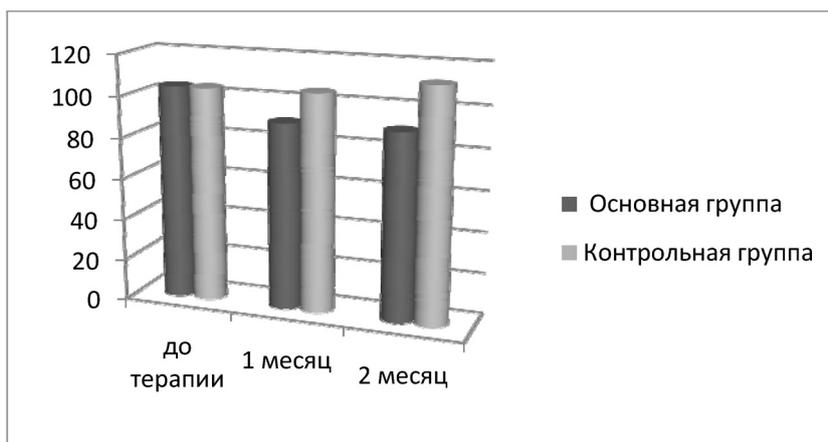


гаммаглобулинемией, связанной с мезенхимально воспалительным синдромом, А/Г индекс был снижен и составлял 0,64. Был также снижен уровень общего ХС и в среднем составлял $3,7 \pm 0,2$ ммоль/л.

Методом ТСЧ было установлено, что у 13,4% пациентов была выявлена I степень ПЭ, что соответствовало времени выполнения теста за 61-90 с; II степень – у 65,9%, тест был выполнен за 91-120 с; у 20,7% пациентов – III степень ПЭ, затраченное на тест время 121-150 с.

В ходе лечения в течение 2 месяцев в I и II группах такие биохимические показатели, как Бр_{общ?}, ХС, Б_{общ?}, АСТ и АЛТ оставались на исходном уровне, хотя в основной группе пациентов, принимавших

нутритивную смесь с АКРЦ, была отмечена тенденция к увеличению альбуминов. Более показательным в плане эффективности нутритивной поддержки оказались данные параметров психометрического теста и выраженности ПЭ, представленные в таблице. Так, время выполнения ТСЧ в основной группе через 1 месяц нутритивной поддержки снизилось в среднем с $104 \pm 0,7$ с до $90 \pm 0,5$ с ($p < 0,001$), причём положительный эффект сохранился и в течение 2 месяца терапии. Напротив, у контрольной группы пациентов, применявших высокобелковую диету была отмечена отрицательная динамика развития ПЭ, о чем свидетельствовало увеличение времени, необходимого для выполнения ТСЧ (от $105 \pm$ до 112 с).



Динамика ТСЧ у больных ЦП осложнённого ПЭ в процессе терапии, n=66

Таким образом, в результате проведенного исследования, с помощью ТСЧ было установлено, что энтеральное питание с добавлением АКРЦ оказалось несколько эффективнее по сравнению с использованием высокобелковой диеты при лечении пациентов с ЦП, осложнённым БЭН. ТСЧ показал, что высокобелковая диета, приводит к увеличению времени выполнения теста, то есть усугубляет степень ПЭ. Применение нутритивных смесей, содержащих АКРЦ, напротив, снижает время выполнения теста, что свидетельствует о благоприятном влиянии энтерального питания с АКРЦ на головной мозг.

Список литературы

1. Подымова С.Д. Болезни печени : рук-во / С.Д. Подымова. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2005. – 768 с.
2. Бахман А.Л. Искусственное питание. – М.– СПб.: БИНОМ – Невский диалект, 2001.
3. Schulz G.J., Campos A.C., Coelho J.C. The role of nutrition in hepatic encephalopathy. Current opinion in clinical nutrition and metabolic care. 2008; 3 (11): 275–280.
4. Bianchi G., Marzocchi R., Agostini F. et al. Update on nutritional supplementation with branched-chain amino acids. Current opinion in clinical nutrition and metabolic care. 2005; 1 (8): 83–87.
5. Маев И.В., Вьючнова Е.С., Дичева Д.Т. Печеночная энцефалопатия: учеб.-метод. пособие / под ред. И.В. Маева. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗиСР РФ, 2005. – 38 с.

ПРИМЕНЕНИЕ АНАФЕРОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Шегенов А.Е., Калимбетова А.Б., Бегайдарова Р.Х., Алшынбекова Г.К., Насакаева Г.Е., Стариков Ю.Г.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, e-mail: alshynbekova@mail.ru

Актуальность. Клиника острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) нередко включает симптомы поражения желудочно-кишечного тракта, что

существенно ухудшает состояние пациентов, а также затрудняет диагностику инфекций и лечение. При этом дети первых лет жизни наиболее сильно подвержены риску заражения вирусами, вызывающими сочетанное поражение респираторного и желудочно-кишечного тракта.

