

РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ
RUSSIAN SCIENTIFIC MEDICAL SOCIETY OF INTERNAL MEDICINE



ТЕРАПИЯ

THERAPY

WWW.RNMOT.RU

WWW.THERAPY-JOURNAL.RU

В ЭТОМ НОМЕРЕ:

СБОРНИК ТЕЗИСОВ
X НАЦИОНАЛЬНОГО
КОНГРЕССА ТЕРАПЕВТОВ

14-16 ОКТЯБРЯ, 2015
МОСКВА, РОССИЯ

X Национальный
конгресс
терапевтов

APPEARING IN THIS ISSUE

ABSTRACTS OF THE X NCI –
X NATIONAL CONGRESS
OF INTERNISTS

14-16 OCTOBER, 2015
MOSCOW, RUSSIA

X National
congress
of internists



ОТКРОЙ ВКЛАД «ОСОБОЕ ПРЕИМУЩЕСТВО+» И ПОЛУЧИ СТРАХОВКУ*

* В период с 08 сентября 2015г. по 31 октября 2015г. при размещении вклада «Особое преимущество+» в ПАО БАНК «ЮГРА» на сумму от 50 000 российских рублей / от 1000 долларов США / от 1 000 евро (включительно), на срок от 181 дня (включительно) и более, вкладчик получает в качестве подарка — освобождение от обязанности уплаты страховой премии по программе страхования «Защити сегодня свое завтра» (ООО «СК «Райффайзен Лайф») или по программе страхования «Привет, Сосед!» (ООО «СК ВТБ Страхование»). Общее количество подлежащих передаче по Акции страховых полисов ограничено и составляет 30 000 штук.

Акция действует во всех городах присутствия Банка. С информацией об организаторе акции, правилах ее проведения, количестве страховых полисов, сроках, месте и порядке их получения можно ознакомиться на сайте www.jugra.ru и по телефону 8 800 5555 797.



8 800 5555 797
(круглосуточно, звонок бесплатный)

WWW.JUGRA.RU

ПАО БАНК «ЮГРА». Генеральная лицензия Банка России №880 от 22.05.2015 г. РЕКЛАМА



140 лет со дня рождения М.П. Кончаловского

Х Национальный конгресс терапевтов

Сборник материалов

Москва,
14–16 октября 2015 года

Сборник материалов X Национального конгресса терапевтов

Дизайн-макет:
ООО «Бионика-Медиа»
Верстка и полиграфия:
ООО «КСТ Интерфорум»

Сдано в набор 28.08.2015. Подписано в печать 28.09.2015. Бум. офсет. 205x290/8
Гарнитура Calibri. Печать офсетная. Тираж 1500 экз.

ООО «КСТ Интерфорум», 117420 Москва, ул. Профсоюзная, д. 57, тел.: +7 (495) 332-02-45

Атипичные формы инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST

Абдрахманова А.И.

Казанская государственная медицинская академия, Казань

К атипичным формам инфаркта миокарда относят: случаи с необычной локализацией болей, которые не сопровождаются болями за грудиной или в области сердца. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 50 пациентов с инфарктом миокарда с зубцом Q в возрасте от 43 до 86 лет. Периферическая форма с атипичной локализацией боли была выявлена у 2 пациентов (1%). Пациент К. 59 лет Анамнез по ИБС с 2006 г. Ухудшение самочувствия с 31.07: интенсивные жгучие боли в груди справа с иррадиацией в правую руку, слабость на фоне повышения АД до 220/100 мм рт.ст., боль длилась около 30 минут, купировалась на фоне приема гипотензивных препаратов. 01.08.: боли не было. С 02.08. до обеда 03.08.: – жгучие боли в правой половине грудной клетки, с иррадиацией в руки (больше – вправо), эпигастрий. Принимал омез, гастрал – без значимого эффекта. Острые боли купировались к вечеру 03.08.: после инъекции кеторола с сохранением остаточного дискомфорта в эпигастральной области. 04.08.2014: сохранялся дискомфорт в эпигастральной области, без значимой динамики при нагрузках. 04.08.2014. прошел ФГДС.

Заключение. Острый гастрит, дуоденит, ассоциированный с Нр. Амбулаторно снята ЭКГ (признаки ИМ с з. Q передне-боковой стенки ЛЖ), бригадой СП доставлен в высокоспециализированный стационар. Проведена КАГ. Стеноз среднего сегмента ПМЖВ 50%. Окклюзия 1ДА в проксимальном сегменте. Стеноз среднего сегмента ОВ 40%. Стеноз ЗМЖВ 50%. Сердечные маркеры: тропонин I 29,7 нг/мл, миоглобин 43,9 нг/мл. Выставлен диагноз. ИБС: инфаркт миокарда с зубцом Q передней стенки левого желудочка от 02.08.2014 г. КАГ от 04.08.2014 г.: стеноз среднего сегмента ПМЖВ в пределах 50%. Окклюзия 1ДА в проксимальном сегменте (диаметр артерии менее 2 мм). Стеноз среднего сегмента ОВ 40%. Стеноз ЗМЖВ 50%. ХСН 1 стадии ФК 2. Пациент С. 62 года, поступил с жалобами на общую слабость, одышку при физической нагрузке. С начала августа стал отмечать боли 1 раз в 2–3 дня в грудном отделе позвоночника с иррадиацией в левую руку, кратковременные, без четкой связи с физической нагрузкой, купирующиеся при принятии определенного положения тела (повороте в сторону) через несколько минут. Обратился к участковому терапевту, было начато лечение по поводу остеохондроза: массаж, НПВП. Отмечал улучшение состояния (уменьшение болей в позвоночнике). 28.08. однократно сжимающе-давящая боль в позвоночнике при выходе на улицу, сопровождалась одышкой (улучшение в покое через 10 минут). С 19 часов 3.09. длительная сжимающая боль за грудиной, без иррадиации, носила волнообразный характер. Утром 4.09. вызвана скорая помощь, снята ЭКГ, оказана помощь, пациент госпитализирован. Проведена КАГ. Протяженный стеноз ПМЖВ в среднем сегменте 98% по диаметру (субокклюзия). Устьевой стеноз 1ДВ 40–50% по диаметру. Проведено: экстренное ЧКВ ПМЖА. Сердечные маркеры. Тропонин I 16,2 нг/мл, миоглобин 27,2 нг/мл. ЭХОКС: акинезия всех апикальных сегментов (толщина миокарда 0.4–0.5 см), выраженный гипокинез медиальных переднего и перегородочных сегментов ФВ 45%. В верхушке левого желудочка неподвижные тромбы 1х1.4 см, диаметром 0.7 см и 1 см. Диастолическая дисфункция левого желудочка первого типа.

Расхождение листков перикарда в диастолу над правым предсердием 0,8 см. Выставлен диагноз: ИБС: инфаркт миокарда с зубцом Q передней стенки левого желудочка от 28.08.2014 г. Стенокардия напряжения 2 ФК как исход ранней постинфарктной стенокардии. Экстренная КАГ от 04.09.2014 г.: протяженный стеноз ПМЖВ в среднем сегменте в пределах 98% по диаметру (субокклюзия), устьевой стеноз 1ДВ в пределах 40–50% по диаметру. Экстренное ЧКВ ПМЖА 04.09.2014 г. стентами DES «ВМХ» 2.75–24мм и «ВМХ» 3.5–14мм. Тромб левого желудочка (неподвижный). Гипертоническая болезнь III стадии. Риск 4. ХСН 2а стадии. ФК3. Умеренный гидроперикард. Двухсторонний гидроторакс в стадии разрешения. Дислипидемия.

Представленные примеры указывают на плохую информированность населения об атипичных клинических проявлениях острого инфаркта миокарда, на поверхностное, недостаточно внимательное отношение к жалобам врачей первичного звена, что является одной из наиболее частых причин запоздалой диагностики ИМ, иногда приводящих к трагическому исходу.

Частота вторичных артериальных гипертензий у больных «гипертонической болезнью»

Абдулгасанов Р.А.

Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, Москва

Цель исследования – выявить симптоматических артериальных гипертензий (АГ) среди больных с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) «гипертонической болезни (ГБ)».

Материалы и методы. С 1986 по 2015 гг. обследованы 1650 больных в возрасте от 5 до 75 лет с диагнозом ГБ. Длительность АГ составила 5±18 лет. При всестороннем обследовании больных у 71,0% больных диагноз «ГБ» (ЭАГ) не подтвердился.

Результаты. Нефрогенная АГ (хронический пиелонефрит, нефролитиаз, гипернефрома и т.д.) была диагностирована у 42,0%, коарктация аорты (КА) у 2,5%, вазоренальная гипертензия у 5,3%, расслаивающая аневризма у 9,7%, неспецифический аортоартериит и врожденная гипоплазия у 1,0% пациентов. Эндокринного АГ была диагностирована у 15,8% пациентов. Феохромоцитома надпочечника была причиной АГ у 1,8% больных, синдром Конна у 9,8%, синдром Иценко- Кушинга у 0,8%, поражения артерий головного мозга у 1,8%, лекарственная АГ у 0,8%, алкогольная АГ у 0,3%, кокаинная АГ у 0,3%. Использование пероральных контрацептивов было причиной АГ у 0,5%.

Заключение. При всестороннем обследовании больных ЭАГ у 71,0% удается выяснить причину АГ. Широкое использование высокоинформативных диагностических методов позволяют значительно снизить удельный вес ЭАГ («ГБ»). До 80% гормональноактивных опухолей небольших размеров традиционными методами не выявляется. Хирургические методы лечения позволяют у 80–85% больных получить хороший и удовлетворительный эффект, минимизировать дозы антигипертензивных препаратов, уменьшит церебральных и кардиальных осложнений, улучшить качество жизни. Пожилая гипотензивная терапия при САГ показана только при противопоказаниях к хирургической, эндоваскулярной, эндоскопической коррекции или их неэффективности.

Изучение эффективности статинов и растительного препарата флатерон при ишемической болезни сердца

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Исаков Ш.А., Касимова Г.М.,
Турсунов Р.Р., Турдикулова Ш.У.

Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации,
Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Изучение влияния статинов и растительного препарата флатерон на показатели липидов, свертывающей системы крови и толщину комплекса интима-медиа у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) узбекской популяции.

Материалы и методы. Под наблюдением находились больные ИБС (стабильной стенокардией напряжения II–III функционального класса) узбекской популяции в возрасте 45–60 лет, получавшие стандартную базисную терапию (антиагреганты, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, β -адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, при необходимости – нитраты). 19 пациентов (I группа) принимали растительный гиполипидемический препарат флатерон (сумма нескольких флавоноидов), по 100 мг 3 раза в сутки, 21 пациент (II группа) принимала аторвастатин в дозе 20 мг в сутки и 15 пациентов розувастатин (III группа) в дозе 10 мг в сутки. Определяли показатели коагулограммы, содержание фибриногена, С-реактивного белка (СРБ), общий холестерин (ОХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП), ХС ЛП высокой плотности (ХС-ЛПВП), триглицериды (ТГ), до начала исследования и через 3 месяца приема препаратов («Humalyser 2000», Германия). Ультразвуковые исследования и дуплексное сканирование проводили на аппарате Samsung medison «SonoACE X6» (Корея). Проводили необходимые исследования (электрокардиография (ЭКГ), при необходимости велоэргометрия (ВЭМ), эхо-кардиография, суточное мониторирование ЭКГ и артериального давления), исследование полиморфных маркеров генов HMGCR и ApoE методом полимеразно-цепной реакции (ПЦР).

Результаты. В течение 1-го месяца флатерон снизил ОХС на 2–3%, ТГ на 3–4%, ХС ЛПНП на 2–3%. Выявлены снижение ПТИ на 5–6% и фибриногена на 4–5%. Толщина комплекса интима-медиа в области бифуркации общей сонной артерии у этих больных имела тенденцию к уменьшению до 5–7% от исходных данных. Дальнейшее исследование выявило благоприятное гиполипидемическое влияние флатерона и его способность улучшать реологические свойства крови. Под влиянием растительного препарата флатерона содержание ОХС после 3-месячной терапии снизилось на 22%, а аторвастатина – на 38,6% ($p < 0,001$). ХС-ЛПНП уменьшился на 29%, аторвастатин – на 42%. У больных всех групп отмечалось снижение уровня ХС-ЛПВП: на 21% в I-й и на 40 и 45% во II и III-й группах ($p = 0,01$). Значение соотношения ХС атерогенных липопротеидов (нелПВП) антиатерогенных(ЛПВП) или ХС-ЛПВП/ХС-ЛПВП у пациентов I группы снизилось на 22%, а у пациентов II и III-й группы – на 44 и 48%. Отмечено увеличение содержания ХС-ЛПВП у больных I и II групп, соответственно, с $1,29 \pm 0,77$ до $1,30 \pm 0,36$ и с $1,28 \pm 0,43$ до $1,33 \pm 0,38$ ммоль/л, а пациентов III-й группы до $1,41 \pm 0,29$ ммоль/л. При этом достоверно снижался уровень ТГ с $1,9$ до $1,69$ и с $1,51$ до $0,92$ ммоль/л, в I и II группах соответственно и до $0,9$ ммоль/л у пациентов III-й группы. Флатерон и статины переносились хорошо и случаев отмены их не было. Учитывая, что актуальным является разработка и внедрение в медицинскую практику малотоксичных препаратов природного происхождения, особенно биологически активных соединений – флавоноидов, препарат флатерон в течение 3 месяцев оказавший благоприятный гиполипидемический эффект у больных ИБС, оказался перспективным, что требует дальнейшего его изучения. При этом

влияние статинов на изученные показатели было более выраженным. Выводы. Больные узбекской популяции ИБС с атеросклерозом относятся к группе высокого риска и изучение генетических факторов для более эффективного применения, как растительных препаратов, так и статинов имеет решающее значение для проведения целенаправленной липидкорректирующей терапии в плане профилактики атеротромбоза и связанных с ним грозных осложнений.

Нарушения липидного обмена в возрастном аспекте и функциональное состояние печени при ишемической болезни сердца

Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Каримов М.М., Исаков Ш.А.,
Турсунов Р.Р., Касимова Г.М.

Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации,
Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан

Цель – изучить влияние статинов и урзодезоксихолиевой кислоты на функциональное состояние печени и показатели липидного обмена у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрастном аспекте. Материалы и методы. Наблюдали больных ИБС стабильной стенокардией напряжения II (23) и II I (12) ФК узбекской популяции (средний возраст – $57,8 \pm 6,1$ лет), получавших на фоне стандартной базисной терапии (антиагреганты, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, β -адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, аторвастатин или розувастатин при необходимости – нитраты) урсосан. Определяли содержание билирубина, холестерина (ХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП), ХС ЛП высокой плотности (ХС-ЛПВП), триглицеридов (ТГ), активности трансаминаз, щелочной фосфатазы, глутамилтранспептидазы, полиморфизм генов HMGCR и ApoE, проводили ультразвуковое исследование печени, измеряли толщину комплекса интима-медиа общей сонной артерии. Из обследования исключали больных с вирусными и алкогольными поражениями печени, сахарным диабетом, сердечной недостаточностью.

Результаты. Наиболее высокая доля лиц с гиперхолестеринемией и триглицеридемией выявлена в возрастной группе 40–49 лет, и достигает максимального уровня у лиц 50–69 лет. При этом наблюдается прямая корреляционная зависимость снижения ХС-ЛП очень низкой плотности с повышением уровня ХС-ЛПНП ($r = 0,685$). Обращает на себя внимание, что у лиц старше 70 лет нарушения липидного профиля определяются заметно реже ($p < 0,05$), по сравнению с более молодыми пациентами. Наиболее часто у этих пациентов повышается уровень триглицеридов. Следует отметить, что наиболее выраженные изменения наблюдаются у больных ИБС в сочетании с метаболическим синдромом (МС). При этом имеется тенденция развития дислипидемии на более поздних стадиях МС. Гиперхолестеринемия является практически постоянным и ранним признаком ИБС и МС в то время, когда дислипидемия обнаруживается только приблизительно у трети пациентов после 40 лет. ИБС в сочетании с МС и атеросклеротическим поражением нескольких артериальных бассейнов – группа очень высокого риска, что еще раз показывает необходимость тщательной гиполипидемической терапии. У большинства больных выявлены существенные изменения показателей липидов, характерные для атерогенной дислипидемии (ДЛ). При этом у 9 пациентов с атерогенной ДЛ выявлены изменения в показателях, характеризующих функциональное состояние печени, напоминающие неалкогольную жировую болезнь печени. Установлен выраженный

эффект использованных статинов в нормализации изученных показателей липидов (ХС, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП, ТГ). Оба статина переносились хорошо и отмены не было. У 3 пациентов наблюдались побочные явления (диспепсические явления и метеоризм), которые исчезли после коррекции дозы статинов. Применение статинов у больных ИБС с атерогенной ДЛ с учетом полиморфизма генов HMGCR и ApoE позволило значительно усилить их гиполипидемическое и противовосклеротическое действие и предупредить возможные побочные эффекты. Урсосан, хорошо всасываясь в кишечнике, при приеме внутрь, встраивается в мембрану гепатоцита, стабилизирует ее структуру и защищает гепатоцит от повреждающих факторов. Замещая неполярные желчные кислоты, формирует нетоксичные смешанные мицеллы, уменьшая синтез холестерина в печени и его всасывание в кишечнике, образование цитотоксических Т-лимфоцитов. Ген ApoE кодирует аминокислотную последовательность белка аполипопротеина Е, который образуется в печени и играет важную роль в липидном обмене. Эти маркеры, влияющие на эффективность статинов, могут быть использованы для оптимизации терапии этими препаратами у отдельных индивидуумов.

Вывод. Учет индивидуальных отличий пациентов и фармакогенетических особенностей статинов и включение в лечебный комплекс препарата урсосан позволил минимизировать и предупредить вероятность развития побочных эффектов различных нарушений со стороны печени и нормализовать липидный обмен у больных ИБС.

Эффективность сочетания имунофана с базисной терапией в профилактике и лечении цитомегаловирусной инфекции

Абдуллаев А.Х., Нурмухамедов А.И., Аляви Б.А., Турсунбаев А.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Отмечается отчетливая тенденция к увеличению числа вирусных инфекций, обладающих способностью при определенных условиях к эпидемическому распространению. Одним из таких заболеваний является цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ), которую всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) включила в число «новых и таинственных» и определила как инфекцию будущего.

Цель исследования – оценка эффективности сочетания имунофана с базисной терапией в профилактике и лечении ЦМВИ у женщин.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением были 60 женщин с ЦМВИ, разделенные на 2 группы по 30 пациенток в каждой (основную и контрольную). По возрасту, основным терапевтическим жалобам, давности заболевания, диагнозу группы были идентичными. Диагноз устанавливали методом полимеразно-цепной реакции (ПЦР), проводили необходимые клинико-лабораторные и инструментальные исследования. Определяли состояние женской половой системы тестами диагностики, ультразвуковой диагностики (УЗД), а также необходимы биохимические исследования. Больные обеих групп получали базисную терапию (противовирусные), санацию половых органов, симптоматическое лечение. Пациентки основной группы дополнительно к базисной терапии получали имунофан (ООО НПП «БИОНОКС», Россия) по 1 мл (50 мкг) в/м или п/к 1 раз в сутки №15–20 на курс. Имунофан обладает иммуномодулирующей и гепатопротекторной способностью, усиливает антиоксидантную базисную терапию. Это проявляется в сокращении времени и периода проявления отдельных клинических симптомов, таких как боль, лимфаденопатия,

артралгия, диспепсия, субфебрилитет, уменьшаются жалобы на общую слабость, симптомы и проявления вегето-сосудистой дистонии. На фоне применения имунофана больные отмечают нормализацию сна и настроения, улучшение аппетита, более быстрое восстановление трудоспособности. Лечение проводилось также и у сексуальных партнеров. Половая жизнь во время лечения и санации половых органов исключалась. Сочетание имунофана и базисной терапии активизировало выработку собственных интерферонов, проявления их противовоспалительных, детоксикационных, противовирусного и иммуностимулирующего действий. У пациентов основной группы все благоприятные явления и положительные изменения проявлялись намного раньше, чем в группе контроля и носили более стойкий характер. Широкое и повсеместное распространение ЦМВИ в природе, разнообразие путей и способов ее передачи способствуют вирусу к длительной персистенции в организме хозяина и политропность приводит к практически тотальному инфицированию взрослого населения этим вирусом. Вирус тропен к паренхиматозным органам эпителиального генеза, легким, печени, а также ганглиарным клеткам головного мозга и многих других органов. Источником инфекции является только человек. Вирус может находиться в слюне, грудном молоке, т.е. в любой биологической жидкости или секрете. Инфекция передается различными путями, а также от матери к плоду. Будучи инфицированным, человек остается вирусоносителем в течение всей жизни, чаще всего это латентное персистирование вируса. Различные неблагоприятные факторы и беременность, снижающие специфическую и неспецифическую резистентность организма, могут нарушать равновесие между вирусом и защитными иммунными механизмами и провоцировать активацию инфекции с тяжелыми последствиями. Лечение имунофаном в сочетании с базисной терапией рекомендуется проводить не реже 2 раз в год и обязательно предупреждать обострение ЦМВИ (переохлаждение, переутомление, стресс, лечение и профилактика сопутствующей патологии).

Вывод. Препарат имунофан переносился хорошо, побочные эффекты не наблюдались, случаев отмены не было, что позволяет рекомендовать его широкое применение в сочетании с базисной терапией для профилактики и лечения ЦМВИ.

Опыт клинического применения берлитиона при хронических токсических заболеваниях печени профессионального генеза

Агзамова Г.С.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности клинического применения липоевой кислоты при хронических токсических гепатитах (ХТГ), профессионального генеза.

Материалы и методы. Берлитион назначали 52 больным с ХТГ при воздействии комплекса фосфорорганических и хлорорганических пестицидов, которые находились на лечении в республиканской клинике профессиональных заболеваний. Средний возраст пациентов составил $42,4 \pm 3,6$ года. Профессиональный стаж более 10 лет. Контрольную группу составили 22 больных, получавших базисную терапию, согласно стандарта диагностики и лечения. Пациентам исследуемой группы в комплексном лечении назначали берлитион в дозе 300 мг 2 раза в день (утром 1 ампула 300 мг в виде внутривенной инфузии + вечером 1 таблетка 300 мг). Курс лечения составил $12 \pm 2,5$ дней. Критериями эффективности проводимого лечения являлись следующие показатели: выраженность основных клинических синдромов (астеновегетативного,

болевого, диспепсического, желтушного); данные лабораторных методов исследований (содержание билирубина, аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, показатели осадочных проб, коагулограмма, протеино- и липидограммы крови, уровень мочевины и креатинина). Состояние ПОЛ и антиоксидантной защиты оценивали по уровню малонового диальдегида (МДА) и супероксиддисмутазы (СОД) ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости. Полученные результаты подвергали математико-статистическому анализу.

Результаты. Как показали результаты исследований больных с ХТГ, отмечена положительная динамика клинической картины заболевания. Под влиянием лечения у больных исследуемой группы по сравнению с контрольной группой на 8–10 день исчезли или значительно уменьшились признаки астеновегетативного, цитолитического, холестатического синдромов и синдрома иммунного воспаления. По данным биохимических исследований, до лечения у пациентов всех групп наблюдалось повышенное содержание общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов различной степени выраженности, что указывало на нарушение эстерифицирующей функции печени. Под влиянием лечения берлитином установлено достоверное уменьшение содержания общего холестерина, ТГ, б-липопротеидов ($p < 0,05$). До лечения у больных установлено повышение показателей тимоловой пробы, незначительное повышение активности трансаминаз и уровня билирубина в крови, снижение общего содержания белка крови, что свидетельствовало об угнетении белковообразующей функции печени. У пациентов обеих групп в начале лечения наблюдались выраженные изменения содержания ПОЛ, что выражалось повышением концентрации МДА и снижением фермента СОД. Под влиянием лечения с использованием берлитиона у больных ХАГ снижалась активность ПОЛ ($p < 0,05$).

Выводы. Выявленные позитивные изменения обусловлены способностью а-липовой кислоты связывать свободные радикалы, стимулировать антиоксидантную функцию печени, повышая резистентность гепатоцитов и снижая образование гепатотоксичных продуктов распада белка. Это объясняется наличием в ее структуре активных тиоловых (-SH) групп, способных обезвреживать разнообразные токсические вещества, имеющие сродство с этими группами.

Особенности усталости и когнитивных нарушений у пациентов аутоиммунными заболеваниями печени

Акберова Д.Р., Абдулганиева Д.И., Одинцова А.Х.

Казанский государственный медицинский университет,
Республиканская клиническая больница, Казань

Аутоиммунные заболевания печени (АЗП) представляют собой группу заболеваний, к которой относят аутоиммунный гепатит (АИГ), первичный билиарный цирроз (ПБЦ), синдром перекреста, первичный склерозирующий холангит (ПСХ). В течение длительного времени ведущими жалобами пациентов АЗП являются неспецифические проявления, такие как астенический синдром, усталость, снижение работоспособности, снижение памяти, сложность в концентрации внимания, раздражительность и т.д. Специфические проявления поражения печени в виде желтухи, кожного зуда, отечно-асцитического синдрома, портальной гипертензии присоединяются позднее.

Цель. Оценить степень усталости и когнитивных расстройств у пациентов с АЗП.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты с установленным диагнозом АЗП. Из неспецифических симптомов нами

оценивалась выраженность усталости – валидизированная анкета по шкале усталости (Fatigue Impact Scale), состоящий из 40 вопросов. Степень выраженности когнитивных нарушений оценивалась по специальной анкете – Cognitive Failures Questionnaire, состоящей из 25 вопросов. Оценка анкет производилась в суммировании баллов от 0 до 100 баллов. Оценка каждого вопроса производилась по 5-балльной шкале (никогда – 0, редко – 1, иногда – 2, довольно часто – 3, очень часто – 4). В зависимости от количества баллов шкала усталости и когнитивные расстройства подразделялись на: слабовыраженные (1–39 баллов), умеренные (40–63 балла), тяжелые (64–100 баллов).

Результаты. В исследование проспективно было включено 50 пациентов с АЗП, из них 44 (88%) женщины и 6 (12%) мужчин. С диагнозом АИГ – 26 пациента, с ПБЦ – 8 пациентов, 14 пациентов с синдромом перекреста, 2 пациента с ПСХ. Средний возраст пациентов с АЗП составил $44,3 \pm 2,6$ лет. Было выявлено, что при АЗП у пациентов наблюдались усталость и когнитивные нарушения. Так, общий балл по опроснику усталости при АЗП составил $43 \pm 3,18$. При этом у пациентов с АИГ суммарно уровень усталости составил $45,3 \pm 5,1$ баллов, при ПБЦ $37,25 \pm 3,12$, при синдроме перекреста $42,6 \pm 5,5$, при ПСХ 39 ± 5 . Максимальный уровень усталости был выявлен у пациентов АИГ, синдроме перекреста. Общий балл по опроснику когнитивных нарушений при АЗП составил $27,6 \pm 1,8$. При этом у пациентов с АИГ суммарно когнитивные расстройства составили $28,4 \pm 2,7$ баллов, при ПБЦ $32 \pm 5,05$, при синдроме перекреста $24,2 \pm 2,64$, при ПСХ $22,5 \pm 0,5$. Максимальные изменения были выявлены при ПБЦ и АИГ.

Выводы. У пациентов с АЗП были выявлены умеренные показатели шкал усталости слабовыраженные когнитивные расстройства. Наиболее выраженные изменения отмечались в группе пациентов с АИГ.

Сочетание гипертонической болезни и хронической обструктивной болезни легких: фенотипы коморбидного заболевания

Аксенова Т.А., Горбунов В.В., Царенок С.Ю.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Гипертоническая болезнь (ГБ) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) являются наиболее распространенными неинфекционными заболеваниями, частота их сочетания достигает 40–60%. Цель исследования: определить особенности течения ГБ при коморбидности с ХОБЛ, выделить фенотипы коморбидного заболевания. Задачи: 1. По данным холтеровского мониторирования ЭКГ оценить частоту встречаемости и выраженность аритмического синдрома, временные и спектральные показатели вариабельности ритма сердца. 2. Исследовать вкусовую чувствительность к поваренной соли у больных с сочетанием ГБ и ХОБЛ. 3. У больных с коморбидностью ГБ и ХОБЛ изучить офисные и суточные показатели центрального аортального давления и ригидности сосудов. Материалы и методы. Обследован 231 пациент ГБ I–II стадии: с сочетанием ГБ и ХОБЛ – 152 пациента (возраст $49,1 \pm 5,7$ лет, 80,2% мужчин), с изолированной ГБ – 79 пациентов (возраст $47,8 \pm 7,2$ лет, 85,3% мужчин). Диагноз ХОБЛ выставлен согласно GOLD (2014), все пациенты имели ремиссию ХОБЛ, I–III степень ограничения скорости воздушного потока. Суточное мониторирование ЭКГ проводилось на аппарате «Кардиотехника-4000» (Санкт-Петербург) с автоматизированным анализом спектральных и временных показателей вариабельности ритма сердца. Изучение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) проведено по модифицированной методике R. Henkin. Контурный анализ пульсовой волны проводился с помощью прибора SphygmoCor (AtCor Medical, Австралия). Проведено суточное мониторирование на

аппарате BPLab v.3.2. («Петр Телегин», Нижний Новгород), позволяющем анализировать показатели периферического и центрального давления и жесткости сосудов. Статистическая обработка проведена программой Statistica 10,0, использованы критерии Манна-Уитни, χ^2 -квадрат, гамма-корреляция.

Полученные результаты. Желудочковая экстрасистолия различных градаций выявлена у 59,9% пациентов с сочетанной патологией против 37,9% в группе с изолированной ГБ ($p=0,0017$). Экстрасистолы высоких градаций выявлены у 4,6% больных с сочетанной патологией и в 0,7% при изолированной ГБ ($p=0,0075$). Только у пациентов с сочетанием ГБ и ХОБЛ зарегистрированы пароксизмы фибрилляции предсердий, экстрасистолия 4Б класса по Lowp и преходящая атриовентрикулярная блокада 2 степени. У больных с сочетанием ГБ и ХОБЛ выявлено снижение рNN50, rMSSD и HF, по сравнению с группой изолированной ГБ. В группе с сочетанной патологией достаточное снижение LF/HF в ночные часы выявлено в 30,7%, при изолированной ГБ – в 44,3% ($p=0,0064$). Из группы больных с недостаточным снижением LF/HF выделена группа лиц с ночной симпатикотонией – у данных пациентов LF/HF в ночное время был выше, чем днем. В группе больных коморбидной патологией они составили 47,3%, при изолированной ГБ – 25,3% ($p=0,011$). У 71,8% пациентов с высоким ПВЧПС выявлена ХОБЛ, при нормальном пороге ХОБЛ встречалась в 49,4% случаев. Выявлена прямая корреляционная зависимость ПВЧПС и наличия ХОБЛ ($\gamma=0,52$, $p=0,00001$), ПВЧПС и степени ограничения скорости воздушного потока ($\gamma=0,42$, $p=0,000092$). На аппарате SphygmoCor установлено повышение на 9,83% центрального систолического давления ($p=0,02$), на 29,58% центрального пульсового давления ($p=0,00022$), на 88,89% давления аугментации ($p=0,025$) у больных с сочетанием ГБ и ХОБЛ по сравнению с пациентами с изолированной ГБ. Скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), измеренная на каротидно-феморальном сегменте, у больных с сочетанием ГБ и ХОБЛ была на 30,23% выше по сравнению с пациентами с изолированной ГБ ($p=0,000033$). У коморбидных пациентов индекс субэндокардиальной жизнеспособности миокарда SERV был ниже на 16,42% ($p=0,017$) по сравнению с больными с изолированной ГБ. При суточном мониторингировании на аппарате BPLab v.3.2. у пациентов с сочетанной патологией минимальная, средняя за сутки и максимальная СРПВ была выше по сравнению с изолированной ГБ на 14,96% ($p=0,015$), 6,98% ($p=0,016$) и 11,93% ($p=0,0022$) соответственно. Выводы: 1. Пациентам с сочетанием ГБ и ХОБЛ показано проведение холтеровского мониторингирования ЭКГ с изучением вариабельности ритма сердца, суточного мониторингирования параметров артериальной ригидности, аппланационной тонометрии, определение ПВЧПС. 2. Результаты данного обследования позволяют выделить фенотипы коморбидного заболевания: ХОБЛ в сочетании с ГБ и аритмиями; ХОБЛ в сочетании с ГБ и симпатикотонией; ХОБЛ в сочетании с ГБ и артериальной ригидностью; ХОБЛ в сочетании с ГБ и снижением вкусовой чувствительности к поваренной соли.

Состояние тромбоцитарно-сосудистого гемостаза и цитокинового статуса у больных анкилозирующим спондилоартритом

Алиахунова М.Ю., Нуритдинова С.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Целью исследовани явилось изучение состояния тромбоцитарно-сосудистого звеньев системы гемостаза и выявить корреляционную

связь обнаруженных нарушений с факторами воспаления в зависимости от степени активности (ст. акт.) анкилозирующего спондилоартрита (АС). Материалы и методы исследования. В исследование включено 100 больных (94 мужчины и 6 женщин) в возрасте 17–52 лет с достоверным диагнозом АС. Агрегацию тромбоцитов определяли, с помощью анализатора агрегации «AP-2110». Измеряли АДФ – индуцированную агрегацию тромбоцитов, определяли протромбиновый индекс (ПТИ), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), уровень фибриногена. Иммунологические исследования включали изучение провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в сыворотке периферической крови методом ИФА.

Результаты. При изучении показателей агрегации тромбоцитов, индуцированной АДФ, у больных АС в зависимости от акт. процесса, выявлены значимые различия. При I ст. акт. АС показатель степени агрегации увеличен на 12,4% ($p<0,05$), а при II ст. акт. заболевания на 22,3% ($p<0,05$). Скорость агрегации при II степени увеличилась в 1,2 раза, при I ст. повышалась в 1,1 раза. Максимальная степень агрегации при I ст. акт. повысилась на 10,2% ($p<0,05$), при II ст. активности данный показатель достиг 15,9% ($p<0,05$). Отмечается увеличение всех показателей АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов у больных АС с нарастанием акт. воспалительного процесса. Анализ влияния активности на агрегацию тромбоцитов, индуцированную АДФ, показывает, что у больных АС с I ст. акт. отмечается увеличение ст. агрегации на 35,4%, максимальной степени агрегации на 23,2% по сравнению с группой здоровых лиц, При II ст. акт. отмечается увеличение степени агрегации на 39,6% ($p<0,05$), максимальной ст. агрегации на 28,3% ($p>0,05$), по сравнению с контролем. Показатель агрегации эритроцитов достоверно увеличился при I ст. акт. в 2 раза, при II ст. активности в 2,7 раза. Число эритроцитов вовлеченных в агрегаты возросло на 41,5% и 95% или почти в 2 раза при I и II ст. акт. по сравнению с контрольной группой. Отмечено увеличение показателя на 41,5% до манжеточной пробы и увеличение в 2 раза после пробы ($p<0,05$). Индекс антиагрегационная активность сосудистой стенки (ААСС) у больных АС была достоверно ниже на 23,5%, чем у здоровых людей ($p<0,05$), а со II ст. акт. понижен на 28%. Проведено определение уровней некоторых цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-10, ФНО- α) в сыворотке крови пациентов АС. Концентрации ИЛ-1, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-10 и ФНО- α у лиц контрольной группы составили $3,2\pm0,43$; $8,1\pm1,31$ пг/мл; $4,0\pm0,38$ пг/мл; $1,34\pm0,57$ пг/мл и $4,6\pm0,52$ соотв. У больных АС отмечается увеличение ИЛ-1 в 1,6 раз ($p<0,05$) при I ст. акт. и в 3,4 раз ($p<0,05$) при II ст. акт. Содержание ИЛ-6 повысилось в 8,7 и 9,4 раз ($p<0,05$ соответственно), ФНО- α в 6,5 раз ($p<0,05$) у больных с низкой ст. акт. процесса и в 51,3 раз ($p<0,05$) со II ст. акт. Выявлено повышение ИЛ-10 в 2,5 раза в группе с I ст. и 6,2 в раз ($p<0,05$) со II ст. акт. в сравнении с контролем. Проведен корреляционный анализ между данными показателями и содержанием в крови про- и противовоспалительных цитокинов. Получены обратные корреляционные связи $r=0,21$, $p<0,05$ между уровнем активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) и ИЛ-1; $r=-0,30$, $p<0,05$ между АЧТВ и ИЛ-4; $r=0,41$, $p<0,05$ между данными уровня АЧТВ и ИЛ-10. Выявлена прямая положительная связь: $r=+0,52$, $p<0,05$ между уровнем ПТИ и ИЛ-1; $r=+0,60$, $p<0,05$ между данными уровня ПТИ и ИЛ-4; $r=+0,41$, $p<0,05$ между ПТИ и ИЛ-10; $r=+0,22$, $p<0,05$ между ПТИ и ФНО- α в крови больных. Получены обратные связи: $r=-0,20$, $p<0,05$ между величиной МНО и ИЛ-1; $r=-0,31$, $p<0,05$ между уровнем АЧТВ и ИЛ 10. Установлены прямые положительные корреляционные связи: $r=+0,52$, $p<0,05$ между уровнем фибриногена и ФНО- α ; $r=+0,41$, $p<0,05$; фибриногена и ИЛ-1 в плазме крови.

Заключение. У больных АС выявлены снижение антиагрегационной активности сосудистой стенки и активация тромбоцитарно-сосудистого звена гемостаза, выраженность которых возрастает при развитии активности воспалительного процесса и корреляционные связи между

показателями факторов воспаления и коагуляционного гемостаза в крови подтверждают вовлечение в иммунопатологический процесс системы свертывания крови.

Кардиоваскулярные заболевания при анкилозирующем спондилоартрите

*Алиахунова М.Ю., Нурутдинова С.К., Хакимова Р.А.,
Камалова Н.А., Исламова Д.Н.*

*Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации,
Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования. Изучить частоту, структуру и факторы риска сердечно-сосудистой патологии при анкилозирующем спондилоартрите (АС) с определением клинико-патогенетических взаимосвязей кардиоваскулярной патологии и активностью процесса.

