

«Магний – новые горизонты». 29.11–01.12.2005. Москва, Россия.

Клинико-эпидемиологические проблемы ревматологии, гастроэнтерологии, кардиологии, нефрологии, неврологии и инфектологии

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД
ГИПОТЕНЗИВНОЙ КОРРЕКЦИИ КРИЗОВ
БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ В РАМКАХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ
МЕДИЦИНЫ**

Дородных И.А., Сафронов Р.Г.*
*Курский государственный медицинский
университет*

**Курский медицинский институт
Курск, Россия*

Введение

Гипертонический криз (ГК) остается достаточно частой причиной обращения больных за медицинской помощью и, учитывая возможность развития тяжелых и даже фатальных осложнений, требует оказания адекватной неотложной помощи на догоспитальном этапе.

На сегодняшний день в России для лечения ГК по “скорой помощи” применяются препараты, не соответствующие современным позициям терапии, например: дибазол, дроперидол, папаверин, метамизол, димедрол, сульфат магния, клонидин, дроперидол. Целью исследования явилось изучение фармакоэпидемиологических особенностей купирования гипертонических кризов бригадами скорой медицинской помощи (СМП) в условиях внедрения стандартов и адаптированных с учетом возможностей СМП в соответствии с доказательной медициной.

Материалы и методы

На подстанциях СМП г. Курска проанализированы 18086 карт регистрации вызовов СМП за март 2005 и 2007г.г.

Результаты исследования

В марте 2005г. было обслужено 669 больных с ГК. Для лечения на вызовах проведено 1115 инъекций, в 2007 году- 665 инъекции. Наиболее часто в 2005 году применялись: папаверин(75,3%), дибазол (70,2%), анальгин (53,6%), димедрол (42,4%). Сернокислая магнезия применялась в 21% случаев, причем 16,2%- внутримышечно. Также использовались: эуфиллин- 22% случаев, фуросемид- 16,4% случаев, внутривенное введение клофелина- в 16% случаев, в единичных случаях- но-шпа, баралгин, кеторол. Таблетки обзидана применялись у 5,6% больных. Повторные вызовы в течение суток составили 10,6% случаев, а госпитализация- 10,8% случаев. В марте 2007 года было обслужено 402 больных с гипертоническим кризом, в 42% случаев для лечения применялись таблетированные формы препаратов: наиболее часто- нифедипин в 28% случаев, бета-блокаторы в 16% случаев. Сернокислая магнезия использовалась в 20,3% случаев и только внутривенно. Реже в 2,7-4,8 раза использова-

лись папаверин, дибазол, димедрол, анальгин. В этой группе больных повторные вызовы в течение суток имелись в 3,2% случаев, госпитализация в 2,8% случаев.

Заключение

Полученные результаты подтверждают эффективность работы врачей в условиях внедрения современных стандартов лечения ГК, что позволяет улучшить качество догоспитальной помощи.

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И
ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ
СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ,
ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ
И ХРОНИЧЕСКИМ
ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ
НЕФРИТОМ**

Марасаев В.В., Арзимова Н.А., Абиссова Т.О.,
Василевская О.А., Бажина О.В.

*Государственная медицинская академия
Ярославль, Россия*

Актуальность: Морфологическим эквивалентом тубулоинтерстициального компонента (ТИК) при гломерулярном поражении почек является сочетание диффузной гиалиновой и гиалиново-гидропической дистрофии канальцевого эпителия, а также изменение в почечном интерстиции в виде гистиолимфоцитарной клеточной инфильтрации и склероза.

Учитывая функциональное многообразие интерстициальной ткани, вовлечение ее в патологический процесс ведет к значительным нарушениям. Появившиеся за последние годы ряд исследований, свидетельствуют о ведущей роли тубулоинтерстициального компонента в прогрессировании почечной патологии. Ведущая роль в прогрессировании канальцевых повреждений и развитии нефросклероза принадлежит провоспалительным цитокинам (ФНО- α), факторам роста – моноцитарному и хемоаттрактантному протеину (MCP-1) и трансформирующему фактору роста β (TGF- β), привлекающим в интерстиций фибробласты.

Цель исследования: на основании клинико-лабораторных, морфологических и инструментальных методов оценить тубулоинтерстициальный компонент у больных люпус-нефритом (ЛН), хроническим гломерулонефритом (ХГН) и хроническим тубулоинтерстициальным нефритом (ХТИН). Оценить роль провоспалительных цитокинов (ФНО- α), хемокинов (MCP-1) и факторов роста (TGF- β) у больных СКВ, ХГН и ХТИН.

