

СОВРЕМЕННЫЕ СХЕМЫ ИНФУЗИОННО-ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В НАРКОЛОГИИ. ВОПРОСЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЕЕ КАЧЕСТВА

АНТОН ЮРЬЕВИЧ СИДУЛЛИН, аспирант кафедры фармации ФПК и ППС

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России,

тел. 8-927-441-94-07, e-mail: sid_svetlana@mail.ru

СВЕТЛАНА НИКОЛАЕВНА ЕГОРОВА, докт. фарм. наук, зав. кафедрой фармации ФПК и ППС

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

ВЛАДИМИР НИКОЛАЕВИЧ ОСЛОПОВ, докт. мед. наук, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Реферат. Цель исследования – изучить приведенные в литературе схемы инфузионно-детоксикационной терапии и применение новых лекарств в наркологии. Выявить роль комбинированной терапии в рассмотренных схемах лечения. На основе анализа полученных данных оценить возможность фармацевтической несовместимости лекарств и ее последствия, что необходимо для обеспечения качества комбинированной терапии и эффективности внедрения новых разработок врачей в практику наркологических стационаров. *Материал и методы.* Данные литературы по вопросам модернизации инфузионно-детоксикационной терапии, применения новых лекарств и доли комбинированной терапии при лечении наркологических больных. Анкеты провизоров, врачей и медсестер наркологических и токсикологических отделений стационаров. На 35 вопросов анкеты ответили 26 провизоров, 23 врача (наркологи, реаниматологи) и 51 медсестра. *Результаты.* Выявлено, что схемы инфузионно-детоксикационной терапии модернизируются, применяются новые лекарства, что отражено в современной научной литературе. Значима роль комбинированной терапии в описанных схемах лечения. Комбинированная терапия не исключает возможности фармацевтической несовместимости лекарств. Необходимо проведение циклов усовершенствования по вопросам фармацевтической несовместимости, повышение доступности информации и изменение подходов к контролю качества при комбинированной терапии. *Заключение.* Выявление фармацевтической несовместимости в схемах лечения наркологических больных требуется для обеспечения качества комбинированной инфузионно-детоксикационной терапии и эффективности внедрения новых разработок врачей.

Ключевые слова: инфузионно-детоксикационная терапия, фармацевтическая несовместимость, комбинированная терапия.

CURRENT SCHEMES INFUSION-DETOXIFICATION IN ADDICTION. ISSUES ITS QUALITY ASSURANCE

ANTON YU. SIDULLIN, SVETLANA N. EGOROVA, VLADIMIR N. OSLOPOV

Abstract. Aim. To study cited in the literature schemes infusion-detoxification therapy and the use of new drugs in addiction. Identify the role of combination therapy in treatment regimens examined. Based on the analysis of the data to evaluate the possibility of incompatibility pharmaceutical drugs and its consequences, it is necessary to ensure the quality and effectiveness of combination therapy introduction of new developments in the medical practice of substance abuse hospitals. *Material and methods.* The literature on the modernization of infusion-detoxification therapy, the use of new drugs and the proportion of combination therapy in the treatment of substance abuse patients. Profiles of pharmacists, doctors and nurses, and drug toxicology departments of hospitals. 35 questions answered questionnaires 26 pharmacists, 23 physicians (drug treatment, resuscitation) and 51 nurse. *Results.* It was revealed that the schemes infusion-detoxification upgraded, new drugs are used, which is reflected in the current scientific literature. Significant role in the described combination therapy regimens. Combination therapy does not preclude the pharmaceutical drug incompatibility. Cycles necessary to carry out improvements on the pharmaceutical incompatibility, increasing the availability of information and changing approaches to quality control in combination therapy. *Conclusion.* Identification of pharmaceutical incompatibility drug regimens of patients is required to ensure the quality of the combined infusion-detoxification and effectiveness of the implementation of new medical developments.

Key words: infusion-detoxification therapy, drug incompatibility, combined therapy.

