

Острый вирусный гепатит В у больных (43 человека) протекал в легких (36.7%), среднетяжелых (36.7%) и тяжелых (26.6%) формах. Симптомы диспепсии были слабовыраженными. Эрозивные поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки встречались в 30.2% случаях; в 69.2% диагностировались различные формы гастрита. *Helicobacter pylori*-инфекция выявлена у 20.9% пациентов. Эрозивные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки сочетались с *Helicobacter pylori*-инфекцией у 69.2% обследованных пациентов.

Заключение. Таким образом, у больных острыми вирусными гепатитами А и В при наличии диспепсических симптомов выявляется значительный процент эрозивной патологии слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта. У пациентов с острым вирусным гепатитом А и острым вирусным гепатитом В выявлена значительная фоновая инфицированность *Helicobacter pylori* (94.3% и 20.9%, соответственно). Проведенные исследования свидетельствуют о целесообразности диагностики и лечения пилорического хеликобактериоза у данных категорий больных.

295. ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛО-НЕФРИТОМ

Филина Л.В., Соловьянова Е.Н.

Кафедра госпитальной терапии им. В.Г. Вогралика, ГОУ ВПО НижГМА, г.Н.Новгород

Актуальность. Проблема ремоделирования внутриклубочковой и системной артериальной гипертензии разрабатывается во многих медицинских центрах. В последние годы большое внимание уделяется применению комбинированных препаратов, состоящих их двух лекарственных средств, потенцирующих и дополняющих друг друга.

Цель исследования. Оценить антигипертензивную эффективность монотерапии препаратами вальсартан (Диован фирмы «Novartis Pharma AG»), амлодипин (Тенокс фирмы «KRKA») и их комбинацию в препарате «Эксфорж» фирмы «Novartis Pharma AG» у больных хроническим гломерулонефритом с мочевым и гипертоническим синдромами.

Методы исследования. В городском нефрологическом центре под наблюдением находилось 47 больных (19 женщина и 28 мужчин) с хроническим гломерулонефритом с мочевым и гипертоническим синдромами. Длительность заболевания составляла от 3 до 5 лет. Средний возраст больных $36 \pm 5,7$ года.

Обследуемые были рандомизированы на три группы: у 12 человек в течение 2 месяцев проводилась гипотензивная терапия вальсартаном 80 мг/сут, у 16 человек – теноксом 10 мг/сут и 19 больных получали лечение препаратом «Эксфорж» состоящим из комбинации вальсартана 80 мг и амлодипина 5 мг. Препарат «Эксфорж» хорошо переносился пациентами, побочных явлений не наблюдалось. Изучали динамику артериального давления, протеинурию и скорость клубочковой фильтрации по формуле Кокрофта-Голта.

Артериальное давление измерялось по методу

Н.С.Короткова и составляло до лечения в первой группе $170,0 \pm 3,1/105,2 \pm 4,12$ во второй группе – $168,2 \pm 5,1/103,2 \pm 3,2$, в третьей – $174,1 \pm 6,1/102,3 \pm 4,12$ мм рт. ст. Протеинурия достигала $1,5 \pm 0,28$ г/л (1 группа), $0,9 \pm 0,14$ г/л (2 группа), $1,2 \pm 0,31$ г/л (3 группа). Скорость клубочковой фильтрации равнялась $86,3 \pm 3,2$ мл/мин в 1 группе, $82,4 \pm 5,2$ мл/мин во 2 группе и $81,2 \pm 3,1$ мл/мин в 3 группе.

Полученные результаты. Терапия антагонистом рецепторов ангиотензина II вальсартаном через 2 месяца привела к снижению артериального давления до $156,2 \pm 4,1/96 \pm 3,1$ мм рт. ст. ($p < 0,01$). Протеинурия уменьшилась до $0,57 \pm 0,11$ г/л, СКФ возросла до $95,2 \pm 3,4$ мл/мин.

При лечении блокатором кальциевых каналов теноксом через те же сроки артериальное давление снизилось до $159,5 \pm 6,3/98,2 \pm 3,73$ мм рт. ст., протеинурия – до $0,51 \pm 0,14$ г/л, скорость клубочковой фильтрации увеличилась до $91,3 \pm 3,4$ мл/мин.

У пациентов, получавших комбинированный препарат «Эксфорж» артериальное давление в конце обследования составило $153,6 \pm 4,1/92,4 \pm 5,2$ мм рт. ст. ($p < 0,01$). Количество белка в моче снизилось до $0,7 \pm 0,12$ г/л. Скорость клубочковой фильтрации возросла до $102,3 \pm 3,4$ мл/мин.

Обсуждение. Артериальная гипертензия выявляется у 80% пациентов с хроническим гломерулонефритом. Повышение артериального давления при гломерулонефритах приводит к гипертрофии левого желудочка, к формированию синдрома гиперфильтрации в капиллярах клубочка, к уменьшению массы действующих нефронов. Протеинурия – важнейший фактор ремоделирования тубулоинтерстиция. АД и протеинурия определяют скорость прогрессирования почечной недостаточности при хроническом гломерулонефрите.

Для больных с артериальной гипертензией и нарушенной функцией почек важным фактором является способность антигипертензивных препаратов не только снижать АД, но и уменьшать протеинурию. По этим показателям несомненными лидерами являются антагонисты рецепторов ангиотензина II и блокаторы кальциевых каналов.

При лечении блокаторами рецепторов ангиотензина II происходит уменьшение вазоконстрикции, снижение гидростатического давления в почечных клубочках, уменьшение внутриклубочковой гиперфильтрации, снижение микроальбуминурии и протеинурии.

