

К изменению показателей НСТ-теста при осложнении гриппа пневмонией (вирусной и вирусно-бактериальной)

Оразаев Н.Г.

Кабардино-Балкарский Государственный университет, кафедра инфекционных болезней, г.Нальчик, Россия

На долю гриппа и острых респираторных вирусных инфекций приходится 90-95% всех инфекционных заболеваний. Наиболее частыми осложнениями гриппа являются пневмонии (74,6% и более), течение которых в последние годы становится всё тяжелее. Цитохимическое исследование спонтанного НСТ-теста проводилось у 32 больных гриппом осложненным пневмонией в периодах разгара заболевания, угасания клинических симптомов, ранней и поздней реконвалесценции. У 14 больных из числа обследованных грипп осложнился ранней гриппозной пневмонией, у 18 больных постгриппозной вирусно-бактериальной пневмонией. Этиологический диагноз подтвержден на основании динамического нарастания титра антител в серологических реакциях (РСК и РТГА). Клинический подтвержден функциональными изменениями со стороны легких, а также рентгенологически.

В результате проведенных исследований у больных гриппом, осложненным ранней гриппозной пневмонией и вирусно-бактериальной пневмонией выявлено значительное увеличение тетразолиевой активности у больных ранней гриппозной пневмонией ($36 \pm 1,5$) по сравнению с больными неосложненным гриппом ($21 \pm 0,7$). При осложнении гриппа постгриппозной пневмонией отмечалось более значительное повышение активности НСТ-теста в периоде разгара заболевания ($42 \pm 2,1$ ед). В период угасания клинических симптомов, параллельно улучшению общего состояния, снижению лихорадки, уменьшению интоксикации наблюдалось заметное и достоверное снижение активности НСТ-теста. При этом тетразолиевая активность зависела от стадии заболевания и присоединения осложнений. Наиболее выраженные сдвиги тетразолиевой активности нейтрофилов отмечено у больных гриппом, осложнившимся вирусно-бактериальной пневмонией, затем у больных гриппом, осложнившимся ранней гриппозной пневмонией и менее значительное повышение активности НСТ- теста обнаружено у больных неосложненным гриппом. У больных неосложненным гриппом выявлено достоверное повышение активности исследуемого показателя по сравнению со здоровыми лицами.

Таким образом, при исследовании по изучению показателей НСТ-теста нейтрофилов у больных гриппом выявили достоверное и значительное повышение активности НСТ- теста,

зависящее от степени вовлечения в патологический процесс легочной ткани. При неосложненном гриппе тетразолиевая активность нейтрофилов возрастала менее значительно, чем при осложнении ранней гриппозной пневмонией. При осложнении вирусно-бактериальной пневмонией показатели НСТ-теста были самыми высокими, а нормализация этих показателей наблюдалась лишь в периоде поздней реконвалесценции.

При этом ранняя гриппозная пневмония с менее значительными сдвигами НСТ-теста по видимому связана с чисто вирусной этиологией пневмонии, а более существенные сдвиги спонтанного теста при более поздних пневмониях объясняется присоединением пневмонии бактериального характера.

Геометрические показатели и диастолическая дисфункция левого желудочка при хронической сердечной недостаточности у больных постинфарктным кардиосклерозом

Осипова О.А., Афанасьев Ю.И., Нестеров В.Г., Кузубова А.В.

Белгородский государственный университет, медицинский факультет, кафедра внутренних болезней №1 Белгород, Россия

Диастолическая дисфункция является важной проблемой в кардиологии, поскольку ее оценка является существенным моментом в выборе тактики лечения и отдаленном прогнозе течения патологического процесса у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

В связи с этим целью исследования явилось изучение структурно-геометрических показателей у больных с нормальной геометрией левого желудочка (ЛЖ) на ранних этапах постинфарктного кардиосклероза при хронической сердечной недостаточности.

Для достижения поставленной цели проанализированы результаты исследования 80 больных с постинфарктным кардиосклерозом. Возраст исследованных лиц составил $55,96 \pm 8,7$ лет. Группу контроля составили 25 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу.

Для определения функционального класса (ФК) ХСН использовалась классификация Нью-Йоркской ассоциации сердца. Объективным критерием установления ФК был тест с 6-минутной ходьбой. ХСН I ФК была обнаружена у 22 больного (27,5%), у 31 больных (38,75%) установлена ХСН II ФК, у 25 человек (31,25%) – ХСН III ФК и у 2 больных (2,5%) ХСН IV ФК.