Введение. В последнее время все чаще встречаются новые разработки в области оказания наркологической помощи в условиях стационара, в частности на этапе инфузионно-детоксикационной терапии. Изучается применение новых лекарственных препаратов в терапии наркоманий. Актуально выявление роли комбинированной терапии в современных схемах лечения наркологических больных. На основе проработки и анализа полученных данных целесообразно оценить актуальность знаний по фармацевтической несовместимости лекарств с целью обеспечения качества терапии.

Материал и методы. Данные литературы по вопросам модернизации инфузионно-детоксикационной терапии, применения новых лекарственных средств и доли комбинированной терапии при лечении наркологических больных. Анкеты провизоров, врачей и медсестер наркологических и токсикологических отделений стационаров Республики Татарстан. На 35 вопросов анкеты ответили 26 провизоров, 23 врача (наркологи, реаниматологи) и 51 медсестра.

Результаты и их обсуждение. Согласно приказу МЗ РФ от 28.04.1998 г. № 140 при лечении таких заболеваний, как острая алкогольная интоксикация

тяжелой степени (F10.0); хронический алкоголизм, начальная стадия, фаза обострения (F10.2.4.1); хронический алкоголизм, средняя стадия, фаза обострения, абстинентный синдром (F10.2.4.2, F10.3); состояние отмены алкоголя с делирием (F10.4); алкогольное психотическое расстройство, преимущественно галлюцинаторное (F10.5.2); алкогольное психотическое расстройство, преимущественно бредовое, полиморфное, с исходом в амнестический синдром (F10.5.3, F10.6); опийная интоксикация тяжелой степени (F11.0); наркомания опийная, острый абстинентный синдром тяжелой степени (F11.24, F11.3); интоксикация вследствие употребления каннабиоидов (F12.0); интоксикация седативными и снотворными веществами тяжелой степени (F13.0); наркомании и токсикомании вследствие употребления седативных и снотворных веществ, состояние отмены с делирием и судорожными припадками (F13.24, F13.41); интоксикация кокаином тяжелой степени (F14.0); наркомания вследствие употребления кокаина, психотическое состояние (F14.24, F14.5); интоксикация вследствие употребления других стимуляторов тяжелой степени (F15.0); наркомании вследствие употребления других стимуляторов, психотическое состояние (F15.24, F15.53); интоксикация вследствие употребления галлюциногенов (F16.0); интоксикация вследствие употребления летучих растворителей (F18.0), требуется детоксикация в условиях стационара. Практикующие врачи – сторонники дифференцированного подхода к детоксикационной терапии. При осуществлении программы инфузионной терапии необходим комплексный подход к устранению всех нарушений водного, электролитного, кислотно-основного и энергетического баланса [2].

При поступлении больного в наркологический стационар в первую очередь проводятся инфузионно-детоксикационная терапия, витаминотерапия и симптоматическая терапия. При первой необходима коррекция артериального давления, частоты пульса, частоты дыхания, болевого синдрома, неврологических расстройств. При терапии наркологических больных применяются противорвотные, мочегонные, противосудорожные, обезболивающие средства. Назначают снотворные, корректоры поведения, антидепрессанты, нейролептики. Это связано с нарушением сна, с поведенческими расстройствами, депрессией и непреодолимой тягой к психоактивным веществам (ПАВ). Основная цель инфузионно-детоксикационной терапии в наркологии – уменьшение токсического действия ПАВ и продуктов их распада путем разбавления крови и интенсивным выведением через почки с мочой. Кроме того, восполняется дефицит микроэлементов и витаминов. Значимость инфузионно-детоксикационной терапии в том, что большое количество лекарственных веществ попадает непосредственно в кровоток, минуя ЖКТ. Поэтому необходимые вещества к нуждающимся органам и тканям доставляются практически моментально [11].

