

112. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЬНЫХ ТОКСОПЛАЗМОЗОМ

Иванова Л.П., Зембатова С.Х., Дзуцева Ф.К.,
Борисенко Ю.В.

Российская медицинская академия последиplomного образования, кафедра инфекционных болезней, г. Москва, Россия; Городской Центр по токсоплазмозу, Москва, Россия

При постановке диагноза токсоплазмоза, личная позиция врача оказывает значительную психологическую поддержку пациенту и определяет подход к проведению этиотропной терапии.

В результате проведенного клинико-лабораторного обследования в Городском Центре по токсоплазмозу, диагноз выставлен и/или подтвержден 52 больным. Из них у 10 пациентов был диагностирован острый токсоплазмоз, у 17 – подострый, у 13 больных – инаппарантный, у 12 – хронический токсоплазмоз. Возраст обследованных составил от 16 до 40 лет. Из них было 48 женщин и 4 мужчин. Длительность заболевания на момент обращения – от 3 недель до 1 года.

У больных острым токсоплазмозом заболевание начиналось с интоксикации: общая слабость, недомогание, мышечные боли, повышения температуры тела до 38⁰С с ознобом, снижался аппетит, работоспособность (у 6 больных). У всех 10 пациентов в последующем заболевание протекало типично: субфебрилитет, генерализованная лимфаденопатия, гепато-спленомегалия. Данная клиническая картина оставалась у 4 больных до 3 месяцев, у 6 - до 7 месяцев.

Подострый токсоплазмоз клинически характеризовался невыраженной интоксикацией, субфебрилитетом, лимфаденопатией. Хронический токсоплазмоз – длительно текущий процесс с сохраняющейся субфебрильной температурой тела (12 пациентов). Заболевание протекало с повышением температуры тела до 38 в течение 10 дней, с последующим субфебрилитетом, сильнейшими

головными болями. У 2 пациентов клинически диагностирован менингеальный синдром с лимфоцитарным плеоцитозом и наличием кист в головном мозге. У 5 больных отмечалось поражение глаз по типу заднего увеита (очагового хориоретинита). Инаппаратный токсоплазмоз в основном выявлялся у беременных (10 обследуемых), а у 3 пациентов – при подготовке к беременности. Для лабораторной диагностики токсоплазмоза использовали реакцию непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ), иммуноферментный анализ (ИФА) с определением иммуноспецифических антител класса IgG и IgM. Обследуемым пациентам назначалась классическая схема комплексного лечения этиотропного препарата Фансидара с Фолиевой кислотой и при необходимости дезинтоксикационная патогенетическая терапия.

Профилактика приобретенного токсоплазмоза включает: употребление в пищу только термически обработанных мясных продуктов; отказ от дегустации мясного фарша или сырого мяса; употребление в пищу хорошо мытых овощей, зелени, фруктов.

Профилактику врожденного токсоплазмоза необходимо проводить с учетом того факта, что только первичное заражение женщины во время беременности может привести к инфицированию плода с последующими проявлениями врожденного токсоплазмоза.

113. ВЛИЯНИЕ ПРОГРАММНОГО ГЕМОДИАЛИЗА НА СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Ильичева О.Е., Харламова У.В., Нездоймина Н.Н., Щербаков А.В.

ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава», г. Челябинск; МУЗ ГКБ № 8, г. Челябинск

Актуальность. При прогрессировании хронической болезни почек (ХБП), одним из наиболее частых осложнений является поражение миокарда, исходом которого является формирование и прогрессирование хронической сердечной недостаточности (ХСН). На развитие и прогрессирование ХСН у пациентов с ХБП влияют хорошо известные традиционные и нетрадиционные факторы риска. Однако до сих пор остается неясным - является ли поражение миокарда у этой группы пациентов обратимым при снижении экстракардиальных факторов.

Цель работы: изучение обратимости признаков ХСН у больных ХБП на додиализном этапе и в первый год проведения программного гемодиализа.

Материалы и методы. Проведено обследование 65 больных (36 женщин, 29 мужчин, средний возраст – 43,1 ± 11,1 лет.) на додиализной стадии ХБП, а затем в первый год программного гемодиализа (длительность диализного лечения 6,6 ± 1,8 мес.). Гемодиализ проводился по стандартной методике три раза в неделю сеансами по 210 ± 30 минут на аппарате А 4008 Е (Frezenius, Германия).

Признаки систолической и диастолической дисфункции миокарда определяли при ЭхоКГ –

исследовании на аппарате «HP Sonos 100 CF» (Германия) в М-режиме импульсным датчиком 3,5 МГц, согласно рекомендациям РДО (2003).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерной программы «Statistica for Windows 6.0». использованием компьютерной программы «Statistica for Windows 6.0». Для оценки значимости различий использовали U-критерия Манна-Уитни. Результаты исследования представлены как выборочное среднее $M \pm SD$, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. По данным клинического и ЭхоКГ – исследований на додиализном этапе ХСН была выявлена у 56 больных (86,1 %). Обследование той же группы пациентов в первый год программного гемодиализа подтвердило наличие клинико – инструментальных критериев ХСН у 42 больных (64,6 %). На додиализном этапе ХБП I стадия ХСН выявлена у 19 (34 %) больных. В течение первого года лечения гемодиализом у 14 (25 %) больных этой группы структурно – функциональных изменений миокарда ЛЖ претерпели изменения и признаков нарушения релаксации не обнаружено, а диагноз ХСН был снят. У 28 (50 %) больных додиализного этапа обнаружена II А стадия ХСН. При лечении гемодиализом у 11 больных этой группы существенных изменений показателей дисфункции миокарда не произошло, тогда, как у 17 – показатели диастолической дисфункции миокарда изменились, и стали соответствовать типу нарушенной релаксации, что соответствовало I стадии ХСН.

Больных с II Б стадией на первом этапе обследования было 9 (16 %). В первый год гемодиализа у 6 пациентов этой группы отмечалось достоверное снижение отношения пиковых скоростей и продолжительность ВИВР, что соответствовало II А стадии ХСН, у 3 – сохранилась прежняя степень выраженности структурно – функциональных изменений миокарда.

Обратимость клинических и структурных проявлений почечной кардиомиопатии очевидно связана с тем, что большинство обследованных больных с I и II стадиями ХСН не имели необратимых структурных изменений кардиомиоцитов, выраженность которых, снизилась, при воздействии на основные факторы повреждения миокарда при проведении гемодиализа.

Выводы. Обратимость основных проявлений ХСН у больных ХБП в первый год программного гемодиализа подчеркивает необходимость своевременного выявления и адекватной коррекции факторов риска, а также решения вопроса о более раннем начале проведения почечно– заместительной терапии.

114. ВЛИЯНИЕ ПРИЕМА НЕБИВАЛОЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

Ильямакова Н.А., Аксенова Т.А., Горбунов В.В.
ГОУ ВПО Читинская Государственная Медицинская Академия, г. Чита, Россия.