

не достаточно, поскольку продолжительность исследований не превышала двух лет.

Селективный модулятор рецепторов эстрогена ралоксифен изучен в 7 клинических испытаниях, значительно отличающихся друг от друга числом наблюдений ($n_{\text{мин}} = 216$; $n_{\text{макс}} = 7705$), результаты которых затем были включены в систематический обзор (мета-анализ). В одном из исследований, проведенном при участии 7705 женщин, снижение ОР невертебральных переломов составило 0,92 (95% ДИ 0,79-1,07; $p=0,27$), а в испытании, включающем 216 женщин снижение ОР существенно отличалось от результатов предыдущей работы — 0,52 (95% ДИ 0,12-2,18; $p=0,37$), подобные результаты не являются статистически значимыми. Одним из осложнений терапии ралоксифена, является тромбоз вен верхней конечности, в которую осуществлялось внутривенное введение препарата (3,51 95% ДИ 1,44-8,56; $p<0,01$). Таким образом, разноречивость полученных данных, а так же то, что снижение ОР невертебральных переломов не является статистически значимым, не позволяет рекомендовать данное лекарственное средство для использования с целью увеличения МПКТ в области шейки бедра.

Бисфосфонаты — наиболее изученная группа препаратов, используемая для лечения ОП и предотвращения повторных переломов. Большинство исследований длились 3-4 года, и включали значительное количество пациентов: Hip Intervention Program HIP (резидронат) — $n=9331$; Fracture Intervention Trial FIT (алендронат) — $n=4432$. Результаты многочисленных исследований, а так же мета-анализов их объединяющих, свидетельствуют о значительном снижении риска переломов. У пациентов, ежедневно принимающих алендронат в дозе: 10 мг или более, риск переломов шейки бедра снижается ОР=0,45 (95% ДИ 0,18-1,13) $p<0,05$ [24]. Прием резидроната уменьшает риск переломов шейки бедра у женщин с ОП возрастной группы 70-79 лет ОР=0,6 (95% ДИ 0,4-0,9; $p=0,009$), у женщин старше 80 лет, имеющих один или более факторов риска перелома шейки бедра ОР=0,8 (95% ДИ 0,6-1,2; $p=0,35$). По данным систематического обзора, объединяющего результаты 7 клинических испытаний ($n=867$),

влияния этидроната на риск переломов шейки бедра не было ОР=0,99 (95% ДИ 0,69-1,42), хотя было зафиксировано повышение МПКТ в шейке бедра на 2,35% (95% ДИ 1,66-3,04), по сравнению с группой плацебо, тем не менее полученные результаты можно считать сомнительными.

Таким образом, наибольшее влияние на риск переломов шейки бедра, а также МПКТ этой области оказывают препараты группы бисфосфонатов, соответственно перспективно изучение применения именно этих лекарственных средств для лечения ОП у пациентов с ТА тазобедренного сустава и для предотвращения осложнений эндопротезирования.

Таким образом, для определения тактики медикаментозного лечения бисфосфонатами пациентов, перенесших ТА тазобедренного сустава, на фоне остеопоротических изменений, необходимо проведение синтеза имеющихся результатов исследований.

Как показывают проанализированные исследования, бисфосфонаты способны значительно уменьшать потери МПКТ вокруг ножки эндопротеза и существуют определенные рекомендации, разработанные М. Gardner с соавт., относительно терапии ОП после эпизода «хрупкого» перелома, базирующиеся на рекомендациях NOF.

1) Все пациенты должны быть обследованы на наличие первичного или вторичного ОП;

2) Всем пациентам необходимо назначать 800 UI витамина D и 1200-1500 мг элементарного кальция (предпочтительно отдается цитрату кальция);

3) С первых дней после проведения ТА, всем пациентам необходимо назначить антирезорбтивную терапию одним из препаратов:

- Алендронат в дозе 70 мг еженедельно;
- Резидронат в дозе 30 мг еженедельно;
- Памидронат в дозе 30 мг каждые 3 месяца;

4) Не позднее шестой недели после выписки, всем пациентам повторить двухэнергетическую абсорбциометрию и лабораторные тесты, выявляющие нарушения метаболизма для исключения вторичного ОП.