Инфузионная терапия подразделяется на базисную и корригирующую. *Базисная инфузионная терапия* необходима для обеспечения физиологической потребности больного в воде и электролитах. Она включает в себя введение раствора натрия хлорида – 0,9%; раствора декстрозы – 5,0 и 40,0%; раствора натрия тиосульфата – 30,0%; раствора димеркапрола – 5,0%; раствора тиамин – 5,0%; раствора пиридоксина –

5,0%; раствора никотиновой кислоты – 1,0%; раствора аскорбиновой кислоты – 5,0%. *Корригирующая инфузионная терапия* проводится с целью коррекции нарушений водного и электролитного баланса. При борьбе с обезвоживанием при алкогольном делирии назначают раствор декстрозы 5% – 1200,0 внутривенно капельно; раствор магния сульфата 25% – 20,0 и калия хлорида 4% – 30,0 в 400 мл физиологического раствора внутривенно капельно; тиамин – 100 мг внутримышечно. Диазепам сначала 2 мл внутривенно капельно, совместно с первыми 400 мл 5% декстрозы, затем по 2 мл внутримышечно каждые 4–6 ч при оценке состояния ЦНС [14].

Инфузионную терапию начинают с капельных вливаний с целью пополнения объема крови, улучшения ее реологических свойств и нормализации водно-электролитного баланса. Показано применение форсированного диуреза. Внутривенно вводят 5% раствор декстрозы и изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера – до 3–5 л в сут. После введения 2 л жидкости применяют фуросемид в дозе 20–40 мг. Количество суточной мочи должно равняться количеству введенной жидкости. Проводят контроль электролитов (калия, натрия, кальция) и их коррекцию. Для ощелачивания мочи рекомендуется введение 4% раствора натрия гидрокарбоната внутривенно до 1000 мл, так как щелочная реакция мочи препятствует реабсорбции яда в почках. Необходим постоянный контроль давления, объема циркулирующей крови, гемоглобина. Противопоказания: сердечно-сосудистая недостаточность, нарушение функции почек [1].

С целью детоксикации вводят плазмозамещающие растворы: поливидон, декстран-40, рондекс, реомакродекс, реоглюман, реополиглюкин. Для восполнения микроэлементного и витаминного баланса при лечении отравлений ПАВ вводят витамины группы В, С и магний. Для коррекции кислотно-основного баланса крови и борьбы с метаболическим ацидозом производят вливание препарата дисоль или 5% раствора натрия гидрокарбоната. При метаболическом ацидозе применяют изотонический раствор натрия хлорида или раствор Дарроу. При выраженной гипохлоремии назначают раствор натрия хлорида 5,85%. Рекомендуется использование готовых форм – раствор Дарроу с добавлением калия хлорида. Лечение проводят, ориентируясь на номограмму. Кроме того, рекомендуется назначать растворы декстрозы. До последнего времени бытовало мнение о необходимости использования натрия гидрокарбоната во всех случаях документированного метаболического ацидоза, однако в последнее время эта точка зрения оспаривается. Назначение натрия гидрокарбоната вызывает сдвиг кривой диссоциации влево и ухудшает снабжение тканей кислородом. При диабете терапия ацидоза основывается на введении достаточных доз инсулина. Введение натрия гидрокарбоната показано лишь при диабетической коме с рН ниже 7,0. Разовая доза – не более 1 ммоль/кг массы тела. Для выведения из комы назначают тиамин 100 мг струйно, 50 мл 40% декстрозы и 800,0 мл 5% раствор декстрозы капельно [7].

При отравлении средней и легкой степени назначают тиамин 100 мг внутримышечно однократно, 40% раствор декстрозы 50 мл внутривенно струйно; 5% декстрозу 800,0 мл внутривенно капельно. При наличии

ацетонурии объем инфузии увеличивают на 800 мл изотонического раствора. При наличии сопутствующей патологии вводятся сердечные, гипотензивные, мочегонные препараты, дыхательные analeптики. Введение психотропных препаратов при остром алкогольном опьянении нецелесообразно, так как они могут усилить токсическое действие алкоголя [8].

