

Положительная корреляционная связь обнаружена между ТМЖПд и диастолическим АД ($r=0,4$; $p=0,07$); диаметром левого предсердия в диастолу (ДЛПд) и диастолическим АД ($r=0,4$; $p=0,04$). На фоне терапии моксонидином отмечалось уменьшение диаметра левого предсердия ($4,30\pm 0,08$ см и $4,21\pm 0,07$ см; $p<0,05$) и уменьшение объема левого предсердия ($29,8\pm 0,6$ мл/м² и $29,1\pm 0,6$ мл/м²; $p<0,05$). Также улучшилась диастолическая функция левого желудочка: увеличилось соотношение пиков раннего и позднего наполнения левого желудочка (Е/А) с $1,05\pm 0,03$ до $1,20\pm 0,03$ ($p<0,001$). На фоне терапии моксонидином количество больных с соотношением Е/А менее 1,0 уменьшилось с 9 (34,6%) до 2 (7,7%) человек ($p<0,05$). На фоне лечения моксонидином уменьшился показатель IVRT с $97,3\pm 3,0$ мсек до $91,8\pm 3,1$ мсек ($p<0,001$). Толщина комплекса интима-медиа общих сонных артерий на фоне 12-недельной терапии моксонидином достоверно не изменилась, но отмечена тенденция к уменьшению этого показателя ($0,86\pm 0,03$ мм и $0,81\pm 0,04$ мм; $p=0,05$).

Выводы: на фоне терапии моксонидином у женщин с гипертонической болезнью и метаболическим синдромом в постменопаузе, наряду с отчетливым антигипертензивным эффектом, уменьшились диаметр и объем левого предсердия и улучшились показатели, характеризующие диастолическую функцию левого желудочка.

317. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОДИАФИЛЬРАЦИИ В ТЕРАПИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Шаклеин А.В., Трусов В.В.

Кафедра внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения, военно-полевой терапии ГОУ ВПО ИГМА, г. Ижевск

Актуальность. Удмуртская Республика является природным очагом ГЛПС, частота распространенности ГЛПС в республике в разные годы составляла от 55,6 до 123,6 на 100 тысяч населения. Из всех заболевших ГЛПС тяжелой формой болеют от 24 до 49%, практически у всех этих больных отмечается развитие острой почечной недостаточности (ОПН). Лечение больных ОПН при ГЛПС в настоящее время базируется в основном на проведение гемодиализа.

В последние годы в клиническую практику при лечении ОПН при различных заболеваниях внедряются новые методы эфферентной терапии, такие как гемофильтрация (ГФ) и гемодиализация (ГДФ). Однако в литературе имеются единичные публикации о применении ГДФ при ГЛПС с ОПН. ГДФ отличается от гемодиализа (ГД) механизмом действия, более соответствующему естественной работе почек.

Материалы и методы. Исследуемую группу составили 65 больных ГЛПС с ОПН, которым применялась гемодиализация (ГДФ). Возраст больных от 19 до 60 лет. Женщины составили 10%, мужчины 90%. Результаты сравнивались с больными ГЛПС с ОПН, которым проводился традиционный гемодиализ (53 больных). Процедуры ГДФ проводили на аппарате 4008S фирмы «Fresenius» с применением «on-

line plus», с использованием биосовместимых, высокопоточных гемодиализаторов фирмы «Fresenius F60S». Лечение ГДФ и ГД прекращали при переходе ОПН в фазу полиурии и достоверного снижения уровня азотемии.

Результаты. Уже после проведения первой процедуры ГДФ улучшалось общее состояние больных ГЛПС с ОПН, уменьшался болевой синдром, появлялся или возрастал диурез, снижалась азотемия. Одной процедуры ГДФ было достаточно 17% больных ГЛПС с ОПН, три-пять процедур 65% и шесть и более процедур 18%. Заместительная почечная терапия способствовала купированию большинства геморрагических нарушений, при этом значительно быстрее при ГДФ в режиме «on-line plus» (на $16,2\pm 0,1$ день лечения), чем у больных, получавших ГД (на $18,8\pm 0,1$ день лечения; $P<0,001$).

Нормализация общеклинических анализов мочи у больных обеих групп происходила соответственно на $15,6\pm 0,1$ и $18,3$ день лечения ($P<0,001$).

