая антибиотикотерапия, длительность которой составляет до двух недель, не всегда эффективна, что может быть связано с ее иммуносупрессивным действием.

Целью настоящего исследования было изучить возможность проведения местной терапии ронколейкином[®] (“Биотех”, Санкт-Петербург) больных острыми гнойными синуситами.

По нашим наблюдениям находилось 19 пациентов с острыми гнойными синуситами в возрасте от 15

до 48 лет с длительностью заболевания от 3 до 10 дней. Клинический диагноз ставился на основании жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра, рентгенографии околоносовых пазух, диагностических пункций верхнечелюстных пазух и трепанопункций лобных пазух. По данным рентгенографии околоносовых пазух у 7 больных наблюдалось изолированное поражение одной верхнечелюстной пазухи, у 12 больных – двухсторонний гайморит, из них у 4 человек имелось гнойное воспаление лобных пазух. Всем больным проводилась местная монотерапия ронколейкином[®]. Препарат в количестве 250.000 МЕ, разведенный в 5 мл физиологического раствора с добавлением 1 мл 10% раствора альбумина, однократно вводили в верхнечелюстную или лобную пазуху. Через 1 сутки после введения препарата пазухи промывали физиологическим раствором 1 раз в день. Антисептики и антибиотики в лечении этих больных не применялись. Смывы из полости носа получали путем промывания полости носа 5 мл физиологического раствора с помощью гортанного шприца и носоглоточной канюли. Смывы из пазух получали путем введения в пазуху при пункции 5 мл физиологического раствора и его последующей активной аспирации. Иммунологический анализ смывов из полости носа и пазух, а также сывороток, полученных от тех же больных в день обследования, проводили до введения ронколейкина[®], через сутки после его введения и на момент клинического выздоровления. Во всех пробах определяли концентрации иммуноглобулинов (Ig) классов A, M, G, секреторного IgA (sIgA), подклассов IgG (G1, G2, G3, G4), общего IgE и альбумина. Для каждого типа белка определяли коэффициент (Q) по формуле: $Q = \text{смыв/сыворотка} \times 1000$.

Исходно в иммунологическом анализе назальных смывов у большинства больных определялся сниженный синтез IgA, IgG1 и IgG4 на фоне повышенной проницаемости гисто-гематического барьера. У части больных определялся повышенный уровень sIgA. В ходе терапии ронколейкином[®] наблюдалась нормализация исходно повышенных и исходно сниженных иммунологических показателей назального смыва. Исходно нормальные показатели колебались в пределах нормы. Субъективно и объективно клиническое улучшение наступало на 2-3 день после введения ронколейкина[®] и выражалось в уменьшении отделяемого, изменении его характера. Полное очищение пазух наблюдалось на 2-6 день. В иммунологическом анализе смывов из околоносовых пазух наблюдалось снижение большинства показателей, и прежде всего, IgG и его подклассов.

Таким образом, местное применение ронколейкина[®] позволяет без применения антисептиков и антибиотиков сократить сроки терапии. Положительная динамика клинических показателей сопровождается нормализацией исходно измененных иммунологических показателей назальных смывов и снижением показателей воспаления в смывах из околоносовых пазух.