

клинического сравнения не превышало уровней нормальных значений. Средние величины концентрации IgA в основной группе бы достоверно ниже. Учитывая, что IgA обеспечивает защиту слизистой оболочки от проникновения микробов, пониженное его содержание у больных с осложнённым кровотоком ХЯДПК служит фактором риска активации деструктивных процессов в слизистой оболочке. Показано, что у больных с осложнённым кровотоком ХЯДПК имеется иммунодефицит гипосупрессорного типа с достоверным снижением уровня IgA. Это обстоятельство является неблагоприятным фактором в раннем постгеморрагическом периоде и способствует увеличению риска рецидива кровотечения.

Изучены показатели клеточного и гуморального иммунитета у 38 больных с кровопотерей лёгкой, средней и тяжёлой степени из ХЯЖ и ХЯДПК. Анализ полученных данных показал, что у больных с осложнённым кровотоком ХЯДПК и ХЯЖ достоверно снижено содержание Т- и В-лимфоцитов в сыворотке крови по сравнению с донорами. С увеличением кровопотери иммунодефицит и угнетение неспецифической резистентности становятся более выраженными. Кроме того, степень иммунных нарушений более значима при ХЯЖ, чем при ХЯДПК. Возможно, это связано с более старшим возрастным составом группы больных с ХЯЖ. Фагоцитарная активность нейтрофилов крови и уровни концентрации IgG, A, M с увеличением тяжести кровопотери имели тенденцию к снижению, наряду с увеличением концентрации циркулирующих иммунных комплексов. Эти изменения более выражены у больных с ХЯЖ. Содержание IgA у больных с ХЯЖ и ХЯДПК достоверно ниже, чем у доноров. Это свидетельствует о достаточно активных компенсаторных возможностях гуморального звена иммунной системы у обследованных больных. Однако прямая корреляционная зависимость увеличивающегося количества послеоперационных осложнений, прежде всего инфекционных, и количества рецидивов кровотечения с увеличением тяжести кровопотери, может быть связана с тем обстоятельством, что иммунологические показатели на уровне нижней границы нормы не всегда отражают обеспечение должной иммунной защиты. Можно предполагать, что на фоне клеточного иммунодефицита система иммунитета мобилизует все имеющиеся возможности на поддержание своего гуморального звена, а дополнительных резервов, в которых возникает потребность после оперативного вмешательства или для уменьшения альтерации в язвенном кратере, у таких больных уже нет.

Выводы. Понятие нижняя граница нормы у больных с осложнённым кровотоком ХЯДПК и ХЯЖ, особенно при кровопотере тяжёлой степени, носит относительный характер. Иначе, в ответ на остро возникшее кровотечение следовало бы ожидать увеличение в крови, как лимфоцитов, так и иммуноглобулинов. Одним из направлений уменьшения количества рецидивов кровотечения и послеоперационных осложнений у больных с кровоточащими ХЯЖ и ХЯДПК служит ранняя терапия иммуномодуляторами, что может способствовать улучшению результатов лечения.

216. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ МЕТОДОВ КАРДИОВЕРСИИ ПРИ ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ I ТИПА.

Паршина К.В., Аминев Н.В.

Кафедра госпитальной терапии имени В.Г. Вогралика, ГОУ ВПО НижГМА, г. Нижний Новгород

Актуальность: В настоящее время трепетание предсердий (ТП) рассматривается как самостоятельное нарушение ритма, не относящееся к мерцательной аритмии. Если по выработке тактики ведения и лечения больных с фибрилляцией предсердий (ФП) ведутся многочисленные исследования, то ТП остается «в тени». Практически при ТП используются те же методы лечения, что и при ФП. В связи с этим представляет интерес изучение разных методов лечения ТП в сравнительном аспекте.

Цель работы: сравнительный анализ эффективности и безопасности медикаментозного лечения, электрической кардиоверсии (ЭКВ) и электрической кардиостимуляции (ЭКС) при ТП I типа.

Материалы и методы: в клинике обследовано 59 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с ТП I типа. Средний возраст пациентов составил 52,3 года. У 55% пациентов нарушение ритма было единственным проявлением ИБС, а у 45% сочеталось со стенокардией напряжения II-III КФК. Критериями исключения явились инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз, миокардит, перикардит, тромбоэмболия легочной артерии, тиреотоксикоз, пороки сердца, кардиомиопатии, выраженная легочная гипертензия при сопутствующей ХОБЛ. Давность ТП колебалась от нескольких часов-суток до 6 месяцев. У 64% пациентов было впервые выявленное ТП, а у 36% - рецидив. Обследование больных включало общеклинические методы, изучение липидного профиля, параметров системы гемостаза, гормонов щитовидной железы, ЭКГ и эхокардиографию. Для купирования ТП использовались амиодарон в/в капельно в дозе 5-7 мг/кг (у 25,5% обследованных), наружная ЭКВ (у 34%), чреспищеводная ЭКС (у 40,5%). Всем больным с ТП, длительностью более 48 часов, перед кардиоверсией проводилась трехнедельная антикоагулянтная подготовка варфарином до достижения значения МНО 2,0 – 3,0. В это время больные получали урежающую терапию бета-адреноблокаторами (метопролол, пропранолол) или антагонистами кальция (верапамил) в сочетании, по показаниям, с дигоксинном. Чреспищеводная ЭКС проводилась на аппарате «Transesophageal cardiostimulator SP – 5» по методике залповой сверхчастотной стимуляции (ЗСС), начиная с частоты стимуляции на 10 импульсов/мин превышающей частоту волн f-f ТП (максимально 1200 импульсов/мин).

