

держании данных белков в зависимости от степени тяжести заболевания, наличия осложнений в анамнезе, локализации язвенного дефекта в желудке или в ДПК. Последнее, по нашему мнению, подтверждает гипотезу о едином патогенезе ЯБЖ и ДПК.

Полученные данные свидетельствуют, что повышение сывороточных острофазовых белков ЛФ, ФТ и ЦП отражает общую реакцию организма на язву в желудке или двенадцатиперстной кишке, где имеет место воспаление, некроз и пролиферация слизистой оболочки. Необходимо отметить, что не у всех больных к моменту эндоскопического подтверждения рубцевания язвы произошла нормализация изучаемых белков, что может свидетельствовать, по нашему мнению, о незавершенности процессов репарации язвенного дефекта. Такие больные нуждаются в продолжении противовоспалительного лечения вплоть до полной нормализации изучаемых показателей. Анализируя значение выявленной гиперферментемии при обострении ЯБ, мы провели корреляционный анализ между содержанием ЛФ, ФТ и ЦП в сыворотке крови и клиническими проявлениями заболевания, включая его продолжительность, размеры язвы и длительность ее рубцевания. Оказалось, что между изученными клиническими признаками и концентрациями ЛФ, ФТ и ЦП корреляции практически отсутствуют, лишь имеется умеренно выраженная обратная корреляционная связь у ферритина с возрастом больных. При анализе связи ЛФ, ФТ и ЦП с показателями крови корреляционной зависимости не обнаружено.

Повышение концентрации ЛФ, ФР и ЦП в крови при ЯБЖ и ДПК происходит в острую фазу заболевания. Можно предположить, что ЦП в крови повышается задолго до формирования язвенного дефекта, так как его повышение связано со стрессовым воздействием на организм от нескольких дней до нескольких месяцев. Повышение концентрации ЛФ и ФР может идти параллельно формированию язвенного дефекта и снижаться по мере рубцевания язвы, приходя в норму после наступления ремиссии заболевания. Это можно использовать для решения вопроса о диагностике предязвенного периода заболевания и своевременного начала противорецидивного лечения, а также для прогнозирования начала ремиссии и продолжительности и необходимости продолженного лечения заболевания. Проведенная работа выявила системную реакцию организма на обострение ЯБ – повышение сывороточных концентраций белков острой фазы ЛФ, ФТ и ЦП и их снижение при наступлении ремиссии.

Это является патогенетически целесообразным, так как способствует усилению репаративных процессов в области язвенного дефекта и усиливает антимикробный эффект. Полученные данные могут послужить аргументом для использования определения металлопротеинов в качестве новых методов мониторинга в прогнозировании течения язвенной болезни. Они могут быть полезны для решения вопроса о продолжительности лечения и эффективности проводимой терапии.

Заключение. У больных язвенной болезнью в период обострения заболевания концентрации в сыворотке крови лактоферрина, ферритина и церулоплазмينا достоверно повышены, что имеет клинико-патогенетическую целесообразность, так как в очаге язвенного дефекта слизистой оболочки имеют место воспаление, некроз и пролиферация. Повышение этих белков отражает острую фазу заболевания, что доказывается фактом обратимости гиперферментемии в период ремиссии болезни.

Концентрация лактоферрина, ферритина и церулоплазмينا в сыворотке крови больных язвенной болезнью не зависит от локализации язвы, что косвенно свидетельствует о единстве патогенеза язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Корреляционной зависимости между размерами язвенного дефекта, продолжительностью заболевания, степенью его тяжести, наличием осложнений, длительностью рубцевания и концентрацией в сыворотке крови лактоферрина, ферритина и церулоплазмينا не обнаружено. Выявлена связь между концентрацией церулоплазмينا и стрессовыми факторами в анамнезе больных.