С учетом вышеизложенного, становится очевидной необходимость совершенствования методов лечения при сочетанном поражении респираторного и желудочно-кишечного тракта, с использованием препаратов, обладающих противовирусной активностью. Анаферон детский при лечебном и профилактическом использовании оказывает противовирусное и иммуномодулирующее действие, широко используется для лечения острых респираторных вирусных инфекций, в том числе и гриппа. Анаферон детский реализует свои эффекты не только за счет ИФН-альфа/бета, но и прежде всего, за счет ИФН-гамма. Назначают с 1 месяца по схеме курс 5-10 дней.

Было проведено клиническое обследование 110 детей, перенесших сочетанное поражение респираторного и желудочно-кишечного тракта в возрасте от 6 месяцев до 3 лет.

С целью выбора оптимальной схемы лечения и оценки её клинической эффективности больные были разделены на 2 группы, которые были сопоставимы по основным параметрам, влияющим на течение заболевания и эффективность проводимой терапии.

Первую (опытную) группу составили 55 детей, которые наряду с базисной терапией получали Анаферон детский. Препарат применялся по стандартной лечебной схеме: в первый день 8 таблеток, впервые

2 часа по 1 таблетке каждые 30 минут, затем в течение 1-х суток еще 3 таблетки через 2-3 часа, со 2-х суток – по 1 таблетке 3 раза в день в течение 5-7 дней.

Вторую контрольную группу составили 55 детей, в лечении которых использовали только базисную терапию.

Все обследуемые дети заболели остро и большинство из них поступили в стационар впервые сутки заболевания.

При поступлении в стационар у всех обследуемых был выражен общинфекционный синдром в виде лихорадки, интоксикации, снижении аппетита, сонливости, вялости, гиподинамии. Диспепсический синдром выражался рвотой, метеоризмом, урчанием живота, жидким стулом. Однако, частота встречаемости клинических симптомов была неоднозначна.

У 36,4% детей в клинике были выражены катаральные симптомы со стороны верхних дыхательных путей в виде: ринита, кашля, осиплости голоса, на фоне жидкого стула в виде водянистой диареи, результаты ИФА были отрицательные.

У 63,4% детей был выражен синдром энтерита или гастроэнтерита, при этом стул был водянистый, пенистый с небольшим количеством патологических примесей. Катаральные симптомы были менее выражены. При проведении иммуноферментного анализа (ИФА) у этих детей был обнаружен антиген ротавируса в фекалиях.

В обеих группах был выражен астеновегетативный синдром: у всех больных отмечалось повышение температуры до $38,3 \pm 0,07^\circ \text{C}$. Синдром интоксикации, встречался у 96,5% больных и характеризовался слабостью, утомляемостью, снижением аппетита, вялостью, сонливостью, головной болью продолжался в среднем $2,65 \pm 0,16$ дней, нарастая с присоединением непосредственных симптомов гастроэнтерита (рвота, диарея). Рвота была повторной необильной, регистрировалась в течение $2,1 \pm 0,11$ дней и отмечалась у 57,1% заболевших с ротавирусной инфекцией и у 37,5% с ОРВИ. Живот был мягким, с умеренными признаками вздутия по всем отделам. У 55,7% и соответственно у 27,5% больных детей отмечались явления метеоризма и урчание в животе. Боли локализовались в пупочной, эпигастральной, левой подвздошной области живота и не были интенсивными, отмечались у 54,3% больных с ротавирусной инфекцией и у 35,0% больных с ОРВИ. Водянистая диарея развивалась у всех пациентов. Частота стула колебалась от 5–7 раз в сутки при ОРВИ, водянистый без примесей. При ротавирусной инфекции частота стула колебалась от 10–12 до 18 раз, характер стула был водянистым, пенистым, непереваренным с небольшим количеством слизи. На фоне многократного водянистого стула и повторной рвоты у 48,6% развился эксикоз II степени, у 51,8% – I степени.

Катаральные симптомы: гиперемия зева (92,5%), кашель (97,5%), осиплость голоса (52,5%), ринит (92,5%) были выражены у больных с ОРВИ.

У обследуемых больных с ротавирусной инфекцией катаральные симптомы были менее выражены и колебались в пределах от 7,2% до 12,9%.