При измененных формах алкогольного опьянения, при наличии выраженной тревожности, эмоциональной неустойчивости, склонности к дисфории или импульсивным действиям допускается внутримышечное введение по 4 мл раствора диазепама или 0,25% раствора дроперидола. Хорошее сочетание дроперидол + диазепам из расчета: дроперидол 1–2 мг на кг/веса в сутки и диазепам 0,8–1,5 мг на кг/веса в сутки. При рудиментарных зрительных или слуховых галлюцинациях, параноидной настроенности в структуре абстиненции внутримышечно вводится 2–3 мл 0,5% раствора галоперидола в сочетании с диазепамом для уменьшения неврологических побочных эффектов. Целесообразно также внутривенное введение 20% раствора пирacetama до 40 мл. При выраженном двигательном беспокойстве применяется натрия оксидбутират по 5–10 мл 20% раствора внутривенно. Нейролептики из группы фенотиазинов (хлорпромазин, левомепромазин) и трехциклические антидепрессанты (амитриптилин) противопоказаны [4, 5].

При лечении алкогольной абстиненции врач учитывает выраженность основных компонентов абстинентного синдрома: соматовегетативных, неврологических и психических нарушений. Обязательными компонентами являются витаминотерапия и детоксикация. Витаминотерапия включает в себя парентеральное введение растворов тиамина (Vit B₁) либо пиридоксина гидрохлорида (Vit B₆) 5–10 мл. При выраженном треморе назначается раствор цианкобаламина (Vit B₁₂) 2–4 мл. Не рекомендуется одновременное введение различных витаминов группы В из-за возможности усиления аллергических реакций и их несовместимости в одном шприце. Аскорбиновая кислота (Vit C) до 5 мл вводится внутривенно вместе с плазмозамещающими растворами [13].

Дезинтоксикационная терапия включает в себя также и введение тиоловых препаратов: 5% раствора димеркапрола (1 мл на 10 кг массы тела внутримышечно) либо 30% раствора натрия тиосульфата до 20 мл; гипертонических: 40% декстрозы до 20 мл, 25% магния сульфата до 20 мл, 10% кальция хлорида до 10 мл; изотонических: 5% декстрозы 400–800 мл, 0,9% раствора натрия хлорида 400–800 мл; плазмозамещающий раствор – гемодез 200–400 мл. Циркуляром Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 24.05.2005 № 1100-Пр/05 гемодез был запрещен для применения в клинической практике, а его производство приостановлено. Реамберин имеет выраженные противогипоксические и детоксицирующие свойства, что позволяет его рекомендовать в качестве субстратного антигипоксанта – современного заменителя гемодеза [12].

При повышении артериального давления внутримышечно вводится 2–4 мл раствора папаверина гидрохлорида или бендазола; при нарушении сердечного ритма назначаются analeптики: раствор никетамид 2–4 мл, камфоры до 2 мл, препараты калия, калия и магния (аспарагинат до 10 мл); при одышке, затруднении ды-

хания внутривенно вводится до 10 мл 2,5% раствора аминофиллина. Уменьшение диспептических явлений достигается введением раствора метоклопрамида до 4 мл, а также спазмолитиков: баралгина до 10 мл, дротаверина до 5 мл. Раствор комбинированного препарата баралгина наряду с 50% раствором метамизола натрия показан также для уменьшения выраженности головных болей. При ознобе, потливости вводится раствор никотиновой кислоты (Vit PP) до 2 мл или 10% раствор кальция хлорида до 10 мл [15].

При отравлении барбитуратами вводят 0,1% раствора атропина 1 мл для уменьшения саливации, при снижении артериального давления назначают гормоны, допамин, объемозамещающие растворы, при признаках левожелудочковой недостаточности показаны сердечные гликозиды, 10 мл 0,5% раствора бемегида, никетамид [6].

При остром отравлении алкоголем и его суррогатами вводят внутривенно 500 мл 20% раствор декстрозы с инсулином. Далее следует купирование метаболического ацидоза 4% раствором натрия гидрокарбоната до 100–200 мл, внутривенное введение витаминов В и С для нормализации обменных процессов в тканях, симптоматическая терапия и форсированный диурез [3].