Корреляционной связи ЛФ, ФТ и ЦП с железом, количеством эритроцитов, гемоглобином, цветовым показателем, лейкоцитами и СОЭ у больных язвенной болезнью не обнаружено. Следовательно ЛФ, ФТ и ЦП не отражают объективно метаболизм железа в организме и его запасы при язвенной болезни в период обострения. При длительности течения язвенной болезни более 10 лет отмечается снижение секреторной функции желудка в связи с развитием в его слизистой оболочке атрофических изменений. Связь между секреторной функцией желудка и сыворо-

точными концентрациями лактоферрина, ферритина и церулоплазмينا отсутствует. Секреторная функция желудка меняется в процессе жизни лишь в сторону снижения и не может повышаться при высоких значениях лактоферрина, ферритина и церулоплазмينا. У больных язвенной болезнью в биоптатах слизистой оболочки луковицы 12-перстной кишки наличие хеликобактериоза установлено в 55,2% случаев, в биоптатах слизистой оболочки желудка – в 96,3% случаев. Степень обсеменения слизистой оболочки желудка не влияет на его секреторную функцию. Размеры язвенного дефекта коррелируют с выраженностью хеликобактериоза, т.к. эта инфекция усиливает воспалительную реакцию в зоне язвы, выделение микробом гистолитических ферментов, усугубляет некроз, что является причиной хронизации болезни.

Корреляционной зависимости содержания лактоферрина, ферритина и церулоплазмينا с хеликобактериозом у больных язвенной болезнью не обнаружено. Однако у больных с хеликобактериозом слизистой концентрации изученных белков достоверно выше, чем у больных без хеликобактериоза, что может свидетельствовать о косвенном антимикробном эффекте лактоферрина, ферритина и церулоплазмينا. Полученные данные можно использовать для мониторинга и прогнозирования течения язвенной болезни неинвазивным и доступным иммуноферментным методом сывороточных концентраций острофазовых белков. Результаты могут быть полезны для решения вопроса о продолжительности лечения и эффективности проводимой терапии.

Литература

1. Авоян К.Н. // Клини. мед.– 2006.– №5.– С.69–70.
2. Аруин Л.И. // Экспер. и клин. гастроэнтерол.–2004.– №1.– С.36–41.
3. Васильев Ю.В. // Трудный пациент.– 2003.– №2.– С.6
4. Востриков Г. // Рос. гастроэнтерол. ж.–1998.–№4.– С.102.
5. Ивашкин В.Т. и др. *Helicobacter pylori*: революция в гастроэнтерологии.– М., Трида-Х.– 1999.– 255 с.
6. Лазебник Л.Б. // Мед. кафедра.– 2005.– №2.– С. 10–11.
7. Яковлев А.М. и др. // ЖМЭИ.– 1988.– №10.– С.75–78.
8. Bistrian B.R. // Crit. Care Med.– 1999.– Vol.27(3).– P.452.
9. Deltenre M.A.L. // Eur. J. Gastroenterol., Hepatol.– 1997.– №9, Suppl.1.– P.23–26.
10. Kumon Y. et al. // Amyloid.– 1999.– № 12.– P. 130–135.

УДК 616.61-002-02:618.3:615.28

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ СЕРОЗНЫХ ФОРМ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

С.И. ЛОКТИОНОВА, И.А. РЕРЕКИН*

Инфекции мочевыводительной системы у беременных составляют одну из важнейших проблем акушерства, нефрологии и урологии, что связано с их высокой частотой, особенностями подходов к диагностике и лечению, а также с большим риском развития различных урологических, акушерских и неонатальных осложнений [2]. Острый гестационный пиелонефрит (ОГП) выявляется у 1-12% беременных [1]. Заболевание чаще наблюдается у женщин в возрасте 18-25 лет во II триместре беременности [3]. Возникновение и развитие инфекций мочевой системы при гестации обусловлено наличием многих факторов: нарушением уродинамики мочевыводящих путей, наличием инфекционного очага в организме, гормональной перестройкой [6].

