

199. ЭРИТРОПОЭТИН У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ И АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Никитин Ю. Е., Никитин Е. Н., Вахрушева Т. И., Александрова О. В.

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии, ИГМА, г. Ижевск

ГУЗ «Первая Республиканская клиническая больница» МЗ УР, г. Ижевск

Актуальность. Пневмонии часто осложняются анемическим синдромом. В ответ на снижение продукции эритроцитов и гипоксию тканей происходит компенсаторное повышение образования в почках гормона эритропоэтина. Однако степень и адекватность повышения концентрации указанного гормона в крови больных пневмонией и сопутствующей анемией изучены недостаточно.

Цель работы - оценка содержания эритропоэтина в сыворотке крови (сЭПО) в процессе лечения больных пневмонией с сопутствующей анемией.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 32 пациента с среднетяжелой и тяжелой пневмонией и сопутствующей анемией (10 женщин и 22 мужчин) в возрасте $43,35 \pm 5,58$ лет. Диагноз пневмонии базировался на характерных клинических признаках болезни (лихорадка, кашель с мокротой, укорочение перкуторного звука, крепитация и/или мелкопузырчатые хрипы, жесткое или бронхиальное дыхание, лейкоцитоз) с учетом рентгенологически подтвержденной воспалительной инфильтрации легочной ткани. Показатели периферической крови исследовались с помощью гематологического анализатора. Определение концентрации сывороточного железа (СЖ), общей и латентной железосвязывающей способности сыворотки крови (ОЖСС и ЛЖСС) коэффициента насыщения трансферрина железом (КНТ) проводилось наборами

реактивов IRON liquidcolor, TIBC (Human, Germany). Концентрации сывороточного ферритина (СФ) и сЭПО исследовались иммуноферментным методом (тест-системы Ferritin EIA (VEDA.LAB., Франция) и Biomerica EPO ELISA (США)).

Больные пневмонией лечились в стационарных условиях. Терапия включала антибиотики широкого спектра действия (цефтриаксон, цефотаксим, амоксицилин, тиенам, сумамед, ципрофлоксацин, таваник), дезинтоксикационные средства, дезагреганты, муколитики и отхаркивающие препараты, физиопроцедуры, ЛФК. Продолжительность лечения больных составила 14-48 (в среднем $29,26 \pm 1,45$) дней.

Результаты. Количество эритроцитов и уровень гемоглобина в крови у больных пневмонией и анемией были снижены и составили в среднем соответственно $3,8 \pm 0,09 \cdot 10^{12}/л$ и $108,76 \pm 2,81$ г/л. Обращало внимание, что анемия носила преимущественно гипохромный (МСН – $28,63 \pm 0,74$ пг), нормоцитарный (MCV – $95,51 \pm 1,63$ фл) и норморегенераторный (ретикулоциты – $1,04 \pm 0,15\%$) характер. Количество тромбоцитов у пациентов было $344,42 \pm 21,89 \cdot 10^9/л$, что значительно превышало их количество у здоровых людей ($197,9 \pm 7,0 \cdot 10^9/л$, $p < 0,001$). Аналогичную закономерность продемонстрировал и показатель СОЭ: у больных пневмонией этот показатель почти в 4 раза был выше, чем в норме (соответственно – $43,29 \pm 3,29$ мм/час и $11,5 \pm 0,23$ мм/час, $p < 0,001$). Наблюдался нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево до единичных миелоцитов ($0,28 \pm 0,11\%$). Гипертромбоцитоз в сочетании с нейтрофильным лейкоцитозом и выраженным ускорением СОЭ свидетельствовал о тяжелом течении пневмонии на фоне анемии.

