



## ЛИТЕРАТУРА

1. Бадюкин В.В. Медикаментозная терапия первичного (идиопатического) остеоартроза. Русский медицинский журнал, 2003.-Т. 11.-№5.-С. 243-245
2. Маколкин В.И., Меньшикова И.В. Остеоартроз коленного сустава: современный подход к проблеме лечения. Тер. архив, 2005.- Т. 77.- №5.- С. 83-86
3. Насонов Е.Л. Современные направления фармакотерапии остеоартроза. Consilium Medicum, 2004, 3, 9, 408-415
4. Насонов Е.Л. Ревматология: мультидисциплинарные проблемы. Материалы науч.-практ. конференции «Новое в диагностике и лечении ревматических заболеваний». М.; 2002. 4-9.
5. Насонова В.А., Фоломеева О.М., Амирджанова В.Н. и соавт. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в России: динамика статистических показателей за 5 лет (1994 – 1998). Научно-практич. ревматол., 2000, 2, 4-12
6. Murray F.J. A comparative review of the pharmacokinetics of boric acid in rodents and humans. Biol. Trace Elem. Res., 1998.-V.66- P. 331-341
7. Nielsen F.H., Hunt C.D., Mullen L.M., et al. Effect of dietary boron on mineral, estrogen, and testosterone metabolism in postmenopausal women. FASEB J., 1987.- V. 1.- P. 394-397
8. Nzietchueng R.M. Dousset B., Frank P. et al. Mechanisms implicated in the effects of boron on wound healing. J. Trace Elem. Med. Biol., 2002.- V. 16.- P. 239-244
9. Rico H., Crespo E., Hernandez E.R. et al. Influence of boron supplementation on vertebral and femoral bone mass in rats on strenuous treadmill exercise. A morphometric, densitometric and histomorphometric study. J. Clin. Densitom., 2002.- V. 5.- P 187-192
10. Travers R.L., Rennie G.C., Newnham R.E. Boron and arthritis: the result of a double-blind pilotstudy. J. Nutr. Med., 1990.- V. 1.- P. 81-85

## Опыт применения «Карипаина» в детской травматологии и ортопедии

МУЗ «Детская городская поликлиника №9», г. Барнаул.

В. В. Голдаев, И. С. Потапова, А.А. Дударева, С.Г. Дьяков, А. А. Климов, М. О. Рязанцева, А. И. Метальников, Ж. Н. Радимова, И. Н. Ключникова, О. В. Резанцева

Актуальность проблемы лечения и реабилитации детей в травматологии и ортопедии несомненна. Базисное место занимает вопрос восстановительно-реабилитационных мероприятий у детей с повреждениями позвоночника. Вертебрологическая патология относится к наиболее важной проблеме. Становится все более значимой необходимость использования новых решений в лечебно-реабилитационной области у детей травматолого-ортопедического профиля.

**Цель работы:** повысить эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий у детей с патологией позвоночника и у пациентов с келлоидными рубцами на основе разработанных функциональных комплексных программ с использованием препарата **Карипаин**.

### Материалы и методы

В группу исследования вошло 56 детей разных возрастных групп от 8 до 16 лет. По нозологическим формам пациенты распределены следующим образом:

1. Компрессионные переломы тел позвонков — 19, из них 17 имели компрессию в грудном и 2 — в поясничном отделе.
2. Остеохондроз ювенильный — 10; из них в шейном отделе — у 1, в грудном — 4, в поясничном — 5 (2 ребенка с протрузией диска и 3 с грыжей диска).
3. Болезнь Шойермана-Мау, сколиоз, кифоз — 23.
4. Келлоидные рубцы — 4.

Таким образом, с патологией позвоночника было 52 ребенка, с келлоидными рубцами — 4.

Назначение **Карипаина фл. 1г** в форме электрофореза получил — 31 ребенок, фонофореза — 15, комбинация электро- и фонофореза — 10.

Электрофорез **Карипаина фл. 1г** проводился по следующим методикам.

### Продольно:

1. S<sup>+</sup> = Карипаин на грудной отдел позвоночника
- S<sup>-</sup> = Эуфиллин на область бедер раздвоенным электродом

2. S<sup>+</sup> = Карипаин на поясничный отдел позвоночника
- S<sup>-</sup> = Эуфиллин на область бедер раздвоенным электродом

### Поперечно:

3. S<sup>+</sup> = Карипаин на поясничный отдел позвоночника
- S<sup>-</sup> = Эуфиллин на область живота.

Фонофорез с кремом **Карипаин** проводили паравертебрально в области поражения позвоночника — импульсный режим, 0,4 Вт/см<sup>2</sup>, 4 мс, по 5 минут на поле.

Сочетание электро- и фонофореза проводилось по выше указанным методикам 10 детям, так как, после лечения электрофорезом улучшения не наблюдалось.

Дети с келлоидными рубцами получили фонофорез крема **Карипаин** № 10-12 сеансов. У всех пациентов была отмечена положительная динамика — рубцы приобрели более светлую окраску, стали мягкими и подвижными, разгладились, исчез болевой синдром при напряжении и движении. Отмечена хорошая переносимость препарата.

У детей с вертебрологической патологией основным критерием отбора на лечение было наличие болевого синдрома, который купировался у 42 пациентов (81%) после проведенного курса электро- или фонофореза. И только 10 детям (19%), из-за недостаточного купирования болевого синдрома, после проведенного электрофореза, был проведен курс фонофореза в количестве 10 процедур. После чего наступило стойкое улучшение и полное снятие болевого синдрома.