Материалы и методы исследования: Обследовано 94 человека (43 больных с люпус-

нефритом, 34 больных хроническим гломерулонефритом с различной морфологической формой, 17 больных ХТИН). Средний возраст с СКВ 31,21, с ХГН 37,9, с ХТИН 38,9. Длительность болезни в среднем 44,7 мес. Проводилось лабораторное исследование (ОАМ; проба по Зимницкому; определение клиренса К, Na и мочевины; уровень креатинина крови); морфологическое исследование нефробиоптата (оценивалась выраженность ТИК по бальной системе: умеренные изменения тубулоинтерстициальной ткани, значительные и выраженные). Нефробиопсия была выполнена у 57 (60,6%) больных. Иммунологические исследования включали в себя определение ФНО- α , МСР-1, TGF- β иммуноферментным методом в сыворотке человека.

Результаты: Тубулоинтерстициальный компонент, по данным нефробиопсии, при люпус-нефрите и ХГН встречался в 100% случаев. При этом, при хроническом тубулоинтерстициальном нефрите выраженные изменения тубулоинтерстициальной ткани регистрировались у 100% больных, при люпус-нефрите у 40% больных, а при ХГН лишь у 9%. В свою очередь умеренно выраженные изменения встречались у 70% больных ХГН, 46,6% больных СКВ. Минимальные изменения тубулоинтерстициальной ткани были зафиксированы при ХГН у 15,5% больных, при СКВ-13,4%. При оценке иммунных нарушений наиболее высокий титр ФНО- α , как проявление провоспалительной активности был зарегистрирован при ХТИН, менее выражено при СКВ и ХГН ($27,65 \pm 47,9$; $11,34 \pm 7,27$; $10,84 \pm 9,68$ ПГ/мл соответственно). В свою очередь наиболее высокий титр МСР-1 был зарегистрирован при СКВ ($779,44 \pm 882,2$ ПГ/мл). Трансформирующий фактор роста (TGF- β) был достоверно ниже при всех нозологических формах поражения почек (ХГН, СКВ, ХТИН).

Выводы: Тубулоинтерстициальные изменения регистрировались у всех больных СКВ, ХТИН и ХГН. При этом значительная доля этих изменений при СКВ носила выраженный характер, что вероятно влияло на течение болезни. Провоспалительная активность цитокинов также наиболее часто регистрировалась при ХТИН и СКВ.

СПЕКТР КОРОТКОЦЕПОЧЕЧНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ – ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский университет
Российский центр функциональной хирургической
гастроэнтерологии
Краснодар, Россия*

Взаимоотношения хозяин – микробиота носят сложный характер, реализующийся на мета-

болическом, регуляторном, внутриклеточном и генетическом уровнях. Микрофлора (МФ) выполняет ряд важнейших функций, как на местном, так и на системном уровнях, и основная их часть осуществляется с участием её метаболитов в различных биологических процессах макроорганизма. В частности, монокарбоновые короткоцепочечные жирные кислоты (КЖК), которые обеспечивают многочисленные физиологические эффекты.

Цель работы - изучение изменений микробиоты кишечника при различной патологии желудочно-кишечного тракта. По результатам исследования КЖК в кале при синдроме раздражённого кишечника (СРК) с преобладанием запора и диареи, установлены противоположные изменения в родовом составе кишечной МФ при различных типах нарушения моторики кишечника. В первом варианте происходит активация родов аэробных бактерий, в частности обладающих протеолитической активностью. При диарее наблюдается повышение активности анаэробных микроорганизмов родов бактероидов, пропионибактерий, клостридий и т.д. Это связано с переключением метаболизма колоноцитов с цикла Кребса на активацию гексозомоно-фосфатного шунтирования, что при запорах приводит к увеличению продукции токсичных форм кислорода, активации аэробных микроорганизмов; при диарее – к активации аэробного типа гликолиза, приводящего к угнетению жизнедеятельности облигатных анаэробов за счёт блокирования терминальных ферредоксинсодержащих ферментов и активации условно-патогенных штаммов анаэробов, в частности бактероидов.

При неспецифическом язвенном колите (НЯК) по результатам изучения КЖК также выявлено усиление активности анаэробных микроорганизмов, однако при этом преобладают роды клостридий, фузобактерий, эубактерий, причём штаммы, обладающие гемолитической активностью. Отмечено, что изменение качественного состава КЖК, характеризующего родовой состав МФ кишечника, находится в чёткой зависимости от локализации воспаления, активности патологического процесса и степени тяжести заболевания. Это связано с тем, что в разных отделах толстой кишки доминируют различные популяции микроорганизмов, утилизация и абсорбция КЖК в различных отделах толстой кишки происходит по-разному, а с повышением кровотока происходит нарастание активности гемолитической флоры.

При жёлчнокаменной болезни обнаружено изменение качественного состава МФ, выражающееся в повышении активности тех родов микроорганизмов, которые участвуют в 7- α -дегидроксилировании жёлчных кислот, а именно аэробных микроорганизмов и анаэробов: некоторых штаммов бактероидов, клостридий. Эти изменения носили стойкий характер вне зависимо-