Больные были разделены на группы, в соответствии с геометрической моделью ЛЖ. Нормальная геометрия левого желудочка диагностирована у 17 (21,25%) больных. Всем

больным было выполнено ультразвуковое исследование сердца на эхокардиографе «SIM 5000 plus» Co.I (Япония) эхоимпульсным методом в одно- и двухмерном режиме исследования с частотой ультразвука 3,5 МГц по общепризнанной методике. Определяли следующие показатели: конечно-диастолический объем (КДО), конечно-систолический объем (КСО), ударный объем (УО), скорость циркулярного укорочения волокон миокарда (СЦУ), степень укорочения передне-заднего размера ЛЖ (СУРлж), сердечный индекс (СИ), фракция выброса ЛЖ (ФВ), масса миокарда ЛЖ (ММлж), толщина межжелудочковой перегородки в диастолу (ТМЖПд), толщина задней стенки ЛЖ в диастолу (ТЗСлжд), индекс массы миокарда ЛЖ (ИММлж), индекс относительной толщины миокарда ЛЖ (ИОТ), толщина задней стенки ЛЖ в диастолу ЗСлжд. Для оценки диастолической функции ЛЖ у всех больных изучался трансмитральный кровоток методом импульсной доплер-эхокардиографии по стандартной методике на аппарате «Sim-5000 Plus» (фирма «Biomedica» Италия). Определяли следующие показатели: Е – максимальная скорость потока периода раннего наполнения, А – максимальная скорость потока периода позднего наполнения, Е/А – отношение между амплитудами волн Е и А, ВЗПРН – время замедления потока раннего наполнения, ВИР – время изоволюмического расслабления.

Для статистической обработки данных использовался пакет программ «Statistic 6.0». Обследованные больные были разделены на группы, учитывая геометрическую модель ЛЖ по классификации А. Генану.

У больных с нормальной геометрией левого желудочка II и III ФК ХСН диагностировались одинаково часто (45% и 43% соответственно), а I ФК встречался почти в 4 раза реже. Анализ структурно-геометрических показателей выявил, что увеличение КДО наблюдалось у 25%, КСО – у 37,5% больных, ИММлж не превышал нормальные значения у всех обследованных. ФВ была снижена у 50%, степень укорочения размеров ЛЖ – у 37,5%, СЦУ была снижена у 25%, ударный объем был увеличен у 25% больных. При сравнении со средними показателями контрольной группы, у больных с нормальной геометрией левого желудочка наблюдается достоверное увеличение КСО на 18,6% ($p=0,04$), в то время, как КДО имеет только тенденцию к увеличению ($p=0,095$), ИММлж находился в пределах нормальных величин. Так же наблюдалось достоверное снижение ФВ на 27%, при отсутствии изменения УО, СИ, СУРлж и СЦУ.

При разделении на типы диастолической дисфункции у больных с нормальной геометрией левого желудочка нарушение релаксации наблюдалось у 52,9% (9) и псевдонормальный

тип у 47,1% (8) обследованных. Рестриктивный тип диастолической дисфункции в этой группе больных не обнаружен.

При сравнении структурно-геометрических показателей у больных с нормальной геометрией левого желудочка при нарушении релаксации с параметрами контрольной группы обнаружено достоверное увеличение КДО на 23,9% ($p=0,05$). При рассмотрении величин КСО, ИММлж и ИОТлж, не обнаружено их достоверных отличий от показателей контрольной группы. Анализ систолической функции сердца у больных с нарушением релаксации выявил тенденцию к снижению ФВ на 15,5% ($p=0,07$). Показатели СУР, СЦУ, УО, СИ не изменялись при сравнении с аналогичными величинами контрольной группы, что указывает на сохранение систолической функции у больных подгруппы с нарушенной релаксацией. Это может объясняться, тем, что в группе с нормальной геометрией левого желудочка и псевдо-нормальным типом диастолической дисфункции у 50% больных имеется снижение систолической функции, что отражается на средних показателях всей группы. При сравнении показателей подгруппы с нарушением релаксации и подгруппы с псевдонормальным типом диастолической дисфункции обращает на себя внимание достоверно более низкий показатель СУР у больных с псевдонормальным типом.. Этот показатель отражает более тяжелую степень диастолической дисфункции ЛЖ, которой соответствует псевдонормальному типу. Так же у больных с псевдонормальным типом диастолической дисфункции были снижены ФВ на 12,8% ($p=0,04$), СИ на 32,5% ($p=0,03$) и УО на 35% ($p=0,03$).

Анализ уровня митрального кровотока у больных с нормальной геометрией левого желудочка и диастолической дисфункцией по типу нарушения релаксации выявил достоверное снижение показателя Е/А на 20% ($p=0,004$) и ВИР на 15,5% ($p=0,03$) при сравнении с аналогичными показателями контрольной группы.

Состояние митрального кровотока у больных с нормальной геометрией левого желудочка и псевдонормальным типом диастолической дисфункции характеризовалось достоверным снижением показателей ВЗПРН на 10% ($p=0,05$) и ВИР на 19% ($p=0,002$). показатель Е/А практически не менялся при сравнении с аналогичными показателями контрольной группы, а давление в легочной артерии (ДЛА) было выше 20 мм.рт.ст ($p=0,03$).