Материал и методы. Под наблюдением находились 50 больных АС, из которых 46 (92%) мужчин и 4 (8%) женщины. Средний возраст больных – $34,0 \pm 1,4$ лет, средняя продолжительность болезни $12,6 \pm 0,7$ лет. Диагноз АС верифицировался на основании всестороннего клинико-инструментального обследования с учетом модифицированных Нью-Йоркских диагностических критериев, индексов BASDAI, BASFI и BASRI. I степень активности процесса установлена у 14 (28%) больных, II степень – у 28 (56%) и III степень – у 8 (16%) больных. Центральная форма АС наблюдалась у 22 (44%) больных, периферическая – у 15 (30%) и ризомелическая – у 13 (26%) больных. Рентгенологические изменения в крестцово-подвздошных сочленениях, тазобедренных суставах и позвоночнике I стадия определялась у 3 (6%) больных, II стадия – у 17 (34%), III стадия – у 24 (48%) и IV стадия – у 6 (12%) больных. Частота артериальной гипертонии (АГ) оценивалась у больных по результатам анкетирования и анализа медицинской документации. У 26,7% больных гипертония была выявлена впервые. Частота АГ по результатам документации составила 24%, $p < 0,05$.

Результаты. У пациентов толщина комплекса интима-медиа составила в среднем $0,82 (0,79; 1,05)$ мм. У трети обследованных больных (17 чел.) степень утолщения комплекса интима-медиа соответствовала состоянию сосудистой бляшки, а более чем у половины больных (30 чел.) АС параметры сосудистых реакций соответствовали критериям эндотелиальной дисфункции, т.е. вариабельность диаметра плечевой артерии была менее $< 10\%$ от исходных показателей. Факторами риска сосудистой дисфункции у больных, страдающих АС, явились АГ ($OR = 4,67$; $p < 0,01$), СРБ $> 2,0$ мг/дл ($OR = 4,05$, $p < 0,01$), прием ГК ($OR = 3,65$, $p < 0,01$) и возраст старше 50 лет ($OR = 2,25$, $p < 0,05$). Наиболее убедительная корреляционная зависимость установлена между толщиной КИМ, скоростью клубочковой фильтрации, уровнем СРБ, активностью по BASDAI, риском сердечно-сосудистых осложнений по SCORE и суммарной дозой глюкокортикоидов. Гипертрофия миокарда ЛЖ по ЭКГ была выявлена у 26,7% больных, по ЭХОКГ – после расчета индекса массы миокарда ЛЖ – $30,4\%$ ($p > 0,05$). Показатели ИММЛЖ у больных составили $110,3 \pm 7,5$ г/м², ($p = 0,602$). Прямой сравнительный анализ данных ЭХОКГ с контрольной группой не показал значимых различий, отмечено лишь преобладание у больных АС числа случаев аортальной регургитации, что может быть проявлением аортита как частого системного проявления АС (при АС – 10 чел. (20%), в контроле – 3 чел. (10%), $p = 0,045$). Частота ишемической болезни сердца у больных АС, установленная на первом этапе исследования при анализе медицинской документации, составила 10%. В структуре нозологических форм ИБС доминировала стенокардия напряжения. Детальная верификация ИБС проводилась у 44 пациентов

путем анализа жалоб больных, оценки факторов риска, проведения стандартной ЭКГ, ЭХОКГ. При анализе болевого синдрома был установлен высокий процент вертеброгенных кардиалгий (28 пациентов – 63,7%), что объясняется вовлечением позвоночника практически во всех клинических вариантах АС. Частота стенокардии напряжения составила 8 чел. (18,1%), при этом частота безболевого ишемии – 14 (32% ко всем случаям ишемии по ЭКГ). Частота ИБС по данным мед. документации составила 10%, после детальной верификации – 17 чел. (38,6%), $p < 0,01$. Структура ИБС представлена стенокардией напряжения 10 чел (58,8%), безболевого ишемией – 3 (17,7%) и нарушением ритма, ассоциированным с ИБС 4 (23,5%). Выводы. Частота АГ при АС составила 26,7%. Частота ИБС 38,6%. Факторами риска ее развития установлены высокая активность воспаления, длительность свыше 10 лет, и прием ГК. Поражение органов-мишеней при АС ассоциировалось с АГ и активностью основного заболевания. Частота впервые выявленной сердечно-сосудистой патологии у больных АС составила в среднем 30%, что свидетельствует о недостаточной настороженности врачей в отношении кардиоваскулярной патологии у данной категории пациентов.

Молекулярные механизмы образования ангиогенных факторов под влиянием ударно-волновой терапии при экспериментальном атеросклерозе

*Аляви А.Л., Касимова Г.М., Абдуллаев А.Х., Утемуратов Б.Б.
Шарипова Р.М.*

*Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр терапии и медицинской реабилитации,
Ташкент, Узбекистан*

Регулируемое ударно-волновое воздействие различной интенсивности, является мощным инструментом по локальному управлению клеточным метаболизмом. Под действием звуковой вибрирующей волны на участке ткани, подвергшейся воздействию, расширяются кровеносные сосуды, ткани получают дополнительное питание и кислород, что активизирует обменные процессы. В основе метода лежит неинвазивная технология реваскуляризации миокарда, путём дистанционного воздействия сфокусированной акустической волны. Она стимулирует выработку ангиогенных факторов, что вызывает заживление тканей и «терапевтический ангиогенез», представляющий собой контролируемую индукцию или стимуляцию образования новых кровеносных сосудов. Цель исследования. Выявление молекулярных механизмов образования ангиогенных факторов под влиянием ударно-волнового воздействия при экспериментальном атеросклерозе.

Материалы и методы. Были проведены эксперименты *in vitro* у 20 кроликов (порода шиншилла) и вызвана модель экспериментального атеросклероза по методу Аничкова. Уровень интерлейкина ИЛ-8 и активность NO-синтазы в сыворотке крови экспериментальных животных определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. Сумму нитратов и нитритов исследовали используя реактив Грисса. Для получения высокоэффективного ударно-волнового воздействия были использованы специальные экспериментальные насадки генерирующие ударные волны от низкочастотного до высокочастотного диапазона. Результаты. Как показали полученные данные, ударная акустическая волна стимулирует выработку ангиогенных факторов, таких как ИЛ-8, NO-синтазу, а также ряд других факторов, что вызывает заживление тканей и «терапевтический ангиогенез», который представляет собой контролируемую индукцию или стимуляцию образования новых

кровеносных сосудов. Повышение в крови ангиогенных факторов IL-8, NO-синтазы свидетельствует о формировании новых кровеносных сосудов в ишемизированных участках миокарда экспериментальных животных. Влияние ударных волн на эндотелиальную синтазу окиси азота в эпителиальных клетках вен показали, что наблюдаемый положительный эффект ударно-волновой терапии может быть приписан способности ударных волн к поддержанию нужного количества окиси азота (NO). В исследованиях показано, что ударно-волновая терапия приводит к увеличению продукции суммы нитритов и нитратов за счет активации эндотелиальной NO-синтазы (eNOS). Рассмотрение молекулярных механизмов, позволило предположить, что активация eNOS с последующим увеличением синтеза NO и противовоспалительным действием в виде деактивации транскрипционного ядерного фактора каппа В (NF-каппа В) связана с тирозинзависимым дефосфорилированием eNOS. Подобный механизм действия ударно-волновой терапии так же может быть реализован через влияние ударно-волновой терапии на неферментативный синтез NO из перексида водорода и L-аргинина. После воздействия ударно-волновой терапии в стенке аорты наблюдаются уменьшение воспалительных явлений, снижается и исчезает вовсе инфильтрация стенки аорты липидами, восстанавливается нормальная структура сосудистой стенки. Выявляется репарация стенки аорты в местах более повреждённых атеросклеротическим процессом через замещение мышечных элементов меди соединительнотканными волокнами. В миокарде очагов сохраняются дистрофические изменения кардиомиоцитов, сосуды миокарда находятся в различном состоянии: некоторые из них расширены, полнокровны, некоторые спазмированы, что может быть также следствием влияния УВТ. Выводы. Под воздействием звуковой вибрирующей волны на участке ткани, подвергающейся воздействию, расширяются кровеносные сосуды, ткани получают дополнительное питание и кислород, что способствует активизации обменных процессов. Способность ударной волны приводить к увеличению ангиогенных факторов и выбросу хемоаттрактантов в зоне ишемии стимулирует образование новых сосудов. Неоангиогенез с последствием приводит к улучшению кровоснабжения. Действие ударно-волновой терапии так же может быть реализован через влияние ударно-волновой терапии на неферментативный синтез NO из перексида водорода и L- аргинина. Принцип действия УВТ основан на стимуляции неоангиогенеза миокарда в зоне воздействия за счет выброса ряда ангиогенных факторов роста, в том числе эндотелиального фактора роста сосудов.

Религиозный пост и сахарный диабет 2 типа: модифицируемые факторы, влияющие на комплаентность

Аметов А.С., Камынина Л.Л.

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Цель. Оценить факторы, влияющие на комплаентность пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2), соблюдающих многодневные религиозные посты.

Задачи. Выявление основных модифицируемых факторов риска, снижающих комплаентность пациента в период православного религиозного поста, и оценка путей их минимизации.

Материалы и методы. Обследовано 98 пациентов (43 мужчин, 55 женщин; медиана (Ме) возраста – 60,5 лет) с СД2, соблюдающих религиозные посты и наблюдавшиеся в Окружном эндокринологическом отделении САО г. Москвы и СМК «Трейд-Медикал» (МО, г/о Химки). Проанализированы дневники питания и пищевые дневники. При оценке

пищевого поведения, квоты углеводов в питании, суточного калоража, динамики метаболических параметров, схемы сахароснижающей терапии (использование ингибиторов дипептидилпептидазы-4 (ИДПП-4), аналогов инсулина), частоты развития гипогликемий, обучения в школе СД2 (ШСД2), проведения самоконтроля гликемии (СКГ) в период религиозного поста выявлена их ассоциация с фармакологической и технической комплаентностью. Оценена динамика параметров углеводного обмена (HbA1c, ГН, ППГ, ВГл), липидного обмена (ОХ, ЛПВП, ЛПНП, ТГ, ИА), антропометрических параметров (ОТ, ИМТ, массы тела). При обработке массива данных использована программа Statistica 6.0 (различия статистически достоверно значимы при $p < 0,05$).

Результаты. Установлено, что к моменту выхода из поста в зависимости от достижения индивидуализированных целевых параметров гликемии выявлены группы пациентов с положительной, нейтральной и отрицательной динамикой. В 94,5% случаев установлена положительная или нейтральная динамика. Продемонстрирована следующая динамика метаболических и антропометрических параметров (медианы): HbA1c=–0,3%, ГН=–0,3 ммоль/л, ППГ=–0,7 ммоль/л, ВГл (MAGE)=–1,2 (снижение с 4,2 до 3,0) ммоль/л; показатели липидограммы (ммоль/л): ОХ=–0,4, ЛПВП=+0,7, ЛПНП=–1,2, ТГ=–0,2; ИА=–1,0, антропометрических показателей (ОТ=–3,4 см, ИМТ=–0,4 кг/м², массы тела=–2,1 кг). Достоверно статистически значимыми были различия снижения вариабельности гликемии MAGE, ЛПВП, ЛПНП, ИА и антропометрических параметров ($p < 0,05$). Частота развития гипогликемий в период поста характеризовалась их меньшим значением у пациентов, принимающих в составе комбинированной сахароснижающей терапии ИДПП-4 (2,1% в сравнении с 7,8% на фоне приема препаратов сульфонилмочевины) и аналоги инсулина (дневных – 2,4% в сравнении с 4,3% при использовании инсулина ПНХ и ночных – 2,6% в сравнении с 5,4% соответственно). Факторами, снижающими комплаентность, явились: 1. Отсутствие индивидуализированных целевых значений гликемического контроля. 2. Неиспользование инкретиновой терапии и аналогов инсулина, сопровождающихся минимизацией риска развития гипогликемий. 3. Неназначение фиксированных пероральных комбинаций ИДПП-4 и метформина. 4. Отсутствие обучения в ШСД2 с курсом, рассматривающим правила безопасного соблюдения религиозного поста. 5. Неадекватный режим проведения дискретного и многоточечного СКГ. 6. Отсутствие учета пищевых зигзагов при входе и выходе из поста. 7. Отсутствие раннего (в идеале – скринингового) выявления СД2 и его осложнений. 8. Неадекватный уровень физической активности. 9. Превышение суточного калоража пищи и квоты углеводов в питании, что опосредует устранение постпрандиальной гипергликемии и высокой вариабельности гликемии. 10. Отсутствие обсуждения с эндокринологом медицинских аспектов религиозного поста и разрешения от эндокринолога на его соблюдение. Выводы. Выявление и устранение модифицируемых факторов риска ухудшения качества гликемического контроля позволяет не только устранить постпрандиальную гипергликемию и риск развития гипогликемий, но и повысить лекарственную и фармакологическую комплаентность пациентов с СД2, соблюдающих религиозные посты.

Лабораторные показатели, отражающие степень поражения клапанного аппарата сердца

Андреева Д.В.

Ивановская медицинская академия, Иваново

Важную роль в организме человека играет гиалуроновая кислота (ГК), как один из компонентов соединительной ткани. Изменения (ГК), в том

числе и при ревматических заболеваниях, отражаются на структуре соединительной ткани.

Цель работы. Оценить количественное содержание антител к ГК в зависимости от степени повреждения клапанного аппарата сердца при ревматических заболеваниях. С этой целью проведено общеклиническое обследование 56 больных с ревматическими пороками сердца (средний возраст пациентов 37,2 лет), 55 человек составили контрольную группу, сопоставимую по полу и возрасту. Определение антител к ГК в сыворотке крови проводилось методом иммуноферментного анализа. Выявлено, что у больных с ревматическими пороками уровни антител к ГК в сыворотке крови ($0,639 \pm 0,031$ ОД) были достоверно ($p < 0,05$) выше по сравнению со значениями этого показателя в контрольной группе ($0,550 \pm 0,020$ ОД). Подъем уровней антител к ГК у пациентов с ревматическими пороками сердца, возможно, обусловлен воздействием ранее перенесенной стрептококковой инфекцией на соединительную ткань клапанов с длительным высвобождением гиалуроновой кислоты в кровеносное русло больного. При исследовании антител к ГК в зависимости от объема поражения клапанного аппарата сердца показали, что у пациентов с одним пороком уровень данных антител составлял ($0,600 \pm 0,056$ ОД), двумя ($0,657 \pm 0,060$ ОД), тремя ($0,707 \pm 0,060$ ОД). Отмечено нарастание уровней антител к ГК с увеличением количества пораженных клапанов сердца. Кроме того выявлена корреляция ($r = 0,2$ $p < 0,05$) между количеством пораженных клапанов и уровнем антител к ГК в сыворотке крови. Так чем выше содержание антител к ГК, тем больший объем клапанного аппарата поражен.

Полученные данные позволят использовать этот тест в качестве прогностического критерия, степени поражения клапанного аппарата сердца.

Возможное влияние метаболического синдрома на особенности пищевого поведения у лиц молодого возраста с учетом пола

Андреева Е.А.

*Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь*

Актуальность. Выявлено, что самые устойчивые привычки – это привычки питания. С каждым годом повышается уровень заболеваний, связанных с неправильным питанием. Метаболический синдром (МС) относится к такому разряду внутренней патологии.

Цель исследования. Выявить возможное влияние метаболического синдрома на особенности пищевого поведения у лиц молодого возраста с учетом пола.

Материалы и методы. Обследовано 107 пациентов с комплексом кардио-метаболических нарушений, соответствующих МС, из них женщин – 48 (44,9%), мужчин – 59 (55,1%). Средний возраст составил $28 \pm 3,5$ лет. Больным проводилась оценка индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ), общего холестерина (ОХС), липопротеидов (ЛП), триглицеридов (ТГ), коэффициента атерогенности (КА), измерение артериального давления (АД) офисным методом, а также определения глюкозы натощак и после соответствующей нагрузки. Все обследованные проходили анкетирование на выявление особенностей их пищевого поведения с использованием голландского опросника DBEQ (T. Van Strien, 1986). Статистическую обработку данных проводили в Excel. Различия расценивались, как значимые при $p < 0,05$.

Результаты. В результате комплексного обследования молодых пациентов с МС выявлены гендерные различия в доминировании одного из этих трех типов пищевого поведения. Так, ограничительный тип ПП,

который является следствием самолечения от ожирения, основанный на бессистемных слишком строгих диетах, встречался в 3,5 раза чаще среди женщин и составил 50% (24 человека), в то время как среди мужчин он составил 13,5% (8 человек). Эмоциогенный тип ПП, в основе которого лежит «заедание» проблем на фоне эмоционального дискомфорта, преобладал у лиц мужского пола – 52,6% (31 человек), что в 2,6 раза больше, чем у женщин – 18,8% (9 человек). Экстернальное ПП – повышенная реакция на внешние стимулы (накрытый стол, рекламу пищевых продуктов) – почти в равной степени встречалась как у мужчин, так и у женщин, и составила 33,9% (20 человек) и 31,2% (15 человек) соответственно.

Выводы. Таким образом, у всех пациентов с МС выявлены те или иные признаки нарушения ПП. Типовые особенности этих нарушений представлены следующим образом: у мужчин преобладает эмоциогенный тип ПП, у женщин – ограничительный. Эти данные указывают на необходимость разработки современных образовательных программ в формате Школ здорового питания с учетом гендерных особенностей и типа нарушений ПП.

Место и роль лечебной физической культуры в комплексной методике продления активного долголетия

Анопоченко А.С., Агранович Н.В., Кнышова С.А.

*Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь*

Актуальность. Старение человека является одним из важных этапов развития организма и абсолютно не отождествляет патологический процесс. Вместе с тем, как известно, пожилой возраст является одним из критических периодов жизни человека, когда морфофункциональные изменения организма способствуют постепенному снижению его жизнедеятельности. Изменения, происходящие в организме в процессе старения при определенном стечении обстоятельств, могут стать основой развития болезней. Каждый день около 200 тысяч человек на планете преодолевают 60-летний рубеж. В России также увеличивается индекс демографического старения. Из общей численности населения доля лиц 60 лет и старше составляет 17,7%. В Ставропольском крае количество лиц пожилого и старческого возраста составляет 18% от всей численности населения края. Причем женщины пожилого возраста составляют 70,9%. В связи с этим современное общество активно ищет различные способы, способствующие продлению активного долголетия. Основным из способов может и должна быть регулярная физическая активность.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ самооценки состояния здоровья лиц пожилого и старческого возраста. Выявить пациентов, поддерживающих физическую активность, показать необходимость занятий в группах здоровья и обосновать применение лечебной физкультуры для продления активного долголетия лиц старшей возрастной группы.

Методы и материалы исследования. Исследование проводилось на базе кафедры поликлинической терапии Ставропольского государственного медицинского университета. Объект исследования – пожилые пациенты городских поликлиник №1 и №2, консультативно-диагностической поликлиники г. Ставрополя, проходившие обследование и/или лечение в перечисленных ЛПУ – (123 чел.) в возрасте от 60 до 90 лет. Наибольшее число обследуемых пациентов находилось в возрастной группе 60–74 года. Среди них было: мужчин – 27,6%, женщин – 72,4%. Анализ самооценки состояния своего здоровья проводился путем анкетирования

пациентов, разработанного сотрудниками кафедры поликлинической терапии Ставропольского государственного медицинского университета. Результаты исследования. При анкетировании респондентов было установлено, что ведущими причинами заболеваемости у обследованных лиц пожилого и старческого возраста были: болезни сердечно-сосудистой системы (59,3%), заболевания опорно-двигательного аппарата (50,4%), патология эндокринной системы (20,3%), заболевания бронхо-легочной системы (34,3%), желудочно-кишечного тракта (30,8%) и патология мочевыделительной системы (18,5%). Всем респондентам было предложено ответить на два вопроса: 1) «Важно ли вести здоровый образ жизни в пожилом возрасте?»; 2) «Нужна ли лечебная физическая культура в пожилом возрасте?». По первому вопросу только 10,2% опрошенных сказали, что «Нет». По второму вопросу 27,6% респондентов ответили, что «Да нужно, и они стараются заниматься различной физической культурой». В связи с этим данной группе было предложено ответить, какой нагрузкой они занимаются. Ответы были следующими: «ежедневные прогулки в течение 30–90 мин» – 41,2%, «занятия в специальных секциях» – 17,6%, «утренняя зарядка» – 29,4%, «другое» – 11,8%. В заключении всем пациентам было предложено оценить свое здоровье по 4-бальной шкале. Пациенты, которые старались заниматься физической культурой, свое здоровье оценили следующим образом: «отличное» – 17,6%, «хорошее» – 53%, «удовлетворительное» – 23,5%, «плохое» – 5,9%. А у пациентов, которые не занимались физической культурой, были получены следующие результаты: «отличное» – 9%, «хорошее» – 31,5%, «удовлетворительное» – 39,3%, «плохое» – 20,2%.

Выводы. Результаты проведенного исследования показывают, что существует необходимость в проведении занятий лечебной физической культурой с людьми старшей возрастной группы. При регулярных занятиях физическими упражнениями улучшается общее самочувствие, повышается работоспособность, настроение, улучшается сон. А значит, ведение здорового образа жизни оказывает положительное влияние на сохранение и укрепление здоровья и ведет к продлению активного долголетия.

Артериальная ригидность и стресс-реактивность у пациентов с предгипертонией

Антропова О.Н., Осипова И.В., Кондаков В.Д.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель исследования. Изучить особенности ремоделирования сосудов у пациентов с предгипертонией по сравнению с нормотонией и артериальной гипертонией.

Материал и методы. Критерии включения в исследование: мужской пол; возраст от 40 до 55 лет; наличие информированного согласия. Первую группу пациентов составили 92 мужчины с предгипертонией. Во вторую группу отнесено 89 мужчин с установленным диагнозом гипертоническая болезнь, в третью группу (группу сравнения) включено 30 добровольцев, имеющих нормальные цифры АД. Участникам исследования проводилось измерение роста и веса, окружности талии (ОТ), оценка ИМТ, регистрация уровня офисного систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, частоты сердечных сокращений (ЧСС), исследование липидов крови. Измерялся лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ), оценивалась толщина интима-медиа брахиоцефальных сосудов, жесткость сосудистой стенки и показатели центрального АД. Использовался метод 5-минутной записи ВСР и тест «математический счет».

Результаты. Средние значения САД составили в 1-ой группе 129,0±2,5 мм.рт.ст., во 2-ой группе – 130,0±3,5 мм.рт.ст. ($p<0,05$), в 3-й – 108,0±2,5 мм.рт.ст. Среди обследованных пациентов «ложная систолическая АГ»

была диагностирована у 60% и 13% пациентов в 1-ой и 2-ой группах соответственно ($p<0,001$). Корреляционный анализ показал наличие связей САД с курением ($r=0,8$; $p<0,001$), толщиной КИМ ($r=0,7$; $p<0,001$) и наличием дислипидемии ($r=0,4$; $p<0,01$). Для периферического АД были выявлены связи с курением ($r=0,5$; $p<0,05$). Индекс жесткости крупных проводящих артерий (SI) в 1-ой группе составил 7,20±1,99 м/с, во 2-ой – 8,90±1,85 м/с, в 3-й – 5,5±1,85. Среднее значение индекса отражения мелких резистивных артерий (RI) – 36,59±15,43 %, 35,469±14,50 % и 30,39±13,43 в исследуемых группах соответственно. Индекс аугментации в исследуемых группах был сопоставим. СРПВ >10 м/с выявлена у 3% и 4% в 1-ой и 2-ой группах соответственно, в 3-й группе значение СРПВ >10 м/с не было диагностировано. Различия между группами не достигли уровня статистической значимости. При изучении показателя СРПВ по возрастным категориям были получены следующие данные: в 31–50 лет 80% пациентов 1-ой группы, 70% пациентов 2-ой группы и 6% 3-й группы имели показатель выше возрастной нормы (6,6 м/с). В возрасте старше 50 лет у 66% пациентов 1-ой и 50% пациентов 2-ой группы получен результат, превышающий 8,5 м/с. При оценке состояния вегетативной регуляции деятельности сердца у пациентов с ПГ, по сравнению с пациентами с АГ, были выявлены: меньшее среднее квадратичное отклонение (SDNN) – на 18,4% ($p<0,05$), меньшее стандартное отклонение разностей между соседними NN-интервалами (SDSD) – на 30,9% ($p<0,05$), меньшее абсолютное количество соседних интервалов, различающихся более чем на 50 мс, (NN50) – в 2,1 раза ($p<0,05$), процентная представленность эпизодов различия последовательных интервалов (pNN50) – в 3,0 раза ($p<0,05$), что говорит об усилении влияния симпатической нервной системы. При изучении стресс-реактивности гемодинамики у пациентов с ПГ в ходе психоэмоционального теста прирост САД и ЧСС оказался большим по сравнению со 2-й и 3-й группами ($p<0,05$), прирост ДАД больше по сравнению с 3-й группой ($p<0,05$).

Выводы. Сред пациентов с предАГ только 40% имеют повышенное САД. Центральное АД коррелирует с факторами риска ССЗ. Частота повышения сосудистой жесткости у пациентов с предАГ сопоставима с таковой при АГ и превышает показатель у нормотоников. Стресс-реактивность может рассматриваться как механизм формирования ригидности сосудов и предАГ.

Динамика микрореологического профиля больных сахарным диабетом при курсовой гиполипидемической терапии

Апужин А.Ф., Инина Л.И.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Цель исследования – изучить особенности микрососудистого реологического профиля у больных сахарным диабетом тип 2 при 12 недельной терапии симvastатином и комбинацией его с препаратом омега-3 ПНЖК.

Материалы. Обследовано 40 пациентов с СД тип 2 в стадии компенсации и субкомпенсации углеводного обмена. Средний возраст 63,2±10,6 лет. После рандомизации пациенты основной группы (n=20) в дополнение к базисной гиполипидемической терапии симvastатином 20 мг/сут получали капсулированный рыбий жир с Омега-3ПНЖК 1г/сут. Группа контроля (n=20) получала монотерапию симvastатином 20мг/сут.

Методы. Биохимические показатели крови исследовали наборами «Ольвекс», «ВИТАЛ». Вязкость цельной крови η определяли на ротационном вискозиметре в измерительной ячейке оригинальной

конструкции А.Ф.Апухтина и М.Е. Стаценко [1] при скоростях сдвига: η 3,1с-1; η 6,3 с-1; η 18с-1; η 36с-1; η 60с-1; η 78с-1. Протективный микрореологический эффект определяли по критерию η 3,1с-1 < η 60с-1. Статистическая обработка данных проводилась с использованием Statistica 6.0, с расчетом ф-критерия Фишера, ДИ для ДК= 95%. Нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$. Эффективность вмешательства оценивалась на основании расчетных показателей: абсолютного микрососудистого риска (АР), относительного риска (ОР), величины снижения абсолютного риска (САР) под влиянием вмешательств, расчетного доверительного интервала ДИ (ДК=95%) для САР и ОР, отношение шансов двух вариантов вмешательств (ОШ), ДИ для ОШ; ПТЛ- число пролеченных больных по критерию η 3,1с-1 < η 60с-1.

Полученные результаты. Для описания течения крови по сосудам от 20 до 300 микрон применяются комбинированные двухслойные модели, в которых в норме при уменьшении диаметра сосуда относительная наблюдаемая вязкость η (англ. relative apparent viscosity) уменьшается, создавая протективный микрореологический эффект Фареуса-Линдквиста, снижающий риск нейрососудистых и тканево-гипоксических поражений при ГБ [2] и СД [3]. Исходно различий частот критерия η 3,1с-1 < η 60с-1 в основной и контрольной группах не отмечено: в 4 и 5 случаях, соответственно. После 12-недельного лечения в основной и контрольной группах критерий отмечен у 3-х (15%) и 18 (90%) пациентов (ϕ 1,2=0,001). Отсутствие критерия выявлено в 2 (10%) случаях основной группы и в 17 (85%) случаях контрольной группы [ДИ 0,55; 0,95; ДК=95%]. Так как ДИ отличался от нуля на уровне ДК=95% сделан вывод, что различия относительных частот данного критерия в двух группах статистически значимы. Уровень относительного риска ОР составил (17/2)=8,5; ДИ [1,1; 3,2; ДК=95%]. Показатель снижения относительного риска в основной группе против группы контроля САР=0,75. Величина ПТЛ=1/САР=1/0,75=1,33 человека. Расчетный показатель ОШ=8,5 ДИ [1,26; 57,4; ДК=95%]. Все значения ДИ правее единицы, шанс развития эффекта Фареуса-Линдквиста статистически достоверно выше в основной группе комбинированной гиполипидемической терапии.

Выводы. 1. При 12-недельной комбинированной гиполипидемической терапии препаратом ω -3 ПНЖК 1г/сут и симвастатином 20 мг/сут у больных СД 2-типа достоверно чаще в сравнении с монотерапией статином регистрируется благоприятный микрососудистый реологический профиль. 2. При 12-недельной комбинированной гиполипидемической терапии статином и препаратом омега-3 ПНЖК относительный риск микрососудистых реологических нарушений на 75% ниже уровня группы контроля. 3. Для предотвращения одного реологически неблагоприятного микрососудистого нарушения необходимо пролечить с помощью комбинированной гиполипидемической терапии 1,3 больного СД.

Эволюция методов измерения артериального давления

Арефьев Е.Ю., Симоненко В.Б., Дулин П.А., Демьяненко А.В.

Медицинский учебно-научный клинический центр
им. П.В. Мандрыка, Москва

Вопросы диагностики, лечения и прогнозирования исходов артериальной гипертензии, несмотря на расширение представлений о роли нейрогормональных и генетических факторов, нарушений клеточных механизмов, состояния ионного транспорта и мембран, мембранных рецепторов, по-прежнему, являются одними из наиболее сложных и практически значимых. Проблемы, связанные с системой кровообращением человека, издавна интересовали многих

исследователей. Честь открытия бескровного метода измерения артериального давления (АД) принадлежит русскому военному хирургу Николаю Сергеевичу Короткову. Методом, который открыл возможности для одновременного бескровного измерения у больных в клинике всех пяти величин АД: минимального, среднего, бокового, конечного и ударного, был метод тахоосциллографии, разработанный и предложенный Н.Н. Савицким в 1935 г. Прибор тахоосциллограф, позже названный механокардиографом, был сконструирован Н.Н. Савицким, исходя из требований теории регистрирующих аппаратов О. Франка. Сочетание в одном приборе тахоосциллографии, позволяющей избежать искажений обычной осциллографии, со сфигмографией дает возможность получать данные не только об АД, но и о скоростях распространения пульсовой волны по артериям эластического и мышечного типа, т.е. судить об их упруго-вязком состоянии. Традиционное измерение АД в медицинском учреждении в большинстве случаев не отражает его действительного уровня у пациентов вследствие колебаний АД в течение суток, реакции на исследование, возможной ошибки исследователя при измерении. С разработкой современных автоматических мониторов для длительного неинвазивного измерения АД и создания программ для компьютерной обработки полученных результатов возможности врача в диагностике гипертонической болезни существенно увеличились. В настоящее время предложены различные методы анализа данных мониторинга АД. Основным требованием к ним является возможность адекватно отражать эффект антигипертензивных препаратов и оперировать важными в прогностическом отношении величинами. В последние годы получает распространение определение АД на пальце руки. В качестве детектора объемной пульсации в этом приборе использован фотоэлектрический плетизмограф. Благодаря методу Н.С. Короткова исследователи и врачи достигли значительных успехов в изучении функционального состояния сердечно-сосудистой системы. Этому методу клиницисты-кардиологи обязаны успешным развитием учения о гипертонической болезни. Открытие Н.С. Короткова в мировой медицине XX века представляет собой гениальный взлет русской врачебной мысли. Ключевые слова: артериальное давление, артериальная гипертензия, методы измерения, открытие Н.С. Короткова, суточное мониторирование АД.

Оценка состояния обмена кальция, фосфора и витамина 25(OH)D у больных с 3–4 стадией хронической болезни почек

Архипов Е.В., Сизикова О.Н.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Одним из широко распространенных осложнений хронической болезни почек (ХБП) являются нарушения минерального обмена. Нарушения гомеостаза кальция (Ca) и фосфора (P) прогрессируют по мере снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ), являясь при этом потенциально модифицируемыми. Тем не менее до настоящего времени остаются вопросы, связанные как с диагностическими критериями, так и с терапевтической тактикой в отношении этих нарушений.

Цель исследования. Анализ нарушений минерального обмена у пациентов с 3–4 стадией ХБП в реальной клинической практике.

Материалы и методы. В исследование включен 41 пациент с ХБП 3–4 стадий. Критерии исключения: активность основного заболевания почек и/или проведение иммуносупрессивной терапии, прием препаратов для коррекции костно-минеральных нарушений. Основная группа – 31 пациент, из них – 17 (54,8%) с 3-ей и 14 (45,2%) с 4-ой стадией ХБП; группа сравнения – 10 человек – 6 (60%) с 3-ей и 4 (40%) с 4-ой стадией ХБП. Группы сопоставимы

($p>0,05$) по полу (соответственно, М/Ж=18/13 и М/Ж=4/6), возрасту ($53,3\pm3,1$ и $51,1\pm2,8$ лет), длительности заболевания ($14,8\pm1,8$ и $13,6\pm1,9$ лет), исходной СКФ ($26,7\pm4,8$ и $33,4\pm2,1$ мл/мин). Контрольная группа – 30 здоровых лиц. Изучен анамнез, расчетная СКФ по CKD-EPI, фосфорно-кальциевый обмен (Р и Са сыворотки крови), уровень витамина 25(ОН)D. Все пациенты основной группы соблюдали рекомендации врача по нефропротекции, включая нутритивный статус; группа сравнения – больные, регулярно не выполняющие рекомендаций лечащего врача или принимающие лекарственные препараты эпизодически. Длительность наблюдения составила $67,3\pm5,6$ мес.

Результаты исследования. По исходным уровням Са, Р и 25(ОН)D группы не различались: Са, соответственно, $2,36\pm0,03$ и $2,34\pm0,04$ ммоль/л, $p=0,731$; Р – $1,24\pm0,07$ и $1,23\pm0,09$ ммоль/л, $p=0,941$; 25(ОН)D – $49,4\pm4,5$ и $48,8\pm4,6$ пмоль/л, $p=0,943$. В зависимости от стадии ХБП уровень Са исходно между группами не различался: 3 стадия ХБП, соответственно, – $2,39\pm0,04$ и $2,36\pm0,05$, $p=0,696$; 4 стадия – $2,32\pm0,02$ и $2,32\pm0,03$, $p=1,000$. Изменения гомеостаза Са к завершению исследования в основной группе характеризовались снижением его уровня ($p=0,101$ между стадиями): на 3-ей стадии до $2,33\pm0,03$ ($p=0,235$ к исходному), на 4-й – до $2,27\pm0,02$ ($p=0,1$). В группе сравнения выявлены более низкие уровни Са, чем в основной группе: на 3-й стадии достоверное снижение без гипокальциемии ($2,21\pm0,01$, $p=0,019$; $p=0,000$ по сравнению с основной группой), на 4-й стадии – с гипокальциемией ($1,93\pm0,01$, $p=0,000$ к исходному значению; $p=0,000$). Изучение показателей Р у больных основной группы с 3-й стадией ХБП выявило нарастание уровня с $1,05\pm0,01$ до $1,19\pm0,03$ ($p=0,000$), на 4-й стадии – с $1,43\pm0,02$ до $1,56\pm0,03$ ($p=0,000$), $p=0,000$ между конечными уровнями Р. У больных группы сравнения выявлена тенденция к гиперфосфатемии уже на 3-й стадии (с $1,29\pm0,01$ до $1,57\pm0,03$, $p=0,000$; $p=0,000$ по сравнению с основной группой), на 4-й – с $1,37\pm0,02$ с развитием гиперфосфатемии ($1,62\pm0,03$, $p=0,000$, $p=0,162$). Значимых отклонений в уровнях 25(ОН)D между группами по завершении исследования не выявлено, соответственно группам, $63,3\pm4,6$ и $51,1\pm5,2$, $p=0,167$. Также не выявлено каких-либо изменений витамина 25(ОН)D в зависимости от стадии ХБП внутри групп, что согласуется с литературными данными о наличии у 20–50% людей в общей популяции низкого уровня витамина D независимо от наличия или отсутствия ХБП. По завершении исследования темпы прогрессирования ХБП (ΔСКФ) в основной группе составили ($-0,78$) мл/мин/г, $p=0,021$, в группе сравнения – ($-8,2$) мл/мин/г, $p=0,000$ ($p=0,000$ между группами).

Выводы. Таким образом, у больных при соблюдении рекомендаций по нефропротекции изменения Са-Р обмена характеризовались снижением уровня Са, Р на 4-й стадии ХБП без развития гипокальциемии и гиперфосфатемии. При не соблюдении рекомендаций по нефропротекции – гипокальциемия и гиперфосфатемия развиваются уже на 3-й стадии ХБП. Достоверных изменений витамина 25(ОН)D у больных обеих групп не выявлено.

Особенности строения средней оболочки грудного и брюшного отделов аорты у крыс линии Вистар

Атаев И.А., Вебер В.Р., Рубанова М.П., Губская П.М., Прошина Л.Г., Карев В.Е., Жмайлова С.В., Румянцев Е.Е.

Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, Научно-исследовательский институт детских инфекций, Великий Новгород, Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить особенности внеклеточного матрикса медиального слоя грудного и брюшного отделов аорты у крыс линии Вистар.