Сезонные формы воспаления почечной паренхимы можно купировать консервативными методами [4]. Лечение больных имеет свои особенности, так как во время беременности необходимо предусмотреть не только ликвидацию воспалительного процесса в мочевых путях у матери, но и использовать медикаментозные средства не нанести вред плоду. Основным средством лечения пиелонефрита служат антибиотики [7]. Спектр антибактериальных препаратов, используемых в лечении инфекций мочевых путей при гестации претерпел определенные изменения за последние несколько лет. Это связано, с одной стороны, с разви-

* ОГУЗ «Орловская областная клиническая больница», г. Орел, Бульвар Победы 10, тел 46-57-15

тием резистентности уропатогенных микробов к некоторым «традиционным» лекарственным средствам, с другой стороны, наблюдается расширение спектра антибактериальных средств, демонстрирующих их безопасность для матери и плода. С момента появления новых пероральных бактерицидных препаратов, эта лекарственная форма стала занимать более прочные позиции не только в амбулаторной, но и в стационарной практике [5]. 75% госпитализированных лиц с бактериальными инфекциями могут быть переведены с парентерального на пероральный прием антибактериальных препаратов [8].

Цель – оценка эффективности антибактериальных препаратов из групп цефалоспоринов I и II поколений, ингибиторзащищенных ампинопенициллинов в комбинации с растительным уросептиком в лечении ОГП легкой и средней степеней тяжести.

Материалы и методы. На базе урологического отделения ОГУЗ «Орловская областная клиническая больница», в отделениях патологии беременности МЛПУЗ «Родильный дом г. Орла» и ОГУЗ «Орловский родильный дом» в 2006 г. нами обследовано 66 беременных с ОГП от 17 до 40 лет. Обследование пациенток включало сбор жалоб, анамнеза, оценку общего состояния, показателей гемодинамики, симптома поколачивания по поясничной области, наличия периферических отеков, диуреза, акушерско-гинекологического статуса. Общеклиническое обследование включало: общие анализы крови (ОАК) и мочи (ОАМ), бактериологическое исследование мочи, биохимический анализ крови, анализ мочи по Нечипоренко, УЗ-диагностику органов мочевой системы и фетоплацентарного комплекса. Критериями включения в группы: беременность 10 и более недель, наличие субъективной симптоматики ОГП легкой и средней степени тяжести (болевой с-м, гипертермия до 38°C, без потрясающих ознобов), изменения в показателях ОАК (лейкоцитоз до 15×10^9 , палочкоядерные нейтрофилы $\leq 10\%$), ОАМ-лейкоцитурия, БХ без выраженных изменений, УЗ признаки серозного воспалительного процесса в почках без выраженного нарушения уродинамики.

Динамика основных клинических показателей в группах наблюдения (сутки от начала антибактериальной терапии)

Показатели	Группа 1 (n=20)				Группа 2 (n=24)				Группа 3 (n=22)			
	0	3	9	30	0	3	9	30	0	3	9	30
Болевой синдром, случаев в %	100	30	0	0	100	50	5	0	100	25	0	0
Дизурия, случаев в %	65	20	0	5	80	40	0	10	75	10	0	0
Гипертермия, $t > 37^\circ\text{C}$	37,8	37,0	36,6	36,5	37,6	37,3	36,5	36,7	37,6	37,2	37	36,5
Лейкоцитоз * $10^9/\text{л}$	14,5	11,0	8,2	7,1	13,9	12,5	8,9	7,4	13,9	11,2	7,9	7,2
Палочкоядерных, %	8,3	8,1	7,3	6,3	8,9	8,4	6,7	6,1	8,6	7,6	6,2	5,6
СОЭ, мм/ч	30,7	25,6	23,1	20,9	35,5	30,4	24,8	21,5	34,1	27,5	23,0	20,4
Лейкоцитурия в ОАМ, случаев в %	100	75	0	5	100	100	0	10	100	50	0	0
УЗ-признаки воспалительного процесса в почках, случаев в %	85	60	10	0	90	90	0	0	100	80	0	0
Культуральное исследование мочи, случаев в %	65	25	0	0	80	30	0	5	70	10	0	0
Неэффективность, случаев	1				3				0			