При делирии внутривенно вводят натрия тиопентал в дозе от 50 мг в час и более. Для борьбы с обезвоживанием вводят 5% раствор декстрозы 1200 мл внутривенно капельно; 25% раствор магния сульфата 20,0 и 4% калия хлорида 30,0 в 400 мл физиологического раствора внутривенно капельно, тиамин 100 мг внутримышечно. Диазепам вводят сначала 2 мл внутривенно капельно, совместно с первыми 400 мл 5% декстрозы, затем по 2 мл внутримышечно каждые 4–6 ч при оценке состояния ЦНС [17].

При алкогольной коме показана противошоковая терапия: вводят внутривенно плазмозаменители – полиглюкин, реополиглюкин 400 мл, 5% раствор декстрозы 400 мл, изотонический раствор натрия хлорида 400 мл; сердечно-сосудистые средства (никетамид, эфедрин) в терапевтических дозах; при стойкой гипотензии – кортикостероиды (преднизолон 60–100 мг внутривенно капельно в растворе декстрозы). Введение бемегида или больших доз analeптиков противопоказано из-за опасности развития эпилептиформных припадков и обтурационных нарушений дыхания [9].

При наличии гипотонии, резистентной к адреналину и плазмозаменителям, показано назначение допамина (400 мг в 500 мл физиологического раствора со скоростью 2–20 мкг/кг/мин) под контролем уровня систолического артериального давления, который должен быть выше 90 мм рт. ст. Если больной ранее получал β-блокаторы, то внутривенно вводят глюкагон струйно 1–5 мг каждые 5 мин, а затем капельно 5–15 мкг/мин до нормализации давления. При анафилактическом шоке вводят раствор 0,1%–0,5 мл эпинефрина, разведенного в 10 раз физиологическим раствором внутримышечно. Его повторное введение осуществляют через 5 мин (максимальная суммарная доза 2 мл). При отсутствии сознания внутривенно медленно вводят аминофиллин 2,4%–10,0, разведенный физиологическим раствором или раствором декстрозы. При сохраняющейся гипотонии эпинефрин 0,1%, разведенный в 10 раз физиологическим раствором, вводят струйно. Внутривенное введение глюкокортикоидов через 4–6 ч предупреждает развитие рецидива анафилаксии. В зависимости от

тяжести шока осуществляется инъекция антигистаминных препаратов, например, хлоропирамина 2% раствора в дозе 1,0–2,0 мл [10, 16].

Из вышеизложенного можно сделать вывод, что в последнее время появляются оптимизированные методики лечения больных наркоманиями, регистрируются новые лекарственные средства, в том числе инъекционные формы. В большинстве описанных методик ведущее место занимает комбинированная инфузионная терапия, особенно на этапе дезинтоксикации. Эффективность ее не всегда оценивается однозначно. Это связано в большей мере с бесконтрольным смешиванием лекарственных препаратов в одной инфузии или разбавлением их инфузионными растворами. Фармакологическая несовместимость лекарств сразу оценивается врачами, т.е. выявить ее иногда реальнее, чем другие виды несовместимостей. Взаимодействия лекарств при инфузионно-детоксикационной терапии возникают до введения лекарств в организм пациента. В результате физического или химического взаимодействия лекарств при комбинированной терапии возможна потеря их фармакологической активности, либо изменения в сторону приобретения побочных фармакотерапевтических или токсических свойств. Это приводит к ошибке в дозировке лекарственных средств и устраняет возможность получения требуемого терапевтического эффекта от назначенной комбинации. Химическая несовместимость полностью исключает возможность парентерального введения нескольких препаратов одновременно в одном шприце или в одной инфузии. Несовместимые смеси могут встречаться также при комбинации с растворителем вследствие повышенной чувствительности к свету, изменением температуры и pH. Это возможно при растворении или разбавлении лекарств для парентерального введения водой для инъекций, физиологическим раствором, раствором глюкозы или новокаина.

Таким образом, в связи с химической несовместимостью некоторых лекарств друг с другом их не рекомендуют смешивать в одном шприце, так как в силу их реакционной способности может произойти образование осадка или снижение фармакологического эффекта. Но, как было показано выше, велика роль комбинированной терапии наркологических больных на этапе детоксикации. Разрешить ситуацию помогут исследования по изучению химической совместимости лекарственных средств при комбинировании растворов и свойств растворителя при разбавлении. Недостаточная осведомленность врачей и медсестер о фармакологической несовместимости лекарств также играет отрицательную роль. Не менее значимо наличие сведений об информированности провизоров аптек наркологических стационаров по этому вопросу.

