

4. *Бэрон Р., Ричардсон Д.* Агрессия. — СПб., 1997.
 5. *Макаров В. В.* Избранные лекции по психотерапии. — М.: Екатеринбург, 1999.
 6. *Покровский В. В.* Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД. — М., 1996.

7. *Belyaeva V. V., Rouchkina E. V., Pokrovsky V. V.* // AIDS Care. — 1993. — Vol. 5, N 2. — P. 243—246.
 8. *Bor R., Miller R., Coldman E.* Theory and Practice of HIV Counselling. — London, 1992.

Поступила 08.04.99

ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2000

УДК 615.281.8.03:616.831-002-022:578.833.26].036.8



А. В. Лепехин, Е. В. Портнягина, А. С. Саратиков

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЙОДАНТИПИРИНА ПРИ ЛИХОРАДОЧНОЙ ФОРМЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Заболеемость клещевым энцефалитом в регионах Урала и Сибири остается стабильно высокой. Одной из сложных проблем является лечение данной нейроинфекции. В настоящее время чаще всего используется специфический иммуноглобулин, терапевтическая эффективность которого во многом зависит от давности заболевания: он оказывает лечебное действие при раннем его назначении, когда вирус еще циркулирует в крови. Вместе с тем, как установлено в последние годы, введенный иммуноглобулин подавляет интерферогенез. Изложенное выше позволяет считать актуальной поставленную цель исследования — изучение возможности применения йодантипирина, препарата из производных пиразолона с установленными ранее экспериментально антивирусными свойствами, для лечения клещевого энцефалита. В экспериментальных исследованиях доказано, что йодантипирин, являясь активным индуктором α - и β -интерферона, оказывает также мембраностабилизирующее, противовоспалительное и иммуномоделирующее действие. Таким образом, вполне естественна попытка испытать данный препарат в клинических условиях. Йодантипирин приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации № 316 от 13.08.96 разрешен для лечения больных клещевым энцефалитом.

В проведенном исследовании из 130 больных с лихорадочной формой клещевого энцефалита 50 человек получали йодантипирин (1-я группа), 46 пациентов — иммуноглобулин (2-я группа) и 34 больным назначали комбинированную терапию — иммуноглобулин + йодантипирин (3-я группа).

Йодантипирин применяли в виде таблеток по 0,1 г внутрь после еды по следующей схеме: по 0,3 г 3 раза в день в течение первых 2 дней, по 0,2 г 3 раза в день в течение последующих 2 дней и по 0,1 г 3 раза в день в течение следующих 5 дней. Иммуноглобулин, титрованный против вируса клещевого энцефалита (титр 1:80), вводили по 3—6 мл внутримышечно в течение 3 сут. Кроме того, всем больным проводили патогенетическую и симптоматическую терапию.

Результаты лечения оказались следующими. Продолжительность лихорадочного периода у больных, получавших специфический иммуноглобулин, в среднем составила $3,7 \pm 0,4$ сут. Данный период оказался достоверно короче у пациентов, лечившихся йодантипирином, — $2,7 \pm 0,3$ сут ($p < 0,05$), причем у половины больных (53,3%) нормализация температуры тела отмечена в первые 2 дня приема препарата. У больных на фоне совместного применения йодантипирина и иммуноглобулина температура тела нормализовалась через $4,7 \pm 0,5$ дня от начала терапии, т. е. данный период оказался у них достоверно продолжительнее, чем у пациентов 1-й группы ($p < 0,01$). Существенные различия зарегистрированы и в продолжительности ряда других симптомов. Слабость сохранялась у больных 2-й и 3-й групп соответственно в 1,4 и 1,6 раза дольше, чем у больных 1-й группы. Установлено, что у пациентов, получавших йодантипирин, общеинфекционные проявления заболевания купировались быстрее, чем у пациентов из групп сравнения: головная боль — в 1,4 и 1,9 раза, головокружение — в 1,8 и 1,1 раза, тошнота — в 1,8 и 2 раза. Аналогичные результаты получены и при анализе ряда симптомов; боль в глазных яблоках исчезла в среднем в 1,7 раза быстрее у больных 1-й группы, чем у пациентов, получавших иммуноглобулин, и в 1,5 раза быстрее, чем у пациентов, получавших комбинированную терапию, светобоязнь прекращалась также быстрее — соответственно в 2 и 1,6 раза.

Постинфекционный астенический синдром среди перенесших лихорадочную форму клещевого энцефалита наблюдался значительно реже у лиц, получавших в острый период заболевания йодантипирин, чем у реконвалесцентов из групп сравнения. Продолжительность указанного синдрома была также короче у больных 1-й группы.

Таким образом, результаты применения йодантипирина свидетельствуют о его значительной терапевтической эффективности при лихорадочной форме клещевого энцефалита.

Поступила 11.12.98

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2000

УДК 616.61-002.151-022:578.833.29(470.342)

А. Л. Бондаренко, Е. Г. Тихомолова, Л. Б. Комарова, Н. С. Хмелевская

ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кировский государственный медицинский институт, Центр санэпиднадзора в Кировской области

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) — острая вирусная природно-очаговая инфекция человека, характеризующаяся интоксикацией, лихорадкой, поражением почек и геморрагическими проявлениями. В последнее время ГЛПС

приобретает все большее значение в патологии человека и выходит на одно из ведущих мест среди других природно-очаговых инфекций. В 1997 г. отмечался резкий подъем заболеваемости ГЛПС в Российской Федерации, которая составила 14,2 на