Материалы и методы. Эксперимент проводился на 10 крысах-самцах линии Вистар, сопоставимых по возрасту и массе (200 ± 20 г). Животные содержались в помещении с температурой воздуха 22°C с 12-часовым циклом свет/темнота без стрессовых и медикаментозных воздействий. Животные имели свободный доступ к воде и пище. Декапитация животных производилась под эфирным наркозом. Кусочки стенки грудного и брюшного отделов аорты и кусочки бедренной артерии фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, дегидратировали в спиртах возрастающей концентрации и заливали в парафин по общепринятой методике с последующим изготовлением срезов ткани толщиной 4 мкм. Парафиновые срезы, окрашенные по Ван Гизону, исследовались с использованием светооптического бинокулярного микроскопа AxioScopeA1 (Carl Zeiss, Германия). В 9 полях зрения ($0,42 \times 0,32$ мм, площадь кадра $0,13 \text{ мм}^2$) при увеличении $\times 400$ у каждой крысы в меди грудного и брюшного отдела аорты с помощью сетки Г.Г. Автандилова производился подсчет в объемных процентах (об.%) объемной плотности коллагена и внеклеточных пространств (ВКП). Для исследования изменения эластинового каркаса аорты парафиновые срезы окрашивали орсеином по Шиката. Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных орсеином, проводилась с помощью сетки Г.Г. Автандилова. Измерения проводились в 11 полях зрения ($1,08 \times 0,81$ мм, площадь кадра $0,87 \text{ мм}^2$) при увеличении $\times 400$. Производился подсчет в объемных процентах (об.%) объемной плотности эластина в средней оболочке грудной и брюшной аорты. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 99 (с) 1997 by Stat Soft, Inc.

Результаты исследования показали, что объемная плотность ВКП (в об.%) в грудной аорте и брюшной аорте была примерно одинаковой ($7,77\pm0,65$ об.%, $p=0,000$), соответственно, $7,17\pm0,87$ об.%, $p=0,000$. Объемная плотность коллагена в брюшной аорте на $35,4\%$ была меньше, чем в грудной аорте. Так объемная плотность коллагена в грудной аорте составила $15,72\pm0,83$ об.%, тогда как в брюшной аорте – $10,17\pm0,92$ об.%, ($t=4,131$, $p=0,0001$). Объемная плотность эластина в брюшном отделе аорты также была меньше, чем в грудном на $41,1\%$ ($49,87\pm1,25$ об.%, $p=0,0001$), $84,64\pm0,77$ об.%, ($t=2,692$, $p=0,0001$). Таким образом, результаты исследования показали наличие значительных отличий в строении средней оболочки грудного и брюшного отделов аорты крыс линии Вистар по содержанию фибриллярных компонентов внеклеточного матрикса, что, возможно, связано с различной «функциональной напряженностью» грудного и брюшного отделов аорты.

Антиремоделирующая эффективность периндоприла, бисопролола и верошпирона в комбинации с метформинном и аторвастатином у больных хронической сердечной недостаточностью и метаболическим синдромом

Атаходжаева Г.А., Рахимов Ш.М., Икрамова А.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Целью данной работы явилось изучение антиремоделирующей эффективности базисной терапии хронической сердечной недостаточности (ХСН) в комбинации с аторвастатином и метформинном у больных с метаболическим синдромом (МС).

Обследовано 127 больных мужского пола с ХСН (II–III ФК, NYHA), постинфарктным кардиосклерозом. В зависимости от компонентов МС (критерии IDF, 2009) выделены 3 группы больных: 1 группа ($n=27$), больные без МС; 2 группа ($n=49$) больные с абдоминальным ожирением (АО) +

артериальной гипертензией (АГ) + дислипидемией (ДЛП); 3 группа (n=51) больные с АО+АГ+ДЛП + сахарным диабетом (СД2). В качестве базисной терапии все больные принимали периндоприл (престариум Servier) 4–8 мг, бисопролол (конкор Nycomed) 5–7,5 мг и верошпирон (Gedeon Richter) 50 мг. 2-ая и 3-я группы разделены на две подгруппы А и Б. 2Б (n=25) и 3Б (n=26) дополнительно принимала аторвастатин (Липримар – Pfizer) по 10 мг 1 раз/сут. 3Б группа через три месяца дополнительно принимала метформин (Сиофор – Berlen-Chemie) по 500 мг 2 раза/сут. Эхокардиография (ЭхоКГ) осуществлялась на аппарате Mindray (Китай) методом в положении лежа и на левом боку в М и В режимах в соответствии с требованиями Американской ассоциации ЭхоКГ (ААЕ). Исходный показатель ММЛЖ в 1-ой группе составил 212,8 г. Во 2-ой и 3-ей группах она была выше на 10,8% (P<0,05) и 33,3% (P<0,005). Через три месяца лечения ММЛЖ уменьшилась на 9,9-14,0-20,6-12,9-26,3% в 1,2А,2Б,3А,3Б группах соответственно и на 29,9% в 3Б группе через 6 месяцев. В результате этого ММЛЖ 2Б и 3Б групп приближается к 1-ой, а различие 3А группы возрастает до 29% (P<0,01). Аналогичная динамика между группами наблюдается и по ИММЛЖ. Больные с МС, особенно 3 группа отличаются большим КДР и КСР, а также КДО и КСО. После лечения отмечается достоверное уменьшение этих показателей во всех группах. Однако все показатели 3А и КСО 2А группы остаются достоверно высокими по отношению к 1 группе. В соответствии со структурными, выявляются и функциональные изменения. Достоверное увеличение ФВ после лечения выявлено в 1-ой, 2Б и 3Б группах. Через 6 месяцев в 3Б группе она увеличилась на 29% (P<0,005). Во 2А и 3А группах динамика ФВ была незначительным. Эти группы отличаются и слабой динамикой прироста %ΔS, PE и E/A, а также уменьшения IVRT, DT и PA. В отличие от 2А и 3А групп во 2Б и 3Б группах также как и в 1-ой группе после лечения отмечается существенное улучшение диастолической функции ЛЖ, свидетельством чему является достоверное уменьшение IVRT, DT, PA и увеличение PE и E/A. Таким образом, наличие МС у больных ХСН снижает антиремоделлирующую эффективность базисной терапии. Комбинированное применение периндоприла, бисопролола и верошпирона с аторвастатином и метформином усиливает их влияния на структурно-функциональное состояние ЛЖ.

Особенности морфофункционального состояния печени у пациентов с сахарным диабетом 1 типа

Ахмадуллина Г.И., Курникова И.А.

Ижевская государственная медицинская академия, Российский университет дружбы народов, Ижевск, Москва

Цель. Изучить морфофункциональное состояние гепатоцитов у больных с сахарным диабетом 1 типа в зависимости от длительности заболевания, уровня компенсации углеводного обмена, состоянием жирового обмена и массы тела.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование печени у 32 пациентов с сахарным диабетом (СД) 1 типа (мужчин и женщин было поровну). Средний возраст составил 33,25±11,55 года, длительность диабета – 12,2±9,46 года. Большинство пациентов (89,5%) к моменту исследования находились в условиях хронической гипергликемии (гликогемоглобин=10,25±1,87%), т.е. они не смогли достичь индивидуального целевого уровня гликемического контроля. Большая часть больных (23 человек – 71,9%) имела нормальный вес (ИМТ=21,69±1,98 кг/м²), 8 человек (25%) – избыточный вес (ИМТ=26,06±1,01 кг/м²), один пациент (3,1%) – ожирение 1 степени (ИМТ=30 кг/м²). Всем пациентам были проведены клинические и биохимические исследования крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, динамическая

гепатобилисцинтиграфия. При этом оценивались следующие показатели печени: Тмакс. – период максимального накопления радиофармпрепарата; Т½ – период полувыведения радиофармпрепарата. Обработка данных производилась с помощью пакета программ STATISTICA 6,0 (Matemtica®, Matlab®, Harvard Graphics®) американской фирмы StatSoft (1995г.).

Результаты. В ходе сбора анамнеза жалобы на боли или дискомфорт в правом подреберье предъявляли 6 пациента с СД 1 типа (18,7%). У данных пациентов по данным объективного обследования и УЗИ органов брюшной полости были выявлены перегибы в области шейки желчного пузыря, размеры печени были в пределах нормы. По данным УЗИ картина жирового гепатоза наблюдалась у 18 человек (56,2%), у 14 человек (43,7%) – экзогенность и экоструктура печени были в пределах нормы. По данным динамической гепатобилисцинтиграфии у пациентов с СД 1 типа наиболее страдала поглотительная функция печени: у 50% больных была замедленная (Тмакс.=13,79±1,81 мин., p<0,05), у 45% – в пределах нормы (Тмакс.= 10,07±1,17 мин.) и одного пациента – ускоренная (Тмакс.=6,3 мин.). Экскреторная функция гепатоцитов у 65% обследованных пациентов была в пределах нормы (Т½=41,03±4,33 мин.), у 30% больных – ускоренная (Т½=31,05±3,47 мин., p<0,05) и у одного пациента – замедленная (Т½=53,1 мин.). Среди пациентов с неизменной ультразвуковой картиной печени у 5 (15,6%) пациентов была нарушена поглотительная функция, у 3 (9,37%) – экскреторная функция. По данным биохимического анализа крови основные функциональные пробы печени были в норме: АЛТ 23,37±11,27 ЕД/л, АСТ 24,09±5,66 ЕД/л. При оценке состояния жирового обмена выявлено повышение уровня общего холестерина у 65% обследованных пациентов и уровня триглицеридов у 30% больных (5,82±1,11 ммоль/л и 2,23±0,43 ммоль/л, соответственно). Статистический анализ графика поверхностей с использованием расстояния взвешенных наименьших квадратов позволил выявить взаимосвязь функционального состояния печени с рядом биохимических показателей. А именно, ухудшение компенсации углеводного обмена (гликогемоглобин>12%) приводило к замедлению поглотительной функции гепатоцитов (r=0,68, p<0,05). Экскреторная функция печени у пациентов с диабетом 1 типа оказалась в зависимости, как от уровня компенсации углеводного обмена, так и от длительности заболевания. По данным кластерного анализа, была выявлена связь между состоянием поглотительно-экскреторной функций печени, состоянием жирового обмена и развитием жировой инфильтрации печени. Статистический анализ графика поверхностей с использованием расстояния взвешенных наименьших квадратов позволил выявить взаимосвязь Т½ с ИМТ, т.е. при увеличении массы тела замедляется экскреторная функция гепатоцитов. Среди пациентов с избыточной массой тела и с ожирением по данным УЗИ у 6 человек картина печени была в норме, из их у одного пациента по данным динамической гепатобилисцинтиграфии были изменены и поглотительная и экскреторная функция.

Выводы. Отсутствие жалоб со стороны гепатобилиарной системы, изменений по УЗИ и биохимических показателей не исключало наличие функциональных нарушений со стороны печени, которые были выявлены с помощью динамической гепатобилисцинтиграфии. В большей степени страдала поглотительная функция гепатоцитов. Функциональное состояние печени зависело от давности диабета, компенсации углеводного, жирового обменов и массы тела.

Артериальная гипертензия у беременных

Бабанская Е.Б., Цыбикжапова А.С., Бачюрина С.М., Дорофеева В.В.

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Цель исследования. Изучить частоту артериальной гипертензии у беременных.

Материалы и методы. Проведен анализ 716 карт беременных, состоящих на учете в женской консультации ГКБ г. Иркутска. Статистическая обработка проводилась с использованием редактора электронных таблиц MS Excel 7.0 и Statistica for Windows 6.0. Анализ данной группы показал, что за исследуемый период в женской консультации наблюдались беременные от 16 до 41 года, средний возраст составил 26 лет (26,2–26,9). С первой беременностью состояли на учете 252 (34,9%) женщин, 464 чел. (65,1%) – с повторной беременностью. Отягощенный акушерский анамнез установлен у 326 женщин (45,5%), 529 чел. (73%) имели соматическую патологию, из которой 98,8% беременных были с гинекологическими заболеваниями, 8,6% с TORH и 2% с ВИЧ. Все беременные были разделены на группы в зависимости от наличия или отсутствия синдрома артериальной гипертензии. Также анализировались данные, выделенные в 4 группы: материнские показатели, УЗИ критерии, исходы беременности и показатели, характеризующие состояние новорожденных.

Результаты исследования. Всего выявлено 37 (5,2%) беременных с артериальной гипертензией, из которых 56,8% (21 чел.) женщин имели ХАГ (1 группа) и у 43,2% беременных (19 чел.) была установлена гестационная гипертензия (2 группа). Частота артериальной гипертензии по возрастным группам у беременных различалась и составила 2,7% в возрасте до 20 лет, 21,6% в возрасте от 20 до 24 лет, 24,3% – от 29 до 29 лет, 27% – от 30–34 лет, 18,9% – от 35–39 лет и 2,7% в возрасте 40 лет и старше. Анализ во 2-ой подгруппе показал, что наиболее часто гестационная гипертензия развивалась в возрасте от 20 до 24 лет и составляла 16,2% случаев, в равной степени наблюдалась в возрасте от 25 до 29 лет и от 34 до 39 лет – 10,8% и в 2,7% в возрастных группах до 20 лет и от 30 до 34 лет. В 1-ой группе в возрасте от 20 до 24 лет ХАГ диагностировалась у 5,4% беременных, от 25 до 29 лет – 16,2%, от 30 до 34 лет – 24,3%, от 35 до 39 лет – 8,1% и от 40 лет и старше – 2,7%. Возраст беременных с АГ (37 чел.), был больше, чем возраст беременных без АГ (679 чел.) – 28 и 26,4 года соответственно ($p=0,0007$). У беременных с АГ чаще встречался ИМТ больше 30 кг/м^2 , по сравнению с группой без АГ – 13,5% и 4,7% соответственно ($p=0,04$). По другим материнским показателям (отягощенный акушерский анамнез, курение, сопутствующая патология) и УЗИ показателям (многоводие, маловодие, фетоплацентарная недостаточность, преждевременное старение плаценты, задержка внутриутробного развития плода, нарушения маточно-плацентарного кровотока) достоверных отличий выявлено не было. Характеристика данных групп по исходам беременности показала значимое различие в частоте кесарева сечения – 35,1% против 16,8% ($p=0,005$) и преждевременных родов – 13,5% против 3,7% ($p=0,01$), соответственно в группе с АГ и без АГ. При сравнении показателей, характеризующих состояние новорожденных, было выявлено больше новорожденных, имеющих вес меньше 2100 г – 8,1% и 1,4% ($p=0,01$) и 6–7 баллов по шкале Апгар – 40,5% и 22% ($p=0,01$) у беременных с АГ и без АГ соответственно. Преэклампсия развивалась у 1 беременной в группе без АГ и у 7 беременных с АГ (у 4 чел. с гестационной гипертензией и 3 чел. с ХАГ).

Выводы. Данный анализ показал, что синдром артериальной гипертензии был диагностирован у 5,2% беременных, при этом в 56,8% случаев преобладала хроническая артериальная гипертензия. В целом, частота АГ увеличивалась с возрастом беременных, достигая наибольших значений в возрастной группе от 30 до 34 лет, при этом гестационная гипертензия наиболее часто встречалась в возрастной группе от 20 до 24 лет, а ХАГ в возрастной группе от 30 до 34 лет. Сравнение частоты АГ в двух группах (ХАГ и гестационной гипертензией) показал, что только в возрасте от 30 до 34 лет – 24,3% и 2,7% соответственно эта разница достигала статистической значимости ($p=0,01$). В три раза чаще у беременных с АГ, по сравнению с беременными без АГ, встречалось ожирение, в 3,5 раза больше преждевременных родов, в 2 раза чаще проводилось кесарево сечение, в 5,8 раз рождались дети с весом меньше 2100 г. Наличие

артериальной гипертензии значительно увеличивало риск развития преэклампсии ($OR=19$ для гестационной и $OR=3,8$ для хронической артериальной гипертензии).

Обеспечение паллиативной медицинской помощью больных онкологической и неонкологической природы

Багаева С.Н., Кульдагова С.Х.

*Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова, Нальчик*

В разряд болезней, которые сегодня не поддаются лечению, попадает большое количество заболеваний (СПИД, онкологические заболевания, туберкулез, заболевания неврологического и терапевтического профиля и др.). В настоящее время повсеместно в РФ формируются службы паллиативной медицинской помощи (ПМП) под которой понимают комплексное лечение и уход за людьми с неизлечимыми, смертельными или хроническими прогрессирующими заболеваниями.

Целью паллиативной помощи является обеспечение достойного качества жизни пациента до самой смерти. При этом учитываются желания и воля самого пациента, социальные, психологические и духовные потребности его и его семьи. Для реализации этих задач создаются хосписы, кабинеты паллиативной медицинской помощи при поликлиниках, выездные бригады паллиативной помощи на дому. Принцип начинает действовать с момента первого обращения пациента (или его семьи) в паллиативную службу и продолжается на протяжении всего периода опеки. Паллиативная помощь семье не заканчивается со смертью пациента – помощь горюющим членам семьи обеспечивается в течение года, давая возможность справиться с потерей, выйти на работу, решить возникшие проблемы. Решение столь сложных задач требует не только профессиональных знаний и опыта, но и определенных личностных качеств людей, осуществляющих уход за больным. С этой целью создается целая междисциплинарная команда специалистов, включающая в себя не только врачей и медсестер, но и психологов, социальных работников, сиделок, волонтеров и, при необходимости, духовника. Создание отделений ПМП при многопрофильных больницах или специализированных медицинских центрах должно иметь иное финансовое обеспечение и специально обученный персонал. Недопустимо свести все к сестринскому уходу, как практикуется в домах престарелых, где не решаются ни цели, ни задачи ПМП. Наблюдения профильных специалистов, с привлечением участковых терапевтов, в последние недели и дни больных в терминальных состояниях, сопровождающихся тяжёлыми физическими страданиями и мучительным страхом смерти, должны включать, наряду с лечебными мероприятиями, позволяющими хотя бы на непродолжительный период улучшить качество жизни больного, обеспечение адекватного обезболивания и профилактику суицидального поведения пациента. В этой ситуации медицинский персонал ПМП профессионально устраняет физические и душевные страдания пациентов, чтобы не только дать больному достойно умереть, но и принести максимально возможное моральное успокоение его родным. Оказание ПМП требует от ее участников не только альтруистического подхода, но и определенной устойчивости к «эмоциональному сгоранию». Выводы. Для качественного оказания ПМП возникает необходимость профессионального обучения не только врачей общей практики и участковых терапевтов основам оказания ПМП, но специалистов различных профилей, что и проводится в Кабардино-Балкарском государственном университете. Нельзя не отметить опасения участковых терапевтов,

что вся проблема ляжет на их плечи, а это совершенно недопустимо. Серьезные задачи требуют и ответственного решения силами всей системы здравоохранения в целом.

Анализ причин хронического кашля у коморбидных больных

Багаева С.Н., Кульдагова С.Х.

*Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова, Нальчик*

Цель. Провести анализ причин длительного кашля для коррекции проводимой терапии у коморбидных больных.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 198 пациентов, предъявлявших жалобы на кашель продолжительностью около месяца и более. Из них 133 пациента (67,2%) с бронхиальной астмой (БА) легкого и среднетяжелого течения и 65 человек (32,8%) с ХОБЛ, 129 чел. (65%) имели сопутствующую артериальную гипертензию, 96 (48,7%) страдали синдромом обструктивного апноэ-гипопноэ сна с недостаточным ночным снижением АД и высокими цифрами высоты и скорости утреннего подъема. Большинство из них было уверено, что страдают гипертонической болезнью, отказывалось верить, что проблема связана с патологией сна и использовало гипотензивную терапию, в том числе ингибиторы АПФ. Другую группу составили 23 пациента с патологией опорно-двигательного аппарата, с хроническим кашлем на фоне приема НПВП, который купировали ингаляционными бронходилататорами и у которых маячил диагноз «кашлевой вариант БА». Выводы. Проведенный анализ показывает, что в ряде случаев низкая приверженность пациентов к рекомендациям и лечению, множество побочных действий широко применяемых лекарственных средств, требуют углубленного обследования больных для верификации диагноза.

К проблеме приверженности к самоконтролю артериального давления у коморбидных больных

Багаева С.Н., Кульдагова С.Х.

*Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М. Бербекова, Нальчик*

Цель. Изучить возможности приверженности к самоконтролю АД как диагностического метода у коморбидных больных, для корректировки проводимой гипотензивной терапии.

Результаты. Под наблюдением находились 129 больных бронхиальной астмой и ХОБЛ, с сопутствующей артериальной гипертензией, которым было предложено вести дневники самостоятельного измерения АД утром, в полдень и вечером перед сном имеющимися у них собственными регистраторами АД. Приверженность к самоконтролю АД оказалась самой низкой у больных ХОБЛ, что коррелировалось с их отношением к рекомендациям и лечению. Более ответственно отнеслись к выполнению задания больные бронхиальной астмой, среднего и пожилого возраста. В группе из 23 человек (17 больных БА легкого и среднетяжелого течения БА и 6 пациентов с ОБЛ) была проведена предварительная подготовка и подбор регистратора АД по взаимному согласию самостоятельного приобретения японской фирмы «7 Звезд». Четверо пожилых пациентов предпочли приобрести приборы с датчиком на запястье, что потребовало дополнительной отработки навыка его расположения на уровне сердца.

Однако при контроле выяснялось, что именно этот момент ими иногда забывался. Функциональные суточные периоды измерения АД, по признанию пациентов, иногда нарушались по различным причинам, фиксирование показателей АД не всегда было тщательно оформлено. Выводы. Важная роль внедрения в практику самостоятельного контроля АД, позволяющего учитывать хронобиологию при подборе гипотензивных средств, в свете клинических рекомендаций – не нова и неоспорима. Однако на пути ее реализации встают такие организационные проблемы, которые не могут быть решены в технологическом обеспечении силами только лечащих врачей. Обучение пациентов и техническое обеспечение современными однотипными, точными регистраторами АД возможно в специализированных стационарах и отделениях и, в какой-то и мере, в дневных стационарах больниц и поликлиник. Что касается широкой амбулаторной сети – это задача будущего, так как самостоятельное приобретение дорогостоящей, наиболее точной японской аппаратуры не всем желающим доступно. Лабильность параметра АД, зависящая помимо хронобиологических аспектов от массы приводящих моментов, делает гипотензивную терапию в каждом отдельном случае поистине клиническим экспериментом.

Особенности течения подагры у мужчин и женщин трудоспособного возраста

*Базина И.Б., Козырев О.А., Литвинова И.А., Павлова М.В.,
Кречикова Д.Г., Погодина М.В., Гераськина Т.М., Гераськина М.М.,
Хандожко Е.А., Корнеева И.Г.*

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск

Эпидемиологические данные свидетельствуют о непрерывном росте заболеваемости подагрой в последние десятилетия. В России подагрой страдают 0,1–1% населения. Соотношение мужчин к женщинам составляет 2–7:1. Пик заболеваемости приходится на 40–50 лет у мужчин и после 60 лет у женщин. Возросла частота женской и семейной подагры, нефролитиаза, а также некоторых характерных для больных подагрой коморбидных состояний – ожирения, гипертриглицеридемии и инсулинорезистентности. Цель исследования. Изучить особенности течения подагры у мужчин и женщин трудоспособного возраста, степень метаболических нарушений, особенности лечения.

Материалы и методы исследования. Проанализированы истории болезни пациентов с установленным диагнозом подагрического артрита, находившихся на лечении в Смоленском областном ревматологическом Центре в период с 2006 по 2014 гг. Изучались клинические особенности течения подагры, показатели уровня общего холестерина (ОХС), глюкозы, мочевой кислоты.

Результаты и обсуждения. Проанализированы 345 историй болезни пациентов, страдающих подагрическим артритом. Мужчин было 83,5%, женщин – 16,5%. Средний возраст больных 54,8±10,5 лет, возраст мужчин 53,9±10,7 лет, женщин 55,7±10,3 лет. Длительность заболевания в среднем составила 18,8±5,7 лет. У мужчин 19,7±6,8 лет, у женщин 9,8±4,9 лет. Артрит с преимущественным поражением суставов нижних конечностей (плюсне-фаланговые суставы, голеностопные, коленные) встречался у 69,6%, с поражением суставов нижних и верхних конечностей – у 30,1%. У мужчин подагра с поражением суставов нижних конечностей выявлена у 70,2%, с поражением суставов нижних и верхних конечностей – у 29,8%. У женщин подагра с преимущественным поражением суставов нижних конечностей выявлена у 58,7%, с поражением суставов нижних и верхних конечностей у 41,3%. Топфусная подагра диагностирована у 19,4% пациентов. У мужчин топфусы выявлены у 20,5% (из них вскрывшихся топфусов 1,7%), у женщин

– 14,0%. Метаболический синдром зарегистрирован у 42,7% мужчин и у 57,9% женщин. При подагре ожирение выявлено у 34% мужчин и 31,6% женщин. Сахарный диабет имели 9,0% мужчин и 24,5% женщин. АГ диагностирована у 76,4% мужчин и у 79% женщин. Уровень общего холестерина у мужчин составил $5,71 \pm 1,22$ ммоль/л, у женщин $6,27 \pm 1,17$ ммоль/л. ($p < 0,05$). Гиперхолестеринемия выявлена у 43,1% мужчин и у 35,1% женщин. Гиперурикемия встречалась у 95% мужчин и 88% женщин. Средний уровень мочевой кислоты составил $524,0 \pm 114,4$ мкмоль/л. У мужчин уровень мочевой кислоты был $533,6 \pm 129,6$ мкмоль/л, у женщин $522,7 \pm 114,2$ мкмоль/л ($p = 0,63$; $P > 0,05$). По данным Смоленского ревматологического центра, поражение почек при подагре (подагрическая нефропатия) у мужчин была диагностирована в 30,6% случаев, у женщин – 35,1%. Хроническая почечная недостаточность регистрировалась у 9,4% мужчин и у 8,8% женщин. Ишемическая болезнь сердца, стабильная стенокардия напряжения выявлена у 33,7% мужчин и у 35,1% женщин. Инфаркт миокарда перенесли 5,6% мужчин и 7,0% женщин. Выводы. Среди больных подагрическим артритом значительно преобладали пациенты мужского пола (83,5%). У трети пациентов (30,1%) подагра протекала с вовлечением в процесс суставов верхних и нижних конечностей. У женщин суставы верхних конечностей поражаются чаще, чем у мужчин. У женщин, страдающих подагрой, имеются более выраженные метаболические нарушения, чаще встречается сахарный диабет, гиперхолестеринемия, наблюдается тенденция к более частому развитию кардиоваскулярной патологии.

Клинико-патогенетические механизмы формирования легочной гипертензии у пациентов с кардиореспираторной патологией

Бакшеев В.И., Колomoец Н.М., Шкловский Б.Л.

3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского, Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В. Мандрык, Институт усовершенствования врачей, Красногорск, Москва

Цель. На основании анализа 310 источников литературы базы Medline и результатов клинико-инструментального обследования пациентов, участвующих в пилотных и проспективных исследованиях, определить клинико-патогенетические механизмы формирования легочной гипертензии (ЛГ) у больных с сочетанной патологией сердца и легких. Материалы и методы. Проведено обследование 316 пациентов с кардиореспираторной патологией (КРП) за период 2004–2009 гг. Эхокардиография проводилась по общепринятой методике, исследование правых отделов сердца – по разработанному нами протоколу. Внутривидеонаблюдательная вариабельность составила $3,9 \pm 3,2\%$ (от 0,5% до 8,9%). Достоверность различий оценивалась по t-критерию Стьюдента. Коэффициент корреляции рассчитывали по Пирсону. Результаты. Легочная гипертензия диагностирована у 188 (59,5%) больных, у которых выявлены следующие клинико-патогенетические механизмы формирования ЛГ (синдрома взаимного отягощения у больных с КРП), свидетельствующие о: 1) ведущей роли систолической и диастолической дисфункции левого желудочка (80,9% больных); 2) диастолической дисфункции правого желудочка (45,2%) сердца; 3) нарушения функции внешнего дыхания (17,0%). Сочетание 2-х и более клинико-патогенетических механизмов наблюдалось у 67,0% больных. При этом у 1/3 от всего числа пациентов дополнительным механизмом формирования ЛГ являлось нарушение межжелудочкового взаимодействия. Уровень среднего давления в легочной артерии и

корреляция с патогенетическим механизмом формирования ЛГ составили ($p < 0,05$ для всех): $28,5 \pm 0,17$, $r = 0,745$; $37,9 \pm 0,16$, $r = 0,710$; $41,6 \pm 0,2$, $r = 0,601$; $40,9 \pm 0,1$, $r = 0,732$ соответственно. Представленные данные демонстрируют сложность патофизиологических механизмов ЛГ и позволяют научно обоснованно определять тактику ее медикаментозной коррекции.

К вопросу об эндотелиальной дисфункции при вибрационной болезни

Бараева Р.А., Бабанов С.А., Блажнова Е.М., Строганова Е.С.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Микроциркуляторные нарушения при вибрационной болезни приводят к повреждению мембран сосудистого эндотелия. Роль дисфункции эндотелия при вибрационной болезни изучена недостаточно.

Цель. Изучить эндотелиальную дисфункцию у пациентов с различными формами и степенью тяжести вибрационной болезни.

Материалы и методы. Обследовано 84 человека с различными формами и степенью тяжести вибрационной болезни. Для оценки функции эндотелия было проанализировано содержание эндотелина в сыворотке крови. Вазомоторную функцию эндотелия исследовали с помощью ультразвуковой сонодоплерографии плечевой артерии (ПА). Рассчитана потокзависимая вазодилатация, равная отношению изменения диаметра ПА в течение пробы с реактивной гиперемией к ее диаметру в покое. Результаты представлены в процентном отношении к исходному диаметру, принятому за 100%. Состояние комплекса интима-медиа оценивалось по следующим параметрам: эхогенность, толщина (ТИМ), диаметр (Д), ТИМ/Д – интегральный показатель ремоделирования сосудистой стенки, индекс, характеризующий степень утолщения «интима-медиа».

Результаты и обсуждение. В крови у пациентов с вибрационной болезнью было выявлено достоверно значимое повышение концентрации эндотелина, как при воздействии локальной, так и при воздействии общей вибрации. При первой степени вибрационной болезни, как от воздействия локальной, так и общей вибрации наблюдалось статистически значимое повышение концентрации эндотелина – $0,36 \pm 0,03$ фмоль/мл, ($p < 0,01$) и $0,34 \pm 0,04$ фмоль/мл, ($p < 0,01$) соответственно. При второй степени вибрационной болезни (от воздействия локальной и от воздействия общей вибрации) также наблюдалось статистически значимое повышение концентрации эндотелина, достоверность различий с контрольной группой была еще более значимой – $0,44 \pm 0,04$ фмоль/мл, ($p < 0,001$) и $0,47 \pm 0,03$ фмоль/мл ($p < 0,001$) соответственно. При исследовании вазомоторной функции эндотелия у пациентов с вибрационной болезнью, в пробе с реактивной гиперемией было выявлено статистически значимое уменьшение % прироста диаметра плечевой артерии по сравнению с контрольной группой. В группе больных с вибрационной болезнью второй степени от действия локальной вибрации % прироста составил $10,86 \pm 0,81$ ($p < 0,001$); при второй степени вибрационной болезни от действия общей вибрации % прироста составил $13,97 \pm 0,99$ ($p < 0,001$); при первой степени вибрационной болезни от действия общей вибрации % прироста составил $19,05 \pm 1,50$ ($p < 0,01$); при первой степени вибрационной болезни от действия локальной вибрации не выявлено статистически значимых изменений по сравнению с контрольной группой. При исследовании комплекса интима-медиа ВСА в группах больных вибрационной болезнью от действия общей вибрации первой и второй степени было выявлено статистически значимое утолщение ТИМ по сравнению с контрольной группой. Соответственно, при первой степени вибрационной болезни – ТИМ $1,02 \pm 0,03$ мм, ($p < 0,001$); при второй степени вибрационной болезни – ТИМ $1,08 \pm 0,02$ мм, ($p < 0,001$). Наиболее выраженное утолщение ТИМ

было выявлено у пациентов с вибрационной болезнью второй степени от действия локальной вибрации $1,10 \pm 0,02$ мм, ($p < 0,001$). При первой степени вибрационной болезни от действия локальной вибрации ТИМ $0,88 \pm 0,03$ мм. Индекс ТИМ/Д статистически достоверно увеличен во всех группах, как при воздействии локальной вибрации, так и при воздействии общей вибрации. При вибрационной болезни первой степени от действия локальной вибрации ТИМ/Д $0,22 \pm 0,01$ ($p < 0,001$); при второй степени ТИМ/Д $0,24 \pm 0,01$ ($p < 0,001$); при первой степени вибрационной болезни от действия общей вибрации ТИМ/Д $0,24 \pm 0,01$ ($p < 0,001$); при второй степени ТИМ/Д $0,26 \pm 0,01$ ($p < 0,001$) соответственно.

Выводы. У больных вибрационной болезнью, как от воздействия локальной, так и общей вибрации выявлено значительное повышение в сыворотке крови содержания эндотелина, что свидетельствует о развитии дисфункции эндотелия при воздействии вибрации. Определение уровня эндотелина является достаточно информативным, его лабораторный мониторинг во многом позволит прогнозировать течение заболевания, а в случае выбора лечебной тактики – контролировать ее эффективность. Воздействие производственной вибрации приводит к снижению вазорегулирующей функции эндотелия. Наиболее выраженные изменения уровня эндотелина и вазорегулирующей функции эндотелия выявлены при воздействии локальной вибрации, что может свидетельствовать о роли высокочастотной вибрации в развитии дисфункции эндотелия и ремоделирования сосудов.

Возможности улучшения медицинской помощи на основе дистанционной функциональной диагностики

Баркан В.С., Губанова М.В., Карасёва Н.В., Кузина Е.В.,
Логинова Ю.В., Петрова К.О., Пешкова С.В.

Дорожная клиническая больница на станции Чита-2, Чита

В условиях обслуживания населения, расположенного на больших территориях возникает проблема доступности диагностической медицинской помощи в связи с удаленностью и дефицитом квалифицированных врачебных кадров. На Забайкальской железной дороге, протяженность которой составляет 3336,1 километра, работает около 55 тысяч работников, которых обслуживают 13 лечебных учреждений, расположенных на протяжении всей Забайкальской железной дороги (ЗабЖД) в Забайкальском крае и Амурской области.

Целью настоящего исследования явилась оценка медицинской и экономической эффективности дистанционного анализа функциональных методов исследования на Забайкальской железной дороге и в регионах Забайкальского края.

Материалы и методы. В 2010 году, на базе Дорожной клинической больницы на станции Чита-2 организован центр дистанционного анализа, где проводится постоянная передача и расшифровка электрокардиографии (ЭКГ), исследования функции внешнего дыхания, Холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ ЭКГ), суточного мониторирования артериального давления (СМАД), электроэнцефалографии, реовазография и паллестезиометрия. В 2014 году по показаниям в рамках проведения СМАД проводится оценка центрального аортального давления и жесткости артерий. В 2015 году – респираторный мониторинг для выявления синдрома обструктивного апноэ сна. В 2014 году опыт дистанционного анализа ЭКГ перенесен на регионы края.

Полученные результаты. За 6 лет (2010-2015гг) в рамках ежегодных профилактических медицинских осмотров работников ЗабЖД по 7 методикам в 13 лечебных учреждениях проведено 124557 ЭКГ, 22123 ФВД,

7521 ХМ ЭКГ, 4591 СМАД, 5030 ЭЭГ, 2789 РВГ, 20322 паллестезиометрий. За 6 месяцев 2015 года проведено 15584 ЭКГ, 4993 ФВД, 4725 ХМ ЭКГ, 2688 СМАД, 4326 ЭЭГ, 3765 РВГ, 14097 паллестезиометрий. Процент выявляемости патологии по ЭКГ и ХМ ЭКГ за 2015 год составил 2,4%, в том числе было выявлено 54 случая фибрилляции/трепетания предсердий, 16 – феномена WPW, 14 – ЭКГ-паттернов синдрома Бругада (3 из них верифицированы), 94 – желудочковых нарушений ритма высоких градаций, 81 – атриовентрикулярной блокады 2 степени, 2 – 3 степени. По данным СМАД – 4,3% нуждались в назначении или коррекции гипотензивной терапии.

Выводы. Использование дистанционного анализа функциональных методов исследования за счет современных цифровых технологий позволяют количественно и качественно улучшить диагностические возможности при прохождении ежегодных профилактических осмотров; обеспечить доступность функциональных методов диагностики; сократить сроки пребывания на койке стационарных пациентов за счет частичного обследования их в амбулаторных условиях.

Взаимосвязь эффективности срап-терапии с нормализацией кардиологических проявлений у пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна

Баркан В.С., Губанова М.В., Карасёва Н.В., Логинова Ю.В.,
Мязин В.Е., Пешкова С.В.

Дорожная клиническая больница на станции Чита-2, Чита

Распространенность синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) в популяции достаточно высокая, 2–7%, а при ряде патологических состояний (алиментарно-конституциональное ожирение, артериальная гипертензия, ИБС, сердечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких) при которых распространенность заболевания может составить до 30%. СОАС часто сочетается с артериальной гипертензией, нарушениями проводимости сердца, ИБС.

Цель работы. Оценить взаимосвязь эффективности СРАР-терапии при нормализации дыхания и сатурации с купированием ночных нарушений проводимости сердца и артериальным давлением.

Методы исследования. Проведен долгосрочный анализ эффективности СРАР-терапии (от 6 месяцев до 4 лет) 43 пациентам с выявленной средней и тяжелой степенью СОАС, у которых регистрировались артериальная гипертензия (36 человек) и нарушения проводимости сердца по типу атриовентрикулярной блокады 2 степени (12 человек) и/или арестов синусового узла (3 человека). Из инструментальных методов обследования использовались суточное мониторирование артериального давления (СМАД) (аппарат BPLab, фирмы «Петр Телегин», Нижний Новгород) и кардиореспираторное мониторирование (КРМ) («Кардиотехника-04-ЗРМ»), фирмы «Инкарт», Санкт-Петербург).