При сравнении показателей характеризующих митральный кровоток у подгруппы с диастолической дисфункцией ЛЖ по типу нарушения релаксации с подгруппой с псевдонормальным типом выявлено увеличение показателя Е/А у больных с псевдонормальным

типом диастолической дисфункции на 7,3% ($p=0,01$), так же достоверное снижение ВЗПРН на 18,6% ($p=0,01$) и ВПР на 42,6% ($p=0,0003$).

Таким образом, у всех больных с постинфарктным кардиосклерозом, с нормальной массой миокарда левого желудочка и неутолщенными стенками регистрируется диастолическая дисфункция с отсутствием признаков рестрикции. В группе больных с нормальной геометрией левого желудочка отмечается снижение ВЗПРН и увеличение ВПР в диастолу, что позволяет рассматривать данный тип диастолической дисфункции как «нарушенную релаксацию», это подтверждает необходимость включения в комплексную терапию ХСН β -блокирующих средств.

Факторы риска в прогнозировании летального исхода у больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением

Пархоменко И.Е., Куликовский В.Ф.

*Областная клиническая больница
Белгород, Россия*

Из года в год количество больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённой кровотечением, увеличивается. У 10-14% из них кровотечение заканчивается летальным исходом. Общая летальность при рецидиве острого язвенного гастродуоденального кровотечения (ЯГДК) составляет около 15%, послеоперационная достигает 40-60% (1). Однако, летальность у больных с ЯГДК обуславливается не только рецидивом кровотечения.

Целью нашей работы было выявление наиболее значимых факторов, угрожающих неблагоприятным исходом лечения пациентов с ЯГДК и создание аналитической системы, способной оказать помощь лечащему врачу в решении тактических вопросов лечения, основывающейся на прогнозировании летального исхода.

Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный рандомизированный анализ более 400 историй болезни больных с ЯГДК, находившихся на лечении в клинических больницах областного центра с 2000 по 2005 г. Была составлена формализованная история болезни (анкета данных) с унифицированным набором элементов, состоящая из 125 пунктов. Список элементов (признаков, симптомов, лабораторных и инструментальных данных) составлялся эмпирически на основе клинической практики. Соответственно анкете создана электронная база данных больных с ЯГДК. По каждому признаку формализованной истории болезни определена его значимость в отношении цели прогнозирования – риска рецидива кровотечения

(2). Значимость или достоверность признака (фактора) определялась статистическим непараметрическим критерием χ^2 (хи-квадрат). Значимыми по риску летального исхода определены 85 факторов. Из них: возраст 60 лет и старше, поступление в сроки менее 3 часов от начала заболевания, белок крови менее 55 г/л, ПТИ 84 % и менее, кровотечение в послеоперационном периоде, декомпенсированные сопутствующие заболевания, АД при поступлении менее 110 и более 190 мм рт ст., СОЭ более 30 мм/ч, стеноз выходного отдела желудка и луковицы ДПК, диаметр язвенного дефекта 13 мм и более, глубина язвенного дефекта более 5 мм с возможной пенетрацией, необходимость проведения повторной ЭГДС в сроки менее 2 суток от поступления, переливание более 3,5 литров крови и компонентов, рецидивы кровотечения 3 и более раз, релапаротомия и др.

На основании значимости факторов риска была разработана компьютерная программа: «Программа поиска факторов риска для прогнозирования летального исхода у больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением». Программа может применяться в лечебных учреждениях в первую очередь районного и городского типа, оснащённых минимумом диагностической аппаратуры и компьютерной техники. Используя результаты осмотра больного и анамнез заболевания, результаты проведения инструментальных, лабораторных исследований, в программу вводятся полученные данные, и после компьютерной обработки врач получает достаточно достоверные экспертные заключения о риске летального исхода. Нацеливая на угрозу летального исхода, программа позволяет своевременно распознать неблагоприятный прогноз, заблаговременно предпринять все необходимые лечебные мероприятия даже при минимуме благополучия больного, привлечь для консультации более опытных специалистов, тем самым максимально исключить возможность летального исхода. Следует учитывать, что экспертное заключение, основанное на прогностических результатах, имеет рекомендательный характер вследствие того, что эффективность прогнозирования хотя и достаточно высока, но не достигает ста процентов. Ответственность за исход лечения возложена на врачей хирургов, поэтому в конечном итоге именно они определяют выбор лечебной тактики у больных с ЯГДК.

Выводы

1. У больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением всегда существует риск летального исхода.

2. Знание и учёт значимости факторов риска летального исхода позволяет с наибольшей вероятностью предположить его угрозу.