

**186. СВЯЗЬ МЕЖДУ КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ БОЛЕЗНИ КРОНА ТОЛСТОЙ КИШКИ И УРОВНЕМ ФЕКАЛЬНОГО КАЛЬПРОТЕКТИНА.**

Мордасова В.И., Свиридова Т.Н., Речмедина В.И., Ольховик И.Ю.

ГУЗ Воронежская Областная клиническая больница №1, ГОУ ВПО «Воронежская Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», МУЗ ГП №3, МУЗ городская больница №10 Воронеж, Россия.

В настоящее время клинические показатели активности Болезни Крона (БК) еще недостаточно изучены. Точная оценка активности заболевания имеет большое значение для правильного лечения пациентов с целью индукции и поддержания ремиссии.

Цель: выявить зависимость между клинико-эндоскопической и биологической активностью болезни Крона толстой кишки.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 6 пациентов с БК толстой кишки в возрасте от 27 до 80 лет (средний возраст составил 46 лет); женщины и мужчины среди них распределились поровну. Всем больным проводилось эндоскопическое исследование (фиброколоноскопия) с морфологической верификацией диагноза, рентгенологические методы исследования, определялся индекс активности заболевания (по Best W.R.) и концентрация биологического маркера - фекального кальпротектина (методом ИФА).

Результаты исследования: средняя длительность заболевания составила 7,2 года. По локализации поражения пациенты характеризовались следующим образом: илеоцекальный отдел – 4 больных (66,7%), толстая кишка – 2 больных (33,3%); у одного пациента имелось поражение перианальной области. С учетом индекса активности БК (по Best W.R.) пациенты были распределены на две группы: умеренная активность отмечалась у 4 человек (66,7%) – I группа, высокая

активность у 2 человек (33,3%) – II группа. В каждой группе, с учетом степени активности заболевания определялась концентрация фекального кальпротектина. В I группе концентрация фекального кальпротектина колебалась от 75 мкг/г до 320 мкг/г (средняя величина 197,5 мкг/г), во II группе - от 370 мкг/г до 500 мкг/г (средняя величина 435 мкг/г). В среднем уровень фекального кальпротектина в обеих группах составил 287,5 мкг/г (5,8 N).

**Выводы:** данное наблюдение позволяет сделать вывод, что уровень фекального кальпротектина коррелирует с эндоскопической и клинической активностью БК толстой кишки.

### 187. ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ВЫРАЖЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Мошкина А.А., Зонов О.А., Зонова Ю.А.  
Кафедра терапии ИПО, Кировская ГМА, г. Киров

**Актуальность:** По данным ряда научных источников известно, что в последние годы отмечается достоверное увеличение удельного веса пациентов с сочетанными заболеваниями, в том числе сочетание бронхиальной астмы (БА) с артериальной гипертензией (АГ) в среднем составляет 34,8 %.

**Цель:** изучить влияние бронхиальной обструкции на гемодинамические показатели у больных с БА на фоне АГ.

**Материалы и методы:** обследовано 60 человек (42 женщины и 18 мужчин), средний возраст 54+/-4.2 года с сочетанием АГ I-II степени и БА средней степени тяжести вне обострения. Группу сравнения составили 30 человек с изолированной АГ средний возраст 59+/-3.6 лет, мужчины и женщины 12 (40%) и 18 (60%) соответственно. Частота выявленных необратимых изменений органов мишеней у всех пациентов не превышала 50.5%. Диагноз БА выставлен согласно критериям GINA 2008. Время от начала манифестации бронхообструктивного синдрома в среднем составил 12.5+/-2.8 лет, средний временной промежуток от начала постановки диагноза ГБ – 9.3+/-1.7 лет. У обследованных имелись статистически незначимые различия среднего артериального давления (АД) 112.3+/-1.68 и 109.2+/-1.53 мм.рт.ст соответственно (p=0.001). По ЭХО-КС оценивали структуру и функцию миокарда, в том числе наличие диастолической дисфункции (ДД) левого и правого желудочков (ЛЖ и ПЖ). Полученные данные были обработаны методом вариационной статистики, сравнение двух независимых групп осуществлялось методом Краскела-Уоллиса.

