

ли однократные ультразвуковые ингаляции препаратом сурфактанта "Сузакрим" в дозе 250 мг на фоне базисной терапии БА. Остальные дети, составившие группу сравнения, находились на общепринятой терапии БА. Исходный уровень липидов сурфактанта в КВВ, как в контрольной, так и в основной группах детей был нарушен. После применения "Сузакрима" выявлены значительные изменения: рост веществ с высокой поверхностной активностью, об этом свидетельствует выраженный рост Фх на 2,6% в основной группе детей, в то время, как в контрольной группе этот показатель снизился на 1,5%. Увеличение фосфатидилхолина после проведенного лечения сурфактантом говорит о стимуляции синтеза собственного или эндогенного сурфактанта. Снижение продуктов гидролиза фосфолипидов, веществ с низкой поверхностной активностью, в частности нейтральных липидов, холестерина и жирных кислот предотвращает последующее повреждение системы сурфактанта. Так, уровень Нл снизился на 8,9% в основной группе и на 5% в контрольной. ЖК на 4,5% и 2% соответственно. Уровень холестерина снизился на 0,7% в группе детей, получающих сурфактант, в группе сравнения этот показатель увеличился на 0,8%. Одним из путей синтеза Фх является метилирование ФЭА, что может быть связано с его использованием для синтеза Фх. Поэтому, уровень фосфатидилэаноламина вырос незначительно: на 1,2% в основной группе детей и на 0,9% в контрольной группе. Тот факт, что в группе сравнения липидный спектр в КВВ изменился незначительно, позволяет считать изменения, выявленные в основной группе детей, проявлением действия препарата "Сузакрин". Следовательно, терапевтические воздействия, направленные на стабилизацию баланса сурфактанта путем замещения последнего введением экзогенных сурфактантов, не только могут быть высокоэффективными, но и, на наш взгляд, являются обязательным компонентом комплексной терапии бронхиальной астмы.

ВІЛЬНИЙ ТА ЗВ'ЯЗАНИЙ ФІБРОНЕКТИН В ІМУНОПАТОГЕНЕЗІ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ В І С

П.Л. Хайкін (Дніпропетровськ)

З метою визначення ролі ФН в імунопатогенезі вірусних гепатитів В і С обстежено 35 дітей хворих на вірусні гепатити та 15 умовно здорових осіб.

Рівень пФН визначався у хворих на вірусні гепатити В (ВГВ) і С (ВГС) методом імуноферментного аналізу, вміст ЦІК визначався стандартним методом імунопреципітації. Для дослідження складу ЦІК використовували диск-електрофорез. Наявність та ступінь деградації ФН у складі ЦІК були визначені методом Western blot.

У хворих на ВГВ середній рівень пФН склав $399,93 \pm 43$ мкг/мл, у хворих на ВГС $-217,08 \pm 33,6$ мкг/мл, у контролі $-245,15 \pm 36,8$ мкг/мл.

Вміст ЦК у крові хворих склав при ВГВ $2,37 \pm 0,6$ мг/мл, при ВГС $1,2 \pm 0,4$ мг/мл та у групі контролю $1,42 \pm 0,2$ мг/мл.

У крові 26,7% хворих на ВГС ФН був виявлений у складі ЦК, у решти 11 хворих ЦК не містили у своєму складі ФН. У хворих на ВГВ, навпаки у 90,0 % випадків у крові хворих були виділені ЦК, які містили у своєму складі зв'язаний ФН. При цьому, практично в усіх обстежених групи контролю (93,3 %), ФН був виділений у зв'язаному з імуноглобулінами стані у складі ЦК.

При ВГС у жодному випадку, коли ФН був виявлений у складі ЦК не спостерігалась деградація ФН. Такі ж результати отримані при аналізі ступеню деградації зв'язаного ФН у осіб контрольної групи. Навпаки, при ВГВ у хворих, у крові яких ЦК містили у своєму складі ФН, в 66,7% випадків спостерігалась деградація зв'язаного ФН.

СПЕЛЕОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Н.Я. Кравченко, Т.Ю. Гринько (Сумы)

Использование микроклимата соляных шахт как неспецифического гипосенсибилизирующего фактора в терапии больных бронхиальной астмой является новым перспективным направлением в пульмонологии.

Действие спелеотерапии обусловлено многими факторами, но в первую очередь высокодисперсный аэрозоль поваренной соли действует на бронхолегочный аппарат, способствуя удалению мокроты и увеличению бронхиальной проходимости, нормализации частоты дыхания, дыхательного объема, минутного объема дыхания, увеличению поглощения кислорода за 1 мин.

Под наблюдением находилось 87 детей больных бронхиальной астмой. Курс лечения продолжался 10-14 дней. Ежедневно продолжительность процедуры составляла 40-60 мин. при t° воздуха 18-20 $^{\circ}$ C, относительной влажности 60-80%, атмосферном давлении 760 мм рт. ст.

В результате терапии у больных улучшилась клиническая картина: уменьшился или исчез кашель, значительно реже беспокоили и стали менее продолжительными приступы удушья, значительно легче и в большем количестве выделялась мокрота, уменьшилось количество или полностью исчезли сухие и влажные хрипы, увеличилась экскурсия легких.

Применение спелеотерапии позволило сократить сроки лечения и пребывания больных в стационаре с 15,0 дней в 1999 г. до 13,7 дней в 2000 г. и до 13,2 дней в 2001 г., а по дневному стационару в 2001 г. составили 9,8 дней.

Таким образом, использование спелеотерапии в комплексе лечения больных бронхиальной астмой позволило снизить затраты на приобретение медикаментов и может быть рекомендовано для более широкого использования при лечении заболеваний органов дыхания.