

модифицируемыми факторами риска), методы для лечения больных с тяжелыми и рефрактерными дислипидемиями;

- разработать общую концепцию, идеологию, стратегию и тактику, по проведению популяционной и когортной первичной и вторичной профилактики атеросклеротических заболеваний, осуществлять единое руководство обеспечить стандартизацию и единообразие целей и методов лечения;

- улучшить преемственность в лечении пациентов и дать возможность врачам терапевтам и общей практики уделять больше времени профилактическим мерам, что часто невыполнимо для работника, занимающегося оказанием многоцелевой первичной помощи, поскольку он в первую очередь должен решать наиболее острые или неотложные вопросы с конкретным больным;

- сконцентрировать в одном учреждении больных с тяжелыми генетически детерминированными формами первичных семейных гиперхолестеринемий, для оказания им специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, включая высокоэффективные агрессивные методы вмешательства;

- проводить адекватную гиполлипидемическую и липидкорректирующую фармакотерапию с целью коррекции дислипидемий у пациентов с ИБС или риском ее развития и при эквивалентных заболеваниях.

- На базе городских поликлиник Самары и области (Тольятти, Сызрань) созданы «школы по атеросклерозу и коррекции дислипидемий» для структурированного терапевтического обучения медицинским персоналом больных, с целью улучшения качества лечения за счет повышения степени выполнения больными врачебных рекомендаций.

Выводы. Самарский «Центр по профилактике и лечению атеросклероза и дислипидемий» клиник СамГМУ и «Липидная клиника» являются ведущими учреждениями по диагностике и лечению пациентов с семейными дислипидемиями и генерализованными формами атеросклероза.

259. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «РЕМАКСОЛЬ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Соболева Л.А., Сатарова С.А., Кузнецов В.И., Гаврилова И. Б., Перминова Т.А.

Кафедра инфекционных болезней, ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава им. В.И. Разумовского», г. Саратов, Россия

Актуальность. Общеизвестно, что важнейшим патогенетическим звеном при хроническом гепатите С «ХГС» является цитолиз гепатоцитов, прогрессирование которого приводит к развитию фиброзной ткани и печеночной недостаточности, при этом активация свободно-радикального окисления мембранных структур выступает одним из механизмов повреждения гепатоцитов. В данных условиях представляется обоснованным применение лекарственных средств, направленных на предотвращение избыточного синтеза продуктов перекисного окисления липидов, нарушения соотношения про- и антиоксидантов. Такими свойствами обладают препараты, созданные на основе янтарной кислоты.

Цель работы: оценка эффективности применения препарата Ремаксол у больных ХГС.

Материалы и методы. Обследовано 80 больных с ХГС минимальной и умеренной активности. Диагноз подтверждался обнаружением маркёров вируса гепатита С. Биохимический анализ включал оценку параметров АЛТ, АСТ, лактатдегидрогиназы (ЛДГ), ЩФ, ГГТП, средних молекул (Ср. М), диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА), активности СОД, каталазы, витамина Е.

Больные подразделялись на 2 группы: в первой группе (49 человек) пациенты получали внутривенные инфузии ремаксола (400,0 мл) на протяжении 12 дней, во второй группе (31 человек) – «активное плацебо» (400,0 мл) на протяжении 12 дней.

Ремаксол – препарат, обладающий гепатопротективным действием с антигипоксическим, антиоксидантным, цитопротективным эффектами, которые опосредуются его составом: янтарной кислотой, рибоксином, никотинамидом, метионином, натрием, калием, магнием. После окончания метаболической терапии назначалась стандартная противовирусная терапия в соответствии со стандартом лечения ХГС.

Результаты обрабатывались с помощью пакетов компьютерных программ.

