

профиля С2-С4 кислот, значений АИ (кал), отношения С3/С4 (кал), суммарного содержания изокапроновой и капроновой кислот) от нормальных показателей в различные trimestры беременности являются предикторами изменения биохимического состава желчи и образования сладжа.

111. ВЛИЯНИЕ ЭНТЕРОСАНА НА СОДЕРЖАНИЕ КОРОТКОЦЕПОЧЕЧНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БЕРЕМЕННЫХ С I СТАДИЕЙ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Иванова Е.В., Власова Н.А., Кулавский В.А., Белкина А.А., Бакирова В.Э.
БГМУ, Уфа, Россия.

Цель исследования состояла в изучении содержания короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) в кале и сыворотке крови у беременных с ЖКБ I стадии в различные trimestры беременности после лечения энтеросаном.

Материалы и методы: исследовали 95 беременных с I стадией ЖКБ в возрасте от 25 до 44 лет. Верификация диагноза осуществлялась клинически, с помощью биохимических исследований крови (липидный профиль), УЗИ желчного пузыря и печени. Определение КЖК в сыворотке крови и кале проводилось методом ГЖХ-анализа. Препарат назначался в дозе 1 капсула 3 раза в день в течение 2-х месяцев. Энтеросан-это природная смесь высушенной покровной пластины мускульного желудка птиц, состоящей из секрета простых желез и покровного эпителия, гликопротеидов, гликозаминогликанов, желчных и нуклеиновых кислот, сиаломуцина.

Результаты. На фоне лечения энтеросаном у беременных с I стадией ЖКБ в кале отмечается выраженная динамика показателей КЖК, заключающаяся в повышении суммарного содержания С2-С6 кислот, снижении долей пропионовой и масляной кислот и изменении показателей АИ, отклоняющихся в область нормальных значений.

В сыворотке крови у данных пациентов также наблюдается выраженная динамика показателей КЖК после приема энтеросана, заключающаяся в повышении абсолютного содержания С2-С6 кислот, повышении доли пропионовой кислоты при снижении уровня масляной кислоты, и снижении содержания суммарного относительного содержания изокапроновой и капроновой кислот, что свидетельствует о высокой эффективности проводимого лечения и соотносится с результатами клинико-лабораторного и инструментального обследования.

Данные изменения можно объяснить, во-первых, фармакологическим действием препарата, который оказывает бактериостатическое действие на Г-анаэробную микрофлору, в частности на рода бактероидов, клостридий и фузобактерий, зубактерий, и др. принимающих участие во вторичном обмене желчных кислот, снижая их активность, и способствует повышению активности и численности облигатной молочнокислой флоры (в частности бифидобактерий, оказывающих влияние на уровень холестерина).

Во-вторых, Энтеросан, нормализуя моторно-эвакуаторную функцию кишечника, способствует не

только восстановлению среды обитания микроорганизмов (о чем свидетельствует динамика значений АИ), но и нормализации пассивной и активной абсорбции ЖК.

В-третьих, имея в своем составе желчные кислоты, препарат оказывает опосредованный эффект на микрофлору, через изменение биохимического состава желчи и ее дебита.

Таким образом, коррекция интестинальной фазы обмена желчных кислот и холестерина приводит к нормализации их метаболизма в печени, о чем свидетельствуют выявленные положительные изменения содержания и спектра КЖК в сыворотке крови

Выводы:

1. Прием энтеросана приводит к нормализации показателей основных кислот как в кале, так и в сыворотке крови, что обуславливает целесообразность его применения при лечении беременных с ЖКБ.

2. Указанные параметры КЖК могут быть использованы в качестве критериев эффективности проводимого лечения БС и профилактических мероприятий.

112. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЬНЫХ ТОКСОПЛАЗМОЗОМ

Иванова Л.П., Зембатова С.Х., Дзучева Ф.К., Борисенко Ю.В.

Российская медицинская академия последипломного образования, кафедра инфекционных болезней, г. Москва, Россия; Городской Центр по токсоплазмозу, Москва, Россия

При постановке диагноза токсоплазмоза, личная позиция врача оказывает значительную психологическую поддержку пациенту и определяет подход к проведению этиотропной терапии.

В результате проведенного клинико-лабораторного обследования в Городском Центре по токсоплазмозу, диагноз выставлен и/или подтвержден 52 больным. Из них у 10 пациентов был диагностирован острый токсоплазмоз, у 17 – подострый, у 13 больных – инаппарантный, у 12 – хронический токсоплазмоз. Возраст обследованных составил от 16 до 40 лет. Из них было 48 женщин и 4 мужчин. Длительность заболевания на момент обращения – от 3 недель до 1 года.

У больных острым токсоплазмозом заболевание начиналось с интоксикации: общая слабость, недомогание, мышечные боли, повышения температуры тела до 38⁰С с ознобом, снижался аппетит, работоспособность (у 6 больных). У всех 10 пациентов в последующем заболевание протекало типично: субфебрилитет, генерализованная лимфаденопатия, гепато-спленомегалия. Данная клиническая картина оставалась у 4 больных до 3 месяцев, у 6 - до 7 месяцев.

Подострый токсоплазмоз клинически характеризовался невыраженной интоксикацией, субфебрилитетом, лимфаденопатией. Хронический токсоплазмоз – длительно текущий процесс с сохраняющейся субфебрильной температурой тела (12 пациентов). Заболевание протекало с повышением температуры тела до 38 в течение 10 дней, с последующим субфебрилитетом, сильнейшими