Нами проведено анкетирование провизоров аптечных учреждений, врачей и медсестер наркологических и токсикологических отделений стационаров РТ в отношении фармакологической несовместимости лекарственных средств. На 35 вопросов разработанной нами анкеты ответили 26 провизоров, 23 врача и 51 медсестра. В результате 86% респондентов утверждают, что фармакологическая несовместимость снижает эффективность и безопасность лечения. Они считают необходимым контроль провизора аптеки стационара и клинического фармаколога при

смешивании лекарств в одном шприце или инфузии (74%). По мнению 44% анкетированных, актуально проведение циклов тематического усовершенствования по вопросам фармакологической несовместимости, повышение доступности информации, в том числе в виде компьютерных программ (32%), и изменение подходов к контролю качества при комбинированной терапии (24%). Таким образом повысится безопасность и эффективность комбинированной инфузионно-детоксикационной терапии и продуктивность внедрения последних разработок врачей и ученых в практику.

Выводы. Схемы инфузионно-детоксикационной терапии модернизируются, применяются новые лекарственные препараты в лечении наркоманий в стационаре, что отражено в современной научной литературе.

Значима роль комбинированной терапии в описанных схемах лечения наркологических больных на уровне стационара. Комбинированная терапия не исключает возможность фармакологической несовместимости лекарств.

Выявление фармакологической несовместимости в схемах лечения наркологических больных требуется для обеспечения качества комбинированной инфузионно-детоксикационной терапии и эффективности внедрения новых разработок врачей в практику наркологических стационаров.

Необходимо проведение циклов тематического усовершенствования по вопросам фармакологической несовместимости, повышение доступности информации (в том числе и в виде компьютерных программ) и изменение подходов к контролю качества при комбинированной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев, С.Н. Аспекты сердечно-сосудистой безопасности базисной терапии / С.Н. Авдеев // Медицинский совет. – 2012. – № 11. – С. 15–20.
2. Алгоритмизация медицинской помощи: неотложные состояния, связанные с употреблением алкоголя / И.В. Духанина, В.Г. Москвичёв, А.Л. Верткин, М.В. Духанина // Клиническая медицина. – 2006. – № 7. – С. 54–55.
3. Верткин, А.Л. Лечение urgentных алкогольассоциированных состояний и клинических синдромов, сопряженных с употреблением алкоголя / А.Л. Верткин, А.С. Скотников, В.Г. Москвичёв // Лечащий врач. – 2011. – № 9. – С. 4–8.
4. Виленский, Б.С. Ошибки, допускаемые при оказании помощи больным с неотложными состояниями / Б.С. Виленский // Неврологический журнал. – 2008. – № 4. – С. 4–8.
5. Востриков, В.В. Эмоционально-мотивационное состояние больных с зависимостью от алкоголя в постабстинентном периоде: обоснование дифференцированного подхода к детоксикационной терапии / В.В. Востриков, М.В. Востриков, П.Д. Шабанов // Наркология. – 2006. – № 10. – С. 49–53.
6. Гольдфарб, Ю.С. Современные подходы к изучению патогенеза эндотоксикоза при острых экзогенных отравлениях / Ю.С. Гольдфарб, Е.А. Лужников, А.Н. Ельков [и др.] // Анестезиология и реаниматология. – 2005. – № 6. – С. 19–25.
7. Козинец, Г.И. Практическая трансфузиология / Г.И. Козинец. – М.: Практическая медицина, 2005. – 544 с.
8. Лужников, Е.А. Клиническая токсикология / Е.А. Лужников, Г.Н. Суходолова. – М.: Медицина, 2008. – 576 с.
9. Лужников, Е.А. Особенности детоксикационной терапии при острых отравлениях этанолом с учетом преморбидного фактора / Е.А. Лужников, С.И. Петров, Б.В. Давыдов [и др.] // Токсикологический вестник. – 2007. – № 2. – С. 16–24.
10. Москвичёв, В.Г. Диагностика и лечение неотложных состояний, связанных с употреблением алкоголя, в клинике

