

Dependence of extent and marked damages of a myocardium on system inflammation and infringement of lipids transferring in the first days of acute coronal syndrome

M.P. BOYCHAK, Z.V. LEVSHOVA

Summary. *Hospital death rate during the early stage of a heart attack still has enough high level, thus obtained information shows an interrelation and expressiveness of a system inflammation, also there is notification lipids transferring and extending of damage myocardium zone at patients with high acute coronal syndrome.*

Observation of 36 patients with coronal syndrome -shows segment ST raising and noticed that marked damages of a myocardium in the first day ACS depends from marked system inflammation and infringement of lipids transferring. Delay of normalization of parameters ECTG mostly connected with marked system inflammation.

Key words: *acute coronal syndrome, marked system inflammation, infringement of lipids transferring.*

УДК 616.24-002-085:615.83:355

Методологические основы комплексного медикаментозно-восстановительного лечения больных внебольничной пневмонией военнослужащих срочной службы с применением нетрадиционных методов по материалам Главного военно-медицинского клинического центра «ГВКГ»

И.К. АСАУЛЮК

Резюме. *В статье изложены основные задачи и принципы медицинской реабилитации при лечении больных пневмонией у военнослужащих срочной службы. Приведены основные схемы применения восстановительного лечения при наиболее часто встречающихся ее осложнениях, а также результаты проведенного комплексного лечения.*

Ключевые слова: *задачи и принципы медицинской реабилитации, отбор больных для восстановительного лечения, схемы его проведения, результаты комплексного лечения.*

Зарегистрирован заметный рост числа больных внебольничной пневмонией (ВП). Увеличился их процент с затяжным течением (25–30%), а также атипичных (15–20%) и тяжелых (20–30%) ее форм, нередко протекающих с множеством различных осложнений. Возросла не только заболеваемость до 4 человек на 1 000 населения, но и летальность – до 3% в Украине.

Остается высокой заболеваемость ВП и среди военнослужащих срочной службы, особенно в адаптационный период (в первое полугодие службы) [1, 2].

В этой связи возникает необходимость решения ряда проблем своевременной диагностики и повышения эффективности лечения с рациональным

применением нетрадиционных методов медицинской реабилитации (МР), как составной и обязательной части восстановительного лечения больных ВП у военнослужащих срочной службы [3–7].

Единичные публикации свидетельствуют и обосновывают необходимость проведения индивидуальной целенаправленной МР при том или ином осложнении ВП у военнослужащих срочной службы. Хотя эта проблема в ВС Украины далеко еще не оформлена в стройную систему.

При этом, под восстановительным лечением, т. е. МР, понимается система мероприятий, знаний практической деятельности, направленных на восстановление функциональных резервов человека, повышение уровня его здоровья и качества жизни, сниженных в результате неблагоприятного воздействия факторов среды и деятельности или в результате болезни (на этапе выздоровления или ремиссии), путем применения преимущественно немедикаментозных методов [6, 7].

В настоящее время МР должна быть неотъемлемой составной частью медицинского обеспечения ВС Украины. Она представляет собой дифференцированную систему лечебно-профилактических мероприятий по восстановлению функционального состояния организма больных и раненых военнослужащих до оптимума боеспособности посредством преемственного и последовательного применения индивидуализированного комплекса медикаментозных, хирургических, физических, психологических, психофизиологических и иммунокорректирующих методов воздействия на функционально или патологически измененные системы организма [1, 3, 7].

Цель работы – изложение основных задач и принципов МР, правильного отбора пациентов для проведения ее в комплексном лечении больных ВП с различными осложнениями у военнослужащих срочной службы.

Материалы и методы исследования

Нами проведен ретроспективный анализ 1163 историй болезни военнослужащих срочной службы, лечившихся по поводу ВП в Главном военно-медицинском клиническом центре «ГВКГ» за последние пять лет (2005–2009 гг.)

Диагноз ВП, как правило, основывался на пяти признаках «золотого стандарта»: острое начало заболевания, сопровождающееся лихорадкой и повышением температуры; появление кашля с отделением мокроты слизисто-гнойной характера; укорочение легочного звука при перкуссии и появление аускультативных феноменов пневмонии над пораженным участком легкого; лейкоцитоз или значительно реже – лейкопения; рентгенологически – инфильтрат в легких, который ранее не определялся.