После включения пациенток в исследование они были распределены слепым методом на 3 равноценные группы наблюдения, по 20 человек в каждой. Больные 1 группы получали по поводу ОГП амоксициллин клавуланат (625 мг 3 в день) и канефрон Н (2 драже 3 раза в день), 2 группы: цефалексин (500 мг 4 раза в сутки) и канефрон Н (2 драже 3 раза в день), 3 группы: цефуроксим аксетил (500 мг 2 раза в день) и канефрон Н (2 драже 3 раза в день). Для улучшения оттока мочи из почек всем пациенткам рекомендовалось позиционная дренирующая терапия (положение беременной на здоровом боку или коленно-локтевое положение) в комбинации со спазмолитиками. При отсутствии в течение 2 суток эффекта от позиционной дренирующей терапии пациенткам выполнялось катетеризация или

стентирование почечной лоханки с исключением из группы наблюдения. Контрольные обследования проводились при поступлении в стационар, на 3, 9 и на 30 сутки после выздоровления.

Таблица 2

Динамика субъективного и объективного выздоровления в группах

Показатели	Субъективное выздоровление, сутки	Объективное выздоровление, сутки
№1	5,5	8,3
№2	6,1	9,1
№3	4,9	7,7

Контроль эффективности проводимой антибактериальной терапии осуществлялся по: исчезновению клинических проявлений заболевания, позитивной динамике при ультразвуковом исследовании почек, а также отсутствию патологических изменений в моче трехкратно и ее стерильности при культуральном исследовании. При отсутствии эффекта от проводимого лечения проводили замену антибактериального препарата по клиническим и/или микробиологическим показаниям к моменту получения первого результата бакпосева мочи (2-3 сутки). Все данные обрабатывались пакетом статистических программ «Статистика».

Результаты исследования. Нами был проведен анализ клинических показателей при лечении беременных с ОГП различными антибактериальными препаратами в сочетании с растительным уросептиком (табл. 1).

Все пациентки в группах наблюдения отметили положительный эффект от проводимой комплексной терапии ОГП. При оценке выраженности болевого синдрома, гипертермии, периферического лейкоцитоза и уровня палочкоядерных нейтрофилов установлено, что скорость улучшения этих показателей в 1 и 3 группах была достоверно выше, чем во 2 группе принимавших цефалексин. Побочных эффектов за время наблюдения отмечено не было. При анализе случаев неэффективной терапии ОГП необходимо отметить, что в 3 группе принимавших цефуроксим аксетил их не было, в 1 группе, получавших амоксициллин клавуланат возник 1 случай цистита с причинно-значимым возбудителем, в 2 группе находившихся на цефалексине, терапия одной пациентки признана неэффективной на 3 сутки, с последующим переводом ее на другой антибактериальный препарат.

Динамика субъективного (суммарный показатель ощущения выздоровления) и объективного (соответствие объективных показателей критериям купирования инфекции) выздоровления представлена в табл. 2.

Наиболее быстро выздоровление наступало в группе пациенток, принимавших цефуроксим аксетил, затем в группе принимавших амоксициллин клавуланат и на последнем месте – в группе цефалексина. Из 66 случаев культурального исследования мочи проведенного до назначения антибиотиков возбудители не высеяны в 17 из них. У остальных найдены возбудители, причем микробные ассоциации – лишь в 2 случаях. Структура возбудителей ОГП в группах наблюдения была следующей: E. coli – 42,5%,

E. aerogenes – 8,6% Klebsiella – 7%, E. faecalis – 4,6%, S. haemolyticus – 7%, S. saprophyticus – 9,3%, S. epidermidis – 14%, S. aureus – 2,3%, P. vulgaris – 2,3%, другие 2,3%.