Длительное применение препаратов этой группы приводит к торможению пролиферации мезангиальных клеток и фибробластов.

Предпосылкой к использованию блокаторов кальциевых каналов третьего поколения при поражении почек на фоне артериальной гипертензии являются их вазодилатирующие свойства, антиагрегационный и антиатерогенный эффекты, способность повышать скорость клубочковой фильтрации и благоприятно влиять на функцию эндотелия.

Терапия комбинированным препаратом «Эксфорж» (по сравнению с монотерапией) позволила достоверно снизить артериальное давление, уменьшить протеинурию, повысить функциональную способность почек, что проявилось в повышении скорости

клубочковой фильтрации. Гипотензивный, антипротеинурический и нефропротекторный эффекты препарата “Эксфорж” по-видимому связаны с вазодилатацией, повышением эффективности почечного кровотока, со снижением внутривенной гипертензии.

Заключение. Препарат «Эксфорж» при лечении больных хроническим гломерулонефритом оказывает синергическое действие на артериальную гипертензию, протеинурию, скорость клубочковой фильтрации и является важным фактором, тормозящим скорость прогрессирования почечной декомпенсации.

Терапия комбинированным препаратом “Эксфорж” с фиксированной дозой (два препарата в одной таблетке) удобна для больного – простота дозирования, удобство однократного приема, меньшая вероятность появления дозозависимых побочных эффектов, увеличение приверженности пациентов к постоянному лечению (compliance).

296. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА. РОЛЬ КАРДИОЛОГА В КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Фокин А.А., Яковлев А.Н., Нетисанов С.В., Борсук Д.А.

ГОУ ДПО Уральская Государственная Медицинская Академия Дополнительного Образования Росздрава, Челябинск, Россия

НУЗ Дорожная Клиническая Больница на станции Челябинск, ОАО «РЖД», Челябинск, Россия

Хирургические вмешательства на коронарных артериях доказали свою необходимость. В связи с тем, что количество кардиохирургических операций ежегодно увеличивается, вопросы полноценной реабилитации и адекватного медикаментозного лечения больных в послеоперационном периоде становятся все более актуальными (Cooley D., 2006; Beukema R., 2009). Ввиду постоянно растущего количества терапевтических стратегий, появления новых препаратов, возрастает роль врача, прицельно занимающегося данными аспектами. Наиболее адекватным способом решения этих задач является наблюдение и лечение пациентов страдающих ишемической болезнью сердца, прооперированных на коронарных артериях, врачом-кардиологом, постоянно работающим с данной категорией больных.

За последние 3 года в нашей клинике было выполнено 420 операций на коронарных артериях. Из них по технологии ОРСАВ выполнено 382 (91%), в условиях искусственного кровообращения – 38 (9%). В послеоперационном периоде получены следующие результаты: летальных исходов было 5 (1,2%) из которых 3 пациента исходно имели тяжелую сопутствующую патологию. Острый инфаркт миокарда развился у 4 пациентов (0,95%), нарушения ритма сердца по типу фибрилляции предсердий возникло в 42 случаях, что составило 10%. Данные результаты считаются хорошими и сопоставимы с результатами большинства преуспевающих Европейских и мировых клиник, а их

достижение является продуктом совместного труда хирургической и терапевтической служб.

В послеоперационном периоде необходима ранняя активизация пациентов, которая должна проходить под постоянным контролем опытного специалиста; ишемия миокарда требует дифференциальной диагностики от послеоперационного перикардита, развивающегося у большинства пациентов; профилактика и своевременное лечение нарушений ритма и проводимости сердца, борьба с сердечной недостаточностью, - все это требует от врача широких знаний терапевтического характера, знаний электрокардиографии, основ реабилитации.

За время нахождения пациентов в стационаре после операций на коронарных артериях возможен подбор соответствующей состоянию больного антигипертензивной, антиагрегантной и липидкорректирующей терапии, имеется возможность рассказать больному о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний и о необходимости их коррекции. В совокупности с физическими аспектами реабилитации это способствует более раннему восстановлению трудоспособности пациента и возврату его к активному образу жизни, формированию у больных правильных психологических установок относительно здорового образа жизни. Все это является прерогативой врача терапевтического профиля – кардиолога.

Таким образом, мы считаем, что совместная оценка состояния больного кардиологом и кардиохирургом является разносторонней, более объективной и соответственно подразумевает под собой грамотное и обоснованное ведение больных, коррекцию патологических состояний и выбор адекватных терапевтических стратегий в послеоперационном периоде.

297. АНАЛИЗ ОБЩЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ШУМА ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА НА ОСНОВЕ ТРАХЕОФОНОГРАФИИ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА.

Хаирзаманова Т.А.*, Кулаков Ю.В*., Почекутова И.А**., Крыжановский С.П.***

*Кафедра госпитальной терапии с курсом фтизиопульмонологии, ГОУ ВПО ВГМУ, Министерство здравоохранения и социального развития России, г. Владивосток,

**Тихоокеанский океанологический институт им. акад. В.И.Ильичева ДВО РАН, Россия, г. Владивосток,

***Медицинское объединение Дальневосточного отделения РАН, Россия, г. Владивосток (МО ДВО РАН).

Актуальность. Одной из важных задач современной медицины является поиск и разработка новых неинвазивных экономически доступных подходов к диагностике нарушений бронхиальной проходимости в амбулаторно-поликлинических условиях, которые позволят повысить эффективность выявления обструктивных заболеваний легких на ранних стадиях. Одним из таких методов является акустическая трахеофонография форсированного выдоха, однако существует неоднозначная трактовка акустических параметров форсированного выдоха в зависимости от пола (Коренбаум В.И., Почекутова И.А., 2008).