Клинический диагноз ВП, кроме признаков «золотого стандарта» и общепризнанного алгоритма обследования, особенно у больных с тяжелым и затяжным течением заболевания, а также у пациентов, перенесших пневмонию повторно, базировался на полученных данных общепринятого обследования

таких больных и на дополнительно проведенных бактериологических, иммунологических и серологических (по показаниям) исследованиях мокроты и крови. По показаниям проводились дополнительные исследования: компьютерная томография (КТ), повторно микроскопическое исследование мокроты, иногда плевральной жидкости, мочи, крови, особенно при затяжном течении заболевания, лихорадочном состоянии, подозрении на сепсис, туберкулез, суперинфекцию и СПИД. Иногда проводилось cito- и гистологическое исследования с целью дифференциальной диагностики; бронхоскопическое исследование с целью как диагностики, так и уточнения лечебной тактики (лечебная бронхоскопия при абсцедировании для обеспечения дренажа и введения антибиотика(ов); проводилось определение ФВД для составления индивидуальной программы МР при некоторых осложнениях ВП; ультразвуковое исследование сердца и органов брюшной полости при подозрении на сепсис, бактериальный эндокардит, миокардит; изотопное сканирование легких и ангиопульмонография при подозрении на ТЭЛА; а также целый ряд других исследований для проведения полноценной МР, особенно у больных с различными осложнениями ВП.

Результаты и их обсуждение

Из 1 163 больных ВП 872 (75%) составили военнослужащие первого полугодия срочной службы. В госпиталь поступило больных в первые сутки заболевания 180 (16%), на 2–3 сутки – 774 (66%), на 4–5 сутки – 163 (14%) и позже пяти суток – 46 (4%) больных.

С легким малосимптомным течением заболевания было 814 (70%) больных, с тяжелым течением заболевания – 349 (30%). У 341 (29,3%) больного наблюдались различные осложнения пневмонии, у некоторых из них осложнения были сочетанными (инфекционно-токсический шок (ИТШ) сочетался с острой сердечно-сосудистой недостаточностью, ИТШ с экссудативным плевритом, ИТШ с острой почечной недостаточностью, ИТШ с отеком легких, абсцесс с септициемией и др.).

Из 1 163 больных ВП у 341 (29,3%) наблюдались различные осложнения: у 152 (44,4%) – ИТШ в основном первой и значительно реже второй и третьей степени; у 30 (8,78%) – острая дыхательная недостаточность; у 69 (26,23%) – экссудативный плеврит, у 7 (2,34%) – абсцесс; у 22 (6,44%) – миокардит; у 9 (2,62%) – реактивный гепатит; у 10 (2,88%) – токсическая нефропатия; у 13 (3,81%) – бронхоспастический синдром; у 29 (8,5%) – выраженная астенизация на фоне значительного дефицита массы тела (ДМТ) больного.

Затяжное течение пневмонии наблюдалось у 236 (20%) больных, у которых, как правило, отмечалась четкая связь затяжного течения пневмонии с наличием сопутствующих хронических заболеваний носоглотки, иммунодефицита, ДМТ, а также с определенным видом возбудителя, вызвавшего пневмонию. Кроме того, важными факторами затяжного течения пневмонии являются поздняя

госпитализация, соответственно запоздалое адекватное лечение, повторное заболевание пневмонией при выраженном ДМТ больного.

При поступлении больных с ВП в госпиталь у отдельных из них были диагностированы прогностически тяжелые для жизни осложнения: инфекционно-токсический шок II-III степени, острая сердечно-сосудистая недостаточность, выраженный двусторонний экссудативный плеврит с дыхательной недостаточностью и другие осложнения, требующие неотложных реанимационных мероприятий и интенсивной специализированной терапии в ОРИТ.

Больные с легким течением пневмонии после проведенного кратковременного лечения (в основном 5–7 дней) до стабилизации патологического процесса, нормализации температуры тела, ликвидации проявлений нитоксикации и начала или завершения разрешения легочной инфильтрации, как правило, переводились в Ирпенский госпиталь для завершения лечения и проведения МР (по показаниям) с использованием нетрадиционных методов лечения (ингаляции отваров лечебных трав, ЛФК и при необходимости – некоторых физиотерапевтических процедур, массажа, иглорефлексотерапии).