Стойкая тенденция к снижению уровня креатинина крови при терапии ГДФ наступала значительно раньше по сравнению с терапией ГД (соответственно $7,4\pm 0,1$ и $8,9\pm 0,3$ дни от начала лечения; $P<0,001$). Аналогичная динамика отмечена и в нормализации уровня мочевины крови. Проведение заместительной почечной терапии более эффективно приводило к полной коррекции электролитных нарушений крови при ГДФ по сравнению с ГД ($P<0,01$).

В крови и моче у больных ГЛПС с ОПН проводили тест на β_2 -микроглобулин (β_2 -МГ). Установлено чрезмерное увеличение уровня изучаемого протеина в крови моче. Так содержание β_2 -МГ в крови составляло $9,4\pm 1,2$ мг/л ($P<0,01$) при норме $1,8\pm 0,5$ мг/л ($P<0,01$). Уровень β_2 -МГ в моче $883,3\pm 24,7$ мкг/л ($P<0,01$) намного превышал контрольные значения $187,7\pm 12,5$ мкг/л ($P<0,01$). Проведение заместительной почечной терапии получавших ГДФ приводило к нормализации теста на β_2 -МГ, уровень β_2 -МГ в крови снижался до $3,2\pm 0,5$ мг/л ($P<0,01$), в моче до $355,2\pm 16,2$ мкг/л ($P<0,01$).

При изучении показателей микроциркуляции у больных ГЛПС с ОПН до и после заместительной почечной терапии, доказано корригирующее влияние на выявляемые до лечения нарушения. После заместительной почечной терапии отмечалось улучшение показателей микроциркуляторной гемодинамики. Так KI_1 снижался при проведении ГДФ на 61%, KI_2 – на 33%, KI_3 – на 55%, а $KI_{общ}$ – на 52%. Наиболее отчетливая положительная динамика отмечена у интраваскулярных нарушений – разрешался сладж-синдром, характер кровотока изменялся с четкообразного на штрих-пунктирный. Уменьшались явления микротромбоза. Проводимая терапия оказывала положительное влияние и на сосудистые изменения, характерные для больных ГЛПС с ОПН. Уменьшалась извитость сосудов, нормализовалось отношение вены-капилляры, снижалось число и выраженность микроаневризмы. Кроме того, улучшалась микрососудистая проницаемость, что подтверждается снижением выраженности периваскулярного отека, сидероза и липоидоза.

По данным ультразвукового исследования почек выявлена положительная динамика при терапии ГДФ. Так, статистически значимо уменьшился, прежде

увеличенный, объем почек ($303,7 \pm 8,4 \text{ см}^3$ - $262,3 \pm 6,2 \text{ см}^3$; $P < 0,05$), площадь сечения пирамид ($1,45 \pm 0,04 \text{ см}^2$ - $0,83 \pm 0,04 \text{ см}^2$; $P < 0,01$), экзогенность коркового слоя ($27,2 \pm 0,08$ - $22,1 \pm 0,6$ усл. ед; $P < 0,01$). Значительно улучшились все параметры кровотока в почках (систолическая скорость кровотока: $50,8 \pm 2,2$ - $58,8 \pm 2,0$ см/с; $P < 0,05$; диастолическая скорость кровотока: $22,1 \pm 0,3$ - $24,2 \pm 0,2$ см/с; $P < 0,05$; средняя скорость кровотока: $15,0 \pm 0,5$ - $29,4 \pm 1,2$ см/с; $P < 0,01$; объемная скорость кровотока $161,7 \pm 7,6$ - $216 \pm 6,8$; $P < 0,01$).

Выводы. Таким образом, процедура гемодиализации показана для более быстрого разрешения острой почечной недостаточности у больных ГЛПС с ОПН и является одной из самых современных и эффективных методик экстракорпорального очищения крови, по сравнению с гемодиализом.

318. ВЛИЯНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Шашель В.А., Маталаева С.Ю., Сумарокова Н.Н.
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель исследования - выявить влияние врожденной внутриутробной инфекции (ВУИ) на формирование заболеваний печени и желчевыводящих путей у детей раннего возраста.

Материал и методы – нами было обработано 2800 историй болезни детей в возрасте от 1 суток до 3 лет, находящихся в отделении младшего возраста детской краевой клинической больницы города Краснодара. Дети были разделены на две группы: I группу составили 78 детей носителей одной или нескольких ВУИ (цитомегаловирус, вирус простого герпеса, хламидиоз). Из них мальчиков было 32 (41%) и девочек – 46 (59%); Во II группу были включены 67 не инфицированных детей с заболеваниями печени и желчевыводящих путей (36 (53,7%) мальчиков и 31 (46,27%) девочек). Для уточнения диагноза использовали лабораторные (щелочная фосфатаза - ЩФ, гамма-глутамилтранспептидаза - ГГТ, триглицериды -ТГ, аланинаминотрансфераза - АЛТ, аспартатаминотрансфераза – АСТ; полимеразноцепная реакция-ПЦР; реакция связывания комплемента - РСК) и инструментальные методы исследования.