Результаты. До начала терапии у больных ХГС активность трансаминазы составляла от 3 до 7 норм. После лечения ремаксолом в первой группе уровень АЛТ составил $64,5 \pm 6,0$ ед/л, во 2-ой – $134,7 \pm 21,9$ ед/л с достоверной разницей. По показаниям АСТ и ЛДГ прослеживалась аналогичная тенденция. При оценке уровня билирубинемии в первой группе данный показатель нормализовался, тогда как во второй изменялся мало (общий билирубин $21,8 \pm 4,3$ мк.моль/л, прямой - $5,8 \pm 2,3$ мк.моль/л). При исследовании ГГТП отмечалось снижение данного показателя в 3,6 раза в 1-ой группе и в 1,7 раза во 2-ой группе по сравнению с исходным уровнем. Количество ЩФ после применения ремаксола в 1-ой группе нормализовалось, во 2-ой группе менялось незначительно. У больных ХГС было установлено увеличение содержания средних молекул. На фоне проведенного лечения отмечено снижение данного показателя до $0,35 \pm 0,01$ опт.ед. в 1-ой группе и до $0,50 \pm 0,03$ опт.ед. - во 2-ой.

При анализе показателей свободно-радикального окисления получены достоверные данные по снижению уровней МДА и ДК на фоне терапии, при этом в 1-ой группе результаты были более выраженными. При оценке антиоксидантной системы предпочтительное действие ремаксола сказывалось на более значимом увеличении активности СОД, каталазы, содержания витамина Е.

Выводы.

1. Применение препарата ремаксол у больных ХГС редуцирует процессы цитолиза гепатоцитов, уменьшая выраженность холестаза, снижает уровень эндогенной интоксикации

2. Ремаксол влияет на систему ПОЛ, существенно уменьшая активность процессов свободно-радикального окисления, восстанавливая ферментативный и неферментативный антиоксидантный потенциал в крови, что обуславливает патогенетическую направленность лечебного эффекта.

260. ЗНАЧЕНИЕ ТРАНСНАЗАЛЬНОЙ ВИДЕОЭНДОСКОПИИ С ФУНКЦИЕЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО ЦВЕТОВОГО ВЫДЕЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ - FICE ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ.

Стародубцев В.А., Полосин А.В., Баулин А.А. Куприянов М.П., Баулин В.А., Березина Н.П.

ООО КДЦ «МЕДИКЛИНИК», г. Пенза; кафедра хирургии ГИУВ, г. Пенза.

Цель. Оценить возможности трансназальной эзофагогастроуденоскопии и технологии FICE для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Материалы и методы. Приборы фирмы FUJINON – цифровой процессор EPX-4400 с функцией FICE. FICE – система интеллектуального цветового выделения патологии слизистой оболочки. Обычное цветное изображение преобразуется в несколько спектральных изображений, каждое из которых соответствует определенной длине волны от фиолетового – 400 нм, проникающего в поверхностные слои СО, до красного – 700 нм, проникающего в глубокие слои СО. Только определенные длины волн могут быть использованы для реконструкции изображения (система RGB); процессор позволяет выбирать спектральные изображения с определенной длиной волны, усиливать различия отраженного спектра и создавать высококонтрастные изображения, делая видимыми мельчайшие изменения структуры СО; в системе имеется 10 заводских настроек длин волн и возможность менять длину волны в интервале 400-650 нм. Фиброгастроскопы – EG-530 FP – трансоральный, EG-530 N – трансназальный. Изображение проецируется на экран HD-19 дюймов (увеличение до 30 раз с использованием цифрового zoom), фото – карта памяти CF, видео – DVD SONY, регистрация пациентов – система МЕДИАЛОГ 6.75 PMT, печать заключений – лазерный принтер HP Color Laser Jet 2505.