Больные с тяжелым и затяжным течением (341 пациент), как правило, лечились в ГВМКЦ «ГВКГ» до полного их клинического выздоровления или достижения стойкой стабилизации (определенного уровня) функциональной способности (легких, сердечно-сосудистой системы, печени, почек и уровня вегето-сосудистых нарушений).

Лечение данной группы больных было комплексным и включало: оксигенотерапию; дезинтоксикационную терапию с одновременным устранением волевических нарушений и нарушений КОС, белкового и электролитного баланса; антибактериальную и антиоксидантную терапию. У больных с тяжелым течением ВП без явлений шока вначале проводили интенсивную терапию по деблокированию микроциркуляции, а затем – поддерживающую терапию по коррекции микроциркуляторных нарушений.

В дальнейшем, после лечения в ОРИТ, согласно ряда современных аргументированных документов (Наказ МЗ № 128 от 19.03.2007 г. и других рекомендаций), лечение тяжелых больных с осложненной ВП проводилось комплексно в клинике пульмонологии с использованием целенаправленной не только антибактериальной, но и патогенетической и симптоматической терапии. Кроме того, с первых дней госпитализации (по показаниям) проводилось применение различных методов МР – восстановительного лечения (ВЛ), т. е. применение нетрадиционных методов лечения.

Показателями для ВЛ являются: значительная распространенность воспалительного процесса (двусторонний, полисегментарный, долевого) с выраженной интоксикацией и гипоксемией; рецидивирующее и затяжное течение болезни; наличие осложнений: инфекционно-токсического шока, экссудативного плеврита, абсцессов, бронхоспастического синдрома и др.

Программа ВЛ должна быть максимально индивидуализирована и построена с учетом характера и фазы заболевания, этапа реабилитации (стационар, поликлиника, санаторий), степени нарушения функции органов дыхания и кровообращения, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний. В восстановительном лечении используют не только медикаментозные средства, но и немедикаментозные методы, которые все еще не достаточно применяются в терапии больных ВП. Методы немедикаментозной восстановительной терапии должны комбинироваться с фармакологическими, потенцируя их действие, но они могут применяться и самостоятельно.

В состав реабилитационных комплексов входят: лечебный режим от строго постельного до общего и тренирующего при постепенном и контролируемом наращивании его интенсивности; рациональное, сбалансированное по питательному и витаминному составу питание; применение физических факторов, способных потенцировать действие лекарственных средств, но также и самостоятельно действующих – они тормозят воспаление, способствуют рассасыванию воспалительных инфильтратов, сдерживают развитие фиброза, способствуют репаративным процессам, улучшают перфузию легких, микроциркуляцию и лимфоотток, способствуют улучшению экспекторации и дренажу бронхов, равномерности вентиляции, стимуляции дыхательных мышц, купированию боли, что далеко не всегда доступно действию лекарств; кинезотерапия (ЛФК, массаж) – один из основных методов пульмонологической реабилитации, которые способствуют повышению общего тонуса организма, стимулируют газообмен, окислительно-восстановительные процессы, предотвращают развитие гипостаза в легких, препятствуют обструктивным и рестриктивным нарушениям вентиляции, способствуют дренированию и самоочищению дыхательных путей, координации дыхания и кровообращения.

При пневмонии основными задачами МР являются: ликвидация очага воспаления; достижение равномерности вентиляции легких; устранение диссоциации между альвеолярной вентиляцией и легочным кровотоком; улучшение бронхиальной проходимости; предотвращение раннего экспираторного закрытия дыхательных путей; «экономизация» работы дыхательной мускулатуры.

Принципами МР пульмонологических больных являются: раннее начало; комплексность и рациональность; учет клинических особенностей патологии; индивидуальных, психологических факторов; непрерывность и преемственность лечения (в стационаре, поликлинике, на санаторно-курортном этапе).