Полученные результаты. При анализе результатов лечения у всех 43 пациентов была выявлена не менее 84% приверженность лечению, высокая эффективность нормализации дыхания (ИАГ от 0 до 3,2, средняя – 0,9), практически полное отсутствие храпа у всех пациентов на фоне пользования аппаратом и улучшение качества жизни в дневное время. У 11 пациентов, при исходной ночной гипоксемии, нормализовались показатели сатурации в ночное время, и у 2 отмечено повышение средне-ночных цифр сатурации с 82–83% до 89,3%. У всех 36 пациентов с артериальной гипертензией на фоне СРАР-терапии отмечена нормализация АД, в том числе и утренних цифр. На фоне нормализации дыхания у 11 пациентов из 12 с атриовентрикулярной блокадой 2 степени к нормализации атриовентрикулярного проведения; у 2 пациентов из 3 с

арестами синусового узла паузы не превышали 2 сек., а у 1 пациента с эпизодами пауз до 12 секунд уменьшились до 2,5 секунд. У 1 пациента АВ блокада 2 степени сохранилась.

Выводы. СРАР-терапия являясь высоко-эффективным методом лечения СОАС тяжелой и средней степени тяжести, улучшает качество жизни, позволяет нормализовать нарушения проводимости сердца и утреннее АД.

Влияние факторов сердечно-сосудистого риска и скорости клубочковой фильтрации на внутригоспитальные кардиоваскулярные осложнения у пациентов с острым инфарктом миокарда

Белкорей О.С., Хасанов Н.Р.

Городская поликлиника №218, Москва

Цель исследования. Изучить влияние факторов сердечно-сосудистого риска и скорости клубочковой фильтрации (СКФ) на кардиоваскулярные осложнения у пациентов с острым инфарктом миокарда.

Методы исследования. В ретроспективное исследование включено 179 пациентов, госпитализированных в стационары северо-восточного округа города Москвы с верифицированным диагнозом ОИМ. У всех пациентов изучались факторы сердечно-сосудистого риска, оценивалась СКФ. Конечной точкой были осложнения в течение госпитализации и всего времени наблюдения. Медиана времени наблюдения составила 18 месяцев.

Полученные результаты. Среди обследованных 179 больных, 134 пациента (74,9%) были госпитализированы по поводу ИМ впервые, у 45 пациентов (25,1%) наблюдался повторный ИМ. Пациенты с повторным ОИМ оказались достоверно старше (средний возраст пациентов составил 62 ± 12 и 69 ± 12 лет с первыми и повторным ОИМ соответственно, $p=0,001$) и среди них преобладали мужчины (мужчины 67% и женщины 23,1% в группе с первым ОИМ и 51,1% и 48,9% соответственно в группе с повторным ОИМ, $p=0,043$). Среди факторов риска ОИМ в этой группе лидировали: АГ и сахарный диабет. Курение встречалось достоверно чаще (28,4% в группе с первым и 6,7% у пациентов с повторным ОИМ, $p=0,002$). Среди пациентов со снижением СКФ менее 29 мл/мин/1,73м², фибрилляция предсердий встречалась достоверно чаще (7,3% среди пациентов с СКФ > 30 мл/мин/1,73м² и 25% в группе с низкой СКФ, $p=0,04$). В группе пациентов с ФП (17 пациентов) по сравнению с группой с сохраненным синусовым ритмом (162 пациента), выявлена более низкая величина средней СКФ ($55 \pm 20,5$ мл/мин/1,73м² и $67,7 \pm 17,6$ мл/мин/1,73м² соответственно, $p=0,036$), достоверно чаще диагностировались ранняя постинфарктная стенокардия (86,2% и 13,8% пациентов соответственно, $p=0,001$) и острая аневризма левого желудочка (5,4% и 1,8% пациентов соответственно, $p=0,042$). При этом наличие ФП у пациента с ОИМ почти в 10 раз повышала риск развития осложнений в период госпитализации (ОР=10,27 95%ДИ 2,58–40,9, $p=0,001$). Ранняя постинфарктная стенокардия в группе больных со сниженной функцией почек наблюдалась у 86,2%, в то время, как в группе с сохраненной функцией только у 13,8% пациентов ($p=0,0001$). Риск развития ранней постинфарктной стенокардии увеличивался в 14 раз у пациентов с уровнем СКФ менее 59 мл/мин/1,73м² (ОР=13,9 95% ДИ=4,23–45,65, $p<0,001$).

Выводы. Результаты нашего исследования демонстрируют высокую значимость состояния функции почек в развитии кардиоваскулярных осложнений у больных ОИМ и ее тесную взаимную связь с основными факторами сердечно-сосудистого риска. Выявление снижения функции почек позволяет прогнозировать кардиальные осложнения у больных ИМ.

Характеристика факторов риска и проводимой антитромботической терапии у больных, перенесших ишемический инсульт на фоне фибрилляции предсердий

Белокрылова Л.В., Пушкинов А.А., Власенко Э.С., Кузакбирдиева О.Х., Олейникова А.В.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Цель исследования. Оценить факторы риска, антитромботическую терапию у пациентов с ишемическим инсультом (ИИ), развившимся на фоне неклапанной фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы. Проведен анализ 80 историй болезни пациентов неврологического отделения ГБУЗ ТО «Областной клинической больницы №2» за 2014 г., перенесших ИИ на фоне ФП. Средний возраст больных составил $74,7 \pm 8,9$ лет. Анализировались факторы риска ИИ и тромбоэмболических осложнений при ФП, индекс CHADSVASc, лечение в стационаре, рекомендации по назначению антикоагулянтов, антиагрегантов и контролю МНО при выписке из стационара.

Результаты исследования. Среди больных, перенесших ИИ на фоне ФП, преобладали пациенты в возрасте старше 65 лет – 87,5%, женского пола – 65%, с постоянной формой ФП – 70%. При расчете индекса CHADSVASc, сумма баллов у пациентов оказалась выше 3: у большинства индекс равнялся 7 и 8 баллам, а у 7 человек индекс имел максимальное значение. Наиболее часто встречающимися факторами риска у больных с ФП, перенесших ИИ, были: сердечная недостаточность (91,25%), артериальная гипертензия (95%), сосудистые заболевания – инфаркт миокарда или атеросклеротические бляшки аорты (88,75%). При оценке лечения на амбулаторном этапе, оказалось, что ни один пациент не получал антикоагулянтной терапии. Препаратом выбора на стационарном этапе лечения оказался фраксипарин, он назначался в 50% случаев, гепарин получали 17% пациентов, варфарин – 7,5%. 20 больных получали антиагрегантную терапию (клопидогрель). При выписке из стационара контроль МНО рекомендован в 10% случаев, а переход на варфарин под контролем МНО был в рекомендациях у 3 пациентов (3,75%). Выводы. Наиболее частыми факторами риска инсульта и тромбоэмболических осложнений у больных, перенесших ИИ на фоне ФП, были: сердечная недостаточность, артериальная гипертензия и атеросклеротическое поражение сосудов. Все пациенты с ФП, перенесшие ИИ, имели высокий и очень высокий риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (индекс CHA2DS2VASc) и имели прямые показания для назначения антикоагулянтов на амбулаторном этапе лечения. Результаты работы показывают неадекватную частоту назначения антикоагулянтов на догоспитальном и госпитальном этапах.

Вариабельность сердечного ритма у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, находящихся на разных видах заместительной почечной терапии

Билевич О.А., Бунова С.С., Семченко С.Б.

Омский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница №1 им. Кабанова А.Н., Омск

Цель работы. Исследование проводилось с целью изучения особенностей вариабельности сердечного ритма (ВСР) у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ТХПН), находящихся

на программном гемодиализе (ПГД), и у реципиентов почечного трансплантата, а так же выявления факторов, влияющих на показатели ВСП в условиях разных видов заместительной почечной терапии (ЗПТ). Материалы и методы. В исследовании приняли участие 86 пациентов с ТХПН, находящихся на разных видах ЗПТ. Первую группу составили 59 пациентов (30 мужчин и 29 женщин в возрасте 55 (41;61) лет), находящихся на ПГД. Ко второй группе были отнесены 27 пациентов (15 мужчин и 12 женщин в возрасте 42 (29;51) лет) с функционирующим почечным трансплантатом. Всем пациентам выполнялась 5-минутная ЭКГ в положении лежа и в ортостазе, а также стандартное эхокардиографическое исследование. ВСП была проанализирована с помощью прибора «ВНС-Микро» («Нейрософт», Иваново) согласно стандартам Рабочей группы Европейского кардиологического общества и Северо-Американского общества стимуляции и электрофизиологии. Были рассчитаны временные и частотные показатели ВСП. В ортостазе также рассчитывался коэффициент парасимпатической активности К30/15.

Результаты. Исследование показало отсутствие различий между группами больных по временным и частотным показателям ВСП при фоновой записи: выявлено значительное снижение временных показателей (SDNN, RMSSD, pNN50) и показателя общей мощности спектра ВСП (TP). Отмечено относительное увеличение в структуре спектра волн очень медленного периода (VLF-компонента, и, соответственно, уменьшение вклада низкочастотного и высокочастотного компонентов (LF и HF), означающие преобладание гуморальных и снижение симпатических и парасимпатических влияний на сердечный ритм, в большей степени парасимпатических, на что также указывают повышенные значения вагосимпатического индекса LF/HF. При проведении ортостатической пробы (ОП) также не было выявлено различий между группами – отмечено снижение показателей HF и LF и увеличение VLF, что свидетельствует о несбалансированной реакции вегетативной нервной системы (НС) на функциональную пробу. В обеих группах были получены низкие значения коэффициента парасимпатической активности К30/15. В первой группе выявлена обратная связь показателя К30/15 со значением относительной толщины стенки левого желудочка (ОТСлж) ($rs=-0,498775$, $p=0,002$), а во второй группе – с длительностью ГД, предшествовавшего трансплантации почки ($rs=-0,551$, $p=0,021$).

Выводы. У больных с ТХПН, находящихся на ПГД, и у реципиентов почечного трансплантата отмечается значительное снижение показателей ВСП, а также низкая реактивность вегетативной НС при проведении ОП вне зависимости от вида ЗПТ. Неблагоприятными факторами, влияющими на чувствительность сердца к парасимпатическим влияниям при проведении ОП у больных, находящихся на ПГД, является показатель ОТСлж, а у реципиентов почечного трансплантата – длительность ГД, предшествовавшего трансплантации почки.

Лечение артериальной гипертензии у пациентов с заболеваниями суставов в условиях реальной клинической практики

Бледнова А.Ю., Елисеева Л.Н.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

В последние годы большое значение приобретает проблема сочетания заболеваний суставов с различными видами коморбидной патологии, в частности, с артериальной гипертензией.

Целью нашего исследования было изучить особенности лечения артериальной гипертензии у пациентов с заболеваниями суставов в условиях реальной клинической практики.

Проведен анализ 372 историй болезни пациентов с заболеваниями суставов, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении Краевой клинической больницы имени С.В. Очаповского г. Краснодара в 2013–15 гг. (случайная выборка). Средний возраст пациентов $49,27 \pm 3,6$ (от 18 до 77 лет). Среди обследованных было 150 мужчин (40,3%) и 222 женщины (59,7%). Количество хронических заболеваний у 1 одного больного варьировало от 1 до 7 ($3,34 \pm 0,8$). Заболевания суставов в анализируемой группе были представлены следующим образом: ревматоидный артрит (52,4% пациентов); анкилозирующий спондилоартрит (21,5%); деформирующий остеоартроз (10,4%); подагрический (4,8%), псориатический (4,0%) и реактивный артрит (5,1%). Коморбидная патология оказалась весьма разнообразной, но наиболее часто диагностировались сопутствующие заболевания опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой и эндокринной систем. Патология сердечно-сосудистой системы в анализируемой группе отмечалась у 24,38 % пациентов, при этом в подавляющем большинстве случаев (94,4%) в сочетании с другими коморбидными заболеваниями. Гипертоническая болезнь диагностирована в 95,5% случаев, из них в сочетании с ИБС – в 5,5%. Большинство обследованных имели вторую стадию гипертонической болезни и только у 7 пациентов диагностирована третья стадия заболевания (больные с ИБС, ХСН, ХБП), 11,6 % больных были отнесены к категории умеренного риска, 54,6% – высокого и 33,8% – очень высокого риска соответственно. При определении уровня холестерина у 62% больных выявлена гиперхолестеринемия. Анализ распространенности характера кардиоваскулярной патологии показал, что наиболее часто артериальная гипертензия встречались у больных с первичным и вторичным остеоартрозом (60,9% обследованных), подагрой (46,4%), ревматоидным артритом (28,1%). Согласно данным медицинской документации лечение по поводу гипертонической болезни во время пребывания в стационаре получали 95,3% пациентов, при этом монотерапия назначалась в 39,5%, комбинированная – в 55,8% случаев. Антигипертензивная терапия была представлена следующими классами препаратов: бетаадреноблокаторы – 29% (бисопролол в суточной дозе 2,5–10 мг метопролол – 12,5–100 мг.), антагонисты медленных кальциевых каналов 32,5% (амлодипин в дозе 5–10 мг), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) – 69,8% (эналаприл в дозе 5–20 мг лизиноприл – 10–20 мг, периндоприл – 5–10 мг, моноприл – 20 мг), блокаторы рецепторов к ангиотензину II – 11,6% (валсартан в дозе 80–160 мг, лозартан – 50–100 мг, кандесартан – 8–16 мг), диуретики – 6,9% (индапамид 1,5 мг, торасемид – 5–10 мг, гипотиазид 12,5–25 мг). Комбинированная терапия была представлена сочетанием ингибиторов АПФ/или блокаторов рецепторов к ангиотензину II с амлодипином (29,1%) или бетаадреноблокаторами (19,8%), диуретиками (3,4%). В отдельных случаях для коррекции артериальной гипертензии потребовалось одновременное назначение трех и более классов препаратов (2,3%). Терапия для коррекции факторов риска (антиагрегантная, липидснижающая) была назначена только в 11,6% случаев, что может быть обусловлено наличием сопутствующих заболеваний и лекарственной обеспеченностью стационара.

Таким образом, лечение артериальной гипертензии у пациентов с заболеваниями суставов в условиях профильного стационара проводилось в соответствии с действующими национальными и международными рекомендациями (РМОАГ/ВНОК 2010, ESH/ ESC 2013). Учитывая количество пациентов высокого и очень высокого риска, представляется целесообразным более широкое назначение комбинированной терапии и терапии, направленной на коррекцию факторов риска.

Некоторые аспекты микробиологической диагностики и лечения внебольничных пневмоний

Блинова И.П., Антонова А.В.

Отделенческая больница на станции Тында, Тында

Цель исследования. Изучение этиологической диагностики и лечения внебольничных пневмоний у госпитализированных пациентов терапевтического отделения НУЗ Отделенческая больница на ст. Тында за период 2012–2013 гг.

Материалы и методы. В исследование включены 88 пациентов (возраст от 18 до 86 лет, 47 мужчин и 41 женщина) с внебольничной пневмонией, в том числе у 20 лиц старше 60 лет, проходивших лечение в терапевтическом отделении НУЗ Отделенческая больница на ст. Тында ОАО «РЖД» в 2012–2013 гг. Наиболее частыми из сопутствующих патологий были гипертоническая болезнь и ИБС – у 23,8% (21), хроническая обструктивная болезнь легких – 12,5% (11), метаболический синдром у 11,4% (10). Курильщиков было 25,0% (22). Лица с перенесенной ранее пневмонией – 12,5% (11).

Результаты. Всего за 2012–2013 гг. в микробиологическую лабораторию доставлено 68 проб мокроты от пациентов с пневмониями. В 31,8% (28 случаях) бактериальные посевы мокроты дали положительные результаты ($\text{КОЕ} > 10^4$). Большинство анализов мокроты на бактериологический посев в 91,2% (62 из 68) отправляются из терапевтического отделения, а микробиологическое исследование бронхосмывов проводится пациентам отделения интенсивной терапии (ОИТ), находящихся на ИВЛ или с трахеостомой. В ОИТ у пациентов при взятии бронхосмывов значимыми возбудителями инфекционного воспалительного бронхолегочного процесса явились *Ps. aeruginosa* и *Candida*. При микробиологическом исследовании мокроты, взятой у пациентов в терапевтическом отделении, в 20,5% (18 случаях) высеян значимый титр *Streptococcus pneumoniae*. В 18% (16 сл.) микробиологические посевы были идентифицированы как *mixt*-инфекция (2 и более возбудителя). При микробиологическом исследовании образцов мокроты в 19,1% (13 сл.) высеваются грибы рода *Candida*, как результат проводимой антибактериальной терапии или вследствие синдрома вторичного иммунодефицита различного происхождения. Кроме «традиционных» условно патогенных грамположительных стрептококков и стафилококков (*Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pyogenes*), имеет место встречаемость грамотрицательных бактерий, относящихся к классу *Enterobacteriaceae* (в том числе *E. coli* – 3%, *Serratia* – 4%). Данные нашего исследования не совпадают с официальными о преобладании *Streptococcus pneumoniae* и других «традиционных» респираторных патогенов в генезе внебольничных пневмоний. С одной стороны, «искажение» микробного спектра может быть обусловлено проводимой более 3 суток до госпитализации или в стационаре после неэффективности стартовой антибактериальной терапии (АБТ). С другой стороны, «традиционные» респираторные патогены и респираторные вирусы, вероятно, являются микрофлорой дебюта инфекционного воспаления, а затем на фоне АБТ и снижения иммунитета выживают более стойкие и более агрессивные микроорганизмы. Вероятно, микробный спектр мокроты мог быть другим, при заборе материала на догоспитальном этапе, при использовании среды для посева с расширенным спектром выявляемых организмов, при проведении более качественной микробиологической, ИФА и ПЦР – диагностики по обнаружению атипичных внутриклеточных возбудителей. Однако это во многом высокочастотное и не предполагает широкого применения в амбулаторной и госпитальной практике при оказании первичной медицинской помощи. При анализе данных об эффективности АБТ у пролеченных пациентов по 6 наиболее встречающимся возбудителям выявлено, что идентифицированная

флора, полученная из мокроты и бронхосмывов, имеет чувствительность к антибиотикам «резерва»: ванкомицин, меропенем, цефепим. Имеет место резистентность в грамположительном спектре возбудителей к основным группам антибиотиков, которые применяются и в ОИТ: цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтазидим) и ванкомицин.

Выводы. Таким образом, отмечен низкий уровень характерных «респираторных» патогенов в мокроте и бронхосмывах у больных в течение 2012–2013 гг. В 52,8% случаях в неразрешающих случаях пневмония обусловлена *mixt*-инфекцией, когда из мокроты высевается 2 и более возбудителя. При этом нередко расширяется спектр резистентности к антибиотикам. Имеется тенденция к преобладанию резистентности к основным группам антибиотиков, включая цефалоспорины III поколения, к «старым» поколениям макролидов, тетрациклинам. Этим объясняется безуспешность эмпирической АБТ. Наибольшая длительность лечения при пневмониях наблюдалась у лиц пожилого и старческого возраста со сниженной иммунной функцией, отягощенным коморбидным фоном.

Изменения показателей системы гемостаза у больных бессимптомной ишемией миокарда

Бобылева Т.А.

Медицинский учебный научно-клинический центр им. П.В. Мандрыка, Москва

Установлено, что наличие бессимптомной ишемии миокарда (БИМ) повышает риск развития инфаркта миокарда, угрозу возникновения аритмии, внезапной смерти. Однако недостаточно четкие представления о причинах отсутствия боли, вариабельность данных об истинной частоте возникновения БИМ, в том числе у больных с различными формами ишемической болезни сердца (ИБС), затрудняют выработку конкретных мероприятий по ведению данной категории больных.

Было обследовано 90 пациентов ИБС в возрасте от 40 до 79 лет. Больные ИБС были распределены на 3 группы. В 1-ю группу были включены 29 пациентов с ИБС, бессимптомной ишемией миокарда (БИМ I тип), средний возраст $53,6 \pm 6,2$ лет; 2-ю группу составили больные ИБС, стенокардией напряжения 2–3 функционального класса (ФК), сочетающейся с эпизодами бессимптомной ишемией миокарда (БИМ III тип) – 30 пациентов, средний возраст $60,3 \pm 6,4$ лет; 3-я группа, являющаяся группой сравнения, представлена больными ИБС, стенокардией напряжения 2–3 ФК в количестве 31 человек (средний возраст $60,7 \pm 4,1$ лет). Группы были сопоставимы по показателям давности заболевания, индексу массы тела. Несколько моложе были пациенты в 1-й группе, хотя различия с возрастными показателями во 2-й и 3-й группах не достоверны. Всем включенным в исследование проводилось: коагулограмма по унифицированным методикам [Кост Е.А., 1975; Меньшиков В.В., 1987], с использованием реагентов фирм: «Технология-стандарт» (Барнаул) и «Reanal» (Венгрия); морфофункциональная оценка внутрисосудистой активности тромбоцитов определялась по методу А.С. Шитиковой (1996) визуально с использованием фазово-контрастного микроскопа; состояние агрегационной функции тромбоцитов изучали с помощью спектрофотометрического метода по G.V.R. Born (1962) в модификации J.R.O'Brien с соавт. (1966) (в качестве индукторов использовали ристомин (1,5 мг/мл), коллаген (2 мг/мл), АДФ (1 мкМ/мл), адреналин (5 мкМ/мл)). Для определения количества циркулирующих в крови десквамированных эндотелиальных клеток использовался метод Hladovics и соавт. (1978). Установлено, что у больных БИМ имеют место изменения морфофункциональной внутрисосудистой активности тромбоцитов, проявляющиеся увеличением количества активных форм тромбоцитов и

тромбоцитов, вовлеченных в агрегаты, преимущественно микроагрегатов. Сочетание БИМ с гипертонической болезнью характеризуется более высокими значениями циркулирующих десквамированных эндотелиоцитов в крови и повышением морфофункциональной внутрисосудистой активности тромбоцитов, снижением уровня антитромбина-III.

Для пациентов 1 группы характерна низкая ристомин-индуцированная агрегационная активность тромбоцитов, указывающая на замедленную адгезию, возможно данный факт приводит к появлению бессимптомных эпизодов на ЭКГ.

Снижение минеральной плотности костной ткани у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника

Бодрягина Е.С., Абдулганиева Д.И.

*Казанский государственный медицинский университет,
Казань*

Одним из самых распространенных внекишечных проявлений воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) является снижение минеральной плотности костной ткани (МПК) – остеопороз и остеопения. Известно, что в развитии снижения МПК у больных язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК) играют роль особенности клинического течения ВЗК, нарушения всасывания витаминов, а также длительный прием препаратов, в частности, глюкокортикостероидов (ГКС).

Цель исследования. Изучить распространенность остеопороза и остеопении у пациентов с ЯК и БК, а также выявить факторы, влияющие на снижение МПК у этой группы больных.

Материалы и методы исследования. В исследование было проспективно включено 159 пациентов с ВЗК, среди них ЯК был у 92 (57,9%) человек, БК – у 67 (42,1%) человек. Средний возраст больных составил $36,4 \pm 4,1$ лет, у больных ЯК – $32,6 \pm 2,8$ лет, БК – $37,2 \pm 3,1$ лет. По полу пациенты с ВЗК распределились следующим образом: мужчины – 72 (45,3%), женщины – 87 (54,7%) человек. Исследование МПК проводилось с использованием малодозного цифрового рентгенодиагностического аппарата «Диаскан». Интерпретация результатов проводилась с помощью Т-критерия. Нормальная плотность кости определялась при уровне Т-критерия ≥ -1 , остеопения – в диапазоне $-2,5 < \text{Т-критерий} < -1$, остеопороз определялся при Т-критерии $\leq -2,5$. Данные приведены в виде средних арифметических значений с учетом стандартной ошибки среднего. Для парного сравнения использовался независимый t-критерий. Результаты и их обсуждение. Нормальная МПК наблюдалась у 33 (20,8%) пациентов с ВЗК, из них ЯК – 17 (51,6%), БК – 16 (48,9%). Снижение МПК было выявлено у 126 (79,2%) пациентов, из них у 62 (49,2%) – остеопения, у 64 (50,8%) – остеопороз. Учитывая возрастные особенности формирования костной ткани, мы разделили всех пациентов на две группы – с началом ВЗК до 30 лет (70 (44,1%) человек) и позже 30 лет (89 (55,9%) человек). Снижение МПК в первой группе наблюдалось у 64 (91,4%) пациентов, во второй группе – у 76 (85,4%). Для пациентов с началом заболевания после 30 лет более характерен остеопороз по сравнению с пациентами до 30 лет (57% vs 31%, ОШ 2,9), а в группе с ранним началом заболевания была более распространена остеопения (69% vs 43%, ОШ 2,9). Оценка зависимости уровня МПК от пола пациентов выявила, что у женщин несколько чаще встречалась нормальная МПК и остеопения – 53 (60,9%) пациентки, а у мужчин более распространен был остеопороз – 40 (55,6%). Анализ влияния терапии на снижение МПК у больных ВЗК показал, что пациенты, получавшие стероиды более года, имели достоверное снижение МПК по сравнению с пациентами на терапии менее года (60%

vs 35%, ОШ 2,8). Применяемая доза стероидов также имела значение в снижении МПК: пациенты, получающие преднизолон в дозе более 30 мг в сутки, также имели достоверное снижение МПК по сравнению с пациентами на терапии преднизолоном менее 30 мг в сутки (54% vs 27%, ОШ 3,2).

Выводы. Снижение МПК наблюдалось у подавляющего числа (79,2%) пациентов с ВЗК. Была выявлена более высокая распространенность остеопороза среди мужчин (55,6%). Раннее начало развития ВЗК (до 30 лет) обуславливает большую распространенность снижения МПК. Длительность применения стероидов и их высокая дозировка в течение продолжительного времени значимо влияют на уровень МПК пациентов с ЯК и БК ($p < 0,05$).

Распространенность снижения скорости клубочковой фильтрации у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких

Болотова Е.В., Дудникова А.В.

Кубанский государственный университет, Краевая клиническая больница №2, Краснодар

Введение. Высокая распространенность хронической болезни почек (ХБП) и связанное с ней ухудшение прогноза определяет необходимость раннего выявления и своевременного нефропротективного лечения с целью замедления прогрессирования снижения функции почек, что особенно актуально для лиц с широким спектром коморбидной патологии, к которым можно отнести пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Цель. Изучить распространенность снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) среди пациентов с ХОБЛ.

Материалы и методы. Исследовано 300 пациентов (76,3% мужчин, средний возраст $68,51 \pm 9,85$ лет; 23,6% женщин, средний возраст $65,95 \pm 10,1$ лет) с установленным диагнозом ХОБЛ I–IV степени тяжести. Всем пациентам проведен расчет СКФ по формуле CKD-EPI. Результаты. Начальная степень снижения рСКФСКД-EPI ($89-60$ мл/мин/ $1,73\text{м}^2$), являющаяся для лиц > 65 лет «возрастной нормой», выявлена у 37,3% больных ХОБЛ. Умеренное снижение рСКФСКД-EPI ($59-45$ мл/мин/ $1,73\text{м}^2$), характеризующееся низкими темпами прогрессирования ХБП и высоким сердечно-сосудистым риском, выявлено у 26,7% пациентов. Существенное снижение рСКФСКД-EPI ($44-30$ мл/мин/ $1,73\text{м}^2$), при котором риск хронической почечной недостаточности выше кардиоваскулярной летальности, имели 3,3% пациентов, снижения СКФ < 29 мл/мин/ $1,73\text{м}^2$ в анализируемом контингенте больных ХОБЛ не выявлено. В анамнезе лишь у 4,3% имелся выставленный ранее диагноз ХБП I–III степени, что почти в семь раз ниже полученных нами данных. Установлено, что частота снижения рСКФСКД-EPI достоверно увеличивалась с возрастом как у мужчин ($p < 0,05$), так и у женщин ($p < 0,05$). Доля лиц мужского пола, имеющих снижение рСКФСКД-EPI оказалась достоверно выше, чем женщин ($p < 0,05$), что, вероятно, обусловлено преобладанием лиц мужского пола среди пациентов с ХОБЛ. Выводы. Выявленная нами высокая распространенность снижения СКФ среди пациентов с ХОБЛ демонстрирует необходимость привлечения внимания врачей пульмонологов и терапевтов к данной проблеме. Необходимо проводить расчет СКФ по формуле CKD-EPI всем пациентам с ХОБЛ, в том числе при повторных госпитализациях, для максимально раннего выявления дисфункции почек и своевременного назначения нефропротективной терапии, что позволит снизить сердечно-сосудистый риск у данной группы пациентов.

Особенности питания в сельской популяции Краснодарского края

Болотова Е.В., Комиссарова И.М.

Кубанский государственный медицинский университет,
Северская центральная районная больница, Краснодар

Цель. Оценить распространенность нерационального питания в сельской популяции Краснодарского края.

Материалы и методы. Обследована популяционная выборка населения старше 18 лет, обратившихся по поводу профилактического осмотра. В исследование включены данные 700 человек (57,0% женщин и 43,0% мужчин), средний возраст 49,11±16,57 лет (мужчины – 47,41±16,0 лет, женщины – 50,26±16,9 лет). Для оценки пищевых привычек проведен опрос по критериям, согласно приказа Минздрава РФ №1011 от 06.12.2012 г.: избыточное потребление соли (ИПС), избыточное потребление сахара, варенья, меда и других сладостей, отсутствие контроля за жирностью пищевых продуктов, низкое потребление овощей и фруктов (НПОФ), избыточного употребления алкогольных напитков. Исследование одобрено локальным этическим комитетом, все участники подписали информированное согласие. Статистическая обработка материалов проведена с использованием программ Statistica 6.10.1 и SPSS. Данные представлены в виде $M \pm SD$. Оценка достоверности различий в результатах исследования проводилась с помощью параметрического критерия Стьюдента (t) и непараметрических критериев χ^2 , Колмогорова-Смирнова, F-критерия Фишера.

Результаты. Нерациональное питание (НП) выявлено почти у каждого второго обследованного (52,4%, в том числе 56,7% мужчин и 49,3% женщин; $\chi^2=3,78$; $p=0,05$). НП значимо чаще регистрировалось среди лиц с повышенным индексом массы тела (ИМТ) и ожирением ($p=0,000$). Выявлена достоверная прямая корреляция между НП и возрастом ($r=0,392$; $p<0,05$). С увеличением возраста достоверно увеличивались показатели ИПС ($\chi^2=142,39$; $p<0,0001$), избыточного потребления сахара и других сладостей ($\chi^2=14,55$; $p=0,012$), НПОФ ($\chi^2=80,78$; $p<0,0001$). ИПС выявлено у 46,1% обследованных (47,0% мужчин и 45,5% женщин; $\chi^2=0,16$; $p=0,69$), НПОФ – у 36,7% обследованных (43,3% мужчин и 33,0% женщин; $\chi^2=10,50$; $p=0,005$). Избыточное употребление сахара и других сладостей зарегистрировано у 40,0% обследованных (34,0% мужчин и 44,5% женщин; $\chi^2=7,88$; $p=0,005$). Отсутствие контроля за жирностью пищевых продуктов выявлено у 50,1% обследованных (у 57,0% мужчин и 45,0% женщин; $\chi^2=9,87$; $p<0,005$), этот показатель достоверно коррелировал с возрастом ($r=0,340$; $p<0,0001$). С увеличением ИМТ обследованных отмечается достоверное снижение контроля жирности пищевых продуктов ($\chi^2=352,5$; $p<0,0001$). Злоупотребление алкоголем достоверно чаще регистрировалось среди мужчин (23,3% против 12,3% женщин; $\chi^2=14,8$; $p<0,0001$). Выявлена достоверная прямая корреляция между избыточным ИМТ и злоупотреблением алкоголя (V Крамера=0,085; $p<0,05$), между распространенностью нерационального питания и заболеваниями, ассоциированными с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений: с ИБС ($r=0,301$; $p<0,0001$); АГ ($r=0,580$; $p<0,0001$); СД ($r=0,250$; $p<0,0001$). Самые высокие показатели нерационального питания выявлены среди лиц с ожирением III ст – 100% ($\chi^2=343,98$; $p<0,001$).

Заключение. Выявленные в нашем исследовании закономерности нерационального питания следует учитывать при разработке профилактических программ с целью формирования «здоровой» модели пищевого поведения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в сельской популяции Краснодарского края.

Распространенность никотиновой зависимости среди работников общественного транспорта г. Краснодара

Болотова Е.В., Являнская В.В., Дудникова А.В., Аванесова Л.В.

Кубанский государственный медицинский университет,
Краевая клиническая больница №2, Краснодар

Цель работы. Изучить распространенность курения и уровень никотиновой зависимости у работников общественного транспорта.

Материалы и методы. При прохождении профилактического медицинского осмотра, согласно приказу №302Н от 12.04.11 г., в ГБУЗ ККБ №2, отделении профилактических медицинских осмотров, обследовано 105 работников общественного транспорта (36 (34,3%) мужчин, 69 (65,7%) женщин). Средний возраст составил 52,4±11,2 лет. Помимо общеклинических исследований, собран анамнез, в том числе относительно курения. Степень никотиновой зависимости определяли по индексу курильщика (ИК), в единицах «пачек-лет». С целью изучения статистической взаимосвязи между явлениями применен коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Данные представлены в виде средней арифметической (M) ± стандартное отклонение (SD). Оценку статистической значимости двух величин проводили с помощью t-критерия Стьюдента, разница считалась достоверной при $p<0,05$.

Результаты. Резко негативное отношение к курению при сборе анамнеза выявлено лишь у 12 (11,4%) пациентов, «спокойное отношение», в том числе, к пассивному курению выявлено у 28 (26,7%) некурящих. Текущий статус курения выявлен у 61,2% (65 человек, 24 (36,9%) из них – женщины, 41 (63,1%) – мужчины. Эпизодически курят – 19% (20 человек, 15 женщин, 5 мужчин). Средний стаж курения, в целом, составил 22,3±6,7 лет (у мужчин – 24,3±3,5 лет, у женщин – 14,3±2,1 лет, $p>0,05$). Количество выкуранных сигарет в день у мужчин составило – 18,2±4,1, у женщин 7,3±3,2 ($p<0,05$). Индекс курильщика, в среднем, составил 12,8±3,3, для женщин – 5,9±1,4 пачек-лет, у мужчин – 16,7±4,1 лет ($p<0,05$). Выявлена средней силы отрицательная корреляция между возрастом пациентов и распространенностью курения, как среди мужчин, так и среди женщин ($r=-0,376$, $p<0,05$). Отмечается положительная корреляция между ИК и уровнем общего холестерина ($r=0,317$, $p<0,05$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности как активного, так и пассивного курения среди работников общественного транспорта, что в совокупности с имеющимися профессиональными вредностями, такими как: психоэмоциональная нагрузка, шум, вибрация, запыленность, неблагоприятные метеорологические условия, химические вещества (бензин и другие углеводороды), создают условия для развития хронических заболеваний. Учитывая вышесказанное, на этапе профилактических осмотров необходимо проводить антитабачные программы, с целью мотивации отказа от курения.

Функциональная активность агранулоцитов цельной крови у больных с ИБС и возможности ее коррекции немедикаментозными методами

Бондарь С.С., Логаткина А.В., Собченко А.А., Терехов И.В.

Тульский государственный университет, Тула

Цель исследования – изучение внутриклеточной концентрации молекул, определяющих функциональное состояние агранулоцитов цельной крови

больных с ИБС, а также вазоактивных факторов и антиоксидантов на фоне воздействия на культуру клеток цельной крови низкоинтенсивным электромагнитным излучением частотой 1 ГГц.

Обследовано 30 больных с ИБС, страдающих стенокардией напряжения II-III ФК в возрасте $57,1 \pm 3,7$ года, и 30 здоровых лиц в возрасте $53,2 \pm 5,5$ лет. Образцы венозной крови (2,0 мл) разделяли на контрольную и основную группы, помещали в стерильные флаконы со средой DMEM в соотношении 1:4. Основную группу облучали в течение 45 минут электромагнитным излучением частотой 1 ГГц, мощностью 0,05 мкВт/см². Образцы инкубировали 24 часа при t 37°C с последующим выделением на градиенте фикола-верографин агранулоцитов. В супернатанте клеток цельной крови методом ИФА определяли уровень АПФ, его ингибитора, ангиотензина II, ТАП, активного ренина, NO, общего уровня антиоксидантов. В лизатах агранулоцитов оценивали содержание протеинкиназы FAK, p38MAPK, JAK1/2, ERK1/2, AKT1, ядерного фактора транскрипции NFkB. Полученные результаты указывают на наличие у больных ИБС на дисбаланса механизмов трансдукции рецепторных сигналов, проявляющийся повышением, в сравнении с контролем, внутриклеточного уровня протеинкиназы FAK на 54,1% ($p < 0,001$), JNK на 49,2% ($p < 0,001$), ERK на 87,3% ($p < 0,001$), p38MAPK на 8,7% ($p = 0,2$), AKT1 на 10,9% ($p = 0,08$), снижением уровня NFkB на 29,8% ($p < 0,001$), продукции оксида азота (NO) на 14,1% ($p = 0,06$), антиоксидантов (АО) на 5,8% ($p = 0,12$). Кроме того, у таких больных отмечено повышение уровня ангиотензина II на 136,2% ($p < 0,001$), ингибитора ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) на 28,9% ($p = 0,01$), снижение активного ренина на 16,0% ($p = 0,013$), повышение концентрации АПФ на 0,8% ($p = 0,7$), а так же увеличение уровня тканевого активатора плазминогена (ТАП) на 5,2% ($p = 0,04$) в сравнении с контролем. Таким образом, ИБС характеризуется повышением активности MAPK/SAPK сигнального пути, активацией клеточной адгезии, повышением активности вазоконстрикторных механизмов, снижением антиоксидантного статуса, продукции клетками NO, дефицитом NFkB. Эффекты облучения проявлялись снижением содержания FAK на 18,2% ($p < 0,001$), повышением уровня NO на 26,7% ($p < 0,001$), NFkB на 21,9% ($p < 0,001$). Кроме того, отмечено повышение уровня иАПФ на 2,2% ($p = 0,37$) и ТАП на 4,8%, а так же антиоксидантного статуса на 25,1% ($p < 0,001$). На этом фоне активность MAPK/SAPK пути существенной динамики не претерпевала, а концентрация протеинкиназы AKT1 снижалась на 3,5% ($p = 0,11$).