- внутренних болезней / В.Г. Москвичёв // Наркология. – 2007. – № 9. – С. 35–41.
11. Первая медицинская помощь при неотложных состояниях / Н.В. Агранович, В.Я. Горбунков, Э.Г. Кочаров [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2012. – № 9. – С. 23–24.
 12. Сиволап, Ю.П. Алкоголизм и последствия злоупотребления алкоголем / Ю.П. Сиволап, В.А. Савченков // Лечащий врач. – 2004. – № 8. – С. 12–18.
 13. Ших, Е.В. Вопросы взаимодействий в витаминно-минеральных комплексах на уровне всасывания на примере витаминов группы В / Е.В. Ших, Г.В. Раменская, Л.Ю. Гребенщикова // Справочник поликлинического врача. – 2010. – № 8. – С. 12–16.
 14. Шнеерсон, М.Г. Советует доктор / М.Г. Шнеерсон. – М., 2005. – 435 с.
 15. Adams, E. A comparison of abuse liability of tramadol, NSAIDs and hydrocodone in patients with chronic pain / E. Adams, S. Breiner, T. Ciecro [et al.] // J. Pain. Symptom Manage. – 2006. – Vol. 31 (5). – P. 234–239.
 16. Lieberman, P. Anaphylaxis and anaphylactoid reactions. Middleton's Principles and Practice. 2 / P. Lieberman; ed. N.F. Adkinson, J.W. Yungenger, W.W. Busse [et al.]. – 6 ed. – USA: Mosby Inc, 2003. – P. 1497–1522.
 17. Mayo-Smith, M.F. Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline / M.F. Mayo-Smith, L.H. Beecher, T.L. Fischer [et al.] // Arch. Intern. Med. – 2004. – Vol. 12, № 164 (13). – P. 1405–1412.