Выводы. Наиболее эффективными антибактериальными препаратами в лечении ОГП оказались цефуроксим аксетил (в его группе не зарегистрировано случаев неэффективной терапии) и амоксициллин клавуланат (в группе зарегистрирован 1 случай неэффективной терапии). В группе беременных, принимавших цефалексин, зарегистрировано 3 случая неэффективной терапии, что говорит о преимуществе терапии ОГП другими препаратами.

Литература

1. Герасимович Г.И. // Здоровоохран-е.–2000.– №4.– С. 30.
2. Грищенко О.В., Щербаков В.Ю. // Междунар. мед. ж.– 1998.– №2.– С. 77–81.
3. Елисеев О.М., Шехтман М.М. Беременность. Диагностика и лечение болезней сердца, сосудов и почек.– Ростов-на-Дону, 1997.– 230 с.
4. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии.– М.: Медицина, 1996.– 487 с.
5. Омеляновский В.В., Попова Ю.Н. // Проблемы стандартизации в здравоохранении.– №4.– 2001.– С. 14–22.
6. Пытель О.А., Лоран О.Б. // Всерос. сб-во урологов. Правление. Пленум: Мат-лы.– Екатеринбург, 1996.– С. 229–233.
7. Шехтман М.М. // Тер. архив.– 1996.– №10.– С. 55–59
8. Quintiliani R. et al. // Rev. Inf. Dis.– 1996.– Vol. 13.– P. 770–777.

УДК 616.517

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВУЛЬГАРНОГО ПСОРИАЗА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ.

Н.В. ПАВЛЕНКО, Е.Н. МАХНОВЕЦ*

Инфекция, вызванная *Helicobacter pylori* (НР), имеет глобальное значение. Некоторые авторы называют ее наиболее частой инфекцией человека. Примерно 60% населения земного шара инфицировано НР. Пристально изучается роль НР в развитии ишемической болезни сердца, атеросклеротического поражения сосудов мозга, ряда аутоиммунных заболеваний, а также аллергических состояний. По результатам исследования авторы сделали вывод о том, что одновременное наличие у пациента заболевания кожи, инфекции НР и иммунных нарушений может говорить о патогенетической связи между бактериальной инфекцией и воспалительными изменениями при дерматозах.

Цель исследования – изучение особенностей клинического течения вульгарного псориаза на фоне хеликобактериоза.

Для объективного сопоставления полученных результатов обследованы 50 пациентов, страдающих вульгарной формой псориаза, 38 (76%) в сочетании с *Helicobacter pylori*; контроль составили 12 человек (24%). Основной жалобой больных вульгарной формой псориаза, протекающей на фоне НР-инфекции, при поступлении в стационар было наличие высыпаний на коже туловища, а 55,3% из них беспокоил интенсивный зуд, что не характерно для данной формы заболевания (в контрольной группе зуд не беспокоил ни одного больного из 12). Начало заболевания у больных было неодинаково: у части пациентов элементы возникли в раннем возрасте (преимущественно 7–18 лет) и сохранялись в течение длительного времени на одних и тех же местах, чаще на волосистой части головы, в области крупных суставов и в лямбдосакральной области. Достоверных различий в количестве таких больных в основной (34,2%) и в контрольной (33,3%) группах не было. У большинства больных заболевание возникло недавно, и имела тенденция к прогрессирующему течению. Ярких отличий в клинической картине псориаза в сравниваемых группах больных выявлено не было, однако при наличии хеликобактероза выявлена тенденция к усилению признаков экссудации и инфильтрации псориатических элементов. Высыпания локализовались на коже груди, туловища, разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей. Имелась тенденция к симметричному расположению элементов. Площадь поражения варьировалась у разных больных от 0,6% до 75% от площади тела, однако никаких закономерностей распределения в разных группах выявлено не было.