При всех методиках лечения только у двоих больных, после второй процедуры, отмечалось усиление болевого синдрома. В остальных случаях снижение болевых ощущений во время движения прослеживалось после пятой процедуры, общая выносливость к учебной нагрузке увеличилась, двигательная активность возросла, улучшилось самочувствие (настроение, эмоциональный фон и т. д.) Оценка проводилась по данным разработанной нами анкеты (заполняли дети вместе с родителями).

В группе сравнения 372 пациента, которые не получали в схеме лечения **Карипаин**. Результаты лечения существенно различались. У пациентов, получавших лечение **Карипаином**, не отмечалось

болевых реакций при пальпации паравerteбральных мышц. Состояние ремиссии при остеохондрозе, болезни Шойермана-Мау сохранилось на более длительные сроки.

Результаты реабилитационных мероприятий базировались не только на отсутствии болевых ощущений, но и ряде дополнительных методов обследования. У пациентов с компрессионными переломами тел позвонков, получавших **Карипаин**, по данным ультразвукового исследования не выявлено большого количества крупных гиперэхогенных включений. У пациентов, которые лечились стандартно, данные изменения были в 100% случаев ( $p < 0,001$ ). Биоэлектрическая активность m.erector spinae dex. et sin, нормализовалась в 100% случаев к шестому месяцу с момента травмы в группе пациентов, получавших **Карипаин** (по данным электронейромиографии). У 50% пациентов, не получавших **Карипаин**, патологические изменения в мягких тканях нормализовались лишь к 12 месяцу после травмы.

**Выводы:**

1. У детей с патологией позвоночника отмечено улучшение общего состояния, снижение болевых ощущений.
2. При келлоидных рубцах негативный косметический дефект становился менее выраженным.
3. Вышеизложенные данные свидетельствуют о необходимости использования препаратов **Карипаин** в комплексных лечебно-реабилитационных мероприятиях у детей.

Генеральным дистрибьютором  
торговой марки «КАРИПАИН» является:  
ГК «МедВэй» г. Москва, тел.: +7 (495) 589-33-48

Сайты в сети Интернет:  
[www.caripain.ru](http://www.caripain.ru), [www.karipain.ru](http://www.karipain.ru)

## Применение Виферона в ревматологии и нефрологии

В. В. МАЛИНОВСКАЯ, В. А. ДОСКИН, О. В. ЗАЙЦЕВА, Л. В. КОЛОБУХИНА, З. С. МАКАРОВА, И. В. НЕСТЕРОВА, В. П. ТИМИНА, Н. В. ДЕЛЕНЯН, В. В. ПАРФЕНОВ, Т. А. ЧЕБОТАРЕВА, Р. З. ГАТИЧ, С. В. КОВАЛЕВА

ГУ НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи РАМН, Москва, Российская медицинская академия последипломного образования, Москва, Российский государственный медицинский университет, Москва, ГУ НИИ вирусологии им. Д. И. Ивановского РАМН, Москва, УНЦ Медицинского центра УД Президента РФ, Москва.

Роль иммунной системы в противoinфекционной защите организма доказана. Появляется все больше данных о прямой и обратной связи иммунной системы с системой интерферона. Состояние и активность этих систем во многом определяет исход заболевания, характер его течения.

В настоящее время в арсенале практической медицины достойное место занимают препараты интерферонов. И это неудивительно. Интерфероны как естественные факторы неспецифической защиты организма и медиаторы иммунитета обладают самым широким спектром действия.

В результате многолетних исследований группой ученых-медиков и биологов НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи РАМН (Москва) разработан препарат Виферон.

Комплексный состав Виферона обуславливает его противовирусные, антибактериальные, противовоспалительные, антипролиферативные, мембраностабилизирующие, антиаллергические, иммуномодулирующие и медиаторные свойства.

**Пиелонефрит, гломерулонефрит у детей**

В комплексном лечении **гломерулонефрита, ассоциированного с вирусом гепатита В, герпесвирусной и цитомегаловирусной инфекциями** применение **ВИФЕРОНА®** позволяло в 58 % случаев получить ремиссию (полную, частичную, неполную) гломерулонефрита, ассоциированного с вирусом гепатита В, а при использовании **ВИФЕРОНА®** в сочетании с иммуносупрессивными препаратами — в 75% случаев (рис. 1), что в 1,5 раза выше, чем в группе больных, получавших только иммуносупрессивную терапию (В. В. Длин и др., 1995).

Включение **ВИФЕРОНА®** в комплекс терапии больных вирусассоциированным гломерулонефритом, получавших иммуносупрессивные препараты, позволяло в 88 % случаев предотвратить

реактивацию вируса гепатита В и в 86 % вируса простого герпеса 1 типа. Использование **ВИФЕРОНА®** в комплексной терапии гломерулонефрита, ассоциированного с вирусом гепатита В, оказывало отчетливый иммуномодулирующий (повышение продукции и ИФН) и противовирусный (у 42 % больных серо-конверсия HBeAg на анти-HBe и у 52 % больных исчезновение маркеров активной репликации вируса гепатита В) эффекты (В. В. Длин и др., 1995). Установлена более высокая эффективность **ВИФЕРОНА®** в сравнении с виролексом (рис.2) для профилактики рецидивов герпесвирусной инфекции у больных гломерулонефритом, ассоциированным с вирусом простого герпеса 1 типа, получавших иммуносупрессивные препараты (в 86 % и в 66 % случаев соответственно).



Рис. 10. Ремиссия (частичная, неполная, полная) у больных гломерулонефритом, ассоциированным с HB-вирусной инфекцией при различных вариантах терапии (Длин В.В., 1995)