На амбулаторно-поликлиническом этапе основной целью реабилитации реконвалесцентов (тех, кто выздоравливает) после пневмонии, является предупреждение развития хронической бронхолегочной патологии, обеспечение максимально полного морфологического (структурного) и функционального восстановления органов дыхания.

При этом необходимо учитывать:

- наличие и характер фоновых заболеваний (очаги хронической инфекции ЛОР-органов и др.);
- течение перенесенной пневмонии (ее тяжесть, затяжной характер, наличие и характер осложнений);
- полноту восстановления клинических, функциональных и рентгенологических параметров;
- наличие и характер остаточных явлений (очаговый пневмосклероз, спайки, нарушение функции внешнего дыхания, астеновегетативные изменения).

При замедленном (затяжном) восстановлении функции внешнего дыхания (ФВД) и бронхиальной проходимости больным (по показаниям) и реконвалесцентам показана и проводится дыхательная гимнастика, направленная на коррекцию обструкции и рестрикции, усиление равномерности вентиляции, улучшение дренажной функции в сочетании с общеукрепляющими упражнениями с постепенным наращиванием интенсивности для всех мышечных групп.

При коррекции обструкции целесообразны упражнения на удлинение выдоха, звуковая гимнастика, выдох через сжатые губы, а также использование специальных тренажеров, создающих дозируемое сопротивление выдоху. Назначаются массаж грудной клетки, тепловлажные ингаляции бронхолитиков и муколитиков. Из физиотерапевтических процедур можно рекомендовать ультразвук на грудную клетку, фонофорез с эуфиллином.

Кроме того, применяют инфракрасное облучение грудной клетки; тепловлажные ингаляции с настоями лекарственных средств (багульник, мать-и-мачеха, ромашка и др.); фонофорез с гидрокортизоном; дециметроволновую терапию на легкие; ультразвуковые аэрозольные ингаляции антибиотиков и гепарина; импульсную УВЧ-терапию на легкие аппаратом «Терматур»; магнитофорез антибиотиков в легкие; низкоинтенсивную магнитотерапию аппаратом «Полимаг-01»; электрофорез гепарина на область воспалительного инфильтрата; индуктотермию на область воспалительного инфильтрата; ультрафиолетовое облучение грудной клетки; массаж грудной клетки, ГБО; аппликации парафина или озокерита на грудную клетку. Тепловые и аэрозольные процедуры сочетаются с лечебной физкультурой (ЛФК).

При крупозной пневмонии с 3–4 дня заболевания назначают:

1. Ультразвуковые аэрозольные ингаляции. В изотоническом растворе натрия хлорида растворяют 5 000 ЕД гепарина. Температура аэрозоля 36°С. Продолжительность воздействия 10 мин ежедневно. Курс лечения 5–6 процедур.

2. Ультразвуковые аэрозольные ингаляции антибиотиков назначают на фоне их парентерального введения в зависимости от чувствительности микрофлоры легких и бронхов и при отсутствии повышенной чувствительности к ним больного. Чаще применяются антибиотики аминогликозидного ряда. 40 мг гентамицина (гарамицина) растворяют в 10–20 мл дистиллированной воды для одной ингаляции. В день проводят их две. Курс лечения 10–15 процедур.

3. Дециметроволновая терапия на легкие. Включается в комплексное лечение со второго дня после нормализации температуры тела больного при исключении таких осложнений пневмонии, как абсцедирование, выпотной плеврит, что приблизительно соответствует 7–8 дню от начала заболевания. При воспалении одной доли легкого используют цилиндрический излучатель аппарата «Волна-2», при двустороннем процессе – прямоугольный излучатель, зазор 5 см. Мощность электромагнитного поля 30–40 Вт. Продолжительность воздействия 8–10 мин ежедневно. Курс лечения 10 процедур.

4. Импульсную УВЧ-терапию на легкие аппаратом «Терматур» чаще назначают ослабленным больным. Конденсаторные пластины диаметром 11 см располагают на грудную клетку поперечно на очаг воспаления, зазор 3 см. Мощность излучения 5–10 Вт, частота 350 Гц, продолжительность воздействия 10 мин ежедневно. Курс лечения 8–10 процедур.