Оценка клинического течения ротавирусной инфекции и ОРВИ у обследованных детей показал, что включение в комплексную терапию Анаферона детского способствовало сокращению продолжительности основных проявлений заболевания, улучшилось общее состояние и самочувствие, в виде уменьшения слабости, практически у всех больных улучшился аппетит, нормализовался характер стула.

В контрольной же группе на фоне базисной терапии в течение 5 дней динамика была менее выражена,

хотя отмечалось небольшое улучшения общего самочувствия.

Во всех группах применение Анаферона детского приводило к достоверному сокращению длительности астеновегетативного синдрома, периода интоксикации и лихорадки. Слабость, вялость, снижение аппетита, сонливость, головная боль при ротавирусной инфекции купировались быстро и составили в среднем $2,0 \pm 0,22$ ($p \leq 0,05$), а при ОРВИ $2,3 \pm 0,18$ ($p \leq 0,05$) дня.

Длительность астеновегетативного синдрома при использовании только базисной терапии была достоверно более продолжительной и составила в среднем при ротавирусной инфекции $3,1 \pm 0,21$, а при ОРВИ $3,5 \pm 0,24$ ($p \leq 0,05$).

Особенно показательным было влияние препарата на динамику температурной реакции как при ротавирусной инфекции, так и при ОРВИ. До начала лечения выраженность лихорадки у детей обеих групп была практически одинакова. После начала приема Анаферона детского число детей с повышенной температурой тела составила в среднем 23,0%, в то время как в контрольной группе лихорадка в эти сроки регистрировалась соответственно, в среднем у 59,0% больных ($p \leq 0,05$). Сокращалась продолжительность лихорадки у больных с ротавирусной инфекцией и ОРВИ после приема Анаферона детского соответственно до $2,5 \pm 0,31$; $2,1 \pm 0,12$ ($p \leq 0,05$) дней. Длительность лихорадки при использовании только базисной терапии равнялась соответственно $3,7 \pm 0,33$ и $3,1 \pm 0,21$ ($p \leq 0,05$) дней.

В группе больных, получавших Анаферон детский имело место более быстрая нормализация характера и кратности стула. Сокращалась длительность диареи до $2,7 \pm 0,45$ ($p \leq 0,05$) при ротавирусной инфекции и до $2,1 \pm 0,12$ ($p \leq 0,05$) дней при ОРВИ. Тогда как в группе больных, получавших только базисную терапию, длительность диареи составила, соответственно $4,5 \pm 0,53$ и $3,5 \pm 0,41$ дней ($p \leq 0,05$).

Использование Анаферона детского способствовало к достоверно более быстрому купированию рвоты $1,5 \pm 0,34$ ($p \leq 0,05$), что привело к меньшей длительности эксикоза. $2,9 \pm 0,21$ ($p \leq 0,05$) При базисной терапии длительность рвоты $2,7 \pm 0,76$ ($p \leq 0,05$) и эксикоза $4,7 \pm 0,51$ ($p \leq 0,05$) были более длительными.

Купирование катаральных симптомов на фоне использования Анаферона детского при ротавирусной инфекции произошло быстро, и равнялась в среднем $1,1 \pm 0,27$ ($p \leq 0,05$) дней; при базисной же терапии длительность катаральных симптомов равнялась в среднем $2,4 \pm 0,34$ ($p \leq 0,05$).

При ОРВИ в группе больных, получавших Анаферон детский имело место достоверное купирование катаральных симптомов. Сокращалась соответственно: длительность гиперемии зева $2,5 \pm 0,21$, кашля $2,3 \pm 0,71$, осиплости голоса $2,7 \pm 0,35$, ринита $2,5 \pm 0,42$ ($p \leq 0,05$), тогда как в группе больных, получавших только базисную терапию, длительность гиперемии зева, кашля, осиплости голоса, ринита составила соответственно $3,5 \pm 0,63$; $3,7 \pm 0,57$; $3,6 \pm 0,17$; $3,5 \pm 0,11$ дней ($p \leq 0,05$).

После окончания курса лечения Анафероном детским и базисной терапией нами, было проведено контрольное обследование для подтверждения эффективности лечения. Контроль проводили на основании определения в фекалиях антигена ротавируса по результатам ИФА.

Использование препарата способствовало быстрой санации организма от вируса.

Применение препарата Анаферона детского не вызывало нежелательных явлений, аллергических реакций, препарат обладает хорошей переносимостью.

Выводы

1. Показано положительное влияние Анаферона детского на длительность основных клинических симптомов при ОРВИ и ротавирусной инфекции.

2. Использование Анаферона детского при ОРВИ и ротавирусной инфекции способствует быстрой санации организма от вируса.

3. С учетом доказанной терапевтической эффективности и безопасности рекомендовано более широкое применение Анаферона детского при ОРВИ и ротавирусной инфекции.

