

Консультация невролога. Диагноз: ДЦП в виде нижнего спастического парализа.

Заключительный диагноз:

Серопозитивный ревматоидный артрит, активность III, рентген стадия IV, суставно-висцеральная форма (синдром Фелти: спленомегалия, панцитопения; поражение легких: пневмофиброз; ЖКТ гипотония пищевода, желудка, ГПОД; пролапс митрального клапана с незначительной регургитацией, недостаточность трикуспидального клапана I-II степени.

ДЦП в виде нижнего спастического парализа.

Лечение: Феррум-лек 2,0 в/м; Преднизолон -10 мг утром, 5 мг в обед, 5 мг вечером; Омепразол 20 мг х2 раза в день; Сорбифер-дурулес по 20 мг 2 раза в день.

В процессе лечения состояние улучшилось: боли в левом боку не беспокоят, уменьшились боли в суставах, стала активнее, наметилось улучшение показателей крови: L=3,7*10⁹мм/л; СОЭ=17 мм/ч; Hb=89г/л; Eг=4,75*10¹² мм/л.

Выписана с рекомендацией продолжить прием преднизолона 20 мг с последующим постепенным снижением дозы (1/4 таб. в неделю) под контролем клинических и биохимических показателей крови, ЛФК. Рекомендовано явиться через три месяца на контрольное обследование и коррекцию лечения.

Данный клинический случай интересен в плане диагностики редкого синдрома Фелти суставно-висцеральной формы РА с благоприятным течением.

191. ДИСФУНКЦИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ ФИСТУЛЫ У БОЛЬНЫХ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ: РОЛЬ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ

Нездоймина Н.Н., Щербаков А.В.

Кафедра внутренних болезней ВПТ ГОУ ВПО ЧГМА Росздрава, г. Челябинск, Россия

Актуальность. Дисфункция сосудистого доступа (ДСД) остается одной из ведущих клинических проблем у больных, получающих лечение программным гемодиализом. Нередко дисфункция артериовенозной фистулы возникает без очевидных причин, что предполагает актуальность исследований, направленных на выявление дополнительных факторов ДСД. Среди возможных факторов риска ДСД обсуждается гипергомоцистеинемия.

Цель работы: определить взаимосвязь между нарушением функционирования сосудистого доступа и уровнем гомоцистеина в сыворотке у пациентов, находящихся на лечении программным гемодиализом (ГД).

Материалы и методы. В ретроспективный анализ были включены 83 больных с терминальной ХПН, получавших лечение ГД в период 2008-2009 гг. в отделении гемодиализа на базе МУЗ ГКБ № 8 г. Челябинска. Анализировалась функция только нативной артериовенозной фистулы. Дисфункция сосудистого доступа определялась как любая дисфункция артериовенозной фистулы, требующая хирургического вмешательства.

Гемодиализ проводили на аппарате Fresenius с использованием бикарбонатного диализирующего раствора и полисульфоновых диализаторов F 8 и F 10 HPS. Продолжительностью сеанса гемодиализа

составляла 4 – 5 часов 3 раза в неделю. Обеспеченная доза диализа (индекс spKT/V) составляла не менее 1,3 по логарифмической формуле Дж. Даугирдаса.

Критерии включения в исследование: 1.больные с терминальной стадией ХПН, находящиеся на лечении программным гемодиализом; 2. информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования: 1. наличие сопутствующей патологии: ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда, нарушения ритма и проводимости); сахарный диабет; системные заболевания соединительной ткани; активные заболевания печени; острые воспалительные заболевания; 2. отказ пациента от обследования.

Включенные в исследование пациенты были распределены в две группы с учетом наличия (основная группа, n=25) или отсутствия (контрольная группа, n=58) ДСД.

Достоверных различий между основной и контрольной группами по возрасту, длительности диализа и причин развития ХПН не выявлено (p>0,05).

Уровень гомоцистеина (ГЦ) исследовали методом иммуноферментного анализа на анализаторе «AXIS-SHEILD» (Diagnostics Limited UK).

В качестве группы сравнения обследовано 9 практически здоровых доноров. Статистическая обработка выполнена с использованием пакета статистических прикладных программ STATISTICA 6, 0. Расчет относительного риска (ОР) выполнен с помощью программы Epi Info (версия 5.0b). Данные представлялись как «среднее ± стандартное отклонение», так и границами доверительного интервала (ДИ) с уровнем доверительной вероятности 95%. Значимость различий для количественных данных между группами оценивалась с помощью U-критерия Манна-Уитни. При сравнении долей применяли Z-критерий. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

Результаты. По результатам проведенного исследования выявлено, что средний уровень ГЦ у пациентов обеих групп был достоверно выше, чем в группе сравнения - 35,91 ± 7,56 мкмоль/л (p<0,01) в основной группе и 22,07±7,56 мкмоль/л (p<0,01) в контрольной группе. В месте с тем, отмечено статистически значимое превышение концентрации ГЦ у пациентов с ДСД по сравнению с пациентами без таковой.

Увеличение квартиля концентрации гомоцистеина сопровождалось ростом частоты ДСД (p<0,05). Таким образом, ОР развития конечной точки в 4-м квартиле по сравнению с 1-м квартилем, составил 3,67 (95% ДИ [4,57;11,36]; p<0,01).

Выводы. Полученные результаты позволяют констатировать, что гипергомоцистеинемия увеличивает риск дисфункции сосудистого доступа у больных на программном гемодиализе.

192. СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Нестеров А.С., Потатуркина-Нестерова Н.И., Рыбин А.В.

ГОУ ВПО Ульяновский государственный университет, г. Ульяновск, Россия