**Результаты:** в ходе проведенного анализа протоколов ЭХО-КС двух групп пациентов (1 группа – с АГ в сочетании с БА средней степени тяжести, 2 группа с изолированной АГ) получены следующие результаты, выявлено: увеличение размеров левого предсердия в 1 и 2 группах соответственно (4.05+/-0.15 и 3.9+/-0.081 см.), индекса массы миокарда ЛЖ (148.9 +/-10.86 и 145.2+/-10.36 г/см<sup>2</sup>), среднего давления в легочной артерии (33.9+/-2.35 и 30.3+/-2.36), индекса конечного

диастолического размера ЛЖ (3.1+/-0.15 и 3.0+/-0.12) и переднее-заднего размера ПЖ (2.45+/-0.34 и 2.3+/-0.16 см.), p>0.05 во всех случаях. ДД I типа отмечалась значительно чаще у лиц с сочетанной патологией (для ЛЖ - 68.3% и 39.2%, p=0.042; для ПЖ – 92.4% и 31.5% p=0.014). Систолическая дисфункция не была зарегистрирована ни в одной группе, фракция выброса (ФВ) по Гейхольцу - 61.3+/-3.2%.

**Выводы.** Наличие БА средней степени тяжести у лиц с АГ I-II степени ассоциируется с увеличением частоты ДД как левого, так и правого желудочков, преимущественно по I типу, при небольшом прогрессировании других нарушений легочной и внутрисердечной гемодинамики. При лечении больных с сочетанной патологией необходимо стремиться в равной степени к устойчивой компенсации БА и АГ для профилактики структурно-функциональных изменений сердечной мышцы.

### 188. ТАГАНСОРБЕНТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА И ДИЗЕНТЕРИИ

Муковозова Л.А., Тусупова К.Н., Копашева С.Ю., Маукаева С.Б., Токаева А.З., Нуралинова Г.И., Кулжанова Ш.А., Смайл Е.М.

Государственный медицинский университет г. Семей, Казахстан

**Цель исследования** – повышение эффективности лечения больных сальмонеллезом и дизентерией путем включения энтеросорбента – тагансорбента в общий комплекс терапевтических средств.

**Материалы и методы.** Оценки лечебного эффекта тагансорбента осуществлялись у 230 больных гастроинтестинальной формой сальмонеллеза (150), дизентерией (80) в возрасте от 19 до 56 лет (мужчин 139, женщин 91). Диагноз сальмонеллеза ставился на основании характерных клинических проявлений, эпидемиологических данных и подтверждался у всех больных выделением сальмонелл из кала (100%), у 1,3% одновременно – из крови, а также обнаружением специфических антител в нарастающих титрах в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) у 36,0% больных. Тяжелое течение сальмонеллеза наблюдалось у 51 больного (34,0%), среднетяжелое – у 72 (48,0%) и легкое у 27 (18,0%). Тагансорбент на фоне базисного лечения из числа обследованных больных сальмонеллезом получали 75 человек. Диагностика дизентерии осуществлялась на основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных (бактериологически диагноз подтвержден у 80% больных, серологически – у 14% лиц). Колитическая форма дизентерии была у 54 больных, гастроэнтероколитическая – у 26 лиц. По степени тяжести преобладало среднетяжелое (84,4%) течение болезни, реже наблюдалось тяжелое (8,8%) и легкое (6,8%) течение болезни. Среди больных острой дизентерией 40 пациентов на фоне этиопатогенетической терапии получали тагансорбент, а 40 больным назначалось только этиопатогенетическое лечение. Больным сальмонеллезом и дизентерией на фоне комплексного лечения дополнительно применяли тагансорбент. Тагансорбент фармацевтического предприятия «Сорбент» (г. Усть-Каменогорск) применяли per os (в ½ стакана кипяченной воды) за 2 часа до приема