Результаты: медикаментозная кардиоверсия оказалась эффективна лишь в 38% случаев. Лучшие результаты были достигнуты при ЭКС и ЭКВ. Нормализация ритма наступила у 69% больных после ЭКВ и у 71% после применения ЭКС. Однако эффективность ЭКС была выше при продолжительности ТП менее одного месяца (в 87,5% случаев). Для ЭКВ зависимость частоты восстановления синусового ритма

от длительности ТП не была установлена. После проведения ЭКВ у 35% обследованных наблюдалась частая наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия, а после ЭКС нежелательных нарушений ритма и проводимости сердца, а также других осложнений не отмечалось. В целом попытка восстановления синусового ритма при ТП оказалась эффективной в 82,3% наблюдений.

Выводы: 1) Чреспищеводная ЭКС и наружная ЭКВ являются по сравнению с медикаментозной терапией более эффективными методами лечения трепетания предсердий. 2) ЭКС – безопасная и эффективная альтернатива ЭКВ, особенно при продолжительности трепетания до одного месяца.

217. НОВЫЕ ПРОДУКТЫ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДИСБИОЗА У ДЕТЕЙ

Пирогова З.И., Григорьева Т.А., Александрович Н.Ж.

Санкт-Петербургская Медицинская академия последипломного образования, Муниципальное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 5 комбинированного вида», ООО «Биомедика Петербург»

Санкт-Петербург, г.Сосновый Бор, Россия

Состояние микробиоценоза кишечника определяет качество ассоциированной с кишечником иммунной системы и поддерживает неспецифические защитные реакции организма детей. Это особенно важно для профилактики различных инфекционных заболеваний и коррекции дисбактериальных нарушений после них.

На базе отделения кишечных инфекций детской инфекционной больницы № 5 Санкт-Петербурга проведены клинические исследования нового отечественного жидкого симбиотика Наринэ-Форте и пребиотика сиропа Фитолон.

Наринэ-Форте разработан Новосибирской фирмой «Биокор», в его составе – два вида живых активных кислотоустойчивых бактерий, представителей нормальной кишечной флоры: ацидофильные бактерии штамма Наринэ ТНСи и бифидобактерии штамма 791БАГ, продукты их метаболизма. Оба штамма способствуют оздоровлению нормальной микрофлоры человека и подавляют рост патогенной флоры.

Сироп Фитолон разработан Санкт-Петербургской фирмой «Фитолон-мед», пребиотик растительного происхождения. Богат медными производными хлорофилла из хвои сосны и ели, яблочным пектином, а также содержит душицу обыкновенную и мяту перечную. Нормализует функцию желудочно-кишечного тракта, оказывает бактерицидное, антиспазматическое и противовоспалительное действие.

Результаты клинического исследования достоверно показали:

- Комплексное использование симбиотика Наринэ-Форте и пребиотика сиропа Фитолон позволяют достичь максимально быстрого (12-14 дней) и полного исчезновения проявлений дисбиоза кишечника,
- Достигнутый положительный результат коррекции сохраняется более длительно, чем

при применении других сходных сочетаний пре- и пробиотиков - до 6-9 месяцев,

- Указанный комплекс обладает выраженным бифидогенным эффектом.

С лета 2009г. Новосибирская фирма «Биокор» начала производство по усовершенствованной авторской технологии бифидумбактерина Бифишка на основе кислотоустойчивых бифидобактерий штамма 791БАГ. Его применение в клинической практике начато с осени 2009г.

Результаты клинического исследования Наринэ-форте и сиропа Фитолон дали основание для включения этого комплекса в систему профилактических мероприятий на базе «Детского сада № 5 комбинированного вида» г.Сосновый Бор. Кроме того, в комплекс был включен и новый пробиотик бифидумбактерин Бифишка. Применение комплекса дало отчетливый положительный эффект. В период подъема заболеваемости с сентября 2009 г. по март 2010 г., дети в оздоровительной группе (группа часто болеющих детей) получали Наринэ-Форте (или бифидумбактерин Бифишка) с сиропом Фитолон по 20 дней в месяц, всего 4 курса. Заболеваемость ОРЗ за этот период у них составила 1600 на 1000. В контрольной группе детей этого же возраста (3-4 года) этот показатель составил 2523 на 1000. В оздоровительной группе не было ни одного случая гриппа. В контрольной группе 333 на 1000.

Полученные результаты клинических наблюдений позволяют рекомендовать комплексное использование симбиотика Наринэ-Форте (или пробиотика бифидумбактерин Бифишка) и пребиотика сиропа Фитолон в клинической практике коррекции дисбактериозов кишечника у детей.

218. ДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ ЛИМФОАДЕНОПАТИИ И СПЛЕНОМЕГАЛИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С.

Плюснин С.В., Васенко В.И., Пономаренко Д.С.

ФГУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им А.А.Вишневого Минобороны России» г. Красногорск, Россия

Частота внепеченочных поражений при HCV-инфекции по данным разных авторов варьирует от 40 до 74 %. Прогноз хронического гепатита С главным образом определяется печеночным процессом, а в некоторых случаях внепеченочными поражениями. Своевременное распознавание и лечение указанных поражений противовирусными препаратами позволяет улучшить прогноз этих больных.

Больной Т., 54 лет, поступил в 3 ЦВКГ им А.А.Вишневого 03.04.2007г. с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, тупые боли в верхних отделах живота.

Анамнез: в 1992г.- гемотрансфузия. В дальнейшем не обследовался и не лечился.

При обследовании: повышение уровня активности трансаминаз АЛТ до 2,3, АСТ до 1,7 норм. Обнаружена РНК вируса гепатита С, генотип 1b. Была выполнена пункционная биопсия печени. Гистологически картина хронического гепатита умеренной активности (по