

Результаты: у детей с острыми кишечными инфекциями вирусно-бактериальной этиологии длительность симптомов поражения желудочно-кишечного тракта, проявляющихся многократной, часто неукротимой рвотой (70,6%), «водянистой диареей» (70,6%) в начале заболевания в 76,5% случаев переходящей в энтероколитический синдром у 5-7 дня болезни, превышала таковую при моно-инфекциях в 1,5 раза и данные симптомы сопровождалась более выраженными интоксикацией и явлениями дегидратации.

У детей с острыми кишечными инфекциями бактериально-бактериальной этиологии клинические симптомы поражения пищеварительного тракта в виде рвоты и диареи, также были более выражены в сравнении с моно-инфекцией и протекали длительнее. Причем микст-инфекция чаще встречалась у детей дошкольного возраста.

При сравнительном анализе клиники моно-инфекции клещевого боррелиоза, клещевого энцефалита и микст-инфекции (клещевого энцефалита и клещевого боррелиоза) также были выявлены некоторые особенности. В частности, фебрильная температура при микст-инфекции встречалась достоверно реже, чем при клещевом боррелиозе ($p < 0,001$) и клещевом энцефалите ($p < 0,05$). Симптомы интоксикации, такие как вялость, недомогание, снижение аппетита, тошнота, рвота при микст-инфекции встречались достоверно чаще ($p < 0,05$), чем при клещевом боррелиозе и не имели достоверных отличий в сравнении с клещевым энцефалитом. Увеличение лимфоузлов при клещевом боррелиозе отмечалось в 66,5% случаев, тогда как при микст-

инфекции и клещевом энцефалите — в 20,0% и 11,3% соответственно. При микст-инфекции менингеальные знаки определялись в 26,1% случаев, нарушение сознания в 13,3%, а очаговая симптоматика в 20,0% случаев, что сближает их с клиникой клещевого энцефалита. Но в отличие от больных клещевым энцефалитом, при микст-инфекции не наблюдались крайне тяжелые симптомы поражения центральной нервной системы, приводящие к развитию вялых параличей с последующей атрофией мышц. Микст-инфекцию отличает от моно-инфекции клещевого боррелиоза еще и более редкое выявление эритем (20,0% и 32,3% соответственно).

При анализе клинического течения респираторных вирусных инфекций в сочетании с дисбиозом кишечника было выявлено, что у 20,9% больных респираторная инфекция сопровождалась анемией, у 26,9% — крупом различной степени. Фебрильные судороги наблюдались у 7,5%, аллергическая сыпь — у 11,9% больных вирусными инфекциями. Сопутствующие диагнозы, такие как кандидоз, герпес лабиалис и афтозный стоматит были выставлены соответственно 11,9%, 17,9% и 3,0% больным. Все случаи острых респираторных вирусных инфекций с дисбиозом протекали длительно, сопровождалась наслоением бактериальной флоры и активизацией собственных хронических очагов инфекции в виде отитов, ангин, бронхитов, инфекций мочевыводящих путей, пиелонефрита и др.

Выводы: выявлены клинические особенности вирусно-бактериальных и бактериально-бактериальных микст-инфекций у детей.

Синяенко А.А., Богомазова Т.Н., Глазкова Н.Н., Топчий О.С.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КЕТОПРОФЕНА

В ФАРМАКОТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

ВГМУ, Владивостокский государственный университет Приморская Краевая клиническая больница №1, г. Владивосток

Цель: оценить эффективность обезболивающего и противовоспалительного эффекта применения инъекционной и таблетированных лекарственных форм кетопрофена (кетонал Лек, Словения) в лечении реактивного синовита при гонартрозе.