REFERENCES

1. Avdeev, S.N. Aspekty serdechno-sosudistoi bezopasnosti bazisnoi terapii / S.N. Avdeev // Medicinskii sovet. – 2012. – № 11. – С. 15–20.
2. Algoritmizaciya medicinskoj pomoschi: neotlozhnye sostoyaniya, svyazannye s upotrebleniem alkogolya / I.V. Duhanina, V.G. Moskvichyov, A.L. Vertkin, M.V. Duhanina // Klinicheskaya medicina. – 2006. – № 7. – С. 54–55.
3. Vertkin, A.L. Lechenie urgentnykh alkogol'assotsirovannykh sostoyanii i klinicheskikh sindromov, sopryazhennykh s upotrebleniem alkogolya / A.L. Vertkin, A.S. Skotnikov, V.G. Moskvichyov // Lechaschii vrach. – 2011. – № 9. – С. 4–8.
4. Vilenkii, B.S. Oshibki, dopuskaemye pri okazanii pomoschi bol'nym s neotlozhnymi sostoyaniyami / B.S. Vilenkii // Nevrologicheskii zhurnal. – 2008. – № 4. – С. 4–8.
5. Vostrikov, V.V. Emocional'no-motivacionnoe sostoyanie bol'nykh s zavisimost'yu ot alkogolya v postabstinentnom periode: obosnovanie differencirovannogo podhoda k detoksikacionnoi terapii / V.V. Vostrikov, M.V. Vostrikov, P.D. Shabanov // Narkologiya. – 2006. – № 10. – С. 49–53.
6. Gol'dfarb, Yu.S. Sovremennye podhody k izucheniyu patogeneza endotoksikoza pri ostrykh ekzogennykh otravleniyah / Yu.S. Gol'dfarb, E.A. Luzhnikov, A.N. El'kov [i dr.] // Anesteziologiya i reanimatologiya. – 2005. – № 6. – С. 19–25.
7. Kozinec, G.I. Prakticheskaya transfuziologiya / G.I. Kozinec. – M.: Prakticheskaya medicina, 2005. – 544 s.
8. Luzhnikov, E.A. Klinicheskaya toksikologiya / E.A. Luzhnikov, G.N. Suhodolova. – M.: Medicina, 2008. – 576 s.
9. Luzhnikov, E.A. Osobennosti detoksikacionnoi terapii pri ostrykh otravleniyah etanolom s uchetoм premorbidnogo faktora / E.A. Luzhnikov, S.I. Petrov, B.V. Davydov [i dr.] // Toksikologicheskii vestnik. – 2007. – № 2. – С. 16–24.
10. Moskvichyov, V.G. Diagnostika i lechenie neotlozhnykh sostoyanii, svyazannykh s upotrebleniem alkogolya, v klinike vnutrennih boleznei / V.G. Moskvichyov // Narkologiya. – 2007. – № 9. – С. 35–41.
11. Pervaya medicinskaya pomosch' pri neotlozhnykh sostoyaniyakh / N.V. Agranovich, V.Ya. Gorbunkov, E.G. Kocharov [i dr.] // Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy. – 2012. – № 9. – С. 23–24.
12. Sivolap, Yu.P. Alkogolizm i posledstviya zloupotrebleniya alkogolem / Yu.P. Sivolap, V.A. Savchenkov // Lechaschii vrach. – 2004. – № 8. – С. 12–18.
13. Shih, E.V. Voprosy vzaimodeistvii v vitaminno-mineral'nykh kompleksah na urovne vsasyvaniya na primere vitaminov grupy V / E.V. Shih, G.V. Ramenskaya, L.Yu. Grebenshikova // Spravochnik poliklinicheskogo vracha. – 2010. – № 8. – С. 12–16.
14. Shneerson, M.G. Sovetuet doktor / M.G. Shneerson. – M., 2005. – 435 s.
15. Adams, E. A comparison of abuse liability of tramadol, NSAIDs and hydrocodone in patients with chronic pain / E. Adams, S. Breiner, T. Ciecro [et al.] // J. Pain. Symptom Manage. – 2006. – Vol. 31 (5). – P. 234–239.
16. Lieberman, P. Anaphylaxis and anaphylactoid reactions. Middleton's Principles and Practice. 2 / P. Lieberman; ed. N.F. Adkinson, J.W. Yungenger, W.W. Busse [et al.]. – 6 ed. – USA: Mosby Inc, 2003. – P. 1497–1522.
17. Mayo-Smith, M.F. Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline / M.F. Mayo-Smith, L.H. Beecher, T.L. Fischer [et al.] // Arch. Intern. Med. – 2004. – Vol. 12, № 164 (13). – P. 1405–1412.

© О.В. Чурбакова, 2013

УДК 612.017.1:616.36-002.2-053.2

ОЦЕНКА КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЦИТОЛИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В У ДЕТЕЙ

ОЛЬГА ВЛАДИМИРОВНА ЧУРБАКОВА, канд. мед. наук, докторант кафедры факультетской педиатрии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел. (846) 333-29-76, e-mail: o_churbakova@mail.ru

Реферат. Цель работы – проанализировать показатели клеточного звена иммунитета у детей с хроническим вирусным гепатитом В в репликативную фазу до и после проведения терапии в зависимости от цитолитического синдрома. *Материал и методы.* Под нашим наблюдением находилось 100 детей с хроническим вирусным гепатитом В (ХВГВ) в репликативную фазу в возрасте от 4 до 18 лет. Через 6 мес после проведенного лечения больные были разделены на следующие группы: 1-я группа – до проведения терапии (100 чел.), 2-я группа – не ответившие на лечение (42 чел.), 3-я группа – ответившие на противовирусную терапию (58 чел.). В данной статье были рассмотрены 2 группы больных: до начала лечения – 100 чел. и ответившие на противовирусную терапию (после проведения лечения) – 58 чел. В качестве данных контрольной группы были использованы результаты иммунологических показателей 30 здоровых детей Самарской области, показавшие стабильные иммунологические показатели.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит, репликативная фаза, цитолитиз.