5. Магнитофорез антибиотиков в легкие. На фоне парентерального введения избранного антибиотика и ультразвуковой ингаляции его выполняют аппаратом «Полимаг-01». Два больших плоских индуктора помещают на грудную клетку в виде соленоида, над очагом воспаления легочной ткани, поверхностью индукторов с маркировкой «N» к телу больного. Магнитное поле неподвижное, частота 10 Гц, интенсивность магнитной индукции 10–16 мТл, продолжительность воздействия 20–30 мин ежедневно. Курс лечения 10 процедур.

При лечении очаговой пневмонии назначают:

1. Ультразвуковые аэрозольные ингаляции антибиотиков со 2–3 дня от начала заболевания. Антибиотик выбирают в зависимости от чувствительности к нему микрофлоры пациента. Чаще всего это антибиотики аминогликозидного ряда 40 мг гентамицина (гарамицина) растворяют в 10–20 мл дистиллированной воды для одной ингаляции. В день проводят их две или три. Курс лечения 6–8 дней.

2. Дециметроволновая терапия на очаг воспаления легкого. Назначается после нормализации температуры тела больного и при исключении наличия осложнений пневмонии. Мощность электромагнитного поля 40–50 Вт, продолжительность воздействия 10–12 мин ежедневно. Курс лечения 10 процедур.

При пневмониях с затяжным течением назначают:

1. Низкоинтенсивная магнитотерапия аппаратом «Полимаг-01» с целью оказать иммуномодулирующее воздействие на организм больного. Два больших плоских индуктора помещают на переднюю и заднюю поверхности грудной клетки, образуя как бы соленоид, излучающая поверхность индукторов с маркировкой «N» располагается к телу больного. Бегущее магнитное поле по горизонтали слева направо. Частота магнитных импульсов 100 Гц, интенсивность 20–25 мТл, продолжительность воздействия 20 мин ежедневно. Курс лечения 10–12 процедур.

2. Электрофорез гепарина или KI на область воспалительного инфильтрата. Расположение электродов на грудную клетку по поперечной

методике. Сила тока 8–10 мА. Продолжительность воздействия 15–20 мин ежедневно или через день. Курс лечения 10 процедур.

3. Индуктотермия грудной клетки над областью воспалительного инфильтрата. Воздействуют малым индуктором аппарата «ИКВ-4», переключатель интенсивности устанавливают в положении I–II. Продолжительность 10–15 мин ежедневно. Курс лечения 6–8 процедур.

4. Ультрафиолетовое облучение грудной клетки. Проводится через клеенчатый перфорированный локализатор по 2 биодозы ежедневно. Курс лечения 10–12 процедур.

5. Массаж грудной клетки с включением разнообразных приемов вибрации. Курс лечения 10 процедур.

6. Гипербарическая оксигенотерапия проводится индивидуально.

При экссудативном (парапневмоническом) плеврите физические методы в комплексном лечении включают только после исключения опухолевого процесса и удаления экссудата из плевральной полости(ей).

При лечении экссудативного (парапневмонического) плеврита назначают:

1. Магнитотерапия низкочастотная с помощью аппарата «Полюс-1», «Полюс-2», «ПДМТ», «Полимаг-01М», «МАГНИТ-МедТеКО». Пульсирующее магнитное поле, частота 50 Гц, магнитная индукция 20–30 мТл. Продолжительность воздействия 20 мин ежедневно. Курс лечения 10 процедур.

2. Ультрафонофорез лидазы на область плеврального синуса на стороне поражения. Методика лабильная (сканирующая), непрерывный режим воздействия, интенсивность 0,2–0,4 Вт/см², продолжительность 10 мин ежедневно. Курс лечения 10 процедур.

3. Электрофорез салюзита, кальция, калия, лидазы (салюзид вводится с катода, лидаза – с анода), йодистого калия на область пораженного плеврального синуса. Сила тока 3–5 мА, продолжительность воздействия 20–30 мин. ежедневно. Курс лечения 10 процедур.

4. Инфракрасная лазерная терапия аппаратами «Рикта», «Узор 2К», «Мустанг». Частота лазерного излучения 1000 Гц, интенсивность в импульсе 4–8 Вт, методика воздействия лабильная над областью синусов, продолжительность 10 мин ежедневно. Курс лечения 10 процедур.