Результаты: обследовано 1383 пациента: мужчин 579, женщин 804. Трансорально выполнено 626 исследований, из них с применением технологии FICE 416; трансназально выполнено 759 исследований, из них с применением технологии FICE 629. С жалобами на боли обратилось 767 пациентов; по локализации боли распределились следующим образом – по ходу пищевода 64; за грудиной 43; в эпигастрии 559; в мезогастррии 89; в правом подреберье 164; в левом подреберье 148. С жалобами на симптомы желудочной диспепсии обратилось 765 пациентов; по симптомам они распределились следующим образом – изжога 395; горечь в полости рта 146; отрыжка 243; срыгивание 13; дисфагия 115; тошнота 185; рвота 57; тяжесть в желудке 275. ГЭРБ, в форме различных степеней рефлюкс-эзофагита по Савари-Миллеру в модификации G.N.J. Tytgat et al. (1990 г), выявлена у 1078 пациентов, что составило 77,9%. По данным ЦНИИГ (2009 г) частота выявления рефлюкс-эзофагита составила 37,8%; по собственным наблюдениям, используя оптоволоконные приборы OLYMPUS – 21,5% (2005-07 гг.). По степеням рефлюкс-эзофагит распределился

следующим образом – 1 ст. – 902 пациента (83,67%), 2 ст. – 128 пациентов (11,87%), 3 ст. – 32 пациента (2,97%), 4 ст. – 10 пациентов (0,93%), 5 ст. – 6 пациентов (0,55%). Степень недостаточности кардии оценивалась по степеням от первой до четвертой, в зависимости от вида сегмента слизистой пищевода при инверсионном осмотре нижнего пищеводного сфинктера и распределилась следующим образом: общее количество пациентов 897, из них 1 ст.- 401(44,7%), 2 ст.- 177(19,73%), 3 ст.- 132(14,71%), 4 ст.- 187(20,84%). Недостаточность кардии 4 ст. практически является эндоскопическим признаком грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, окончательный диагноз которой и определение типа грыжи устанавливался путем рентгеноскопии. Мы не отметили корреляционной зависимости между степенью рефлюкс-эзофагита и степенью недостаточности кардии. Трансназальная ЭФГДС дает преимущества в осмотре такой деликатной зоны, как кардия; при отсутствии рвотного рефлекса, используя режим «0» - R500 nm,G455nm,B515nm нам удалось получить высококонтрастные изображения зоны гастроэзофагеального перехода; используя режим «б» - R500nm,G480nm,B420nm удалось получить высококонтрастные изображения артериальных сосудов слизистой оболочки; используя режим «9» - R550nm,G500nm,B400nm удалось получить высококонтрастные изображения венозных сосудов слизистой оболочки. Анализируя полученные изображения, удалось более точно диагностировать рефлюкс-эзофагит различной степени выраженности. Начальные проявления ГЭРБ в виде рефлюкс-эзофагита 1-2 ст. хорошо поддаются консервативному лечению – у больных исчезают боли и симптомы желудочной диспепсии (изжога, отрыжка, горечь в полости рта и т.д.); но по литературным данным после отмены специфической антирефлюксной терапии рецидив заболевания возникает у 50% пациентов через 6 месяцев, а у 87-90% через 12 месяцев. По нашему мнению такой высокий процент рецидивов связан с наличием у данной группы пациентов недостаточности кардии различной степени выраженности. Выходов из данной ситуации два: 1- постоянная, поддерживающая терапия антирефлюксными препаратами и прокинетики; 2- хирургическое лечение, направленное на формирование дополнительной запирающей функции у нижнего пищеводного сфинктера. При этом использование трансназальной ЭГДС с применением технологии FICE и инверсионного осмотра нижнего пищеводного сфинктера позволяет выявить недостаточность кардии 3-4 ст. на ранней стадии проявления рефлюкс-эзофагита (1-2 ст.), когда еще не сформировались осложнения в виде рубцовых стриктур, язв, пищевода Баррета и рака.

Для объективной оценки переносимости пациентами различных способов проведения манипуляции применили исследование ситуативной тревожности перед ФЭГДС с использованием теста Спилберга-Ханина. Всего в исследовании принимало участие 230 пациентов; они были распределены на следующие группы:

1. ЭГДС трансорально (волоконные приборы) – 77
2. ЭГДС трансорально (видеогастроскопы) – 44
3. ЭГДС трансназально (видеогастроскопы) – 52