Полученные результаты – в I группе детей, которые все являлись носителями ВУИ, поражение печени было выявлено у 65,4% больных. Из них при изолированной хламидийной инфекции фетальный гепатит встречался в 7,7% случаев, реактивные изменения печени в 12% случаев, хронический гепатит в 6% случаев. При сочетанной инфекции (ЦМВ + ВПГ + хламидийная инфекция) фетальный гепатит был обнаружен в 9% случаев, хронический гепатит и реактивные изменения печени – по 3,8% случаев. При этом заболевания ЖВС в виде врожденных аномалий желчного пузыря и желчевыводящих путей наблюдались у 5 (6,4%) детей раннего возраста. Во II группе инфекции были обнаружены лишь у 30% детей. Среди заболеваний ЖВС наиболее часто встречались врожденные аномалии и пороки развития желчного пузыря и желчевыводящих

путей. У 60 (89,6%) детей определялся загиб в теле и дне желчного пузыря (26,9% и 17,9% соответственно). Загиб в нижней и верхней трети желчного пузыря - у 7,5% и 3% соответственно; S-образный загиб шейки и S-образный загиб тела желчного пузыря - 6% и 4,5% соответственно, гипоплазия и атрезии желчного пузыря – по 3%. Заболевания печени были обнаружены в 61,2% случаев: реактивные изменения печени и фетальный гепатит по 20,9% случаев и хронический гепатит в 13,4% случаев. Синдром вегетативной дисфункции желчного пузыря наблюдался у 7 (10,5%) детей.

Выводы – внутриутробное инфицирование плода не влияет на частоту развития пороков и аномалий развития билиарного тракта, но при наличии последних могут формировать заболевания печени в виде фетального гепатита, хронического гепатита, реактивных изменений паренхимы печени. Сочетание нескольких инфекций утяжеляет клиническое течение заболеваний печени.

319. НЕАДЕКВАТНОЕ ПИТАНИЕ И ПАТОЛОГИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Калашников Н.А.¹, Прокопчук С.Н.¹, Шемеровский К.А.²,
Главный военный клинический госпиталь МО Украины, Киев¹, Украина

НИИ экспериментальной медицины РАМН, Санкт-Петербург, Россия²

Цель исследования. Изучить зависимость выявления функциональной и органической патологии толстой кишки от адекватности питания.

Материалы и методы. С помощью метода ауторитмометрии, а также эндоскопического исследования толстой кишки методами ректороманоскопии или колоноскопии, а также сбора анамнеза по специальному опроснику, позволяющему выявлять ежедневность и кратность приема овощей и фруктов, исследовали частоту и акрофазу циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника и состояние слизистой оболочки толстой кишки. Обследовано 63 мужчины в возрасте от 20 до 82 лет. Запор первой стадии определяли по нерегулярной частоте стула в диапазоне 5-6 раз в неделю, запор второй стадии – по частоте стула 3-4 раза в неделю, а запор III стадии – по частоте стула 1-2 раза в неделю.

Результаты и их обсуждение. Эндоскопия толстой кишки позволила установить следующие диагнозы: Геморрой – у 22 человек, Полипы (9), Долихосигма (9), Рак (3), Дивертикулез (4), Язвенный колит (4), Атрофия слизистой оболочки толстой кишки (3), без патологии – 7 человек.

Ауторитмометрия по регулярности циркадианного ритма стула показала, что из 63 обследованных только 28 человек (44%) имели регулярный (ежедневный) стул при доминировании утренней акрофазы опорожнения кишечника. Запор I, II и III стадии у 26 человек. Доминирование утренней фазы стула было характерно для 42 человек, а отсутствие утренней фазы опорожнения кишечника обнаружено у 21 человека.

У лиц без запора утренняя фаза стула (28 человек) встречалась в 3 раза чаще вечерней (9 человек). У лиц со II-III стадиями запора, наоборот, утренняя фаза стула (4 человека) встречалась в 2 раза реже вечерней (8 человек).