Для стимуляции иммунной реактивности и уменьшения выраженности астенического синдрома применяют иммуномодуляторы, поливитаминные препараты в пределах суточной потребности. Астенический синдром у наблюдаемых больных проявлялся общей слабостью, повышенной утомляемостью, снижением физических и у отдельных больных умственных способностей. У некоторых реконвалесцентов наблюдался субфебрилитет вследствие сдвигов терморегуляции. Нарушалась психоэмоциональная сфера, появлялись ряд вегетативно-сосудистых расстройств симпатико- или ваготонического характера,

отмечались проходящие изменения сосудистого тонуса, тахикардия, лабильность пульса и другие проявления нейроциркуляторной дистонии, чаще гипотонического или кардиального типа. У таких пациентов применяют адаптогены (элеутерококк, лимонник и др.), биостимуляторы (алоэ, ФИБС), витамины, транквилизаторы. Положительный эффект оказывают и физиопроцедуры (гальванический воротник по Щербаку с кальцием, электросон, водолечение), а также общеукрепляющая ЛФК. Проводилась рациональная психотерапия, аутотренинг.

Таким образом, после проведенного лечения у 1163 пациентов с дополнительным применением у 341 (29,3%) нетрадиционных методов, у 893 (76,78%) наступило выздоровление; 270 (23,22%) реконвалесцентам был предоставлен отпуск по болезни с последующим стационарным обследованием и представлением на ВВК, из которых 17 (1,46%) были уволены по болезни (различные патологические изменения со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы); а 253 (21,76%) выписаны в часть с рекомендацией динамического диспансерного наблюдения за ними, как и за всеми, которые перенесли пневмонию, согласно существующих аргументированных документов в ВС Украины. При проведении диспансерного (динамического) наблюдения за переболевшими пневмонией для них должны быть исключены воздействия простудных факторов, особенно в течение первых двух месяцев, устранены профессиональные вредности (загрязнение воздуха); им следует прекратить курить; необходимо проводить рациональную профилактику и лечение возможных ОРВИ. Кроме того, рекомендуются общеукрепляющие и закаливающие процедуры и проведение санации очагов хронической инфекции, особенно ЛОР-органов, в стационарных условиях, если они не были осуществлены в период пребывания реконвалесцента в госпитале по поводу пневмонии.

Выводы

1. Факторами, способствующими развитию внебольничной пневмонии и ее осложнений у военнослужащих срочной службы были: переохлаждение, ОРВИ, очаги хронической инфекции, особенно носоглотки и придаточных пазух носа и др.

2. После проведенного комплексного лечения, в том числе индивидуального применения (по показаниям) нетрадиционных методов, при осложнениях и затяжном течении внебольничной пневмонии у 1146 (98,56%) наступило клиническое выздоровление, 17 (1,46%) – уволено по болезни (различные патологические изменения со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы после перенесенной пневмонии с осложнениями).

3. При различных осложнениях пневмонии и ее затяжном течении в комплексном лечении должны применяться индивидуально нетрадиционные методы восстановительного лечения (физиотерапевтические методы, лечебная физкультура, массаж, иглорефлексотерапия и др.).

4. Только целый комплекс проводимых профилактических и лечебно-реабилитационных, оздоровительных мероприятий среди военнослужащих срочной службы, направленных на уменьшение простудных заболеваний, а также своевременная их диагностика, госпитализация и лечение значительно снизят заболеваемость пневмонией, уменьшат целый ряд ее осложнений и улучшат прогноз.

5. Разработать и внедрить в повседневную работу медицинской службы ВС Украины методические указания по проведению медицинской реабилитации военнослужащих с заболеваниями органов дыхания.

Литература

1. Асаулюк И.К. Внебольничные пневмонии у военнослужащих срочной службы, их клинико-рентгенологические особенности, осложнения и принципы эмпирической антибактериальной терапии / И.К. Асаулюк // Проблемы військової охорони здоров'я. – К., 2008. – Випуск 23. – С. 15–31.

2. Асаулюк И.К. Пневмонии: Практическое руководство / И.К. Асаулюк, М.П. Бойчак – К.: «Варта», 2000. – 488 с. – Глава 14. – С. 430–452.