Полученные в исследовании результаты свидетельствуют, что однократное воздействие на клеточную систему, находящуюся в состоянии дисрегуляции внутриклеточных механизмов низкоинтенсивным излучением частотой 1 ГГц, сопровождается оптимизацией клеточного метаболизма и снижением клеточного стресса. Кроме того, у пациентов с ИБС, под влиянием облучения отмечается усиление продукции агранулоцитами вазодилатирующих молекул, а так же молекул, обладающих антиагрегантной и фибринолитической активностью. Благоприятное действие облучения проявляется так же снижением уровня оксидативного стресса.

Особенности антиоксидантного статуса при внебольничной пневмонии и его коррекция низкоинтенсивным микроволновым излучением

Бондарь С.С., Терехов И.В.

Тульский государственный университет, Тула

Цель исследования – оценка антиоксидантного потенциала микроволнового излучения частотой 1 ГГц (МИ) при его воздействии на культуру клеток цельной крови у больных внебольничной пневмонией (ВП).

Методы исследования. Образцы венозной крови больных ВП в возрасте $39,2 \pm 3,5$ года (2,0 мл) разделяли на контрольную и основную группы. Последнюю облучали в течение 45 минут МИ (мощность 0,05 мкВт) аппаратом «Акватон» (ООО «Телемак», г.Саратов) с последующей 24-часовой инкубацией при 37°C и определением в клеточном супернатанте методом ИФА концентрации супероксиддисмутазы (СОД), глутатионпероксидазы (ГП), тиоредоксинредуктазы (ТРР), тиоредоксина (ТР), активности СОД (аСОД), общего антиоксидантного (АОС) и тиолового статуса (ТС).

Результаты. В супернатанте здоровых лиц уровень ГП составил 2,82 нг/мл, ТРР – 1,34 нг/мл, ТР – 1,8 нг/мл, СОД – 1,61 нг/мл, аСОД – 167,0 ед., АОС – 1,62 ммоль/л, ТС – 2,46 ед. В контрольной группе уровень ТС был на 133% ($p = 0,015$) ниже значений здоровых лиц, СОД на 310,4% ($p = 0,012$), аСОД на 18,5% ($p = 0,047$), АОС на 78,1% ($p = 0,032$). Уровень ГП у больных превышал значения здоровых лиц на 168,4% ($p = 0,01$), ТРР на 167,2% ($p = 0,01$), ТР на 92,1% ($p = 0,022$). Спустя 3 часа после облучения, АОС в основной группе возрос на 17,9% ($p = 0,1$), СОД на 22,3% ($p = 0,07$), аСОД на 0,17% ($p = 0,49$), ТС на 9,4% ($p = 0,2$), ГП на 8,7% ($p = 0,25$), ТРР на 3,9% ($p = 0,3$), ТР на 6,5% ($p = 0,24$). Спустя 24 часа концентрация СОД возросла на 48,3% ($p = 0,051$), аСОД на 0,3% ($p = 0,3$), ГП на 17,5% ($p = 0,07$), ТРР на 9,5% ($p = 0,12$), ТР на 9,1% ($p = 0,13$). На этом фоне рост АОС составил 40,0% ($p = 0,05$), а ТС – 25,2% ($p = 0,07$).

Вывод. ВП протекает на фоне дефицита антиоксидантов, определяющимся снижением уровня и активности факторов антиоксидантной защиты. МИ частотой 1 ГГц оказывает отчетливое антиоксидантное действие на культуру клеток цельной крови при ВП. Указанные эффекты облучения развиваются за счет повышения уровня СОД и ГП. Меньшее влияние МИ оказывает на уровень в межклеточной среде тиолов. Выявленное свойство МИ может использоваться для коррекции антиоксидантного статуса у больных ВП.

Состояние неспецифической резистентности и ее коррекция у больных с внебольничной пневмонией

Бондарь С.С., Терехов И.В.

Тульский государственный университет, Тула

Цель исследования – изучение экспрессии TLR1 и 4, особенности продукции субклассов иммуноглобулинов G, эндогенных антимикробных пептидов (кателицидина – LL37, липополисахарид-связывающего белка – ЛПСБ) в динамике внебольничной пневмонии (ВП) на фоне воздействия на культуру клеток цельной крови электромагнитного излучения.

Обследовано 30 больных с ВП в возрасте $22,1 \pm 5,7$ лет, и 30 здоровых лиц в возрасте $23,1 \pm 5,5$ лет. Образцы венозной крови (2,0 мл) разделяли на контрольную и основную группы, помещали в стерильные флаконы со средой DMEM в соотношении 1:4. Основную группу облучали в течение 45 минут ЭМИ частотой 1 ГГц при плотности мощности – 0,05 мкВт/см². Образцы инкубировали 6 часов при 37°C с последующим отбором супернатанта и определением методом ИФА уровня иммуноглобулинов, LL37 и ЛПСБ, а также растворимых форм TLR1 и 4.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что в острую стадию ВП экспрессия TLR1 возрастала в среднем на 94,0% ($p = 0,001$), превышая контрольные значения в фазу разрешения на 62,0% ($p < 0,01$), а у реконвалесцентов на 67,2% ($p < 0,01$). Экспрессия TLR4 в острую фазу возрастала на 47,7% ($p < 0,01$), снижаясь в стадию разрешения до 24,0% ($p = 0,019$), возрастая у реконвалесцентов, в сравнении с группой контроля, на 127,6% ($p < 0,001$). В острую фазу ВП отмечено снижение концентрации ЛПСБ

в среднем на 5,8% ($p=0,05$), с повышением его уровня в стадию разрешения на 9,5% ($p<0,01$) и снижением у реконвалесцентов на 13,4% ($p=0,01$). Уровень LL37 в острую фазу возрастал на 2,5% ($p=0,07$), в стадию разрешения на 8,7% ($p=0,033$), снижаясь у реконвалесцентов на 12,5% ($p=0,021$). В острую стадию ВП отмечалось повышение уровня IgG1 на 16,8% ($p=0,013$), уровень которого в фазу разрешения снижался в сравнении с контрольным на 16,6% ($p=0,013$), возрастая на 13,2% в период реконвалесценции ($p=0,019$). В отличие от IgG1, уровень IgG2 в острую фазу была снижена на 7,0% ($p=0,05$), продолжал снижаться в фазу разрешения на 15,8% ($p=0,042$), в фазу реконвалесценции – на 22,2% ($p=0,037$). На этом фоне в острую фазу отмечен рост концентрации IgG3 на 3,1% ($p=0,1$), достигающий к стадии разрешения 21,6% ($p=0,02$). IgG4 в острую фазу снижался на 26,7% ($p=0,018$), возрастая при разрешении инфильтрации на 18,9% ($p=0,024$), снижаясь на 74,8% ($p<0,01$) у реконвалесцентов. Таким образом, ВП характеризуется выраженным повышением экспрессии TLR1, IgG1, снижением в острую фазу продукции ЛПСБ, и минимальной динамикой LL-37. Проводимое облучение культуры клеток цельной крови сопровождалось статистически значимым увеличением экспрессии TLR1 у здоровых лиц на 9,7% ($p=0,048$). При этом, у больных с ВП в острую стадию заболевания, под влиянием облучения отмечалось увеличение экспрессии TLR1 на 4,7% ($p=0,09$), в стадию разрешения – на 6,3% ($p=0,047$), у реконвалесцентов – на 8,0% ($p=0,041$). Экспрессия TLR4 в культурах клеток здоровых лиц под влиянием облучения возрастала на 6,3% ($p=0,045$), в острую фазу ВП – на 4,6% ($p=0,1$) в фазу разрешения – на 4,3% ($p=0,11$), у реконвалесцентов – на 9,8% ($p=0,033$). Уровень ЛПСБ под влиянием облучения в острую и фазу разрешения повышался на 2,3% ($p=0,049$) и на 2,6% ($p=0,048$) у реконвалесцентов. Содержание LL-37 после облучения так же увеличивалось в среднем на 2,6% ($p=0,049$), 2,9% ($p=0,043$) и 2,2% ($p=0,051$) соответственно. Концентрация IgG1 в острую фазу ВП под влиянием облучения повышалась на 0,7% ($p=0,12$) в фазу разрешения на 0,8% ($p=0,11$), и на 2,5% у реконвалесцентов ($p=0,06$). Уровень IgG2 под влиянием облучения в острую фазу возрастал на 1,2% ($p=0,09$), в фазу разрешения на 1,1% ($p=0,1$) и у реконвалесцентов на 3,8% ($p=0,07$). На этом фоне уровень IgG3 возрастал на 5,9% ($p=0,055$), 6,8% ($p=0,047$), 11,0% ($p=0,041$), а IgG4 на 14,7% ($p=0,039$), 8,2% ($p=0,044$) и 50% ($p=0,011$) соответственно.

Заключение. Анализ полученных результатов показал, что резонансное радиоизлучение водных сред способно стимулировать иммунный ответ и оказывать положительное влияние на продукцию эндогенных антимикробных пептидов, иммуноглобулинов, а так же экспрессию Toll-подобных рецепторов на клетках цельной крови. Активация антигенпрезентирующих клеток, включая плазматоцитодендритные клетки, Т и В-лимфоцитов, а так же NK клеток под влиянием облучения, определяет повышение резистентности организма к инфекции. Положительное действие облучения на состояние иммунологической реактивности проявляется преимущественно повышением экспрессии TLR1, иммуноглобулинов IgG3 и IgG4, а так же ЛПСБ и LL-37.

Прогностическое значение изменений реологических свойств желудочной слизи при осложненных формах язвенной болезни

Борисов Ю.Ю., Ворончихина Ю.К.

Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования, Краснодар

Понижению упруговязких (реологических) свойств слизистого геля, выстилающего непрерывным слоем гастродуоденальную слизистую оболочку и предохраняющего ее от повреждения многочисленными

эндогенными и экзогенными гастротоксическими агентами, придается важное значение в ulcerogenesis. Вместе с тем, патогенетическая роль нарушений реологических свойств желудочной слизи в развитии «хирургических» осложнений остается недостаточно изученной, а вопрос о возможности использования биореологического метода для их прогнозирования вообще не рассматривался.

Цель исследования. Изучение упруговязких свойств желудочной слизи у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с учетом наличия и характера осложнений и оценка их диагностической и прогностической информативности.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 206 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в фазе обострения (154 мужчины и 52 женщины в возрасте от 16 до 67 лет). В их числе было 129 человек с неосложненной формой заболевания. 46 больных, перенесших 72 кровотечения (в среднем $1,6\pm 0,13$ кровотечений на 1 человека), 19 пациентов с ушной перфоративной язвой и 12 – с компенсированным пилородуоденальным стенозом. Контрольную группу составили 98 человек без патологии желудочно-кишечного тракта (56 мужчин и 42 женщины в возрасте от 15 до 65 лет). Реологические свойства слизистого геля, выделенного из желудочного сока центрифугированием при 3000 об/мин в течение 30 минут, оценивали с помощью прецизионного ротационного вискозиметра «Rheotest-2» (Германия) с использованием системы конус-плита. При этом определяли предел упругости (ПУ, дин/см²), два значения эффективной вязкости (сП) – при низкой (ЭВ1, D=11,1 с-1) и высокой (ЭВ2, D=4860 с-1) скоростях сдвига, а также толерантность геля к механическому повреждению (Т, с). В каждой 15-минутной порции сока определяли концентрацию кислоты, пепсина, неперсина и вычисляли их продукцию за час.

Результаты. Установлено, что у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки существенно снижены упруговязкие свойства желудочной слизи: ПУ – в среднем в 1,5 раза ($358\pm 23,3$ против $544\pm 32,1$ дин/см² у здоровых), ЭВ1 – в 1,8 раза ($1798\pm 67,6$ и $3206\pm 89,8$ сП, соответственно), ЭВ2 – в 1,5 раза ($11,6\pm 0,34$ и $17,6\pm 0,88$ сП), Т – в 1,3 раза (56 ± 1 , и $40\pm 0,9$ с); здесь и далее приведены только статистически достоверные сдвиги, $p<0,05$. Падение ПУ ниже нижней границы нормы (300 дин/см²) отмечено у 52% таких пациентов, ЭВ1 (ниже 1800 сП) – у 62%, ЭВ2 (ниже 8 сП) – у 10%, Т (ниже 30 с) – у 12% пациентов. Изучение реологических свойств желудочной слизи у больных дуоденальной язвой в зависимости от характера «хирургических» осложнений обнаруживает следующие закономерности. У пациентов с геморрагическими осложнениями упруговязкие свойства слизи, по сравнению с таковыми у больных с неосложненной формой заболевания, существенно снижены: ПУ – в среднем на 15%, ЭВ1 – на 16,1%, ЭВ2 – на 15,2%. Наоборот, по частоте выхода за нижнюю границу нормы первых двух реологических параметров больные язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением (в анамнезе), значительно превосходят группу больных с неосложненной формой заболевания: по ПУ – в 1,4 раза ($70\pm 6\%$ против $49\pm 4\%$, соответственно), а по ЭВ1 – в 1,3 раза ($76\pm 7\%$ против $57\pm 4\%$). В то же время больные с ушной перфоративной язвой и компенсированным пилородуоденальным стенозом по степени и частоте отклонений от нормы изучаемых реологических параметров практически не отличаются от лиц с неосложненной формой заболевания. Иными словами, наличие и характер осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки может существенно отразиться на реологических свойствах слизистого геля желудка. В то время как перфорация и стенозирование (по крайней мере, в стадии компенсации) существенно не влияют на изменение упруговязких свойств слизи, у лиц с кровоточащей (в анамнезе) дуоденальной язвой гиповязкие сдвиги более выражены и встречаются значительно чаще.

Выводы. Представленные результаты свидетельствуют, что геморрагические осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки сопровождаются более глубокими нарушениями структуры и, соответственно, защитной функции слизистого барьера желудка.

Следовательно, нарушения упруговязких свойств пристеночной слизи могут рассматриваться в качестве одного из факторов риска язвенных кровотечений, а биореологический метод исследования может использоваться для прогнозирования развития этого осложнения.

Частота и факторы риска пневмоний в гематологическом стационаре

Борисова И.С.

Днепропетровская медицинская академия, Днепропетровск, Украина

Ключевые слова. Пневмония. Онкогематологические заболевания. Клиническое течение. Факторы риска. Инфекционные осложнения (ИО) у больных на фоне онкогематологических заболеваний регистрируются практически 70% случаев [Иванова Л.Ф., Дмитриева Н.В., Багирова Н.С., Дурнов Л.А., 2001; Glauser M.P., Pizzo P.A., 2000]. Смертность от ИО занимает второе место после прогрессии самого опухолевого процесса. Наибольший вклад в показатель летальности от ИО у больных вносит показатель летальности от пневмонии [Матлан В.Л., 2006; Groll A. H., J., 2005]. При этом течение пневмоний характеризуется скудностью клинических проявлений и стремительностью развития фатальных исходов [Maschmeyer G., Böhme A., Buchheidt D., 2004].

Цель работы. Определить частоту возникновения пневмоний в гематологическом стационаре и дать характеристику больных пневмониями на фоне онкогематологических заболеваний.

Материалы и методы. Всего исследовано клиническое течение пневмоний 1737 больных на фоне онкогематологических заболеваний, проходивших лечение на базе гематологического центра КП городской многопрофильной клинической больницы №4 г. Днепропетровска на протяжении 2005–2011 гг. Возраст больных – от 36 до 75 лет, 859 женщины и 1158 мужчин. Диагноз онкогематологических заболеваний и пневмонии был верифицирован согласно общепринятым клиническим и морфологическим критериям [BTS Guidelines for the Management of Community Acquired Pneumonia in Adults, 2001; Героспітальна та нозокomialна (госпітальна) пневмонія у дорослих осіб/ Наказ МОЗ України, 2007 р. № 128; Glauser MP and Pizzo PA «Management of Infections in Immunocompromised Patients, 2000]. Исследование включало: анализ архивного (2005–2009 гг.) и клинического (2010–2011 гг.) материала. За период наблюдения в гематологическом стационаре ежегодно переносили около 20% госпитализированных. Часть умерших больных с пневмонией составила 6,96%; процент умерших больных с пневмонией от всех умерших в стационаре – 38,8%. Клиника пневмоний у 72,33% больных на фоне онкогематологических заболеваний характеризовалась тяжелым течением. На основе анализа характеристики больных группы исследования, факторами риска возникновения пневмоний возможно считать: возраст свыше 60 лет, наличие сопутствующих заболеваний и морфологическую основу онкогематологического заболевания.

Клинические особенности дилатационной кардиомиопатии на современном этапе

Боровкова Н.Ю., Буянова М.В., Голицына Н.А., Боровков Н.Н.

Нижегородская медицинская академия, Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко, Нижний Новгород

Цель исследования. Оценить клинические особенности дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) на современном этапе среди больных кардиологического профиля.

Материалы и методы. Было проанализировано 7048 историй болезни кардиологического отделения Нижегородской областной клинической больницы им. Н.А. Семашко за период 3-х лет (2012–2014 гг.). Из них было отмечено 37 (34 мужчины и 3 женщины) случаев больных с ДКМП в возрасте от 24 до 75 лет ($54,05 \pm 12,3$). Анализ проводился в процентном соотношении.

Результаты. Исследование показало, что среди всех больных кардиологического профиля в стационаре ДКМП отмечалась в 0,6% случаев. Среди них преобладали мужчины (92%) и лица среднего возраста. Так ДКМП констатирована в 26 случаях (70,2%) в возрасте 41–60 лет, реже старше 60 лет (6 случаев – 16,2%) и еще реже среди молодых от 20 до 40 лет (5 случаев – 13,5 %). Чаще отмечена вторичная ДКМП – у 23 больных (62,1%), а первичная выявлялась лишь у 14 (37,8%). Ведущей патологией у больных со вторичной ДКМП была эссенциальная артериальная гипертензия (АГ) – 11 человек (чел.) [48%], сочетание АГ с ишемической болезнью сердца (ИБС) регистрировалась у 5 чел. (21,7%), изолированная ИБС – 6 чел (26%). Перенесенный инфаркт при вторичной ДКМП выявлен у 1 больного (4,3%). Давность верификации ДКМП в целом составила от 0 до 5 лет (в среднем 1 год). Из всех больных с ДКМП 26 чел. (70,2%) имело место нарушение ритма сердца и проводимости (17 чел. [65,4%] – фибрилляцию предсердий и 9 чел [34,6%] – блокады ножек пучка Гиса). Большинство пациентов с ДКМП (30 чел. – 81%) имели тяжелые сопутствующие заболевания: хроническую обструктивную болезнь легких – 15 чел. (40,5%), заболевания желудочно-кишечного тракта – 10 чел. (26%), сахарный диабет – 5 чел. (13,5%). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) среди больных ДКМП была IIA (16 чел. – 43,2%) и IIB (19 чел. – 51,4%) стадии. У 1 пациента (2,7%) были признаки III и у 1 (2,7%) – I стадии ХСН. Превалирование довольно тяжелой ХСН среди больных с ДКМП подтверждало наличие у них III функционального класса (ФК) недостаточности кровообращения в 33 случаях (89,2%), в 2 случаях (5,4%) – IV ФК. И лишь 2-е (5,4%) имели II ФК ХСН. Важно отметить, что среди больных с ДКМП в 3 случаях (8,1%) причиной госпитализации явилось тяжелое осложнение – тромбоэмболии ветвей легочной артерии. Выводы. Хотя ДКМП среди больных кардиологического профиля встречается не часто, а в ее структуре превалирует вторичная ДКМП, она характеризуется довольно тяжелыми осложнениями: тяжелой ХСН, ФП, тромбоэмболией легочной артерии. Факторами риска могут являться мужской пол, возраст и наличие в анамнезе длительной АГ.

Клинические особенности вазоспастической стенокардии на современном этапе по данным кардиологического стационара

Боровкова Н.Ю., Никитина М.Н., Голицына Н.А., Боровков Н.Н.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко, Нижний Новгород

Цель исследования. Проанализировать клинические особенности вазоспастической стенокардии на современном этапе по данным кардиологического стационара.

Материалы и методы. За период 12 месяцев (2014–2015 гг.) были проанализированы 997 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в кардиологическом отделении Нижегородской областной клинической больницы им. Н.А. Семашко. Из них регистрировали случаи госпитализации с диагнозом вазоспастической стенокардии (ВС). Диагноз был установлен на основании клинической картины и подтверждался проведением селективной коронарографии (СКГ). Анализировали

возрастной и гендерный состав этих больных. Оценивали наличие у них факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, а также имеющуюся патологию сердечно-сосудистой системы и сопутствующие хронические болезни. Анализировали полученный материал в абсолютном, процентном соотношении и с помощью программы «Statistika 6.0».

Результаты. Проведенное исследование показало следующее. Из 997 пациентов с кардиологической патологией зарегистрировано 25, имеющих ВС. Это составляло 2,5% от всех случаев. Среди лиц с ВС преобладали мужчины. Так мужчин было 14 человек (чел.) – 56%, а женщин 11 чел. – 44%. Средний возраст пациентов был 52,5±10,7 лет. Преобладали лица среднего возраста. Возрастной состав выглядел следующим образом: от 35 до 44 лет было 2 чел. (8%), от 45 до 54 лет – 11 чел. (44%), от 55 до 64 лет – 10 чел. (40%) и от 65 лет – 2 чел. (8%). Факт курения подтверждали 8 человек (32%). Подавляющее большинство пациентов с ВС (21 чел. – 84%) имели эссенциальную артериальную гипертензию (АГ) в анамнезе давностью 5,7±4,5 лет. При этом мужчин (12 чел. – 57%) с АГ было больше, чем женщин (9 чел. – 43%). Почти половина пациентов с ВС (11 чел. – 44%) перенесли острый инфаркт миокарда. Из них женщин было больше (63,6%). Хроническую сердечную недостаточность имело 96% лиц с ВС, но функциональный класс (ФК) ее был не выше II. Так у 15 чел. (60%) был I ФК, а у 9 чел. – II (40%). По данным СКГ признаки атеросклеротического поражения коронарного русла констатировано лишь у 8 больных с ВС (32%). Нарушения ритма замечено у 15 чел. (60%). Чаще наблюдались наджелудочковые нарушения ритма: пароксизмальная фибрилляция предсердий (5 чел.), наджелудочковая экстрасистолия (4 чел.) и пробежки наджелудочковой тахикардии (2 чел.). Обращало внимание повышение индекса массы тела (ИМТ) у исследуемых. Так нормальный ИМТ имели лишь 4 чел. (16%). Предожирение было у 8 чел. (32%) и ожирение 13 чел. (52%). В этом случае лишним весом страдали чаще женщины (76%). У больных с ВС замечено 6 случаев сахарного диабета (24%) и 1 – нарушение толерантности к глюкозе (4%). Таким образом, 28% лиц с ВС имели нарушение углеводного обмена. У половины (13 чел. – 52%) исследуемых отмечались заболевания желудочно-кишечного тракта (неалкогольный стеатогепатоз, хронический холецистит, хронический гастрит или язвенная болезнь). Хронические заболевания легких (хроническая обструктивная болезнь легких и бронхиальная астма) замечена лишь у 3 (12%) больных с ВС.

Выводы. На современном этапе по данным кардиологического отделения можно отметить следующие клинические особенности ВС. В структуре этих пациентов преобладали лица среднего возраста и мужского пола. Большинство из них имели АГ, увеличение массы тела и наджелудочковые нарушения ритма. Нередко у них встречалось нарушение углеводного обмена. Обращает внимание, что у половины из них, чаще у женщин, в анамнезе был инфаркт миокарда. Сопутствующей патологией являлись заболевания желудочно-кишечного тракта.

Частота и этиопатогенетические причины хронической болезни почек у больных с амилоидозом

Боровкова Н.Ю., Смирнова И.В., Маслова Т.И.

*Нижегородская государственная медицинская академия,
Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко,
Нижний Новгород*

Цель работы. Уточнить частоту и этиопатогенетические причины хронической болезни почек (ХБП) у больных с амилоидозом. Материалы и методы. Проанализировано 2577 историй болезни нефрологического профиля Нижегородской областной клинической

больницы им. Н.А. Семашко за 2009–2013 гг. (5 лет). Зафиксировано 56 госпитализаций (из них 25 повторных) по поводу амилоидоза почек. Таким образом, всего зарегистрирован 31 пациент (21 женщина и 10 мужчин). Средний возраст больных составил 54,0±12,3 лет. Диагноз амилоидоза верифицирован морфологически (биопсия десны, брюшной стенки и почек). Стадии болезни почек определяли по классификации К/DOQI (2002). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле CKD-EPI (2011). Для определения наличия и тяжести хронической почечной недостаточности (ХПН) оценивали показатели креатинина плазмы крови по классификации С.И. Рябова (2000).

Результаты. По результатам проведенного исследования было замечено, что среди больных амилоидозом с поражением почек преобладала следующая патология: ревматоидный артрит (РА) – 23,3%, хронический пиелонефрит (ХП) на фоне мочекаменной болезни, поликистоза почек, аномалий развития мочевыводящей системы – 25,6% и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – 18,6%. Небольшой процент составляли: бронхоэктатическая болезнь – 7,0%, сахарный диабет 2 типа – 5,0%, бронхиальная астма – 4,6%, хронический гломерулонефрит – 4,0%, болезнь Бехтерева – 2,3%. В 4,6% случаев амилоидоз был на фоне синдрома Фридрейха и облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей с хронической артериальной недостаточностью. В остальном (5,0%) причины развития амилоидоза не было найдено. Возможно, среди них были случаи первичного амилоидоза. ХБП у исследуемых распределялась по стадиям следующим образом: 1-ю стадию (ст.) имели 2 человека (чел.) [6,4%], 2-ю ст. – 8 чел. (25,8%), 3а ст. – 3 чел. (9,7%), 3б ст. – 7 чел. (22,6%), 4-ю ст. – 7 чел. (22,6%), 5-ю ст. – 4 чел. (12,9%). Из этого следует, что незначительно превалировала 2-я ст. ХБП, равно распределялись по количеству случаев 3б и 4 ст. ХБП. В свою очередь, ХПН у этих пациентов представлялась так: IА – 6 чел. (19,4%), IБ – 13 чел. (41,9%), IIA – 7 чел. (22,6%), IIB – 4 чел. (12,9%), IIIA – 1 чел. (3,2%). С учетом этого, явно прослеживалось превалирование IБ ст. и несколько – IIA ст. ХПН. Выводы. Частота встречаемости амилоидоза с поражением почек составила 2,2% среди больных с ХБП. В структуре заболеваний, этиопатогенетически приведших к амилоидозу почек, превалировали РА, ХП и ХОБЛ. У больных амилоидозом с поражением почек чаще регистрировалась ХБП с легким и выраженным снижением СКФ, а также обратимая и стабильная формы ХПН. Это надо учитывать для определения тактики лечения и прогноза у данных пациентов.

Суточный ритм артериального давления у больных акромегалией

*Боровков Н.Н., Завьялова Ю.В., Боровкова Н.Ю., Занозина О.В.,
Симоненко В.Б., Дулин П.А.*

*Нижегородская государственная медицинская академия,
Медицинский учебно-научный клинический центр
им. П.В. Мандрыка, Нижний Новгород, Москва*

Артериальная гипертония (АГ) развивается у 20–50% больных с акромегалией и считается одним из неблагоприятных прогностических факторов при акромегалии.

Цель работы. Уточнить распространенность АГ у больных акромегалией, дать анализ ее суточного профиля АД в зависимости от активности, длительности и особенностей лечения акромегалии.

Методы и материалы. Обследованы 46 пациентов (21 мужчина и 25 женщин) с диагнозом акромегалия в активной фазе. Средний возраст – 58,7 лет. Средняя длительность заболевания акромегалией – 8,6 лет. Все пациенты получали консервативную терапию аналогами соматостатина

в дозе от 20 до 40 мг 1 раз в 28 дней (октреотид депо – 40 человек и 6 больных получали сандосатин ЛАР). Диагноз акромегалии ставился на основании клинических данных, результатов МРТ головного мозга, подтверждающих наличие аденомы гипофиза, лабораторных данных: повышенных уровней соматотропного гормона и инсулиноподобного фактора роста 1. Группу сравнения составили 34 пациента без акромегалии сопоставимых по возрасту и степени АГ с основной группой. Всем больным выполнено суточное мониторирование АД (СМАД) с помощью портативного автоматического монитора «BPLab», ООО «Петр Телегин», г. Н.Новгород (Россия). Измерения АД проводились в автоматическом режиме с интервалом 15 минут в период бодрствования (с 7.00 до 23.00) и 30 минут в ночные часы (с 23.00 до 7.00). За 7 дней до СМАД были отменены гипотензивные препараты. Исследование считалось достоверным, если число успешных измерений АД (индекс валидности) в течение суток превышало 85%.

Результаты. По данным суточного мониторирования АД у 2/3 больных акромегалией регистрировалась систоло-диастолическая АГ. Она характеризуется увеличением индекса времени систолического и диастолического АД и их вариабельностью независимо от времени суток, а также повышением скорости и величины утреннего подъема АД. Активность акромегалии сказывается на параметрах суточного мониторирования АД в виде недостаточного снижения АД ночью, а также ночной гипертензии, роста времени САД и ДАД, роста пульсового АД. Длительность акромегалии сказывается прежде всего на средних уровнях САД и ДАД. У больных акромегалией с нормальными показателями АД также определяется нарушение его суточного профиля в виде преобладания нон-дипперов и найт-пикеров. СМАД целесообразно проводить всем больным акромегалией с целью объективизации уровня АД и его суточной динамики, наличия АГ, уточнения ее особенностей и оптимизации лечения.

Перспективы использования компьютерной программы для оценки эффективности терапии гемореовазотропными препаратами у больных ревматоидным артритом

Бубликов Д.С., Лычев В.Г., Андриенко А.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Применение компьютерных программ в широкой клинической практике позволяет оптимизировать труд медицинского персонала, а также повысить приверженность пациентов к терапии в случае наглядного представления некоторых, доступных пониманию больного, параметров его здоровья в динамике. Не обошло стороной данное веяние духа времени и некоторых аспектов лечения ревматоидного артрита (РА). Цель – изучить перспективы использования компьютерной программы для оценки эффективности терапии гемореовазотропными препаратами у больных РА.

Материалы и методы. В исследование включен 101 больной РА. Пациенты были рандомизированы на 2 группы – группу сравнения (n=51), получавшую лишь базисную и симптоматическую терапию и группу вмешательства, получавшую дополнительно к базисной и симптоматической терапии пентоксифиллин. Давность заболевания соответствовала развернутой стадии РА, активность – 2 степени. Все включенные были женского пола. Средний возраст – 52,04±3,16 лет. Коррекция дозировки пентоксифиллина проводилась по «способу оценки эффективности терапии сосудорасширяющими препаратами» (патент РФ 2523682, 2014 г.). Всем больным проведена оценка эффективности

терапии сосудорасширяющими (гемореовазотропными) препаратами при помощи авторской компьютерной программы (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2015614671, 2015 г.). В качестве маркера эффективности терапии гемореовазотропными препаратами использовался индекс микроциркуляторного сдвига (ИМС), представляющий собой произведение некоторых параметров микроциркуляции до и после приема гемореовазотропного препарата. Для оценки активности РА использовалась шкала DAS-28-CRP.

Полученные результаты. На 28 сутки исследования числовая разница индекса DAS-28-CRP в двух группах была статистически значимой и оказалась на 8,3% ниже в группе вмешательства, чем в группе сравнения (p=0,001). При использовании в качестве индикатора эффективности проводимой гемореовазотропной терапии авторской компьютерной программы, на дозировке 400–600 мг препарата удалось достичь целевых значений ИМС 12% пациентов. В диапазоне дозировок 600–800 мг – 25,5% больных. В диапазоне 800–1000 мг – 47% пациентов. В диапазоне 1000–1200 мг – 15,5% больных. Вывод. Таким образом, включение пентоксифиллина в комплексное лечение РА позволяет снизить активность заболевания, а использование для титрации индивидуальной дозировки препарата компьютерной программы для оценки эффективности гемореовазотропными препаратами позволяет достичь целевых значений ИМС.

Приверженность к длительной лекарственной терапии пациентов с сердечно-сосудистой патологией районной больницы малого города Саратовской области через 12 месяцев после выписки из стационара

Булаева Ю.В., Наумова Е.А., Семенова О.Н.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов

Цель исследования – изучить комплекс факторов, оказывающих влияние на приверженность к длительной лекарственной терапии пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы спустя год после выписки из терапевтического отделения районной больницы Саратовской области. Методы исследования. Проводилось анкетирование пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, находящихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении районной больницы. Исключались пациенты, имевшие факторы исключения и отказавшиеся участвовать в исследовании. По истечении 12 месяцев после выписки больных из стационара выполнялись контрольные телефонные звонки. С помощью однофакторного анализа проводилось определение наличия связи между описанными характеристиками.

Результаты. Исследование было начато в январе-феврале 2013 года, 184 респондента согласились принять участие, 108 пациентов ответили практически на все вопросы анкеты. Медиана возраста опрошенных пациентов составила 60 лет, 62 (57%) – женщины. Через 12 месяцев удалось дозвониться до 74 (69%) пациентов, 48 (65%) – женщины. Через год полностью выполняют врачебные рекомендации 28 (38%) опрошенных. Спустя 12 месяцев продолжали терапию пациенты, считавшие теоретически верным постоянный прием ((2 (50%)) и режим приема препаратов «по потребности» ((26 (48%)) (p=0,00041). Респонденты, которые в ходе госпитализации утверждали, что сами принимают препараты постоянно, и по истечении года после выписки чаще следовали врачебным рекомендациям (24 (50%)) (p=0,00001). Чаще в данном исследовании выполняли назначения врача мужчины – 16 (53%) (p=0,03424). Из числа клинических характеристик с более частым продолжением терапии были

ассоциированы: наличие стенокардии напряжения I–III ФК продолжили – 28(43%) ($p=0,01055$), сахарного диабета 2 типа – 8 (67%) ($p=0,02975$) и ОНМК в анамнезе продолжили 6 (75%) опрошенных ($p=0,05075$). Давая ответ на вопрос о желаемом уровне информированности о своем заболевании через 12 месяцев наиболее приверженными были респонденты, которые в момент госпитализации выбирали вариант «Знаю какие таблетки и когда принимать, куда обращаться за помощью, и этого достаточно», продолжили 18 (57%) пациентов ($p=0,03175$). Респонденты, указавшие основным источником информации о заболевании лечащего врача, а не родственников и знакомых, чаще следовали рекомендациям – 22(40%) ($p=0,01536$). Пациенты не готовы знать всю правду о своем диагнозе, они считают, что лечащий врач должен сам решить какой объем информации им можно сообщать, продолжили – 20(59%) ($p=0,00022$).

Выводы. Через 12 месяцев после выписки выполняют назначения лечащего врача 38% респондентов. Чаще продолжают терапию пациенты, осознающие важность постоянного лечения, длительно болеющие и ранее не прерывающие лечение. В данном исследовании мужчины имеют более высокие показатели комплаентности. Наличие сопутствующей патологии традиционно связано с более частым продолжением терапии. Респонденты не готовы брать на себя ответственность за процесс лекарственной терапии, по-прежнему довлеющей моделью взаимоотношений врач-пациент является патерналистическая.

Влияние низкоинтенсивного лазерного облучения крови на вариабельность ритма сердца у больных внебольничной пневмонией

Бурдули Н.М., Габеева А.А.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ

В последние годы пневмония рассматривается как системная реакция на воспаление, проявляющаяся дисфункцией нейроэндокринных и гуморальных регуляторных механизмов, изменениями гемодинамики (Чучалин А.Г. и др., 2002). Известно, что изменения тонуса вегетативной нервной системы (ВНС) позволяют выявлять патологические состояния и следить за динамикой заболевания, а также помогают получать информацию об адаптационных резервах организма. Имеется достаточное количество работ, посвященных изучению вариабельности ритма сердца (ВРС) при внебольничной пневмонии (ВП), однако ограничено число исследований показателей ВРС под действием низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ).

Цель исследования: изучить изменения показателей ВРС у больных внебольничной пневмонией различной степени тяжести при включении в комплексную терапию низкоинтенсивного лазерного облучения крови. Материалы и методы обследования. В исследование было включено 100 больных внебольничной пневмонией в возрасте от 19 до 75 лет (средний возраст 54 ± 14), из них 61 (61%) человек – мужчины, 39 (39%) человек – женщины. Все больные случайным методом были разделены на две группы: контрольную (30 человек) и основную (70 человек). Критериями диагноза ВП являлись: наличие жалоб на повышение температуры тела, кашель с отделением мокроты, боль в грудной клетке, связанную с дыханием или кашлем; физикальные данные, показатели лабораторных методов исследования, свойственных данной патологии, а также инфильтративные изменения на рентгенограмме. Медикаментозная терапия проводилась в течение 10–14 дней в соответствии со стандартом лечения ВП. Больным основной группы дополнительно к традиционной терапии проводился курс внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) с помощью аппарата

Матрикс-ВЛОК («Матрикс», Россия), длиной волны 0,405 мкм, выходной мощностью на торце магистрального световода 1 мВт. Лазерное облучение проводили в течение 5–7 мин в непрерывном режиме излучения, курс лечения составлял 7 ежедневных процедур. Распределение больных по степени тяжести пневмонии было следующее: в обеих группах преобладали пациенты со среднетяжелым течением заболевания – 42 (60%) человека в основной группе и 18 (60%) человек в контрольной группе. Легкое течение наблюдалось у 15 (21,2%) пациентов основной группы и 7 (23,3%) пациентов контрольной группы. Пневмония тяжелого течения составила 18,5% (13 человек) в основной и 16,6% (5 человек) в контрольной группе. Для исследования вариабельность сердечного ритма использовали аппарат «Полиспектр 8» фирмы «Нейрософт» (Россия). Придавали значение следующим показателям: SDNN, RMSSD, TP, мс2, HF, мс2, LF, мс2, VLF, мс2, LF/HF, IC. Полученные данные были обработаны методом вариационной статистики с использованием пакета компьютерных программ Microsoft Excel, 2010. Достоверность полученных результатов в группах определяли по t-критерию Стьюдента. Различия считали достоверными при вероятности ошибки $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Результаты нашего исследования показали, что у пациентов с легкой и среднетяжелой ВП в обеих группах до лечения в положении лежа и стоя преобладали такие показатели, как SDNN, RMSSD и HF, а общая мощность спектра (TP) увеличивалась за счет преобладания парасимпатической активности ВНС. Отмечалось уменьшение индекса LF/HF и нарастание IC в группах наблюдения. Общая мощность спектра (TP) у пациентов тяжелой ВП оставалась повышенной, но преобладали в ней показатели VLF и LF. Индекс LF/HF был выше нормальных значений, а индекс централизации у больных уменьшался при проведении ортостатической пробы. После лечения только у пациентов основной группы наблюдалась достоверная нормализация показателей ВРС как в положении лежа, так и после ортостатической пробы. У пациентов контрольной группы достоверных изменений не произошло.