Методы: проанализированы результаты амбулаторного лечения 19 больных обратившихся с обострением реактивного синовита коленных суставов в консультативную поликлинику Приморской краевой клинической больницы №1. 16 женщин и 3 мужчин, в возрасте от 48 до 72 лет, средний возраст 54,8±8,3 лет. Диагноз остеоартроза устанавливался на основании общепринятых клинико-рентгенологических проявлений данного заболевания в соответствии с критериями, разработанными Л.И. Беневольской и соавт. (1993), преимущественно 2 стадии по классификации I. Kellgren и I. Lawrence (1957), усовершенствованной M. Lequensne (1991). Давность заболевания составила 5,0±0,42 (от 0,3 до 12 лет). У всех пациентов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) оценивалась боль в покое, ночная боль, стартовая боль, кроме этого больным проводилась индивидуальная

оценка эффективности проводимой терапии. Все пациенты получали внутримышечно раствор кетонала 100 мг / 2мл утром в течении трех дней и таблетку кетонал форте 100 мг вечером после еды. Через 10-14 дней при повторном визите оценивалась эффективность лечения.

Результаты: исследование показало, что показатели ВАШ уменьшились — боль в покое с 4,58±0,37 до 2,3±0,5 ($P < 0,01$), стартовая боль с 6,0±0,5 до 3,2±0,5 ($P < 0,01$), ночная боль с 5,8±0,6 до 2,5±0,6 ($P < 0,01$). Индивидуальная оценка эффективности проводимой терапии показала у большинства больных: значительное улучшение у 6 пациентов, улучшение — у 10, отсутствие эффекта — у 3. В процессе лечения не отмечалось побочных эффектов и ухудшения течения сопутствующих заболеваний.

Выводы: кетонал достаточно эффективен при купировании болевого синдрома у пациентов страдающих остеоартрозом. Препарат хорошо переносится и удобен в использовании в амбулаторной практике.

Семисотова Е.Ф., Ремизова Э.А., Шувалова Е.Л., Кузнецова Ю.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Владивостокский государственный медицинский университет Дальневосточный окружной медицинский центр Росздрава, Владивосток

Цель: анализ назначения статинов больным ИБС в условиях стационара.

Методы: обследованы 180 больных ИБС, лечившихся в кардиологическом отделении в 2003-2004 гг., из них нестабильной стенокардией — 139; стабильной стенокардией с различными нарушениями ритма и проводимости — 29; безболевые формы ИБС с пароксизмальными нарушениями сердечного ритма — 12. Мужчин — 105, женщин — 75. Возраст больных до 60 лет — 75, после — 105 человек. Всем больным при поступлении проводилось определение общего холестерина (ОХ) и триглицеридов (ТГ), у 43 — развернутого липидного спектра (ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП) на компьютерном анализаторе «COBAS MIRA S» (Швейцария).

Результаты: у 179 больных установлены различные фенотипы гиперлипидемий (ГЛ): II A-84 (46,9%), II B — 92 (51,4%), IV — 3 (1,7%). До поступления в стационар статины принимали только 20 человек (11,2%), остальных 160 (88,8%) статины назначили впервые в стационаре в первые 1-3 дня госпитализации. Большинство пациентов (76,5%) получали генерические препараты симвастатина в минимальных дозах (10 мг). Через 2 недели лечения средние показатели ОХ снизились с 6,64±0,67 до 5,78±0,89

ммоль/л ($p > 0,05$); целевого уровня ОХ менее 4,5 ммоль/л достигли 12 пациентов (6,7%), принимавшие по 20 мг препаратов симвастатина; средние показатели ХС ЛПНП снизились с 4,39 до 3,48 ммоль/л; снижения до целевого уровня (2,6 ммоль/л) удалось достигнуть лишь у двух больных; средний уровень ТГ снизился с 2,35±0,68 до 2,06±0,59 ммоль/л ($p > 0,05$). Таким образом, уже на этом этапе прослеживается отчетливая тенденция к снижению выраженности ГЛ. Статины переносились достаточно хорошо, превышения допустимого уровня ферментов АЛАТ, КФК не наблюдалось.

Выводы: статины показаны всем больным ИБС, поскольку являются эффективными препаратами, гиполипидемический и плеотропный эффект которых проявляется уже с первых недель их применения. Для достижения целевого уровня снижения ОХ и ХС ЛПНП низкие дозы (10 мг) генерических форм симвастатина оказываются недостаточными; более целесообразно начинать лечение с доз 20 мг/с с последующим их титрованием. Ранее назначение статинов больным ИБС уже с первых дней пребывания в стационаре повышает эффективность терапии и приверженность больных к лечению статинами на дальнейших этапах амбулаторного наблюдения.