Смолина Т.П., Черных С.В., Горшкова Р.П., Беседнова Н.Н. СНИЖЕНИЕ АДГЕЗИИ БАКТЕРИЙ НА КЛЕТКАХ УРОЭПИТЕЛИЯ С ПОМОЩЬЮ ПОЛИСАХАРИДА, ВЫДЕЛЕННОГО ИЗ ПРОТЕОБАКТЕРИЙ PSEUDOALTEROMONAS NIGRIFACIENS

Цель: изучение влияния полисахарида, выделенного из протеобактерий *Pseudoalteromonas nigrifaciens* типового штамма IAM 13010^Т, на адгезию условно патогенных микроорганизмов к клеткам уроэпителия.

Методы: микроорганизмы получены с помощью высева из уретры больных неспецифическими уретритами. В работе использовано 5 штаммов *Staphylococcus epidermidis*, 4 штамма *S. haemolyticus* и по 3 штамма *S. aureus*, *Micrococcus* spp., *Enterobacter* spp., *Acinetobacter* spp. Клетки уроэпителия выделены от здоровых мужчин, не имевших в анамнезе инфекций, передающихся половым путем. Определение адгезивности микроорганизмов производили по методу В.И.Бриллис и др. [1986] в собственной модификации. Смывы суточных культур бактерий доводили до концентрации 10^9 микробных клеток в 1 мл, клетки уроэпителия — до концентрации 2×10^6 клеток в 1 мл фосфатно-солевым буфером (рН 7,2-7,3). Взвесь микроорганизмов, используемую в опытных образцах, предварительно инкубировали с полисахаридом (0,2 мг/мл) 30 мин. при 37°C. Для определения адгезивной активности смешивали равные объемы взвесей микроорганизмов (обработанных или необработанных полисахаридом) и уроэпителиальных клеток. Инкубировали 30 мин. при 37°C, а затем на предметном стекле готовили мазки, высушивали их, фиксировали метанолом и окрашивали азур-II-эозином. Учитывали результаты под световым микроскопом. Адгезивные свойства оценивали с помощью среднего показателя адгезии (СПА) — среднего количества бактерий, прикрепившихся к 1 эпителиоциту.

Результаты: нами выявлено, что все исследуемые бактерии

НИИ эпидемиологии и микробиологии СО РАМН, Владивосток

обладали высокой степенью адгезивности к эпителиоцитам уретры, при этом грамположительные микроорганизмы прикреплялись к клеткам уретры здоровых доноров в большем количестве, чем грамотрицательные бактерии. Наибольшая адгезивная активность отмечена среди штаммов *S. aureus* (СПА варьировал от 31,23 до 41,00) и *Micrococcus* spp. (СПА — от 30,56 до 34,00), наименьшую адгезивность проявляли *Enterobacter* spp. (СПА — от 5,64 до 7,56) и *Acinetobacter* spp. (СПА — от 9,68 до 11,24). Уровень адгезии стафилококков исследованных видов (*S. aureus*, *S. epidermidis*, *S. haemolyticus*) отличался друг от друга и снижался от первого к последнему более чем в 2 раза. Инкубация микроорганизмов с полисахаридом *P. nigrifaciens* приводила к статистически значимому снижению степени адгезии всех видов *Staphylococcus* и *Acinetobacter* spp. ($p<0,05$). При этом адгезия различных штаммов *S. aureus* снижалась на 25-30%, *S. haemolyticus* и *S. epidermidis* — на 25-60%, *Acinetobacter* spp. — на 40-60%. Среди бактерий *Micrococcus* spp. и *Enterobacter* spp. Встречались отдельные штаммы, адгезия которых под действием полисахарида уменьшалась на 45%, но при учете всех штаммов каждого вида не выявлено статистически значимого снижения.

Выводы: у всех исследованных штаммов условно патогенных бактерий, выделенных от больных неспецифическими уретритами выявлен высокий уровень адгезии к уроэпителиоцитам здоровых доноров. Инкубация бактерий с полисахаридом *P. nigrifaciens* приводила к снижению адгезии *S. aureus*, *S. epidermidis*, *S. haemolyticus* и *Acinetobacter* spp. на эпителиоцитах, что может иметь значение для уменьшения участия этих микроорганизмов в урологических инфекциях.

Седулина О.Ф., Юрсова Е.Н., Черникова А.А., Беннова С.Н., Савина О.Г., Яценя О.В. СОЧЕТАННЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

**Владивостокский государственный медицинский университет,
Городская клиническая больница № 2 г. Владивосток**

Цель: выявить клинико-патогенетические особенности сочетанных инфекций.