Заключение. Таким образом, результаты нашего исследования показали, что у пациентов с легким и среднетяжелым течением ВП до лечения преобладал парасимпатический, а при пневмонии тяжелого течения симпатический тип вегетативной регуляции. После лечения только у пациентов основной группы, получавших сеансы ВЛОК, независимо от тяжести течения ВП наблюдался переход в сбалансированный тип вегетативной регуляции в отличие от пациентов контрольной группы, у которых существенных изменений в ВРС не отмечено.

Гемодинамические типы микроциркуляции у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Бурдули Н.М., Тадтаева Д.Я., Крифариди А.С.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ

Цель. Изучить гемодинамические типы микроциркуляции у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 112 больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (средний возраст $47,2 \pm 12,6$), из них 43 человека (38,4%) – мужчины, 69 человек (61,6%) – женщины. Группу сравнения составили 30 практически здоровых лиц, которые были обследованы для получения средних нормальных значений изучаемых показателей. Для исследования состояния микроциркуляторного русла использовался лазерный анализатор капиллярного кровотока – ЛАКК-02 (НПП «Лазма», Россия).

Результаты. Полученные данные свидетельствовали, что среди обследованных больных преобладали лица с застойно-статическим типом микроциркуляции (52,5%), спастический тип микроциркуляции наблюдался у 34,6% пациентов, а нормоциркуляторный тип у 12,8%. Гиперемического типа микроциркуляции нами не наблюдалось.

Заключение. Все исследуемые показатели микроциркуляции в обследуемой группе больных были изменены, что отражает вовлечение в патологический процесс микроциркуляторной системы при развитии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Цитомегаловирус и сердечно-сосудистые заболевания

Бутакова Н.В.

Центр гирудотерапии Бутаковой Натальи Владимировны, Псков

Как влияет цитомегаловирус (ЦМВ) на организм? Под действием ЦМВ происходит перестройка иммунной системы с дальнейшим поражением внутренних органов – легких, печени, селезенки, почек, надпочечников, поджелудочной железы, пищевода, кишечника, сосудов глаз, центральной нервной системы с образованием кальцификатов, фиброза, узелковых инфильтратов, железисто-подобных образований в головном мозге. Во всем мире заражено около 50% людей. Исследования 2009 г. показали, что у мышей, зараженных ЦМВ, гипертензия и сосудистые повреждения проявлялись в значительно большей степени, чем у незараженных. ЦМВ стимулировал цитокины, отмечался воспалительный ответ в сосудах в других тканях, затем возрастал уровень ренина и ангиотензина II, что приводило к развитию гипертензии.

Цель исследования. Как часто встречается ЦМВ у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями?

Материалы и методы. Выбраны произвольно 35 пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. I группа (гр.) от 20 до 40 лет с нарушением атрио-вентрикулярной проводимости – 5 человек, II гр. от 41 до 60 лет с ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ) – 10 человек, III гр. старше 60 лет с ИБС+АГ+коронарокардиосклерозом. С помощью иммуноферментного анализа (ИФА) определялись антитела IgQ к ЦМВ и avidность антител, т.е. прочность связывания антител с частицами вируса. IgM не исследовался, т.к. симптоматики свежего заражения в течение последних полгода не было. Индекс avidности свыше 60% – высокий. Антитела IgQ к ЦМВ (в норме до 0,5 Ед/мл) в исследуемой группе составили минимальное значение – 2,48, максимальное – 1048 у всех 35 пациентов, т.е. заражение ЦМВ составило 100%. Лечение назначено всей группе, которое длится уже 1–2 года и до сих пор. Выздоровление наступило в 2 случаях, что составило 5%, в 95% случаев идет постепенное снижение IgQ. Состояние всех пациентов улучшилось, хотя нормализация и стабилизация артериального давления наступила только в 50% случаев. Почему % выздоровления такой низкий? Потому что у нас нет препаратов, блокирующих размножение вирусов (в таблетированной и ампульной форме).

Выводы. Цитомегаловирусная инфекция в произвольно выбранной группе пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы обнаружена в 100% случаев. Эффективность лечения очень низкая – всего 5%, ввиду отсутствия лекарственных средств, блокирующих размножение вируса. Актуальность проблемы острая, а внимания ЦМВ не уделяется. Уровень смертности по не уточненным причинам за первое полугодие 2015 г. составил в Москве 33%. Может, причина этого кроется в ЦМВ и токсоплазме? ЦМВ-инфекция не имеет собственного шифра, относится к категории прочих заболеваний, хотя является одной из причин развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Токсоплазмоз – это одна из причин развития сердечно-сосудистых заболеваний

Бутакова Н.В.

Центр гирудотерапии Бутаковой Н.В., Псков

Токсоплазмоз – протозойная инфекция, характеризующаяся большим разнообразием вариантов течения и полиморфизмом клинических проявлений. В 1972 г. эксперты ВОЗ включили токсоплазмоз в число зоонозов, наиболее опасных для здоровья человека. Попадая в кишечник, простейший микроорганизм *Toxoplasma gondii* распространяется лимфогенным и гематогенным путями во все внутренние органы, провоцируя воспалительные процессы. В дальнейшем скапливаются в виде цист, которые активизируются при снижении иммунитета, а при ультразвуковом исследовании оцениваются как кисты. Поражение сердечно-сосудистой системы сопровождается изменением артериального давления, давящими болями в сердце, нарушением ритма.

Цель исследования. Какой процент больных токсоплазмозом в данном регионе, сохраняется ли актуальность проблемы?

Материалы и методы. Произвольно выбрано 35 пациентов. I группа (гр.) от 20 до 40 лет с нарушением атрио-вентрикулярной проводимости (5 человек); II гр. от 41 до 60 лет с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией (10 человек); III гр. старше 60 лет с коронарокардиосклерозом и нарушением ритма (20 человек). С помощью иммуно-ферментного анализа определялись антитела IgQ к *Toxoplasma gondii*. Повышение их в 4 раза говорит о хроническом течении заболевания и требует лечения. При норме до 0,5 Ед/мл показатели у пациентов были от 3,9 до 1147% заболеваемости составил от общего количества пациентов: в I гр. 14%, во II гр. 14%, в III гр. 43%. Всего 71% больных токсоплазмозом. С увеличением возраста растет процент заболеваемости. При лечении токсоплазмы состояние пациентов улучшилось, но выздоровление наступило в 2 случаях – 6%, а в остальных случаях не наступило, показатели антител только снизились на 30–50%.

Выводы. Актуальность проблемы токсоплазмоза сохраняется ввиду высокого % заболеваемости, эффективность лечения не достаточна в связи с ростом иммунодефицитных инфекций, не достаточно эффективных лекарственных средств (например, нужен токсоплазмозный анатоксин). Являясь причиной развития многих заболеваний, токсоплазмоз не имеет собственного шифра в алфавитном указателе болезней временной нетрудоспособности, относится к категории прочих болезней, а это значит, что лечением токсоплазмоза в лечебных учреждениях не занимаются.

От современных технологий производства к новым фармакотерапевтическим возможностям лечения и профилактики синдрома избыточного бактериального роста

Буторова Л.И., Токмулина Г.М., Нугаева Н.Р., Дулин П.А.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В. Мандрыка, Москва

Цель исследования. Определить эффективность экокантибиотика экокцифола (ципрофлоксацина гидрохлорида моногидрат (в пересчете на ципрофлоксацин) 500 мг и лактулозу-ангидро 600 мг) в комплексном лечении синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке (СИБР). Материал и методы. Обследовано 75 пациентов с клиническими

признаками нарушений полостного пищеварения и всасывания, связанные с ахлоргидрией различного происхождения. У всех пациентов отмечались послабления стула ≥ 3 раз в сутки, полифекалия, стеаторея, вздутия и урчания в животе, у 40 пациентов – снижение массы тела до 5 кг. СИБР диагностирован водородным дыхательным тестом с лактулозой (ЛВДТ) с помощью прибора Gastrolyzer. Пациентам проводилась антибактериальная терапия экокцифолом по 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней на фоне продолжения стандартного лечения основного заболевания. Динамику клинической симптоматики на 8 день наблюдения (после окончания лечения) оценивали в баллах по визуально-аналоговой шкале. Качество деконтаминации определяли по динамике показателей ЛВДТ в те же сроки. Результаты. 54 пациента отметили полное исчезновение жалоб после недельного курса лечения экокцифолом в суточной дозе 1000 мг в сутки, что коррелировало с показателями копрограммы и ЛВДТ. У 51 зафиксированы нормальные показатели ЛВДТ, исчезновение стеатореи. У 21 отмечена положительная динамика: уменьшение вздутий живота с 10–8 баллов до 5–3, сокращение частоты дефекаций до < 3 раз в сутки, нормализация показателей копрограммы. При исследовании ЛВДТ у этой группы пациентов патологический пик над тонкой кишкой полностью нивелировался у 15 больных, значительно уменьшился у 6 пациентов. Пациенты отметили хорошую переносимость экокцифола. Выводы. Экоантибиотик – экокцифол в суточной дозе 1000 мг в сутки является препаратом выбора для деконтаминации кишечника у пациентов СИБР различного генеза.

Прокинетическая терапия при функциональной диспепсии

Буторова Л.И., Нугаева Н.Р., Токмулина Г.М., Джанашия Е.А., Дулин П.А.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В. Мандрыка, Москва

Цель исследования. Оценить долгосрочные эффекты тримебутина (Тримедат) и итлоприда гидрохлорид (Ганатон) при лечении больных синдромом функциональной диспепсии (ФД).
Материал и методы. Обследовано 85 пациентов ФД в фазе обострения. Диагноз устанавливался в соответствии со Стандартами диагностики и лечения ФД. Средний возраст больных $35 \pm 5,2$. Пациенты были разделены на две группы: группа А (45) принимали тримедат в суточной дозе 600 мг, группа Б (40) получали ганатон 150 мг в сутки. Оценка симптомов проводилась по визуально-аналоговой шкале через 2 недели приема препаратов. В дальнейшем пациенты гр. Б прекратили постоянный прием ганатона пациенты гр. А были разделены на две подгруппы: А-1 (25 чел.) – продолжали прием тримедата в суточной дозе 300 мг в течение 3 недель, А-2 (20) – принимали тримедат 200 мг три раза в сутки при возобновлении симптомов ФД. Оценка дальнейшего течения заболевания проводилась через 3 недели.
Результаты. Через 2 недели лечения в гр. А 37 чел. отметили полное купирование ФД, 5 чел. – снижение выраженности ФД с 7–10 баллов до 2–5, у 3 чел. – не отметили улучшения. В гр. Б у 35 чел. достигнуто полное купирование ФД, у 3 чел. – снижение выраженности ФД с 7–10 баллов до 3–5, 2 чел. – отсутствие улучшений. Через 3 недели у 25 чел. группы А-1 не выявлено рецидивирования ФД, 11 чел. из гр. А-2 возобновили прием тримедата в связи с появлением ФД, у 19 чел. гр. Б в течение 3-х недель после прекращения приема ганатона отмечалось рецидивирование ФД. Выводы. Длительный прием тримедата в поддерживающей дозе прогностически оправдан для пациентов с ФД.

Современные возможности лечения постинфекционного синдрома раздраженного кишечника

Буторова Л.И., Нугаева Н.Р., Джанашия Е.А., Токмулина, Дулин П.А.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В. Мандрыка, Москва

Цель исследования. Изучить эффективность, безопасность, переносимость препарата Закофальк у больных с постинфекционным синдромом раздраженного кишечника с диарей (ПИ-СРК).
Материал и методы. Включено 72 пациента с ПИ-СРК с диареей, согласно Римским критериям III: 34 мужчин и 38 женщин, средний возраст $35 \pm 2,5$ года. Проведены: колоноскопия, бактериологическое исследование кала с посевом на патогенную флору, серологический скрининг на глютенную энтеропатию. Болевой абдоминальный синдром (БС) и метеоризм оценивались субъективно по 10-балльной визуально-аналоговой шкале; частота и форма стула по Бристольской шкале. Комбинированная терапия тримедат 600 мг в сутки и закофальк 3 таблетки в сутки, перед едой. Отмена тримедата на 7-й день после купирования БС, закофальк применялся 7 недель. Лоперамид по требованию не более 12 мг в сутки, учитывая суточную дозу. Контроль осуществлялся еженедельно до купирования БС и в последующем 1 раз в 2 недели.
Результаты. БС купирован у 31 пациента на 14 день, у 17 – на 21 день, у 11 – на 28 день, у 6 – на 35 день. У 7 – БС сохранялся, но уменьшилась выраженность. Рецидив БС после отмены тримедата отмечался в 3 случаях из 65. БС уменьшился $7,4 \pm 1,6$ в начале лечения и $2,0 \pm 0,5$ по его завершению ($p < 0,05$). К 5-й неделе у всех больных метеоризм не отмечался. Стул нормализовался у 48 – к 14 дню приема, у 19 – на 21 день, у 5 – на 28 день. Суточная доза лоперамида снизилась с 4 мг до 2 мг в первые две недели. К 3 неделе лоперамидом перестали пользоваться все больные. Заключение. Комбинация тримедат+закофальк эффективен у 90,3% больных.

Сочетанные функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта

Буторова Л.И., Нугаева Н.Р., Джанашия Е.А., Токмулина Г.М., Дулин П.А.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Медицинский учебно-научный клинический центр им. П.В. Мандрыка, Москва

Цель исследования. Оценить частоту сочетаний функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта у больных в амбулаторно-поликлинической практике.
Материалы и методы. Открытое многоцентровое проспективное не сравнительное исследование. Включено 150 пациентов с функциональной диспепсией (ФД) в соответствии с модулями и подмодулями Rome Questionary III. 50 мужчин, 100 женщин, средний возраст $33,5 \pm 2,7$. Всем проведено комплексное исследование, позволившее диагностировать функциональные желудочно-кишечные расстройства (ФЖКР).
Результаты. 128 имели сочетание функциональных симптомов и синдромов заболеваний органов пищеварения. 60 пациентов – более 2-х сочетаний ФЖКР. 62 пациента – сочетание ФД с синдромом раздраженного кишечника (СРК). 38 пациентов инициация симптоматики

связана с перенесенной острой инфекцией ЖКТ, по поводу которой проводилась антибиотикотерапия. При постинфекционном генезе симптоматики 21 пациент отмечали жалобы на вздутие живота и недержание газов. 21 пациент – симптомы ФД и функциональными расстройствами пищевода (ФП): функциональную дисфагию – 9 чел., комбинированные – 5 чел., функциональная дисфагия+комбинированные – 7 чел. 16 пациентов с ФД+ФП отмечали признаки СРК с запором. 45 пациентов с ФД одновременно выявлялись симптомы, соответствующие функциональным расстройствам желчного пузыря (ФРЖП). У 23 – этой группы диагностировано сочетание +ФРЖП+СРК смешанный. Наиболее частый перекрест ФД и СРК 101 пациент.

Выводы. Синдром ФД в изолированном виде встречается реже, чем его сочетание с другими функциональными расстройствами ЖКТ. У подавляющего большинства больных имеет сочетание ФД с СРК.

Метаболические нарушения и их коррекция при лечении больных артериальной гипертензией с метаболическим синдромом

Васильева Л.В., Лахин Д.И., Никитин А.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Актуальность исследования обусловлена необходимостью жесткого контроля артериального давления (АД) у больных с артериальной гипертензией (АГ) с метаболическим синдромом с целью максимального снижения частоты кардиоваскулярной летальности. По данным разных авторов, среди больных с АГ метаболический синдром встречается в 27–38% случаев. При приеме одного антигипертензивного препарата возможно достичь целевых уровней АД не более чем у 30–40% больных АГ. Применение комбинации лекарственных средств у больных с МС, с одной стороны, должна способствовать достижению целевого уровня АД, с другой стороны, обладать органопротективным свойством и метаболически нейтральным или слабopоложительным действием.

Цель исследования. Оценка эффективности комбинированной антигипертензивной терапии с применением двух препаратов (кордафлекса РД и индапамида) у больных с метаболическим синдромом, а также изучение их системных метаболических эффектов.

Материалы и методы. В исследование включено 110 больных артериальной гипертензией I–II ст. риск III находящихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении городской больницы №3 г. Липецка в возрасте 34–61 лет, которые прошли скрининг с целью выявления метаболического синдрома. В ходе исследования у 58 больных выявлено сочетание трех и более компонентов МС. В дальнейшем 40 пациентов (31 женщина и 9 мужчин) с МС были включены в открытое исследование продолжительностью 3 мес. До и после исследования было проведено анкетирование всех пациентов по опроснику Роуз и анкете по инфаркту миокарда с целью выявления АГ, ИБС, наследственной отягощенности по ИБС, инсульту и сахарному диабету, климатического статуса для женщин, статуса курения, употребления алкоголя, сопутствующих заболеваний и учета принимаемых препаратов, клинико-инструментальные исследования, определение антропометрических показателей, исследование липидного и углеводного спектра крови. Статистический анализ проводили с помощью пакета прикладных программ «Statistica», версия 6,0.

Результаты и обсуждение. Основной задачей настоящего исследования было достижение целевых уровней АД с применением ступенчатой

схемы антигипертензивной терапии. Согласно классификации ВОЗ/МОГ (1999), 21% больных с МС имели АГ I степени и 79% – АГ II степени. Наряду с этим у 16 (40%) больных с МС, по данным анамнеза и инструментальных исследований (опросника Роуз, представленным медицинскими документами и ЭКГ в покое), выявлена ИБС (перенесенный инфаркт миокарда или стенокардия напряжения ФК I–II ст.). При этом до исследования антигипертензивную терапию получали 40% больных с МС, липидснижающую – 20% и антиагрегатную – 30%. Согласно протоколу исследования, пациенты принимали кордафлекс РД 40 мг в сутки и индапамид 2,5 мг в сутки и на протяжении 3 месяцев. Совместное применение препаратов привело к снижению САД на 18% и ДАД – на 14% от исходного уровня. На фоне терапии ЧСС колебался в диапазоне 65–76 уд/мин. На фоне проводимого лечения была отмечена тенденция к снижению веса и уменьшению ИМТ. Уровни глюкозы натощак и через 2 часа практически не изменились. При этом отмечалось достоверное снижение концентрации иммунореактивного инсулина в крови натощак на 34% и маркера инсулинрезистентности (HOMA IR) – на 35%. У большинства больных выявлена гиперлипидемия IIb типа, до лечения на фоне трехмесячной комбинированной антигипертензивной терапии уровни общего ХС и ХСЛНП не подверглись достоверным изменениям, тогда как концентрация триглицеридов в крови достоверно снизилась на 28%, что сочеталось с увеличением уровня ХС ЛВП на 6%. Отмечена высокая приверженность пациентов лечению.

Выводы. Совместное использование ретардной формы нифедипина (кордафлекса РД) и индапамида позволяет достичь целевых уровней АД у 95% больных. Комбинация ретардной формы нифедипина и индапамида наряду с хорошим антигипертензивным эффектом обладает некоторым позитивным метаболическим действием, а именно, снижением инсулинрезистентности, триглицеридов и увеличением ХС ЛВП. Переносимость комбинированной антигипертензивной терапии оказалась хорошей.

Терапия розувастатином при сочетании хронической обструктивной болезни легких с гиперлипидемией

Васильева Л.В., Никитин В.А., Гостев Е.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Проведенные эпидемиологические исследования показали, что ведущей причиной смертности пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) является не дыхательная недостаточность, а сердечно-сосудистая патология. ХОБЛ является системным заболеванием, при котором повреждается паренхима легких, дыхательные пути, поражаются сосуды. Статины оказывают воздействие не только на состояние сосудистой стенки, но и влияют на течение заболеваний бронхолегочной системы, оказывая противовоспалительный, иммуномодулирующий, антиоксидантный эффекты. Имеются данные о положительном влиянии статинов на легочную функцию, заключающуюся в уменьшении числа обострений ХОБЛ у пациентов, которым по показаниям были назначены статины.

Целью работы было изучение клинического течения ХОБЛ у больных с коморбидной патологией на фоне терапии, включающей розувастатин (препарат розукард, Зентива). Материал исследования составили 23 пациента-мужчины, в возрасте 62±3,7 лет с ХОБЛ 2–3 в период ремиссии в сочетании с сердечной недостаточностью I ст., ФК 2 с

сохраненной систолической функцией левого желудочка. Всем пациентам осуществлялся расчет сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE, среднее значение риска развития сердечно-сосудистых осложнений в течение 10 лет составило в $8,4 \pm 3,1\%$. Больные были отнесены к группам высокого и очень высокого риска, поэтому целевой уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) составил $<1,8$ ммоль/л или снижение на 50% и более от исходного. Всем больным назначался розукард с титрацией дозы до достижения целевых значений ХСЛПНП. Средняя доза розукарда в исследовании составила $11,6 \pm 1,3$ мг в сутки в течение 4-х месяцев. У всех пациентов определяли уровень С-реактивного белка, как показателя системного воспаления, проводилась пульсоксиметрия, спирография. Количество обострений ХОБЛ, качество жизни больных оценивали с помощью специализированного опросника SGRQ для больных с респираторными заболеваниями. Контроль проводился на 4-й и 16-й неделях терапии. Для расчета достоверности (р) до и после проведенного лечения использовали t-критерий Стьюдента. Базисная терапия не изменялась в течение всего периода наблюдения.

Результаты. У всех больных по результатам биохимического анализа отмечено достоверное снижение общего холестерина (с $5,56 \pm 1,01$ до $3,98 \pm 0,8$ ммоль/л, $p < 0,05$), достигли целевых значений ХСЛПНП (с $3,12 \pm 0,07$ до $1,80 \pm 0,02$ ммоль/л, $p < 0,05$). Побочных эффектов не было. Оценка качества жизни выявила уменьшение выраженности ХОБЛ (21%) и уменьшение ограничения физической активности (28,4%). Анализировали не только субъективную оценку пациентом здоровья, но и количество обострений ХОБЛ, как критерия течения заболевания. Отмечено уменьшение количества обострений ХОБЛ на фоне лечения розукардом на 22,4%. По результатам пульсоксиметрии показатель насыщенности кислорода статистически достоверно увеличился ($p < 0,05$) с 91,4% до 93,8%. При проведении спирографии на фоне терапии розукардом отмечено статистически значимое увеличение объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) на 4,8% по сравнению с исходным состоянием ($48,6 \pm 9,7$ до лечения и $51,6 \pm 8,8$ после лечения соответственно). При этом статистически значимых различий по таким показателям, как жизненная емкость легких, форсированная жизненная емкость легких, индекс Тиффно не получено. Для выявления признаков атеросклеротического поражения сосудов всем больным проведено дуплексное сканирование сосудов. Наличие атеросклеротических бляшек (утолщение интима-медия более 1,3 мм) выявлено у 17 больных (81%), у 4 больных утолщение составило от 0,9 до 1,3 мм. На фоне лечения статистически значимой динамики не выявлено в связи с недостаточной длительностью приема препарата. Снижение уровня высокочувствительного С-реактивного белка с $8,3 \pm 4,2$ до $4,2 \pm 1,1$ мг/г, свидетельствует об уменьшении воспаления в процессе лечения.

Заключение. Применение препарата розукард показало способность оказывать положительные клинические эффекты на течение ХОБЛ у коморбидных больных, выражающееся в улучшении качества жизни, уменьшении воспаления, улучшения легочной функции и оксигенации.

Влияние типа курительного поведения на вентиляционные нарушения у больных ХОБЛ в сочетании с гипертонической болезнью

Василькова Т.Н., Рыбина Ю.А.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Цель. Изучить распространенность различных типов курительного поведения и оценить корреляционные взаимосвязи интенсивности

курения с основными показателями функции внешнего дыхания.

Задачи. 1. Изучить распространенность различных типов курительного поведения у больных ГБ в сочетании с ХОБЛ. 2. Оценить корреляционные взаимосвязи интенсивности курения с основными показателями функции внешнего дыхания.

Материалы и методы исследования. Обследовано 82 (100,0%) больных ХОБЛ средней степени тяжести в стадии не полной ремиссии в сочетании с ГБ II стадии. Средний возраст обследованных – $55,6 \pm 2,2$ года. Средняя длительность ХОБЛ – $6,5 \pm 1,2$ года, ГБ – $8,1 \pm 1,0$ год. Индекс курящего человека (ИК) оценивали по формуле: $ИК = Ч \times С / 20$. Исследование степени никотиновой зависимости (СНЗ) по тесту Фагенстрема и типа курительного поведения (ТКП) по тесту Хорна проведено у 56,5% курящих, 33,3% из них имели сопутствующую хроническую обструктивную болезнь легких. Всем больным проведено спирографическое исследование (спирограф SP-1 Shiller). Статистический анализ результатов проведен в программе BIOSTAT. Степень достоверности выявленных различий определяли с помощью параметрического t-критерия Стьюдента. Для определения линейной связи количественных признаков применяли коэффициент корреляции Пирсона. Длительность курения составила в среднем $25,1 \pm 4,8$ лет и ИК был достоверно выше в группе с сочетанной патологией ($32,3 \pm 5,9$ пачко-лет против $24,2 \pm 1,2$ пачко-лет, $p < 0,05$). ИФ, являющийся главным предиктором формирования обструктивных нарушений составил $157,7 \pm 16,4$, что указывает на крайне высокий риск развития бронхообструкций. Исследование степени никотиновой зависимости выявило, что очень сильная никотиновая зависимость присутствовала в 18,1% случаев, сильная никотиновая зависимость – 54,5%, средняя и слабая никотиновая зависимость – 12,1% и очень слабая никотиновая зависимость составила 3,2%. Однако следует отметить, что среди обследованных преобладали лица с сильной, очень сильной и средней зависимостью от никотина. Ведущими типами курительного поведения в 64,1% были «жажда»-данный тип обусловлен физической привязанностью к табаку, курильщики данного типа чрезвычайно привержены к курению и закуривают при снижении никотина в крови, в 53,2% «рефлекс», «расслабление» – 15,3%, в 3,3% – «поддержка», 1,4% – «игра с сигаретой». При проведении корреляционного анализа выявлена тесная отрицательная взаимосвязь ОФВ1 с ИК ($r = -0,74$, $p < 0,01$), СНЗ ($r = -0,83$, $p < 0,01$). Кроме того, нами установлены взаимосвязи индекса Тиффно с ИК ($r = -0,45$, $p < 0,001$), СНЗ ($r = -0,62$, $p < 0,01$). Рестриктивные нарушения тоже были тесно взаимосвязаны с курением. Установлена взаимосвязь ИК и ФЖЕЛ ($r = -0,71$, $p < 0,01$), СНЗ ($r = -0,78$, $p < 0,01$). Получены взаимосвязи СНЗ и ИК: у пациентов с очень слабой и слабой СНЗ средний ИК составил $8,9 \pm 0,45$ пачко/лет, при средней СНЗ $15,3 \pm 1,11$ пачко/лет ($p < 0,01$), при сильной и очень сильной $38,2 \pm 8,9$ пачко/лет ($p < 0,001$; $p1 < 0,001$, где р-достоверность различий очень слабой и слабой СНЗ: р1-достоверность различий с вредней СНЗ. Нами была отмечена взаимосвязь СНЗ и количества выкуренных сигарет в день с ТКП. Очень слабая и слабая СНЗ соответствует «расслабление» ($13,45 \pm 4,48$ сигарет в день), сильная и очень сильная – «жажде» и «рефлексу» ($27,8 \pm 4,9$ ($p < 0,05$) сигарет в день) и средней СНЗ были характерны все типы курительного поведения ($13,58 \pm 3,2$ ($p < 0,05$) сигарет в день). Поэтому психоэмоциональное состояние человека, определяемое ТКП, играет важную роль в формировании никотиновой зависимости.

Таким образом, полученные данные подтверждают, что интенсивное курение ведет к развитию и прогрессированию ХОБЛ и ГБ. Тип курительного поведения «жажда», выявленный у большинства больных свидетельствует о физической привязанности к табаку и необходимости проведения комплекса медицинских и социальных мер, направленных на преодоление табачной зависимости. В ходе исследования выявлена обратная зависимость рестриктивно-обструктивных нарушений со СНЗ и ИК. Активное выявление табакокурения и типов курительного поведения

и их коррекция позволяют не только предотвратить развитие заболеваний, но и замедлить прогрессирование ХОБЛ и ГБ.

Регистр тромбоэмболии легочной артерии и прогнозирование летального исхода

Васильцева О.Я., Ворожцова И.Н., Панфилова И.Х., Карпов Р.С.

Научно-исследовательский институт кардиологии, Томск

Цель исследования. Создать госпитальный Регистр тромбоэмболии легочной артерии города Томска и на его основании изучить закономерности течения и исходов легочной эмболии.

Материал и методы. На основании данных городского Регистра госпитальной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) зарегистрированного в объединенном фонде электронных ресурсов «Наука и образование» 28.11.2011 г. были проанализированы 893 случая ТЭЛА у лиц в возрасте от 18 до 93 лет за 10-летний период с 01.01.2003 по 31.12.2012 гг. Для анализа использовались материалы историй болезни и данные патологоанатомических вскрытий пациентов, у которых ТЭЛА диагностирована согласно стандартам патологии. В качестве неблагоприятного исхода рассматривали летальный исход. В качестве летального случая рассматривали верифицированный, случай тромбоэмболии легочной артерии с летальным исходом, развившимся в стационаре. Статистическая обработка фактического материала проводилась с использованием пакетов программ «SAS 9», «SPSS 21», «STATISTICA 8». При построении прогностических вероятностных моделей использовали логистический регрессионный анализ. Достоверным для всех используемых процедур статистического анализа считали уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В среднеурбанизированном городе Западной Сибири, Томске, создан первый в России городской Регистр госпитальной тромбоэмболии легочной артерии (01.01.2003–31.12.2012 гг.), в который были включены случаи достоверной ТЭЛА ($n=893$), выявленные во всех стационарах города у лиц в возрасте 18 лет и старше, зарегистрированные по данным историй болезни (2009–2012 гг.) и протоколов патологоанатомических вскрытий (2003–2012 гг.). При проведении аутопсии согласно материалам патологоанатомических вскрытий выявлен 751 случай, когда эмболия легочной артерии и ее ветвей была зафиксирована прижизненно и/или посмертно в период с 01.01.2003 года по 31.12.2012 года у госпитальных пациентов. Также в Регистр были включены 142 случая нелетальной ТЭЛА, когда диагноз был поставлен согласно руководящим документам в период с 01.01.2009 по 31.12.2012 гг. В группе умерших преобладали женщины (454 случая). Они составили 60,5%. Средний возраст умерших составил 66,32±14,35 лет. Удельный вес лиц в возрасте до 60 лет, с тромбоэмболией и летальным исходом составил 29% (218 человек). 71,6% (538 человек) составили лица, занимавшие нехирургические койки. В оперирующих отделениях (на хирургических койках) лечились 28,4% (213 человек). Наибольший удельный вес среди умерших имела массивная ТЭЛА, составившая 47,4% всех случаев. По итогам 10-летнего периода наблюдения в течение последних 8 лет она регулярно опережала количество случаев субмассивной ТЭЛА и ТЭЛА мелких ветвей. Рецидивирующее течение тромбоэмболии наблюдалось в 21,9% случаев. По данным аутопсии у 55,8% пациентов (419 случаев) легочная эмболия признана непосредственной причиной смерти. При этом как у женщин, так и у мужчин вклад тромбоэмболии в

летальный исход был наибольшим. В возрастной категории умерших до 60 лет пациенты, имевшие летальный исход именно вследствие развития тромбоэмболии, составили 56%. Средний возраст больных с ТЭЛА и нелетальным исходом ($n=142$) составил 59,29±14,32 лет. Не обнаружено выраженных гендерных различий по количеству зарегистрированных в группе случаев тромбоэмболии. Возраст до 60 лет имели 50,7% лиц с нелетальной тромбоэмболией, 95,1% (135 человек) составили пациенты, лечившиеся в неоперирующих отделениях. На основании данных Регистра с помощью логистического регрессионного анализа путем пошагового включения предикторов создана математическая модель для расчета вероятности летального исхода у пациентов с ТЭЛА. В формулу вошли 10 показателей: наличие/отсутствие постельного режима; наличие/отсутствие заболеваний легких; наличие/отсутствие хронической венозной недостаточности; систолическое давление в правом желудочке >36 мм рт.ст. по данным эхокардиографии; наличие/отсутствие симптомокомплекса легочного сердца; наличие/отсутствие дилатации правого предсердия; наличие/отсутствие ожирения; наличие/отсутствие жидкости в перикарде, не связанной с инфекционным процессом; наличие дилатации правого желудочка; наличие постинфарктного кардиосклероза.

Распространенность недостаточной продолжительности сна у студентов-медиков с разным уровнем артериального давления

Ватутин Н.Т., Склянная Е.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк

Цель. Изучить распространенность недостаточной продолжительности сна у студентов-медиков с разным уровнем артериального давления (АД).

Материалы и методы исследования. Объектом исследования послужили 440 студентов 5 курса медицинского университета. Было проведено одномоментное выборочное эпидемиологическое исследование для выявления АГ и ее связи с продолжительностью сна. Программа исследования включала трехкратное измерение АД и заполнение специального опросника, направленного на определение продолжительности сна. Все обследованные были разделены на 4 группы. К 1-й (91 чел.) были отнесены лица, имеющие оптимальное АД (ниже 120/80 мм рт.ст.), к 2-й (196 чел.) – нормальное (120/80 – 129/84 мм рт.ст.), к 3-й (112 чел.) – высокое нормальное (130/85 – 139/89 мм рт.ст.), к 4-й (41 чел.) – повышенное (140/90 и выше мм рт.ст.). Недостаточной считалась продолжительность сна ≤ 5 часов. Статистическая обработка данных была проведена на персональном компьютере в лицензионном пакете программы «MedStat».

Результаты исследования. Среди обследованных 1-й группы недостаточная продолжительность сна встречалась у 24 человек (26,4%, 95% ДИ 17,8–36,0%), во 2-й группе – у 82 (41,8%, 95% ДИ 35,0–48,8%), в 3-й – у 88 (78,6%, 95% ДИ 70,4–85,7%), в 4-й – у 34 (82,9%, 95% ДИ 69,6–93,0%). Использование метода множественных сравнений выявило достоверное увеличение распространенности недостаточной продолжительности сна в группах с более высоким АД ($p < 0,001$, $\chi^2=79,42$, $k=3$). Так, продолжительность сна ≤ 5 часов достоверно чаще наблюдалась в группе с высоким нормальным АД, чем в группе с оптимальным и нормальным ($p < 0,001$, $\chi^2=58,25$; $p < 0,001$, $\chi^2=40,76$) и в группе с гипертензией, чем в группе с оптимальным и

нормальным АД ($p < 0,001$, $\chi^2 = 38,47$; $p < 0,001$, $\chi^2 = 24,25$). Среди лиц с высоким нормальным АД и гипертензией распространенность небольшой продолжительности сна достоверно не отличалась ($p = 0,987$, $\chi^2 = 0,14$).

Выводы. По мере повышения АД, распространенность недостаточной продолжительности сна у студентов-медиков достоверно возрастает.

Влияние буспирона гидрохлорида на уровень мозгового натрийуретического пептида у пациентов с хронической сердечной недостаточностью ишемической этиологии и тревожно-депрессивными расстройствами

Ватутин Н.Т., Христиченко М.А., Гончарук М.С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, Донецк

Цель. Оценить влияние анксиолитика буспирона гидрохлорида на уровень N-концевого предшественника мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии и тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР).

Материалы и методы. В исследование включено 20 пациентов с ХСН II-IV функционального класса (ФК) по NYHA ишемической этиологии (14 мужчин и 6 женщин, средний возраст $66,4 \pm 10,5$ года). Критерии включения: наличие клинических признаков ХСН II-IV ФК по NYHA, адекватная медикаментозная терапия ХСН, рекомендованная действующими руководствами, добровольное согласие больного. Критерии исключения: I ФК ХСН по NYHA, органические расстройства личности, прием антидепрессантов, анксиолитиков, транквилизаторов в течение 1 мес до включения, декомпенсация ХСН в течение 1 мес до включения, тяжелая сопутствующая патология, ОКС в течение 1 мес до включения, алкогольная и наркотическая зависимость, выраженные нарушения когнитивных функций. Наличие ТДР определялось при помощи опросников HADS, Спилберга-Ханина и Бека, по данным которых пациенты были разделены на 2 группы по 10 человек. Пациенты первой группы имели ТДР, у больных второй группы ТДР отсутствовали. Пациенты 1-й группы в дополнение к стандартной терапии ХСН получали буспирона гидрохлорид (Буспирон Сандоз) в стартовой дозе 5 мг 3 раза в сутки с постепенным в течение 2 недель повышением дозы до эффективной (10 мг 3 раза в сутки). Пациенты 2-й группы получали только стандартную медикаментозную терапию ХСН, рекомендованную действующими руководствами. Длительность периода лечения/наблюдения составила 3 мес. Исходно и через 3 мес у всех больных определяли уровень NT-proBNP с помощью иммунохимического экспресс-анализатора «Cardiac Reader» (Roche Diagnostics, Швейцария).

Результаты. Обе группы пациентов были сопоставимы по возрасту, полу, длительности и тяжести ХСН, частоте перенесенного ИМ, получаемой медикаментозной терапии ($p > 0,05$). В начале исследования уровень NT-proBNP в 1-й группе был достоверно выше ($p < 0,001$) – $2123 \pm 135,5$ пг/мл по сравнению со 2-й группой – 1337 ± 297 пг/мл. К концу наблюдения у больных 1-й группы отмечалось статистически значимое снижение уровня NT-proBNP ($1168 \pm 173,6$ пг/мл, $p < 0,001$) по сравнению с исходными показателями. Во 2-й группе статистически значимых изменений не произошло ($1271 \pm 121,5$ пг/мл, $p = 0,067$ по сравнению с исходными показателями).