В основной группе больных высыпания на коже были представлены папулезными элементами, склонными к сливанию в бляшки, четко отграниченные от здоровой кожи, розовато-красной окраски, покрытые серебристо-белыми чешуйками. Как правило, чешуйки более плотно прилегали к элементам, чем при высыпаниях у больных контрольной группы, что связано с уве-

личением явлений экссудации. Свежие элементы у больных прогрессирующей стадией заболевания имели более яркую окраску, а интенсивность шелушения была менее выражена. Слизистые оболочки у всех больных были чистые от высыпаний. Поражение ногтевых пластинок, чаще на кистях, отмечено у 47,4% больных псориазом с сопутствующим хеликобактерозом против 16,7% пациентов в контрольной группе. Из них в 26,6% случаев наблюдались точечные вдавления (синдром «наперстка»), а у 13,3% – утолщение ногтевых пластинок за счет подногтевого гиперкератоза. При дифференциальной диагностике, в т.ч. лабораторными методами, онхомикоз был исключен. Следует выделить тот факт, что 21,1% пациентов с хеликобактерной инфекцией жаловались на периодические неинтенсивные боли в суставах, но при рентгенологических исследованиях никаких изменений не было обнаружено, и эти проявления были расценены как реактивный инфекционно-аллергический артрит.

Значение индекса PASI в основной группе было на 20,1% выше такового в контрольной группе за счет показателя инфильтрации. При вульгарной форме псориаза, текущего на фоне хронического хеликобактероза выявлены следующие особенности: наличие зуда; более выраженные явления экссудации, и в связи с этим уменьшение шелушения элементов; более частое поражение ногтевых пластинок по типу «наперстка».

УДК 615.517

К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Н.В. ПАВЛЕНКО*

Псориаз может лучше всего быть понят при мультифакторном подходе, который признает системные аспекты нарушения. Идея о том, что на этиологию и патогенез псориаза влияет патология желудочно-кишечного тракта, заняла заметное положение в литературе. Псориаз – хроническая кожная болезнь с неизвестной причиной [1]. Хотя нет общепризнанного метода лечения псориаза, используются многочисленные методы с тем, чтобы уменьшить тяжесть проявлений и их воздействие на жизнь пациента. Местная терапия может быть полезна для симптоматического облегчения, особенно для легкого псориаза. Для умеренного и тяжелого псориаза применяются фототерапия и системные терапии. Однако они связаны с существенными неблагоприятными эффектами. Фототерапия может обусловить эритему, зуд, сморщивание, солнечный эластоз и увеличивает риск рака кожи. Системные терапии с применением ацитретина, метотрексата, циклоспорина, гидроксимочевина и тиогуанина связаны с существенной системной токсичностью и должны быть внимательно изучены [2]. Стоимость стандартного лечения псориаза существенна, и в США в настоящее время оценивается от 1,6 до 3,2 миллиарда долларов в год [3]. Продолжает существовать потребность в эффективных терапиях с меньшим количеством побочных эффектов. Понимание этиологии и патогенеза псориаза может привести к недорогим терапиям, направленным на основные причины болезни при сокращении неблагоприятных эффектов.

Системная аутоинтоксикация – одна из вероятных причин патогенеза псориаза. Рассмотрение системных моделей, связанных с псориазом, может внести вклад в понимание различных патофизиологических процессов, вызывающих эту болезнь. Взаимосвязь псориаза и патологии желудочно-кишечного тракта особенно хорошо прослеживается на примере кишечника [4].

Термин «взаимосвязь» используется, чтобы описать совмещение болезней, которые имеют тенденцию наблюдаться у одного пациента одновременно. После рассмотрения источников, изучающих такую взаимосвязь заключили что: «болезни могут совмещаться по нескольким причинам: одно нарушение увеличивает уязвимость к другому; одно нарушение – иное выражение другого; оба нарушения происходят из-за некоторого третьего, лежащего в основе, или случайного совпадения...» [5].

T.Henseler и E.Christophers [6] описали выраженную взаимосвязь псориаза с несколькими другими состояниями, включая ожирение, диабет и заболевания сердца. Они выдвинули гипоте-

* Новосибирск

* Новосибирск