Методы: мы исследовали частоту и длительность основных клинических симптомов у детей в возрасте от 2-х месяцев до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в детских инфек-

ционных отделениях №1 и №2 ГКБ №2 города Владивостока с острыми кишечными инфекциями вирусно-бактериальной и бактериально-бактериальной этиологии, микст-инфекциями клещевого энцефалита и клещевого боррелиоза и острыми респираторными инфекциями на фоне дисбиоза кишечника.

Результаты: у детей с острыми кишечными инфекциями вирусно-бактериальной этиологии длительность симптомов поражения желудочно-кишечного тракта, проявляющихся многократной, часто неукротимой рвотой (70,6%), «водянистой диареей» (70,6%) в начале заболевания в 76,5% случаев переходящей в энтероколитический синдром у 5-7 дня болезни, превышала таковую при моно-инфекциях в 1,5 раза и данные симптомы сопровождалась более выраженными интоксикацией и явлениями дегидратации.

У детей с острыми кишечными инфекциями бактериально-бактериальной этиологии клинические симптомы поражения пищеварительного тракта в виде рвоты и диареи, также были более выражены в сравнении с моно-инфекцией и протекали длительнее. Причем микст-инфекция чаще встречалась у детей дошкольного возраста.

При сравнительном анализе клиники моно-инфекции клещевого боррелиоза, клещевого энцефалита и микст-инфекции (клещевого энцефалита и клещевого боррелиоза) также были выявлены некоторые особенности. В частности, фебрильная температура при микст-инфекции встречалась достоверно реже, чем при клещевом боррелиозе ($p < 0,001$) и клещевым энцефалитом ($p < 0,05$). Симптомы интоксикации, такие как вялость, недомогание, снижение аппетита, тошнота, рвота при микст-инфекции встречались достоверно чаще ($p < 0,05$), чем при клещевом боррелиозе и не имели достоверных отличий в сравнении с клещевым энцефалитом. Увеличение лимфоузлов при клещевом боррелиозе отмечалось в 66,5% случаев, тогда как при микст-

инфекции и клещевым энцефалитом — в 20,0% и 11,3% соответственно. При микст-инфекции менингеальные знаки определялись в 26,1% случаев, нарушение сознания в 13,3%, а очаговая симптоматика в 20,0% случаев, что сближает их с клиникой клещевого энцефалита. Но в отличие от больных клещевым энцефалитом, при микст-инфекции не наблюдались крайне тяжелые симптомы поражения центральной нервной системы, приводящие к развитию вялых параличей с последующей атрофией мышц. Микст-инфекцию отличает от моно-инфекции клещевого боррелиоза еще и более редкое выявление эритем (20,0% и 32,3% соответственно).

При анализе клинического течения респираторных вирусных инфекций в сочетании с дисбиозом кишечника было выявлено, что у 20,9% больных респираторная инфекция сопровождалась анемией, у 26,9% — крупом различной степени. Фебрильные судороги наблюдались у 7,5%, аллергическая сыпь — у 11,9% больных вирусными инфекциями. Сопутствующие диагнозы, такие как кандидоз, герпес лабиалис и афтозный стоматит были выставлены соответственно 11,9%, 17,9% и 3,0% больным. Все случаи острых респираторных вирусных инфекций с дисбиозом протекали длительно, сопровождались наслоением бактериальной флоры и активизацией собственных хронических очагов инфекции в виде отитов, ангин, бронхитов, инфекций мочевыводящих путей, пиелонефрита и др.

Выводы: выявлены клинические особенности вирусно-бактериальных и бактериально-бактериальных микст-инфекций у детей.

Синяенко А.А., Богомазова Т.Н., Глазкова Н.Н., Топчий О.С.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КЕТОПРОФЕНА

В ФАРМАКОТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

ВГМУ, Владивостокский государственный университет Приморская Краевая клиническая больница №1, г. Владивосток

Цель: оценить эффективность обезболивающего и противовоспалительного эффекта применения инъекционной и таблетированных лекарственных форм кетопрофена (кетонал Лек, Словения) в лечении реактивного синовита при гонартрозе.