Выводы. Применение буспирона гидрохлорида в дополнение к стандартной терапии больных ХСН ишемической этиологии с ТДР способствует снижению у них уровня NT-proBNP.

Психологический климат в семье как фактор риска развития хронического панкреатита

Вахрушев Я.М., Михайлова О.Д., Тухватуллина А.А., Гризус Я.И.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель исследования. Изучить психологические особенности семей больных хроническим панкреатитом (ХП) с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Обследовано 34 больных ХП в фазе обострения (1 группа) и 46 – с ХП в сочетании с МС (2 группа) в возрасте 26–70 лет, мужчин было 28, женщин – 52. Диагноз ХП устанавливался в соответствии со Стандартами диагностики и лечения ХП (НОГР, 2010). Верификация МС проводилась согласно современным критериям ВНОК (2009). Для изучения социально-демографических, психологических характеристик семьи, а также особенностей родительской семьи пациентов была составлена специальная анкета. По изучаемым факторам был рассчитан их относительный риск (ОР) для развития ХП и ХП с МС. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц в возрасте от 25 до 50 лет.

Результаты. Большинство здоровых и пациентов 1-й группы (83,3% и 80% соответственно) оценили свой брак как счастливый, тогда как во 2-й группе – лишь 57,9% опрошенных. 20% больных 1-й группы и 26,32% – 2-й группы считают, что их брачный союз сложился неудачно, в контрольной группе таких респондентов не было. При преобладании доверительных отношений в семьях опрошенных, конфликтные ситуации явились фактором риска: ОР 2,14 и 2,65 соответственно. Выявлено, что в 1-й группе преобладали конфликты между родителями и детьми (в 64,7%, ОР – 2,1), а во 2-й группе – между супругами (в 65,2%, ОР – 1,1). На стрессовые ситуации опрошенные реагировали по-разному: у большинства респондентов 1-й группы (88%) пропадал аппетит, тогда как у больных 2-й группы и здоровых он чаще повышался (43,1% и 75% соответственно). Важно, что при возникновении хронического заболевания (ХП) у одного из супругов 23,5% и 26,1% респондентов 1-й и 2-й групп соответственно отметили учащение конфликтов в семье. Тем не менее в период болезни за помощью опрошенные всех групп обращались преимущественно к семье: к родителям – 25% в контрольной группе, 8,7% – в 1-й группе и 17,6% – во 2-й группе, к мужу либо жене – 55%, 26,1%, 29,4% соответственно. К помощи детей пациенты прибегали несколько чаще, чем респонденты контрольной группы: 47,8% в 1-й группе, 35,5% во 2-й группе и 20% среди здоровых. При изучении особенностей родительской семьи выявлено, что больные чаще считали, что их недостаточно любили родители в детстве (ОР – 1,7 в 1-й группе, 2,67 во 2-й группе) и отмечали чрезмерную строгость отца и матери (ОР – 1,9 в 1-й группе и 2,13 во 2-й группе). Подтверждением отсутствия теплоты во взаимоотношениях служит то, что 35,3% больных 1-й группы и 47,8% больных 2-й группы считают, что родители очень редко поощряли их за успехи.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о важной роли как родительской, так и существующей семьи в возникновении хронического заболевания и адаптации больного к нему, что необходимо учитывать

врачам первичного звена при планировании лечебно-профилактических мероприятий на уровне семьи.

Ремоделирование внеклеточного матрикса меди грудной аорты крыс линии Вистар при моделировании хронического адренергического стресса и через 1 месяц после окончания эксперимента

Вебер В.Р., Лобзин Ю.В., Рубанова М.П., Жмайлова С.В., Губская П.М., Карев В.Е., Румянцев Е.Е., Атаев И.А.

Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, Научно-исследовательский институт детских инфекций, Великий Новгород, Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить изменения внеклеточного матрикса (ВКМ) медиального слоя грудной аорты у крыс линии Вистар при моделировании хронического адренергического стресса и через 1 месяц после окончания эксперимента.

Материалы и методы. Эксперимент проводился на крысах-самцах линии Вистар, сопоставимых по возрасту и массе (200 ± 20 г.). Животные содержались в помещении с температурой воздуха 22°C с 12-часовым циклом свет/темнота. Животные имели свободный доступ к воде и пище. Моделирование хронического адренергического стресса (ХАС) производилось путем интраперитонеального введения 10 крысам на протяжении 2 недель три раза в сутки адреналина из расчета 50 мкг/кг. Декапитация и забор материала на исследование проводились у 5 крыс сразу после 2 недель введения препарата, а еще у 5 крыс через 1 месяц после прекращения введения препарата, в течение которого животные содержались без медикаментозных и стрессовых воздействий. Контрольную серию составили 10 крыс, не подвергавшихся медикаментозным и стрессовым воздействиям. Кусочки стенки грудного отдела аорты фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, дегидратировали в спиртах возрастающей концентрации и заливали в парафин по общепринятой методике с последующим изготовлением срезов ткани толщиной 4 мкм. Парафиновые срезы, окрашенные по Ван Гизону, исследовались с использованием светооптического бинокулярного микроскопа AxioscopeA1 (Carl Zeiss, Германия). В 9 полях зрения ($0,42 \times 0,32$ мм, площадь кадра $0,13 \text{ мм}^2$) при увеличении $\times 400$ у каждой крысы в меди грудного отдела аорты с помощью сетки Г.Г. Автандилова производился подсчет в объемных процентах (об.%) объемной плотности коллагена и внеклеточных пространств (ВКП). Для исследования изменения эластинового каркаса аорты парафиновые срезы окрашивали орсеином по Шиката. Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных орсеином, проводилась с помощью сетки Г.Г. Автандилова. Измерения проводились в 11 полях зрения ($1,08 \times 0,81$ мм, площадь кадра $0,87 \text{ мм}^2$) при увеличении $\times 400$. Производился подсчет в объемных процентах (об.%) объемной плотности эластина в средней оболочке грудной аорты. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 99 (с) 1997 by Stat Soft, Inc.

Результаты исследования показали, что при моделировании ХАС через 2 недели введения адреналина объемная плотность ВКП незначительно увеличилась, всего на 8% (с $7,77 \pm 0,65$ об.% до $8,39 \pm 0,56$ об.%; $p > 0,05$). Однако через месяц после прекращения эксперимента объемная плотность ВКП уменьшилась на 53,3% с $7,77 \pm 0,65$ об.% в контроле до $3,63 \pm 0,32$ об.% через 1 месяц; $t = 6,069$, $p = 0,0001$). Объемная плотность коллагена через 2 недели увеличилась на 36,3% (с $15,72 \pm 0,83$ об.% в контроле до $21,43 \pm 1,37$ об.% через 2 недели; $t = -3,746$, $p = 0,0001$) и

продолжала оставаться практически на том же уровне через 1 месяц после прекращения введения препарата ($22,33 \pm 0,81$ об.%). Плотность эластина по сравнению с контрольной серией через 2 недели уменьшилась на 6,9% ($84,64 \pm 0,77$ об.% и $78,91 \pm 1,06$ об.%, соответственно; $t = 4,374$, $p = 0,0001$). Через 1 месяц после прекращения введения адреналина объемная плотность эластиновых волокон по сравнению с контрольной точкой 2 недели уменьшилась на 32,9% (с $78,91 \pm 1,06$ об.% до $52,96 \pm 1,28$ об.%; $t = 12,144$, $p = 0,0001$).

Таким образом, даже через месяц после окончания эксперимента ремоделирование ВКМ продолжается – в основном нарастает деградация эластиновых волокон и значительно уменьшается объемная плотность ВКП. Такие изменения ВКМ позволяют говорить о том, что процессы ремоделирования в меди грудной аорты, запущенные ХАС, продолжают и в течение месяца после прекращения эксперимента.

Уровень резистина у больных сахарным диабетом 2 типа и подагрой

Вербовой А.Ф., Цанава И.А., Каторжанская Т.Ю., Каторжанский В.К.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Цель. Оценить взаимосвязь резистина и гормонально-метаболических показателей у больных сахарным диабетом 2 типа и подагрой.

Материалы и методы. Обследовано 64 мужчины в возрасте от 41 до 70 лет, которые были разделены на 3 группы. Первую группу составили 18 пациентов, у которых был сахарный диабет (СД) 2 типа, средний возраст – $57,83 \pm 1,67$ лет. Во вторую группу вошли 25 мужчин с подагрой, средний возраст составил $59,52 \pm 1,27$ лет. Третья группа включала 21 пациента с сочетанием СД 2 типа и подагры, средний возраст которых был $57,57 \pm 1,44$ лет. Контролем служили результаты обследования 40 практически здоровых мужчин. В первую младшую контрольную группу вошли 20 мужчин со средним возрастом $21,03 \pm 0,15$ год. Вторую старшую контрольную группу составили 20 человек, средний возраст которых $51,31 \pm 1,34$ год. У всех обследованных измерялись антропометрические показатели с дальнейшим расчетом индекса массы тела (ИМТ) по формуле $\text{ИМТ} = (\text{вес (кг)})/(\text{рост (м)}^2)$ и отношения окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ). Определение гликемии в плазме венозной крови проводилось глюкозооксидационным методом на биохимическом анализаторе «Erba XL-200» компании Erba Lachema (Чехия). Уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ) исследовался методом иммуноферментного анализа на аппарате «Architect i1000SR» (Abbot, Германия). Инсулинорезистентность оценивалась по показателю НОМА-IR ((ИРИ $\times$ гликемия натощак)/22,5). Показатели липидного спектра крови (общий холестерин, холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицериды, холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП)), а также уровень мочевой кислоты определялись спектрофотометрическим методом на биохимическом анализаторе «Screen Master Plus» (Hospitex diagnostic, Швейцария). Уровень резистина в сыворотке крови исследовался методом иммуноферментного анализа на аппарате «Expert Plus» (Asys, Австрия). Результаты: ИМТ в группах пациентов с СД 2 типа ($32,11 \pm 0,88 \text{ кг/м}^2$), подагрой ($32,31 \pm 0,88 \text{ кг/м}^2$) и их сочетанием ($33,35 \pm 1,04 \text{ кг/м}^2$) соответствует I степени ожирения. Во всех трех группах обследованных ОТ была более 94 см, а отношение ОТ/ОБ больше 0,95, что позволило диагностировать у них висцеральный тип ожирения. Концентрация триглицеридов была достоверно повышена во всех трех группах больных относительно обеих контрольных групп ($p < 0,05$), а общего холестерина – только по сравнению с группой контроля младшего возраста ($p < 0,05$). Эти изменения сопровождались повышением

коэффициента атерогенности ($p > 0,05$). У больных с сахарным диабетом 2 типа и его сочетанием с подагрой уровень гликемии значимо повышен относительно обеих контрольных групп, а у пациентов с подагрой – только по сравнению с младшим контролем, но при этом не выходит за пределы нормального диапазона. Повышение концентрации глюкозы происходило на фоне инсулинорезистентности у пациентов всех трех групп, которая сопровождалась компенсаторной гиперинсулинемией. Уровень мочевой кислоты был значимо повышен во всех трех группах только по сравнению с группой контроля младшего возраста. Если у пациентов с подагрой содержание резистина достоверно повышено относительно обеих контрольных групп, то у больных с сочетанием СД 2 типа и подагры это повышение было значимым только по сравнению с младшим контролем ($p < 0,05$). У обследованных с СД 2 типа уровень резистина практически не отличался от контрольных величин ($p > 0,05$). В группах пациентов с подагрой и с сочетанием СД 2 типа и подагры выявлены положительные корреляции между концентрацией резистина и уровнем мочевой кислоты ($r = 0,419$; $p = 0,037$ и $r = 0,515$; $p = 0,017$ соответственно).

Выводы: у мужчин с сахарным диабетом 2 типа, подагрой и сочетанием этих заболеваний выявлено повышение уровня резистина на фоне инсулинорезистентности и атерогенной дислипидемии.

Снижение продолжительности сна и вазомоторная дисфункция эндотелия

Виноградов А.А., Виноградова Н.А.

Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль

Актуальность. Эндотелиальная дисфункция (ЭД) рассматривается как одно из патогенетических звеньев развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Активация или снижение выработки биологических веществ эндотелием, их дисбаланс или неадекватная реакция на раздражители входит в понятие ЭД. К известным факторам нарушения реактивности эндотелия и сосудистого русла в целом относят воспаление, метаболические изменения (гиперлипидемия, оксидативный стресс), дисбаланс выработки катехоламинов и цитокинов. В клинике сердечно-сосудистых заболеваний отмечается суточная вариативность в частоте развития тромботических осложнений, так, например, риск развития инсульта в утренние часы максимальный. Состояния, сопровождающиеся нарушениями сна (депрессия, ночное апноэ), ассоциированы с высоким риском ССО. На экспериментальных животных показано (Sauvet F. et al, 2014), что лишение сна приводит к значительному снижению реактивной вазодилатации, специфическому маркеру ЭД, вне зависимости от влияний симпатической нервной системы, что указывает на иной патогенетический путь. В данной связи на роль еще одного предиктора развития ЭД претендует мелатонин (Rodella L.F. et al, 2013) – гормон эпифиза, вырабатываемый исключительно во сне, в темноте.

Цель работы. Оценить влияние снижения продолжительности сна на функциональное состояние вазомоторной функции эндотелия.

Материалы и методы. Были обследованы 2 независимые группы: 10 здоровых добровольцев (без факторов риска ССЗ) и 10 больных гипертонической болезнью стабильного течения I степени на монотерапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента с длительным периодом полувыведения. Критерием исключения было выявление диссомнических расстройств в анамнезе. Для оценки вазомоторной функции эндотелия применялась модифицированная проба с реактивной

гиперемией (Celermajer D. 1991). Обследование проводилось в 2 этапа: после 8–9 часового полноценного сна с полным затемнением помещения (засыпание не позднее 23:00) и на следующий день после 3–4 часового сна (засыпание после 4 часов утра). Оценивались показатели сердечно-сосудистой системы: ЧСС, АД, вариабельность сердечного ритма. Статистический анализ проводили с применением критериев непараметрической статистики.

Результаты. В группе здоровых добровольцев исходно уровень реактивной вазодилатации был в пределах нормы ($>10\%$), а после 3-х часового сна выявлено достоверное снижение эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) на 14% от исходного уровня, а у 2 человек (20%) выявлено снижение менее 10% (инструментальный признак ЭД). Уровень эндотелий-независимой вазодилатации (ЭНВД), ЧСС, АД исходно и после ограничения продолжительности сна достоверно не различался и был в пределах нормы. В группе больных ГБ исходный уровень ЭЗВД у 7 (70%) пациентов был ниже 10%, что расценено, как исходная ЭД. При этом ЭНВД исходно была у всех пациентов в пределах нормы. После 3-х часового сна в данной группе отмечалось снижение ЭЗВД более чем на 30% от исходного уровня. У всех пациентов ЭЗВД была менее 10%, а у 3 пациентов выявлено значительное снижение реакции сосудистого русла на нитроглицериновую пробу. Только у этих пациентов отмечалась тенденция к повышению АД после ограничения сна.

Выводы. Снижение ЭЗВД после ограничения продолжительности сна выявлено и у здоровых лиц, и у больных с ГБ. Отсутствие у здоровых лиц иных факторов указывает на причинную роль нарушений сна для развития ЭД, что предполагает роль снижения мелатонина в ее развитии. Схожие изменения вазореактивности у больных ГБ могут быть связаны с данными механизмами, что усугубляет имеющуюся ЭД и увеличивает риск сосудистых осложнений у больных с нарушениями сна.

Проблема приверженности лечению у лиц с нестабильной стенокардией

Виноградова Н.А., Виноградов А.А.

Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль

Большое значение в профилактике сердечно-сосудистых осложнений и повышению продолжительности и качества жизни больных ишемической болезнью сердца (ИБС) имеет приверженность пациентов к назначенному лечению. Известно, что уровень приверженности пациентов с ИБС невысок и варьирует в пределах 20–70% в отношении разных рекомендаций. Данный процесс определяется сложным взаимодействием факторов, связанных как с ситуацией получения медицинской помощи, так и с личностными особенностями пациента.

Цель исследования. Изучить отношение к заболеванию, приверженность лечению лиц у лиц, перенесших обострение ишемической болезни сердца – с нестабильной стенокардией (НС) в зависимости от различных факторов. Материалы и методы: методом добровольного анкетирования и анализа карт стационарного больного были изучены данные клинического обследования 35 больных с НС. Критерий включения в исследование был установленный диагноз НС в период данной госпитализации или на предшествующих этапах амбулаторного обследования. Основными критериями исключения из исследования явились: наличие острого инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, сердечной недостаточности IIБ–III стадии, сахарного диабета, онкологических заболеваний, поражений других систем и органов в

тяжелой форме. Отношение к заболеванию оценивалось на основании ответов пациентов на вопрос о значимости заболевания. Для исследования комплаентности использовалась шкала Мориски-Грин (Morisky D.E., 1985). Статистический анализ проводился с применением критериев непараметрической статистики.

Результаты: на основании шкалы Мориски-Грин все пациенты были разделены на две группы: 1-я группа – с высокой приверженностью лечению (ВПЛ); 2-я группа – с низкой приверженностью лечению (НПЛ). 24 (68,6%) больных – женщины, средний возраст пациентов 59 (49–72) лет, длительность заболевания 5 (3–12) лет, ИМ в анамнезе – у 14 человек (40%), ГБ у 25 (71,4%), НРС у 16 (45,7) %. Большинство пациентов (82,8%) осведомлены о том, что заболевание имеет хронический характер и требует постоянного контроля. При этом в качестве основного способа контроля (94,2%) указывается фармакотерапия, а как значимые меры изменение образа жизни (62,8%) и регулярное наблюдение у врача (52,5%) рассматриваются меньшим числом пациентов. 11 (31,4%) больных считают свое заболевание крайне опасным для жизни, 19 (54,3%) – достаточно опасным, поэтому большинство из них (15 человек, 78,9%) ожидают от лечения существенного улучшения самочувствия и увеличения продолжительности жизни, 5 (14,3%) больных думают, что заболевание вредит здоровью, но жить с ним не опасно, они же склоняются, что лечение позволяет только улучшить самочувствие. Все пациенты отмечают повышенную утомляемость и слабость на фоне болезни. Выраженные эмоционально негативные состояния наблюдались в среднем у 20,0%, при этом преобладали тревожные переживания с чувством растерянности, невозможности отвлечься от мыслей о болезни, в некоторых случаях – с чувством усталости от болезни, подавленностью. При анализе гендерного и возрастного факторов среди больных с НС обращает на себя внимание более низкая комплаентность у мужчин за счет более легкомысленного отношения к заболеванию, пациенты в возрасте старше 55 лет демонстрируют более серьезное отношение к своему заболеванию, в связи с чем проявляют большую старательность в выполнении врачебных рекомендаций. Группы пациентов достоверно различались по среднему количеству принимаемых таблеток. Это согласуется с литературными данными о том, что приверженность выше в случае минимизации количества препаратов.

Выводы: для больных с ВПЛ характерно: женский пол, возраст >55 лет, небольшая длительность заболевания, наличие ИМ в анамнезе, коморбидность (АГ, нарушения ритма сердца). Также комплаентность обуславливают: полная информированность пациентов о своем заболевании и его осложнениях, доверие к врачу, отсутствие вредных привычек, высокий уровень социальной активности, проживание в семье. Причинами НПЛ были: длительный срок заболевания, легкомысленное отношение к болезни, недостаточная осведомленность о серьезности заболевания, развитии возможных осложнений, неготовность изменить привычный образ жизни.

Вопросы экспертизы профпригодности работника с фибрилляцией предсердий в практике медицины труда

Власова Е.М.

Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения, Пермь

Фибрилляция предсердий (ФП) – одна из самых распространенных аритмий, первичная диагностика которой во время проведения периодического медицинского осмотра (ПМО) работающих во вредных условиях труда

увеличивается с каждым годом. По данным фрамингемского исследования, риск развития ФП у мужчин и женщин старше 40 лет составляет 26 и 23% соответственно. Известно, что в 30–45% случаев пароксизмальной ФП и 20–25% случаев персистирующей ФП возникают у молодых лиц без патологии сердца. Экспертиза профпригодности является одним из основных направлений деятельности Центра медицины труда и профпатологии. При решении вопроса допуска работника к профессии довольно часто врачебной комиссией приходится решать спорные вопросы. Сложности экспертизы представляют случаи бессимптомного течения пароксизмов ФП.

Цель – анализ клиничко-экспертной работы Центра медицины труда и профпатологии при решении вопроса допуска работника с впервые установленным диагнозом ФП к профессии. Сложности при принятии решения заключаются в том, что возрастные стажированные работники в случае профнепригодности не имеют возможности переквалификации, с одной стороны, с другой стороны, фибрилляция предсердий увеличивает риск развития инсульта и риск внезапной смерти. Не всегда удается найти наилучшее, правильное решение. В Центр медицины труда и профпатологии (Центр) для уточнения диагноза ФП и/или решения вопроса профпригодности после ПМО в течение 3-х лет направлено 548 работников предприятий и организаций Пермского края. Средний возраст работников 47,2±6,7 лет, средний стаж 31,3±8,4 лет; преимущественно мужчины. Из направленных в Центр работников с ФП 58,5% случаев являлись врачебной находкой на этапе ПМО. Сложности первичной диагностики заключались в ограничении объема обследований, отсутствии анамнестических сведений, позволяющих установить или исключить заболевания, способствующие развитию ФП. Каждый случай при выявлении ФП у работника требует от врачебной комиссии решить задачу экспертизы, а в последующем периоде требует индивидуальной схемы диспансеризации работника. Приоритетным является эффективный контроль основного заболевания.

По результатам обследования в Центре в 28,3% случаев диагностирован недатированный инфаркт миокарда, в 66,6% случаев установлена артериальная гипертензия; заболевания щитовидной железы выявлены в 1,2% случаев. «Идиопатическая» ФП установлена только в 5,8% случаев. Решением врачебной комиссии 38,6% работников отстранены от профессиональной деятельности, 18,4% работников имеют ограничения по производственным факторам. Однако у одного и того же работника проявления ФП могут со временем измениться при адекватной терапии основного заболевания, а возможны функциональные и структурные изменения, увеличивающие риск осложнений и внезапной смерти. Раннее выявление ФП может позволить раньше начать адекватную терапию для защиты работника. При анкетировании работников в Центре ощущение сердцебиения или перебоев в работе сердца в покое отметили 17,7% работников, после физической нагрузки или во время рабочей смены – 12,2% работника, что позволяет предположить, что работники имели бессимптомные, самостоятельно купирующиеся эпизоды ФП. Сложности первичной диагностики на этапе ПМО заключаются в отсутствии или сокрытии работником симптомов ФП, в регистрации на электрокардиограмме (ЭКГ) в момент обследования правильного синусового ритма. Нерегулярный пульс во время осмотра должен настораживать врача во время ПМО, даже при отсутствии изменений на ЭКГ. Следует обращать внимание на выявление синдромов удлинения и укорочения интервала QT, которые могут быть ассоциированы с ФП. При решении вопроса профпригодности следует учитывать, что сопутствующие заболевания и возраст значительно ускоряют прогрессирование ФП и развитие осложнений. Таким образом, допуск к профессии работников с ФП является дискуссионным вопросом в медицине труда и требует дальнейшего изучения.

Изменение психического и вегетативного статуса в ходе эксперимента по частичной сенсорной изоляции

Водопьян А.В., Водопьян О.В.

Городская поликлиника №1, Благовещенск

Цель. В условиях сенсорной изоляции нарушается протекание перцептивных процессов, возникают зрительные и слуховые иллюзии, резко снижается общительность, ясность поведения и способность мыслить. Кроме этого, возникают и нарушения в деятельности ряда органов и систем организма. В эксперименте необходимо было установить, какие физиологические параметры меняются в ходе эксперимента по сенсорной изоляции.

Материалы и методы. В условиях сенсорной изоляции было исследовано 5 студентов медицинского ВУЗа, трое юношей и две девушки, в возрасте от 19 до 22 лет. По условиям эксперимента каждый участник соглашался провести 5 дней (непрерывно) в одиночестве, сам с собой, не пользуясь никакими средствами коммуникации (телефоном, интернетом), не включая компьютер или другие гаджеты, а также радио и телевизор. Все остальные человеческие занятия — игра, чтение, письмо, рисование, лепка, пение, прогулки и физические нагрузки были разрешены, с условием минимизации личностных контактов. Статистическая обработка полученных данных проводили с помощью компьютерной программы StatSoft Statistica v 10.0. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Всем участникам было не комфортно, в голове начинали крутиться «дурацкие мысли», многие собирались бросить эксперимент. У всех 5 наблюдались вегетативные симптомы: головокружение, тошнота, неустойчивость АД. Кроме этого, у всех исследуемых появился симптом тревожности за свое состояние, в ходе эксперимента. Выявлена зависимость уровня тревожности и некоторых показателей. Так, общая корреляционная зависимость систолического артериального давления (САД) ($105,2 \pm 12,28821$) и уровня тревоги ($0,8 \pm 0,76376$) в группах составила — 0,550508, диастолического АД (ДАД) ($68,4 \pm 8,50490$) и уровня тревоги — 0,500329. Граница уровня ошибки составила 0,05. У 4-х человек (80%) было отмечено, что артериальное давление (АД) по дням эксперимента прогрессивно уменьшалось, и было статистически достоверным событием ($p < 0,05$). Общая корреляционная зависимость САД ($104,5 \pm 12,34376$) и уровня тревоги ($0,7 \pm 0,80131$) в подгруппе составила — 0,601277, ДАД ($68,0 \pm 8,33509$) и уровня тревоги 0,859405, соответственно. ($p < 0,05$). У 1-го (20%) — отмечалось прогрессивное повышение уровня систолического АД с корреляционной зависимостью САД ($108,0 \pm 13,03840$) и уровня тревоги ($1,2 \pm 0,44721$) — 0,085749, а ДАД ($70,0 \pm 10,0$) и уровня тревоги — 0,559017, соответственно ($p < 0,05$). У 1-го исследуемого (20%) с артериальной гипертонией к концу эксперимента также повысилась и общая температура тела, без симптомов какого-либо воспалительного процесса. У остальных 4-х — колебания температуры были статистически недостоверными. Температура тела по данным t-test $36,4150 \pm 0,37735$ ($p = 0,0$). Общая корреляционная зависимость в группе исследуемых уровня тревожности и головокружения, тошноты, общей слабости были 0,695570, 0,636496 и 0,643623 ($p < 0,05$), соответственно. Дискриминантный анализ зависимости уровня тревоги выявил следующие закономерности: тревожность и САД составил 0,281421, ДАД — 0,292749, температуры тела — 0,297674, головокружения — 0,260778, тошноты — 0,321651, общей слабости — 0,272966 (при $p < 0,0075$). Вегетативные изменения отмечались у всех исследуемых, нарастающие в ходе эксперимента по сенсорной изоляции. F-критерий зависимости уровня тревожности, оказался более значимым у показателя тошнота — 2,634041.

Выводы. В условиях длительного ограничения общения, человек лишен большинства привычных раздражителей, человек отрывается от обычной социальной среды, что влияет на функционирование физиологических систем организма, прежде всего на вегетативную нервную систему. В сочетании, к примеру, с условиями невесомости, резкое ограничение обычных раздражителей, при нарушении привычного ритма жизни и сенсорной изоляции, могут привести к серьезным психическим и вегетативным расстройствам у человека, что потребует дополнительного исследования.

Риск развития атеросклероза и остеопороза у женщин с хирургической менопаузой, возникшей в репродуктивном возрасте на фоне заместительной гормональной терапии

Воеводина И.В., Майчук Е.Ю., Митрохина Т.В., Передерко А.В., Юренева С.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, Москва

Цель исследования. Изучить динамику факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ФР ССЗ) и их влияние на развитие ранних атеросклеротических изменений и остеопороза у женщин, перенесших двухстороннюю овариэктомию в зависимости от приема заместительной гормональной терапии (ЗГТ).

Материалы и методы: в исследование были включены 87 женщин с хирургической менопаузой. 50 пациенток (1-я группа) принимали заместительную гормональную терапию (ЗГТ) и 37 пациенток не получали ЗГТ (2-я группа). Пациентки 1-й группы были обследованы дважды (до начала ЗГТ и через десять и более лет наблюдения), 2-й группы — однократно через аналогичный период после операции. Проведены доплерография магистральных артерий головы и шеи, измерение скорости пульсовой волны (СПВ), двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (ДЭРА) для оценки минеральной плотности костей (МПК), детальный анализ наиболее распространенных факторов риска заболеваний ССС (ФР ССЗ). Полученные значения обрабатывали с использованием пакета программ STATISTICA 5.0 и 6.0 (Stat Soft Inc, США).

Результаты и обсуждение. Пациентки обеих групп были сопоставимы по возрасту проведения оперативного лечения ($39,4 \pm 7,1$ лет против $42,6 \pm 2,4$ лет — 2-я группа), возрасту на момент исследования ($51,9 \pm 5,6$ лет и $53,5 \pm 3,5$ лет, соответственно), и длительности менопаузы ($13,2 \pm 0,7$ лет и $11,0 \pm 4,1$ лет, соответственно). Оценка частоты встречаемости ФР выявила у каждой пятой (22% и 21,6%) пациентки обеих групп курение, нарастание выраженности атерогенной дислипидемии и частоты встречаемости артериальной гипертензии у пациенток 1-й группы в динамике, развитие сахарного диабета у четырех пациенток 1-й группы и у трех 2-й группы. Во 2-й группе в 43% случаев выявлено ($p < 0,05$) общее и абдоминальное ожирение, ожирение 3 степени — 8,1% пациентка. У пациенток обеих групп с наличием ожирения отмечено значимое увеличение толщины КИМ ОСА ($0,98 \pm 0,18$ мм против $1,04 \pm 0,20$ мм пациенток 2-й группы). ФР ССЗ в 82% встречались у пациенток 1 группы и в 94,5% — 2-й группы, среди которых преобладали (45,9%) пациентки с тремя и более ФР. Выявлена достоверная разница в показателях СПВ и толщины КИМ ОСА (у пациенток обеих групп с наличием трех и более ФР ССЗ (СПВ- $12,3 \pm 5,3$ — 1-я группа и $15,3 \pm 7,8$ мм/сек — 2-я группа, $p < 0,05$) и толщины КИМ ОСА ($0,91 \pm 0,1$ мм против $1,04 \pm 0,16$ мм, соответственно, $p < 0,05$). У пациенток 2-й группы

в 17,6% были выявлены атеросклеротической бляшки. Многообразие встречаемости ФР послужило поводом для проведения моделирования шансов атеросклероза в зависимости от возраста. Так, наличие у пациентов общего и абдоминального ожирения, по сравнению с пациентами, не имеющими этих ФР с возрастом, увеличивают шансы развития атеросклероза на 11,5% и 5%, соответственно, а увеличение показателя холестерина липопротеидов низкой плотности и подъем АД на 1мм.рт.ст – на 3 %. Анализ средних показателей минеральной плотности кости (МПК) в области L2-L4 и T Total по данным ДЭРА у 3-х (8,1%) пациенток 2-й группы выявил нормальные показатели, у 21 (56,8%) – наличие остеопении, а у 13 пациенток (34,2%) – остеопороз. У 2 пациенток (5,4%) в анамнезе – переломы костей после двусторонней овариоэктомии. Результаты первичного обследования МПК (по Т-критерию) пациенток 1-й группы выявили у 3-х женщин (6%) остеопороз, а у 16 (32%) – остеопению, что свидетельствует о «быстрой» фазе снижения МПК в первый год после операции. Через 10 лет после оперативного лечения у 21 (42%) пациентки показатели МПК соответствовали возрастной норме, остеопороз выявлен у 9 (18%) пациенток, у 20 женщин (39,9%) – остеопения. Остеопороз достоверно чаще встречался у женщин более старшего возраста (53,7±1,3 лет против 50,7±1,9 лет с нормальной МПКТ), с поздним началом приема ЗГТ после оперативного лечения (через 2,03±1,21 лет против 0,97±0,92 лет с нормальной МПКТ) и меньшей продолжительностью приема ЗГТ (7,22±2,09 лет против 9,23±2,42 лет – с норм. МПК). Выводы: проведение билатеральной овариоэктомии в позднем репродуктивном возрасте у женщин вызывает раннее развитие атеросклероза и остеопороза и их прогрессирование более выраженное при отсутствии коррекции хирургической менопаузы.

Метод прогнозирования развития сердечной недостаточности у больных системной красной волчанкой

Войнова Ю.В., Козлова Л.К., Багирова Г.Г., Кучма Г.Б.

Оренбургская областная клиническая больница, Оренбургский государственный университет, Оренбург

Введение, идея. Поражение сердца при системной красной волчанке (СКВ) развивается примерно в 30% случаев и часто приводит к развитию острой или хронической сердечной недостаточности (СН), которая в настоящее время входит в число ведущих причин в структуре ранней смертности при СКВ. По этой причине раннее прогнозирование развития сердечной недостаточности у пациентов СКВ является весьма актуальной проблемой. Целью данного исследования явилась разработка и внедрение модели прогнозирования развития сердечной недостаточности у больных СКВ. Материалы и методы. На базе ревматологического отделения ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая больница» (ООКБ) обследовано 80 больных СКВ. Среди обследованных больных преобладали женщины (92,5%) в возрасте 39,0 [32,0; 49,0] лет, длительность заболевания составляла 7 [3; 12] лет. Превалировала II степень активности (56,3%) и хроническое течение болезни (48,8%). Помимо стандартного обследования, всем пациентам определяли уровень N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) в сыворотке крови методом ИФА при поступлении в стационар и после проведенного лечения, а также уровень гомоцистеина. Для уточнения функционального класса (ФК) СН выполнялась проба с дистанционной ходьбой в течение 6 минут. Эхокардиографическое исследование выполняли по стандартному протоколу. Для определения суммарного риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов в ближайшие 10 лет

была использована шкала подсчета баллов SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ «IBM SPSS Statistics, version 20.0». Для комплексной оценки и описания всех полученных в исследовании данных мы использовали многомерные методы статистического анализа: факторный, множественный регрессионный (МРА) и дискриминантный анализы.

Результаты. После получения массива данных и проведенной факторизации мы выполнили МРА. В результате обратного пошагового метода мы выделили 2 фактора, которые обладали наибольшей предсказательной способностью в отношении сердечной недостаточности. Это «Сердечная недостаточность/NT-proBNP» и «Легочная гипертензия». Фактор «Сердечная недостаточность/NT-proBNP» включает в себя следующие переменные: ФК СН, значение индекса SCORE, значение NT-proBNP при поступлении в стационар и после проведенного стационарного лечения, а фактор «Легочная гипертензия»: диаметр ствол легочной артерии и давление в ней, размер правого желудочка (ПЖ). В итоге получена следующая формула, позволяющая вычислить вероятность развития СН у больных СКВ: $Y = 1,588 + 0,660 \times (XCH / NT-proBNP) + 0,601 \times (\text{легочная гипертензия})$. Так как переменные, входящие в формулу являются составными, формула приобретает следующий вид: $Y = 1,588 + 0,660 \times (0,297 \times \text{ФК СН} + 0,192 \times \text{Индекс SCORE} + 0,328 \times \text{NT-proBNP} + 0,338 \times \text{NT-proBNP-динамика}) + 0,601 \times (0,422 \times \text{Легочная артерия (ствол)} + 0,515 \times \text{Легочная артерия (давление)} + 0,346 \times \text{ПЖ})$. Мы использовали градацию сердечной недостаточности по стадиям (при округлении значения функции Y): 1 – СН нет, 2 – СН I стадии, 3 – СН II A стадии, 4 – СН II Б стадии, 5 и выше – СН III стадии. Если получаем значение Y ближе к 1, например, 0,9 или 1,2, то делаем вывод, что СН у обследуемого, скорее всего, нет; если значение Y ближе всего к 4, например, 3,8 или 4,2, вероятно, у обследуемого СН II Б стадии. По результатам проведенного дискриминантного анализа статистически значимые различия получены по следующим переменным: «ФК СН», «масса миокарда ЛЖ» (ММЛЖ), «NT-proBNP», «гомоцистеин» и «клапан легочной артерии (скорость кровотока)». Значение дискриминантной функции f для каждого обследуемого определяется в соответствии с формулой: $f = -1,406 + 0,007 \times (NT-proBNP) + 0,635 \times (\text{ФК СН}) - 0,033 \times (\text{Гомоцистеин}) - 1,265 \times (\text{Клапан легочной артерии (скорость кровотока)}) + 0,008 \times (\text{ММЛЖ})$. С помощью процедуры подгонки кривых были определены нестандартизованные коэффициенты для данной формулы. Формула оценки вероятности развития сердечной недостаточности в нашем случае имеет вид: $Y = 0,353 + 0,351f + 0,035f^2 - 0,022f^3$. Вероятность развития СН вычисляется в процентах. Данные модели реализованы в программах «IBM SPSS Statistics, version 20.0» и «Microsoft Office Excel». На основании результатов МРА и дискриминантного анализа нами разработана компьютерная программа прогнозирования развития или подтверждения наличия СН (с уточнением ФК СН) у больных СКВ. Данная программа успешно используется в работе ревматологического отделения ООКБ.