Список литературы

1. Учайкин В.Ф. Острые кишечные инфекции у детей: Учебно-методическое пособие. – М., 2005. – 116 с.
2. Иванова В.В. Инфекционные болезни у детей: Руководство для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009 – 832 с.
3. Васильев Б.Я. Острые кишечные заболевания. Ротавирусы и ротавирусная инфекция / Б.Я. Васильев, Р.И. Васильева, Ю.В. Лобзин. – СПб.: Лань, 2000 – 267 с.
4. Тихомирова О.В. Ротавирусная инфекция у детей / О.В. Тихомирова, Н.В. Сергиева, О.А. Аксенов // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. – 2004. – Т.49, № 5. – С.51-56.
5. Тихомирова О.В. Место противовирусной терапии в лечении острых кишечных инфекций у детей / Детские инфекции 2008. № 4. С.51-55.
6. Рациональная фармакотерапия инфекционных болезней детского возраста: Руководство для практикующих врачей / Под ред. М.Г. Романова, Т.В. Сологуб, Ф.И. Ершова. – М.: Литтерра, 2009. – 664 с.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Янбарисова Э.В., Бадретдинова Ю.А.,
Хасанов А.Г.
БГМУ, Уфа,
e-mail: yanbarisova1985@mail.ru

Актуальность проблемы. Абдоминальные повреждения продолжают оставаться одной из наиболее актуальных проблем в хирургии, травматологии и реаниматологии. В мирное время абдоминальные повреждения составляют 1,5-4,4% всех травм [4]. Структура травматизма колеблется за счет ДТП, паде-

ний с высоты, природных катаклизмов. Но значительное место в этой структуре занимает криминализация общества, которая возросла в последние годы.

Во время исследования было отмечено, что основным контингентом являются мужчины среднего, т.е. работоспособного возраста [1,2,3,5,6]. Из этого становится очевидным что, эта проблема является не только медицинской.

Учитывая, что в диагностике и лечении все же встречаются сложные случаи, которые приводят к тем или иным осложнениям эта проблема остается весьма актуальной.

Цель исследования: улучшить результаты диагностики и лечения больных с повреждениями паренхиматозных органов брюшной полости.

Материалы исследования. Материалом исследования явились результаты обследования и лечения 60 больных с различными видами повреждений, которые находились на лечении в 1-м хирургическом отделении МБУЗ ГКБ № 8 г. Уфы с 2008 по 2013 г. Мужчин было 57 (95%), женщин 3 (5%) больных. Из них у 37 (61,6%) больных имелись колото-резаннанные ранения брюшной полости проникающего характера. С тупой травмой живота 23 (38,3%) больных.

Из данной категории больных у 11 (18,3%) имелись сочетанные торакоабдоминальные травмы. По характеру повреждения криминальными явились у 52 (86,6%), автодорожные у 5 (8,3%), бытовые у 3 (5%) больных.

85% больных поступили впервые 2 часа с момента получения травмы.

Результаты и их обсуждение. Основопологающим моментом успешного лечения пациентов с травматическими повреждениями паренхиматозных органов является рациональное использование набора диагностических исследований с целью диагностики доминирующего повреждения, объема кровопотери, что позволяет в кратчайшие сроки выработать четкие показания к определенному виду оперативного пособия.

Объем кровопотери определяли по формуле Мооге и с помощью шокового индекса Альговера.

Таблица 1

Возрастные категории пострадавших с абдоминальными повреждениями

Возраст	Количество	
	абс.	%
До 20 лет	8	13,3
21-30 лет	28	46,6
31-40 лет	15	25
41-50 лет	3	5
51-60 лет	4	6,6
60 и более лет	2	3,3

Гематокритный метод Мооге

$$KB = \frac{OЦК(н) \times (ГТ(н) - ГТ(ф))}{ГТ(н)}$$

где KB – кровопотеря; OЦК(н) – нормальный OЦК; ГТ(н) – гематокрит в норме (у женщин – 42); ГТ(ф) гематокрит фактический, определенный после остановки кровотечения и стабилизации гемодинамики.

Шоковый индекс Альговера

$$ШИ = \frac{ЧСС}{АДс}$$

В норме ИА=0,5. По величине индекса можно определить предполагаемый объем кровопотери.

Тяжесть состояния больного с кровотечением зависит не только от объема, но и скорости кровопотери. Поэтому величина кровопотери должна всегда оцениваться вместе с ее темпом.

Скорость кровопотери определяли по формуле

$$СК = \frac{k}{ДТ}$$

где СК – скорость кровопотери, k – объем кровопотери в мл. ДТ – давность травмы (время от момента причинения травмы до момента исследования в часах).