Концентрация сЭПО до лечения больных пневмонией была повышена до $10,26 \pm 2,20$ МЕ/л с колебаниями в пределах от 0,04 до 60,8 МЕ/л (при норме 0,57-10,11 МЕ/л, $p < 0,001$). Графический и корреляционный анализ соотношения между концентрациями в крови гемоглобина и эритропоэтина у обследованных нами пациентов показал линейную кривую зависимости с недостоверной обратной связью между ними ($r = -0,20$, $p > 0,05$), что свидетельствовало о неадекватном уровне анемии, повышении продукции эритропоэтина. Изменения показателей обмена железа характеризовались снижением величин СЖ и КНТ, нормальными или сниженными параметрами ОЖСС и ЛЖСС, выраженным увеличением запасов железа (концентрации СФ), что указывало на состояние относительного дефицита железа в организме больных. Анемия, развившаяся у больных пневмонией, являлась железodefицитной, но перераспределительного генеза. Она подобна по механизму развития анемиям при хронических заболеваниях.

После проведенного курсового лечения пневмоний отмечалась положительная динамика общих и респираторных симптомов болезни. Терапия сопровождалась улучшением параметров гемограммы и обмена железа. Так, к концу курсового лечения пневмоний достоверно снизились показатели нейтрофильного лейкоцитоза и СОЭ. Одновременное повышение лимфоцитоза в крови свидетельствовало о возможной активизации иммунологических процессов. Концентрация гемоглобина в крови достоверно

повысилась, однако его уровень, как и число эритроцитов, гематокрит к моменту выписки больных из стационара не нормализовались. Это согласовалось с динамикой содержания сЭПО, концентрация которого в крови также не нормализовалась, что свидетельствовало о сохранении явлений тканевой гипоксии в организме больных. Все это диктует необходимость применения стимуляторов эритропоэза для купирования анемии у больных пневмонией.

Выводы.

1. Концентрация эритропоэтина в крови больных пневмонией и сопутствующей анемией достоверно повышается при недостоверной обратной корреляции с уровнем гемоглобина, что свидетельствует о неадекватной степени анемии продукции этого гормона.

2. Исследование эритропоэтина, как чувствительного индикатора гипоксии, является важным критерием эффективности лечения больных пневмонией с сопутствующей анемией.

200. ВЛИЯНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Новикова А.А., Ямолдинов Р.Н., Вихарева Е.Г.

ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск, Россия

Цель исследования: Оценка влияния комплекса восстановительного лечения на изменения показателей вегетативной нервной системы у детей с хроническим гастродуоденитом (ХГД).

Материал и методы. Под наблюдением находились 30 детей в возрасте 11 – 15 лет, получавших оздоровление в ГУЗ РДС «Сельчка» МЗ УР (главный врач Г.К. Запывалов). Комплекс реабилитации состоял из тренирующего режима, диеты с 5-кратным режимом питания, ЛФК, поливитаминов, водогрязелечения, педагогических программ. Всем детям проводилась активная ортостатическая проба по схеме: 5 минут – покой в положении «лёжа»; 6 минут – в положении «стоя». В течение этого времени регистрировалась электрокардиограмма с последующим анализом variability сердечного ритма (ВСР) с помощью аппаратно-программного комплекса «Варикард» (Институт внедрения новых медицинских технологий «Рамена», г. Рязань). Оценка пробы проводилась в динамике при поступлении и выписке.

Результаты и их обсуждение. При поступлении функциональное состояние детей по лестнице состояний – бальной оценки функциональных состояний регуляторных систем распределились следующим образом: 17% (n=5) – физиологическая норма; 31% (n=9) – донозологические состояния; 35% (n=11) – преморбидные состояния; 17% (n=5) – срыв адаптации. После курса восстановительного лечения у 91% (n=27) детей наблюдалось улучшение показателей. Так, при выписке физиологическая норма составила 56% (n=17); донозологические состояния – 35% (n=10); преморбидные состояния – 9% (n=3). У двух детей (8%) – в функциональном состоянии изменений не было. Необходимо отметить, что изменения вегетативного гомеостаза у детей с ХГД в момент поступления