3. Асаулюк И.К. Реабилитация больных молодого возраста, перенесших острую пневмонию / И.К. Асаулюк // Врачебное дело. – 1989. – № 7. – С. 53–55.

4. Диспансеризация у Збройних Силах України: методичний посібник / За ред. П.С. Мельника. – К., 2007. – 353 с. – С. 46–48.

5. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія». – К.: Велес, 2007. – С. 109–130.

6. Система медицинской реабилитации в Вооруженных Силах: история, современность и перспективы развития / А.Я. Фисун, А.М. Щегольков, В.Е. Юдин и др. // Воен.-мед. журн. – 2009. – № 8. – С. 11–15.

7. Становление и перспективы медицинской реабилитации в Вооруженных Силах Российской Федерации / И.М. Чиж, В.Н. Иванов, Ю.С. Голов, А.М. Щегольков // Воен. мед. журн. – 2000. – Т. 321, № 1. – С. 4–15.

Методологічні основи комплексного медикаментозно-відновлювального лікування хворих позагоспітальною пневмонією військовослужбовців строкової служби з застосуванням нетрадиційних методів за матеріалами ГВМКЦ «ГВКГ»

І.К. АСАУЛЮК

Резюме. В статті викладені основні завдання і принципи медичної реабілітації при лікуванні хворих пневмонією у військовослужбовців строкової служби. Приведені основні схеми застосування відновлювального лікування при її ускладненнях, що найбільш часто зустрічаються, а також результати проведеного комплексного лікування.

Ключові слова: завдання і принципи медичної реабілітації, відбір хворих для відновлювального лікування, схеми його проведення, результати комплексного лікування.

The methodological bases of the complex medication restorative treatment the out-of-hospital pneumonias patient people the servicemen of the urgent department using alternative methods based on the materials of the Main Military Medical Clinical Centre «MMCH»

I.K. ASAULYK

Summary. *The basic tasks and principles of the medical rehabilitation during the treatment of the pneumonia patients among servicemen of the urgent department are discussed in this article. The basic dosages schedule of the medical rehabilitation by the most often it complications and the results of the complex treatment are studied.*

Key words: *tasks and principles of the medical rehabilitation, selection of the patients for the medical rehabilitation, the regimens of it conduction, the results of the complex treatment.*

УДК 616.155.194-006:002.77-053.2

Уровень цитокинов у пациентов с множественной миеломой при проведении различных видов терапии

Я.П. ГОНЧАРОВ, С.А. ГУСЕВА

Резюме. *До начала химиотерапии (ХТ) у пациентов с множественной миеломой (ММ) концентрации ФНО- α , ИЛ-1 и ИЛ-6 значительно превышают показатели здоровых людей. У первичных пациентов ММ зарегистрировано увеличение концентрации ФНО- α , и снижение ИЛ-6 по сравнению с аналогичными показателями у пациентов с рецидивом заболевания. При достижении полной и частичной ремиссии зарегистрированы более низкие концентрации ФНО- α , ИЛ-1 и ИЛ-6 по сравнению с показателями, полученными у пациентов со стабилизацией заболевания. Наиболее высокие концентрации ФНО- α , ИЛ-1 и ИЛ-6 обнаружены у пациентов ММ с резистентностью к ХТ.*

Ключевые слова: *множественная миелома, интерлейкин-1, интерлейкин-6, фактор некроза опухоли, химиотерапия.*

В патогенез множественной миеломы (ММ) вовлечено большое количество цитокинов [1–4, 21]. Интерлейкин-6 (ИЛ-6) является главным фактором, определяющим пролиферацию и выживаемость миеломных клеток [4–15]. ИЛ-1 обладает способностью стимулировать пролиферацию миеломных клеток и без участия других ростовых факторов [4, 8, 11, 16]. Фактор некроза опухоли (ФНО) играет важную роль в генезе остеодеструктивных процессов, развитии печеночной недостаточности, процессах пролиферации и дифференцировании клеток иммунной системы [4, 16, 18–20].

Влияние химиотерапии (ХТ) на концентрацию сывороточных ИЛ-1, ИЛ-6 и ФНО изучалось немногими исследователям. Так, одни исследователи [23–25]