Методы: проанализированы результаты амбулаторного лечения 19 больных обратившихся с обострением реактивного синовита коленных суставов в консультативную поликлинику Приморской краевой клинической больницы №1. 16 женщин и 3 мужчин, в возрасте от 48 до 72 лет, средний возраст $54,8 \pm 8,3$ лет. Диагноз остеоартроза устанавливался на основании общепринятых клинико-рентгенологических проявлений данного заболевания в соответствии с критериями, разработанными Л.И. Беневолевской и соавт. (1993), преимущественно 2 стадии по классификации I. Kellgren и I. Lawrence (1957), усовершенствованной M. Lequensne (1991). Давность заболевания составила $5,0 \pm 0,42$ (от 0,3 до 12 лет). У всех пациентов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) оценивалась боль в покое, ночная боль, стартовая боль, кроме этого больным проводилась индивидуальная

оценка эффективности проводимой терапии. Все пациенты получали внутримышечно раствор кетонала 100 мг / 2мл утром в течении трех дней и таблетку кетонал форте 100 мг вечером после еды. Через 10-14 дней при повторном визите оценивалась эффективность лечения.

Результаты: исследование показало, что показатели ВАШ уменьшились — боль в покое с $4,58 \pm 0,37$ до $2,3 \pm 0,5$ ($P < 0,01$), стартовая боль с $6,0 \pm 0,5$ до $3,2 \pm 0,5$ ($P < 0,01$), ночная боль с $5,8 \pm 0,6$ до $2,5 \pm 0,6$ ($P < 0,01$). Индивидуальная оценка эффективности проводимой терапии показала у большинства больных: значительное улучшение у 6 пациентов, улучшение — у 10, отсутствие эффекта — у 3. В процессе лечения не отмечалось побочных эффектов и ухудшения течения сопутствующих заболеваний.

Выводы: кетонал достаточно эффективен при купировании болевого синдрома у пациентов страдающих остеоартрозом. Препарат хорошо переносится и удобен в использовании в амбулаторной практике.

Семисотова Е.Ф., Ремизова Э.А., Шувалова Е.Л., Кузнецова Ю.В.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Владивостокский государственный медицинский университет Дальневосточный окружной медицинский центр Росздрава, Владивосток

Цель: анализ назначения статинов больным ИБС в условиях стационара.

Методы: обследованы 180 больных ИБС, лечившихся в кардиологическом отделении в 2003-2004 гг., из них нестабильной стенокардией — 139; стабильной стенокардией с различными нарушениями ритма и проводимости — 29; безболевые формы ИБС с пароксизмальными нарушениями сердечного ритма — 12. Мужчин — 105, женщин — 75. Возраст больных до 60 лет — 75, после — 105 человек. Всем больным при поступлении проводилось определение общего холестерина (ОХ) и триглицеридов (ТГ), у 43 — развернутого липидного спектра (ЛПНП, ЛПНВП, ЛПВП) на компьютерном анализаторе «COBAS MIRA S» (Швейцария).

Результаты: у 179 больных установлены различные фенотипы гиперлипидемий (ГЛ): II A-84 (46,9%), II B — 92 (51,4%), IV — 3 (1,7%). До поступления в стационар статины принимали только 20 человек (11,2%), остальных 160 (88,8%) статины назначили впервые в стационаре в первые 1-3 дня госпитализации. Большинство пациентов (76,5%) получали генерические препараты симвастатина в минимальных дозах (10 мг). Через 2 недели лечения средние показатели ОХ снизились с $6,64 \pm 0,67$ до $5,78 \pm 0,89$

ммоль/л ($p > 0,05$); целевого уровня ОХ менее 4,5 ммоль/л достигли 12 пациентов (6,7%), принимавшие по 20 мг препаратов симвастатина; средние показатели ХС ЛПНП снизились с 4,39 до 3,48 ммоль/л; снижения до целевого уровня (2,6 ммоль/л) удалось достигнуть лишь у двух больных; средний уровень ТГ снизился с $2,35 \pm 0,68$ до $2,06 \pm 0,59$ ммоль/л ($p > 0,05$). Таким образом, уже на этом этапе прослеживается отчетливая тенденция к снижению выраженности ГЛ. Статины переносились достаточно хорошо, превышения допустимого уровня ферментов АЛАТ, КФК не наблюдалось.

Выводы: статины показаны всем больным ИБС, поскольку являются эффективными препаратами, гиполипидемический и плеотропный эффект которых проявляется уже с первых недель их применения. Для достижения целевого уровня снижения ОХ и ХС ЛПНП низкие дозы (10 мг) генерических форм симвастатина оказываются недостаточными; более целесообразно начинать лечение с доз 20 мг/с с последующим их титрованием. Раннее назначение статинов больным ИБС уже с первых дней пребывания в стационаре повышает эффективность терапии и приверженность больных к лечению статинами на дальнейших этапах амбулаторного наблюдения.