Оценка ассоциации генетических полиморфизмов РААС с клиническим течением хронической сердечной недостаточности

Волкова С.Ю., Томашевич К.А.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Цель исследования. Оценка ассоциации генетических полиморфизмов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) с течением заболевания у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы исследования. В исследование был включен 51 пациент (27 женщин и 24 мужчин, средний возраст $73,1 \pm 11,3$ года) с клинически выраженной ХСН, имеющих симптомы недостаточности кровообращения по обеим кругам, 3–4 функциональный класс ХСН, госпитализированных в МСЧ «Нефтяник». При помощи анализа геномной ДНК методом ПЦР «SNP-экспресс» с последующей электрофоретической детекцией определялся полиморфизм A1166C рецептора типа I ангиотензина-II (AGTR1), полиморфизмы T174M и M235T гена ангиотензиногена (AGT), полиморфизм гена ангиотензинпревращающего фермента (ACE). Результаты исследования представлены в виде определения генотипа (гомозигота по аллели 1, аллели 2 или гетерозигота) для генов AGTR1 и AGT, а также в определении аллели D-делеции (отсутствии) или аллели I-инсерции (вставка) Alu-последовательности внутри интрона гена ACE (исследование выполнено в ОКБ №1, КДЛ отдел молекулярно-генетических исследований). Исследование концевой фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) проведено с использованием реактивов Roche-Diagnostics (Швейцария), результаты (в пг/мл) представлены в виде медианы [интерквартильный размах]. Эхокардиографическое исследование (ЭХОКГ) проводилось на аппарате Acuson/Siemens S2000. Анализ полученных данных проведен с использованием программы IBM SPSS Statistics 22.

Результаты исследования. В изучаемой группе гомозигота 1166A определялась у 43,1%, гомозигота 1166C – у 9,8%, гетерозигота – у 47,1% больных ХСН, при этом аллель A1166 в генотипе была выявлена у 2/3 наблюдаемых. Генотип Met174Met (MM) выявлен у 27,5%, Thr174Thr (TT) – у 43,1% и соответственно гетерозиготный вариант Thr174Met (TM) – у 29,4% пациентов, при этом аллель Thr174 была найдена в 57,8% и достоверно чаще выявлялась в мужской группе (70,7% против 46,3% в женской группе, $p=0,003$). Гомозигота Thr235Thr (TT) и Met235Met (MM) выявлялись в 19,6%, а гетерозиготный вариант Met235Thr (MT) – в 60,8% исследований. Распределение аллелей Met235 и 235Thr было представлено в равных пропорциях, Аллель D гена ACE определялась в 51% наблюдений, при этом было выявлено увеличение частоты аллели D в женской группе (66,7% против 33,3% в мужской группе, $\chi^2=5,65$, $p=0,025$). Анализ распределения генотипов РААС в зависимости от клинического течения ХСН с учетом стадии ХСН, функционального класса (ФК) ХСН, а также наличия систолической дисфункции левого желудочка (СДЛЖ), оцениваемой как фракция выброса левого желудочка по данным ЭХОКГ менее 40%, не выявил ассоциаций генетических полиморфизмов T174M AGT и ACE с клиническим течением ХСН. Также наше исследование не показало ассоциации генетических полиморфизмов РААС с СДЛЖ. Выявлена тенденция к ассоциации носительства аллеля A1166 (генотипы AA и AC) с более низким ФК ХСН (93,3% при ФК3 против 66,7% при ФК4, $\chi^2=4,26$, $p=0,099$). Такая же тенденция отмечена при наличии аллеля Met235 (генотипы MM и MT) (84,4% при ФК3 против 50% при ФК4, $\chi^2=43,99$, $p=0,081$), что сочеталось с тенденцией к более низкому уровню NT-proBNP у лиц, имеющих аллель Met235 (2086,6 [658,9;2996,5] против 3482,0 [1563,3;4487,3] при ее отсутствии, $p=0,06$). Наиболее низкий уровень NT-proBNP был отмечен у гетерозигот (генотип MT m^235T), у которых уровень NT-proBNP составил 19882,0 [475,7; 2460,8] ($p=0,045$ при сравнении с генотипом TT, и $p=0,092$ при сравнении с генотипом MM). Заключение. В проведенном исследовании выявлена относительно небольшая частота полиморфизмов генов РААС, отвечающая согласно данным литературы за ассоциацию с ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью. Достаточно интересным оказался тот факт, что в нашей работе не было выявлено кандидатов из числа генетических полиморфизмов РААС, ассоциирующихся с СДЛЖ. При этом отмечалась тенденция к более низкому ФК ХСН у носителей в геноме аллеля A1166 AGTR1 и аллеля Met235 AGT, однако наиболее низкий NT-proBNP был отмечен у гетерозигот Met235Thr. С учетом того, что имеющиеся

литературные данные часто дают противоречивые сведения о влиянии генома на развитие сердечно-сосудистых заболеваний, особенно в исследованиях, проведенных на относительно небольших выборках пациентов, представляет интерес дальнейший анализ функциональной значимости выявленных полиморфизмов генов РААС у больных ХСН.

Мерцательная аритмия у больных хронической обструктивной болезнью легких не ассоциирована с повышением концентрации С-реактивного белка

Волчкова Е.А., Затеищикова А.А., Шаври И.В., Сафарян В.И., Иванова Л.А., Затеищиков Д.А.

Городская клиническая больница №51, Москва

Мерцательная аритмия (МА) – самое частое нарушение ритма, требующее лечения. Среди механизмов развития МА все больше привлекает внимание участие факторов, традиционно относимых к системе воспаления, С-реактивный белок (СРБ) является одним из таких факторов.

Цель: выявление ассоциации уровня С-реактивного белка с мерцательной аритмией у больных хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ). Материал и методы. В период клинической и лабораторной ремиссии ХОБЛ обследовано 156 больных (140 мужчин и 16 женщин). У 33 была зарегистрирована МА. В обследование входила спирометрия, трансторакальная эхокардиография (ЭХО-КГ), определение уровня СРБ. Для статистической обработки данных использовали стандартный пакет программ SPSS 20.0. Для всех видов анализа статистически значимыми считали значения $p < 0,05$.

Результаты. Группа с МА и без нее были сопоставимы по возрасту, полу, росту, весу, количеству пачка/лет, анамнезу артериальной гипертензии, сахарного диабета, перенесенного инфаркта миокарда, нарушения мозгового кровообращения, степени бронхообструкции, и отличались по анамнезу ишемической болезни сердца (ИБС) (36% для ХОБЛ против 61% для ХОБЛ с МА, $p=0,018$), декомпенсации сердечной недостаточности (СН) в анамнезе (37% для ХОБЛ против 67% для ХОБЛ с МА, $p=0,004$), по конечному диастолическому размеру (КДР) ($4,68 \pm 0,695$ см против $4,98 \pm 0,647$ см, $p=0,023$); конечному систолическому размеру левого желудочка (КСР) ($3,2$ см ($2,7;3,6$) против $3,4$ см ($3,1;4,1$), $p=0,002$); конечного диастолического объема (КДО) (98 мл ($83;125$) против 118 мл ($95;151$), $p=0,012$); конечного систолического объема (КСО) (39 мл ($30;54$) против 52 мл ($38;83$), $p=0,004$); объема левого предсердия (ЛП) (53 мл ($43;76$) против 80 мл ($61;105$), $p<0,0001$); объема правого предсердия (ПП) (46 мл ($35;60$) против 70 мл ($50;104$), $p<0,0001$); диаметра нижней полой вены ($1,65$ см ($1,5;1,9$) против $1,8$ см ($1,6;2,1$), $p=0,003$) в сторону увеличения последних в группе больных ХОБЛ с МА. А так же отличалась фракция выброса (62 % ($53;68$) против 56 % ($45;64$), $p=0,017$) была достоверно больше в группе больных ХОБЛ без МА. Концентрация СРБ в сыворотке превышала нормальные значения во всей группе из 156 пациентов 6 мг/л ($3;12$). Сравняемые группы ХОБЛ без МА и ХОБЛ с МА не отличались по уровню концентрации СРБ, в обеих группах данный маркер превышал нормальные значения (5 мг/л ($2,6;10,5$) для больных ХОБЛ и 7,5 мг/л ($4,0;15$) для больных ХОБЛ с МА, $p>0,05$). Концентрация СРБ не зависела от степени тяжести бронхообструкции (при делении всей группы больных по показателю ОФВ1 $<50\%$ и $>50\%$): ОФВ1 $<50\%$ 5,2 мг/л ($2,8;10,3$) и ОФВ1 $>50\%$ 7,1 мг/л ($3,1;12,6$), $p>0,05$. Параметры ассоциированные с МА по данным однофакторного анализа: ИБС (ОШ 2,8 ДИ 1,3–6,1, $p=0,012$); декомпенсация СН в анамнезе (ОШ 3,47 ДИ 1,5–7,8, $p=0,003$); КДР, см (ОШ 1,8 ДИ 1,1–3,2, $p=0,03$); КСР, см (ОШ 1,9 ДИ 1,2–3,2, $p=0,08$); КДО, см (ОШ 1,01 ДИ 1,001–1,02, $p=0,022$); КСО, см (ОШ 1,01 ДИ 1,002–1,02, $p=0,02$); ФВ,

% (ОШ 0,96 ДИ 0,93-0,99, $p=0,009$). Объем ЛП, мл (ОШ 1,03, ДИ 1,02-1,05, $p<0,0001$). Объем ПП, мл (ОШ 1,03 ДИ 1,01-1,04, $p<0,0001$); диаметр НПВ, см (ОШ 3,7 ДИ 1,3-10,75, $p=0,016$), были включены в многофакторный анализ. Независимыми факторами МА явились: анамнез ИБС (ОШ 3,6 ДИ 1,1-11,43, $p=0,032$) и объем ПП (ОШ 1,03 ДИ 1,006-1,05), $p=0,014$). Выводы. У больных ХОБЛ средняя концентрация СРБ в сыворотке повышена в не зависимости от наличия МА. Так же изменение концентрации данного маркера не связано со степенью тяжести бронхообструкции. Независимыми факторами МА для данной группы больных можно считать наличие ИБС в анамнезе и объем ПП.

Фенотипические особенности лечения больных остеоартрозом коленных суставов с оксалатной нефропатией

Воронина Н.В., Маркина О.И., Гельмутдинов Д.Д., Ковальская Л.П.

Дальневосточный государственный медицинский университет, 7-й военный госпиталь внутренних войск МВД России, Хабаровск

Цель исследования – уточнение симптом-модифицирующего эффекта Алфлутона и диацереина при лечении больных остеоартрозом коленных суставов 2–3 стадии по Kellgren—Lawrence у больных оксалатной нефропатией с 1–2 стадией ХБП и влияния алфлутона и диацереина на мочевого синдром и функцию почек в сопоставлении с НПВС-ингибитором ЦОГ (диклофенак).

Материал и методы. В открытое, сравнительное, рандомизированное исследование было включена 91 женщина с наличием первичного гоноартроза 2–3 стадии по Kellgren—Lawrence и сопутствующей оксалатной нефропатией с ХБП 1-2 ст. Пациенты рандомизированы на 3 группы: 1-я группа (25 чел.) получала диклофенак натрия в дозе 100 мг в сутки; 2-я (30 чел.) – алфлутон в дозе 1 мл внутримышечно ежедневно в течение 20 дней, в течение следующего месяца алфлутон вводили в дозе 2 мл 2 раза в неделю; 3-я (36 чел.) – диацереин (диафлекс®, Rompharm Comrapu) в дозе 50 мг 2 раза в сутки в течение 3-х месяцев. Симptom-модифицирующий эффект оценивали на 30-й и 90-й день лечения по динамике шкалы суставной боли и утренней скованности по индексу WOMAC. Состояние функции почек определяли по скорости клубочковой фильтрации (pCKF), клиренсу мочевого кислоты (Cmk) и мочевому осадку.

Результаты. К 30-му дню лечения у больных, принимающих диклофенак, были выявлены нефротоксические эффекты (снижение СКФ, клиренса мочевого кислоты, нарастание протеинурии, появление эпизодов микрогематурии, увеличение в моче общих гидроперекисей липидов, усиление оксалатно-кальцевой кристаллурии). Алфлутон и диацереин не оказали отрицательного влияния на функциональное состояние почек. На 30-й день лечения во всех группах больных было достигнуто снижение боли по индексу WOMAC. В группе диклофенака снижение индекса боли было более выражено, чем в двух других группах обследуемых. Уровни индексов боли к 90-му дню лечения алфлутоном и диацереином снизились на 60% и 67% соответственно, что сопоставимо с уровнем снижения боли в группе диклофенака к 30 дню наблюдения. Уменьшение индекса скованности было также отмечено к 30-му дню лечения во всех группах, а на 90-й день лечения в группе алфлутона и диацереина индекс достиг еще более низких значений.

Заключение. При приеме алфлутона и диацереина больными с ОА коленных суставов нефротоксических эффектов не было выявлено. Назначение диклофенака ухудшало функцию почек и приводило к изменению мочевого синдрома. Симptom-модифицирующий эффект алфлутона и диацереина выразился в снижении индексов боли и скованности.

Нарушения функции внешнего дыхания и оценка прогноза у больных с терминальной стадией ХПН, получающих программный гемодиализ

Вякина Н.А., Кляшев С.М., Межонов Е.М., Вякина Ю.А.

Медицинское частное учреждение дополнительного профессионального образования «Нефросовет», Тюмень

Цель исследования. При проспективном наблюдении изучить прогностическое значение вентиляционной функции легких у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности.

Материалы и методы. Обследованы 100 больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, получающих программный гемодиализ в возрасте от 21 до 68 лет (средний возраст – 49,7±12,75 лет). Среди них 54 мужчины (средний возраст 48,8±13,15 лет) и 46 женщин (средний возраст 50,7±12,32 лет). В процессе годового проспективного наблюдения оценена взаимосвязь смертности от всех причин и комбинированной конечной точки от тяжести нарушения функции внешнего дыхания (ФВД). Вентиляционная функция легких оценивалась путем выполнения компьютерной спирографии, процедура которой осуществлялась с помощью компьютерного спирографа «Спиротест» (Россия).

Результаты. Анализируя влияние снижения вентиляционной функции легких, выявлено значимое увеличение как смертности от всех причин, так и комбинированной конечной точки при снижении жизненной емкости легких (ЖЕЛ) ($p=0,021$ и $p=0,001$, соответственно). Так относительный риск наступления комбинированной конечной точки возрастет в 6,5 раза при диапазоне ЖЕЛ от 0 до 2,754 л (ОР 95% 6,556 (2,446-17,571, $p<0,001$). А объемы ЖЕЛ от 3,0 до 3,2 л снижают относительный риск наступления комбинированной конечной точки в 30 раз (ОР 95% 0,377 (0,143-0,989), $p=0,048$). Уровень ЖЕЛ в диапазоне от 0 до 2,754 л увеличивает относительный риск наступления летальности в течение года в 5 раз (ОР 95% 5,4 (1,546-19,177), $p=0,008$). Таким образом, установлено увеличение относительного риска развития конечной точки и смертности с ухудшением респираторной функции и выявлена прямая зависимость между снижением жизненной емкости легких и частотой возникновения конечных точек. Заключение. Полученные данные свидетельствуют о значимом увеличении неблагоприятных исходов при нарастании явлений дыхательной недостаточности. Таким образом, снижение параметров ФВД имеет неблагоприятное прогностическое значение у больных, получающих программный гемодиализ. Полученные данные дадут возможность разработать меры по вторичной медикаментозной профилактике прогрессирования снижения ЖЕЛ, снижая, таким образом, и частоту неблагоприятных исходов.

Особенности экологических рисков при возникновении заболеваний органов дыхания в Республике Башкортостан

Габитова Д.М., Ахмадуллина Г.Х., Ильясова Т.М., Лузин В.Ю.

Башкирский государственный медицинский университет, Клиника Башкирского государственного медицинского университета, Уфа

Известно, что основным фактором, определяющим качество атмосферного воздуха населенных мест, является поступление в атмосферу загрязняющих веществ (ЗВ) в результате деятельности предприятий и организаций промышленного и аграрного комплексов, расположенных на определенной территории, а также автотранспортных средств. На территории

республики расположены предприятия и организации более 200 отраслей промышленности. Из стационарных источников наибольший вклад в загрязнение атмосферного воздуха республики вносят предприятия топливно-энергетического комплекса. Ориентировочно объем выбросов загрязняющих веществ в атмосферный воздух от стационарных и передвижных источников за 2013 г. составил 1080 тыс. т., в том числе предполагаемые валовые выбросы от стационарных источников – 390 тыс. т, от передвижных источников – 690 тыс. т. Основные стационарные источники загрязнения атмосферы – предприятия нефтепереработки (77,9%) и электроэнергетики (13,3%); автотранспорт дает 60% всех выбросов. Многочисленными исследованиями доказана связь между ростом заболеваемости населения болезнями органов дыхания и загрязнением атмосферного воздуха взвешенными веществами, окислами азота, сероводородом, формальдегидом, хлористым водородом и др. На это указывает рост числа заболеваний в республике, отнесенных к экзозависимой патологии – в 1,2–2,0 раза за последние 10 лет. Отдельные вещества, присутствующие в атмосферном воздухе городов, такие как: бензин, бензол, пыль кремнийсодержащая, формальдегид, хром, бенз(а)пирен, свинец, никель, обладают при ингаляционном воздействии доказанной канцерогенной опасностью. Ранжирование результатов исследований по удельному весу исследований с превышением ПДК, показало, что наиболее часто регистрируется повышенное содержание в воздухе этилбензола (11,1%), аммиака и бензола (5,1%), сероводорода и диоксид азота (1,6%). Под потенциальным воздействием загрязняющих веществ в концентрациях выше гигиенических нормативов проживает более 1,7 млн человек или 42,7% жителей республики. Несмотря на то, что деятельность многих промышленных объектов и производств не отличается прежней активностью, влияние их на окружающую среду и здоровье населения, обусловленное длительным предшествующим воздействием, продолжает играть значительную роль и проявляется в настоящее время. На это указывает продолжающийся рост впервые выявленной и общей заболеваемости болезнями, отнесенными к экзозависимой патологии: врожденных аномалий, болезней органов дыхания, числа новообразований и др.

К особенностям подготовки специалистов по работе с курящим населением

Габитова Д.М., Садретдинова Л.Д., Ахметова Р.Н., Ахмадуллина Г.Х.

*Башкирский государственный медицинский университет,
Клиника Башкирского государственного медицинского
университета, Уфа*

Доказано, что одним из направлений преодоления табачной зависимости являются образовательные консультации и лечение пациентов с никотиновой зависимостью. Участие пациентов в образовательной программе позволяет более четко выполнять комплекс врачебных рекомендаций, успешно отказаться от табакокурения и сохранить статус некурящего в течение как можно более длительного времени. В современных условиях от специалистов, занимающихся оказанием помощи по преодолению табачной зависимости требуется наличие определенных и стандартных, и узкопрофессиональных компетенций. С целью выделения прогностически значимых психолого-педагогических особенностей личности специалиста, для оценки его профессиональных навыков возможности работы с разными группами курящих, вероятно, есть необходимость проведения некоторых методов анкетирования и тестирования среди потенциальных специалистов по лечению никотиновой зависимости. В частности, должны учитываться такие важные, на наш взгляд, критерии: общий стаж работы, стаж работы в качестве

врача – узкого специалиста, врачебную категорию, научную степень. К примеру, можно проводить психолого-педагогическое тестирование с применением некоторых тестов: по ориентационной анкете Б. Басса изучается преобладание направленности личности врача на дело, субъект-субъектные отношения или на себя; по модели профессиональных позиций педагогического взаимодействия по М. Талену определяется преобладающая позиция специалиста при коммуникативном воздействии преподавателя и выстраивании его взаимоотношений с обучаемыми; по тесту оценки информационной культуры – способность вовремя извлекать необходимую информацию; по тесту выявления творческого потенциала устанавливается уровень креативности; по тесту К. Томаса – выбор стратегии поведения в возможном конфликте; по «Шкале интернальности-экстернальности» Дж. Роттера – локус контроля; по опроснику М. Снайдера – уровень самоконтроля при общении. Оценивают каждый показатель в баллах, а именно: возраст до 30 лет оценивают в 1 балл, 30–44 лет – как 2, 45 и старше – как 3 балла; интернатура как 1 балл, клиническая ординатура – как 2, наличие степени кандидата медицинских наук – как 3 балла; стаж работы в качестве врача-специалиста до 5 лет – как 1 балл, 5–14 лет – как 2, 15 и более – как 3 балла; наличие второй врачебной категории оценивают как 1 балл, первой врачебной категории – как 2 балла, высшей врачебной категории – как 3 балла; направленность личности врача: на субъект-субъектные отношения – как 3 балла, на дело – как 2 балла, на себя как 1 балл; выбор способа коммуникативного воздействия преподавателя и тип взаимоотношения с обучаемыми: неконтактная модель – как 1 балл, модели дифференцированного внимания – как 2 балла, диктаторская, гипорефлексивная, негибкого реагирования, авторитарная, гиперрефлексивная, модель активного взаимодействия – как 3 балла; низкий уровень информационной культуры – как 1 балл, средний – как 2 балла, высокий – как 3 балла; незначительный творческий потенциал врача – как 1 балл, нормальный – как 2 балла, значительный – как 3 балла; выбор стратегии поведения в конфликте в виде соперничества – как 1 балл, компромисса, приспособления и избегания – как 2 балла, сотрудничества – как 3 балла; экстернальный локус контроля – как 1 балл, интернальный – как 2 балла, амбивалентный – как 3 балла; низкий уровень самоконтроля при общении – как 1 балл, средний – как 2 балла, высокий – как 3 балла. Суммируют полученные баллы и при количестве баллов от 11 до 18 прогнозируют уровень профессиональной компетентности как низкий, 19–26 – как средний, 27–30 – как высокий. Учитывая, особый подход к разным группам курящих, предполагающий глубокие знания медицины, психологии, педагогики, этики и дентологии, философии и др., предлагаемый способ прогнозирования позволяет оценить степень профессиональной компетентности медицинского работника и провести качественный отбор кандидатуры на роль обучающего специалиста, дабы минимизировать скепсис, разочарование и курящих и медиков, и повысить эффективность предлагаемой помощи по отказу от курения. Невозможно провести качественное обучение пациентов без специалиста-профессионала, обладающего должным уровнем сформированности специальных компетенций.

Использование разных подходов к ведению пациентов с табачной зависимостью

Габитова Д.М., Садретдинова Л.Д., Ильясова Т.М., Ахмадуллина Г.Х.

Башкирский государственный медицинский университет, Клиника, Уфа

В России на протяжении последних десятилетий расширяется сеть центров и школ здоровья для разных групп населения, разрабатываются технологии обучения по организации здорового образа жизни, психологического

сопровождения. Особенностью обучающих программ в лечении никотинзависимых должна стать и работа с окружением пациентов (семья, коллеги и др.). Показано, что применение образовательных технологий не требует больших финансовых вливаний, и в конечном итоге снижает прямые и косвенные расходы на дорогостоящее лечение заболеваний, вызванных табакокурением. На базе Клиники Терапии Башкирского государственного медицинского университета (г. Уфа) открыта и функционирует с 2010 года «Лаборатория помощи пациентам с никотиновой зависимостью», как центр методического обеспечения при Федеральной Клинике, где проводятся, в основном, индивидуальные бесплатные консультации по преодолению табачной зависимости. В условиях большого потока желающих бросить курить, а также нехватки рабочего времени, врачами Лаборатории проводится бесплатное групповое обучение пациентов в рамках «однодневной школы-семинара для курящих», основной целью которой является формирование здоровьесберегающей ответственности пациентов. Занятия проводятся по разработанной программе, состоящей из вводной мультимедийной лекции и практического занятия, направленных на формирование практических навыков и умений, в будние дни один раз в месяц в вечернее время. Продолжительность школы для курящих пациентов составляет при этом около 3 часов. До занятия пациентам вручаются специальные тестовые материалы для оценки курительного поведения, оценки статуса курения, степени никотиновой зависимости, индекса курящего человека, оценки мотивации бросить курить. В последующем демонстрируется слайд-презентационная лекция о причинах начала курения, механизмах никотиновой зависимости, последствиях и заболеваниях, связанных с курением, способах и методах лечения табакозависимости, мерах преодоления срыва и методам самоконтроля состояния. Практическая часть занятий предназначена для обучения пациентов методам самоконтроля при отказе от курения, мерам психологической самоподдержки; правильной технике использования пикфлоуметра, ингаляторов, спейсера, при наличии обструктивных заболеваний легких, выработки тактики правильного поведения больного и его семьи в различных жизненных, в том числе провокационных, ситуациях. Пациенты обучаются элементам дыхательной гимнастики, самоконтролю симптомов, подсчету пульса и частоты дыхания, решают ситуационные задачи. Подобные однодневные школы-семинары, возможно, проигрывают по своей эффективности индивидуальным консультациям и школам длительного обучения, но играют свою положительную роль в плане повышения мотивации к отказу от курения и, несомненно, имеют свою нишу в работе с курящими пациентами. Эффективность подобной формы работы подтверждается повышением уровня мотивации к отказу от курения при повторном тестировании курящих в конце занятия.

Особенности стационарного лечения пациентов с никотиновой зависимостью

Габитова Д.М., Садретдинова Л.Д., Лузин В.Ю., Ильясова Т.М.

Башкирский государственный медицинский университет, Клиника, Уфа

Известно, что табачная зависимость в настоящее время позиционируется не как вредная привычка, а как хроническое рецидивирующее заболевание и включена в Международную классификацию болезней ВОЗ. В связи с этим очень важное значение имеет поиск эффективных мер, направленных на снижение табачной эпидемии, новых методов лечения никотиновой зависимости. По данным доказательной медицины, эффективными методами в борьбе с никотиновой зависимостью являются: беседы врача, поведенческая терапия и фармакологическая поддержка.

Некоторым курящим, в силу определенных обстоятельств (сильная никотиновая зависимость, наличие неблагоприятного коморбидного фона, наличие агрессивных провокационных ситуаций дома и на работе, особенности личностных характеристик больного и др.), необходимо предложить стационарное лечение табакокурения (ТК). В Клинике БГМУ опробовано стационарное лечение никотинзависимых пациентов, находящихся на этапе отказа от курения.

Материал и методы. Всего было пролечено 23 пациента-мужчин, в возрасте от 46 до 78 лет, имевших стаж курения от 20 до 60 лет, сильную никотиновую зависимость, неоднократно пытавшихся бросить курить. Все пациенты имели ХОБЛ средней степени тяжести, в сочетании с ИБС, артериальной гипертензией, заболеваниями сосудов и заболеваниями желудочно-кишечного тракта и др. Длительность лечения составила $14 \pm 2,0$ дней. При первом осмотре проводилось обследование основного заболевания и по стандарту обследования курящего человека. Всем пациентам проводилась соответствующая терапия основного заболевания (ХОБЛ, ИБС, язвенная болезнь желудка и др.), в дополнении к лечению табакокурения – НЗТ, варениклин. В первые 2 недели назначали стартовую упаковку препарата (0,5 мг один раз в день в первые 3 дня, затем 0,5 мг два раза в день, а через 7 дней – 1 мг два раза в день), в последующие 8 недель – поддерживающую (1 мг два раза в день) и в последние 2 недели – завершающую (1 мг два раза в день). НЗТ назначали по 25–15 мг, в сочетании с жевательными резинками по 4 мг. Лечение табачной зависимости пациенты продолжили и после выписки из стационара. Длительность лечения варениклином составила, в среднем, 8 недель, НЗТ – 9 недель. Пациенты вели дневник, в котором ежедневно отмечали общее самочувствие, новые жалобы, если таковые появлялись. Признаки синдрома отмены у всех пациентов отсутствовали. После выписки регулярно проводилось активная телефонная консультация состояния. Через 5 и 10 недель после завершения курса лечения все пациенты были приглашены в клинику на контрольный визит. Бросили курить на стационарном этапе – 12 пациентов, остальные снизили интенсивность курения, в последующем бросили курить еще 5 пациентов. На сегодняшний день из пролеченных стационарно не курят – 13 пациентов. Преимущества стационарного лечения, такие как соблюдение режима, в т.ч. запретительного, ограничительного характера, круглосуточный контроль, наблюдение со стороны мед. персонала, обследование и лечение сопутствующей патологии, мониторинг всех жизненно-важных функций, позволяют достигать достаточно высокий процент отказа от курения.

Оценка регуляции центральной и периферической гемодинамики у тяжелых больных с применением ортостатических проб

Гаврилова Е.С., Ермаков М.А.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Введение, идея. Исследование ортостатических реакций – важный подход в оценке функционального состояния сердечно-сосудистой системы. Ортостатические пробы применяются для выяснения скрытых механизмов расстройств регуляции сердечно-сосудистой системы. Актуальным является исследование изменения параметров кровообращения в раннем реанимационном периоде с применением постуральных проб для уточнения механизмов сдвигов центральной и периферической гемодинамики.

Цель. Оценить динамику кровообращения у больных в первые 10 дней нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) с

использованием проб с изменением положения тела в функциональной кровати.

Материалы и методы. Исследование проводилось в ОРИТ Областной клинической больницы №3 г. Челябинска. Всего обследовано 346 больных в 1-й день, 225 человек – на 3–5-й день, 163 человека – на 10-й день нахождения в отделении. С помощью системы «Кентавр» регистрировались показатели: артериальное давление (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС), ударный объем левого желудочка сердца (УО), сердечный индекс (СИ), минутный объем крови (МОК), фракция выброса левого желудочка (ФВ), амплитуда диастолической волны наполнения левого желудочка (FW), амплитуда пульсации аорты, сосудов пальца стопы и магистральных сосудов голени, баланс вегетативной нервной системы (S/Ps) и Хитер-индекс (ХИ). Показатели гемодинамики фиксировались в горизонтальном положении, затем с помощью функциональной кровати проводилась проба с пассивным ортостазом (положение Фовлера – угол поворота 25°), далее больных перемещали в антиортостаз (положение Тренделенбурга – угол наклона 10–15°) и фиксировали параметры кровообращения. Статистический анализ материала проводился с помощью программы SPSS версия 20.0. Для оценки достоверности различий использовался *t*-критерий Стьюдента, угловое преобразование точного метода Фишера. Полученные результаты представлены в виде $M \pm \sigma$, $P \leq 0,05$. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Выявлены статистически значимые различия значений гемодинамики в каждом из трех положений тела. На 3–5 день в положении Фовлера не изменились АД, УО, Fw, пульсация сосудов, стал реже пульс с меньшей организацией его (ниже S/Ps) ($42,2 \pm 2,0$ и $49,3 \pm 1,4$) и меньше МОК ($4,1 \pm 0,3$ и $4,7 \pm 0,2$). Маркером ответа на пассивный ортостаз можно считать снижение МОК за счет урежения ритма при неизменном ударном объеме. На 10-й день имеет место обратный прирост МОК ($4,9 \pm 0,4$ и $4,1 \pm 0,3$), за счет того, что лучшая сократимость (ФВ) не оставляет крови в диастоле (снизилась FW), на фоне не высокого ритма сердца. Это можно объяснить большей организацией ритма сердца на 10-й день, чем в 3–5 дни в положении Фовлера (выше S/Ps) ($47,0 \pm 2,1$ и $42,2 \pm 2,0$). В положении Тренделенбурга на 3–5 дни снижены УО ($42,9 \pm 2,6$ и $47,2 \pm 1,1$) и МОК ($4,0 \pm 0,3$ и $4,7 \pm 0,2$) по сравнению с 1-ым и 10-ым днем. Происходит парадоксальная децентрализация крови в сосудистой системе: снижается центральная пульсация в виде УО и повышается в виде увеличения кровенаполнения в сосудах голени и пальца ноги. Пульсация аорты сохраняется на уровне 1-го дня. На 10-й день существенно увеличиваются УО, МОК, ФВ, ХИ, пульсация аорты со снижением пульсации пальца и артериальных сосудов голени до уровня 1-го дня. Следовательно, к 10 дню у реанимационных больных имеется тенденция восстановления нормальных соотношений регуляции артериального и венозного кровообращения на органном уровне. Распространенность адекватной реакции изменения УО на ортостаз во все дни была достоверно выше у выживших больных терапевтического профиля в сравнении с умершими ($52,1 \pm 2,4\%$ и $15,0 \pm 1,1\%$ в 1-й день, $60,0 \pm 1,4\%$ и $22,2 \pm 2,4\%$ на 3-5й день, $90,3 \pm 3,2\%$ и $20,0 \pm 1,5\%$ на 10-й день). Наименьший процент адекватного ответа УО на ортостатические пробы был у умерших больных с сахарным диабетом ($4,0 \pm 0,5\%$ в 1-й день, $3,1 \pm 0,2\%$ на 3-5й день, $5,3 \pm 1,2\%$ на 10-й день). Таким образом, мониторинг гемодинамики для контроля за состоянием функции сердца в горизонтальном положении и при применении пассивных гравитационных проб позволяет выйти на новый уровень эффективности оценки тяжести пациентов и охарактеризовать прогноз неблагоприятного исхода.

Выводы. Ортостатические пробы необходимо использовать у реанимационных больных для выявления критических величин в регуляции и состоянии центральной и периферической гемодинамики. При отсутствии классической реакции кровообращения на ортостатические пробы риск развития неблагоприятного исхода в лечении очень высокий.

Гендерные особенности субфракционного спектра аполипопротеин В-содержащих липопротеинов

Гаврилова Н.Е., Метельская В.А., Озерова И.Н., Бойцов С.А.

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва

Липопротеины низких плотностей, основным белком которых является аполипопротеин (апо) В, варьируют по липидно-белковому составу, заряду, размеру частиц и функциональной активности. Высокое содержание в крови мелких плотных частиц липопротеинов низкой плотности (ЛНП) сопряжено с повышением риска коронарной болезни сердца в 3–5 раз независимо от уровня холестерина.

Цель. Изучить гендерные различия в характере субфракционного распределения апоВ-содержащих липопротеинов в зависимости от наличия коронарного атеросклероза и степени его выраженности.

Материалы и методы. В исследование включено 310 пациентов (М/Ж 203/107; $62,5 \pm 9,3$ лет), которым проведена коронароангиография. Женщины были достоверно старше мужчин ($65,2 \pm 9,3$ против $61,0 \pm 9,0$ лет, $p = 0,000$). Субфракционный спектр липопротеинов сыворотки крови анализировали с помощью Липопринт-системы при проведении электрофореза в трубочках с 3% полиакриламидным гелем, (Quantimetrix Lipoprint LDL System, США). Выраженность коронарного атеросклероза) оценивали по шкале Gensini в баллах.

Результаты. Были сформированы группы пациентов с отсутствием ($GS = 0$, $n = 68$) и наличием коронарного атеросклероза ($GS > 0$, $n = 242$); пациентов с коронарным атеросклерозом разделили на подгруппы с минимальным или умеренным ($GS\ 1-34$, $n = 81$) и выраженным поражением ($GS \geq 35$, $n = 161$). При анализе распределения субфракций липопротеинов во всей когорте в зависимости от пола у мужчин зарегистрирована более низкая доля липопротеинов промежуточной плотности (ЛПП) ($p = 0,000$) и ЛППА ($p = 0,000$) и крупных частиц ЛНП1 ($p = 0,047$), чем у женщин. Более атерогенный профиль ЛНП у мужчин выражается в увеличении доли мелких плотных частиц ЛНП2 ($p = 0,000$), ЛНП3 ($p = 0,003$), ЛНП5 ($p = 0,025$) по сравнению с женщинами. Среди лиц без коронарного атеросклероза ($GS = 0$) у мужчин достоверно ниже уровень ЛППС ($20,6 \pm 5,8$ против $21,5 \pm 8,9\%$, $p = 0,022$). Следует отметить, что у мужчин, даже при отсутствии поражения коронарных артерий, отмечен сдвиг субфракционного спектра липопротеинов в сторону накопления мелких плотных частиц ЛНП3 по сравнению с женщинами ($3,9 \pm 4,4$ против $2,2 \pm 3,0\%$, $p = 0,025$). В группе с минимальным или умеренным поражением коронарных артерий ($GS = 1-34$) у мужчин отмечено снижение доли ЛППС ($19,9 \pm 6,7$ против $23,1 \pm 9,9\%$, $p = 0,01$), ЛППВ ($13,9 \pm 4,4$ против $17,6 \pm 6,8\%$, $p = 0,004$) и ЛППА ($14,9 \pm 5,3$ против $19,4 \pm 9,3\%$, $p = 0,000$) и выявлен более атерогенный профиль липопротеинов с высокой долей ЛНП3 по сравнению с женщинами ($3,4 \pm 3,4$ против $2,4 \pm 4,7\%$, $p = 0,045$). В группе с выраженным коронарным атеросклерозом ($GS \geq 35$) у мужчин по сравнению с женщинами ниже доля ЛППА ($15,1 \pm 6,4$ против $20,6 \pm 12,3\%$, $p = 0,000$) и крупных физиологически активных частиц ЛНП1 ($31,7 \pm 12,0$ против $35,8 \pm 19,5\%$, $p = 0,000$). При выраженном поражении коронарных артерий ($GS \geq 35$) у мужчин помимо увеличения доли ЛНП3 ($3,7 \pm 5,6$ против $2,3 \pm 2,6\%$, $p = 0,000$) отмечено повышение доли ЛНП4 ($0,5 \pm 1,7$ против $0,2 \pm 0,6\%$, $p = 0,000$).

Заключение. Выявлены гендерные различия в характере субфракционного спектра у лиц, различающихся по наличию и степени выраженности коронарного атеросклероза: у мужчин снижена доля липопротеинов промежуточной плотности и крупных физиологически активных частиц ЛНП1 и отмечены выраженные атерогенные сдвиги в субфракционном спектре липопротеинов, ассоциированные с увеличением мелких плотных частиц ЛНП3 и ЛНП4 при нарастании степени коронарного атеросклероза, определяемого по шкале GS.

Частота дуоденогастрального рефлюкса и морфологических изменений слизистой оболочки желудка при заболеваниях желчного пузыря с нарушением его сократительной функции

Галиев Ш.З., Амиров Н.Б., Закирова Г.Р., Гостяева Т.А.,
Баранова О.А., Кулагин Р.Н.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) является часто встречаемым явлением как у здоровых пациентов, так у и больных заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Одной из причин возникновения рефлюкс-гастрита являются заболевания желчевыводящих путей, в первую очередь желчного пузыря (ЖП).

Цель. Исследовать наличие взаимосвязи между заболеваниями ЖП и частотой ДГР с сопутствующими морфологическими изменениями слизистой оболочки желудка.

Задачи. 1. Определить, имеется ли разница в показателях моторики ЖП при дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) и хроническом некалькулезном холецистите (ХНХ). Определить наиболее распространенный тип нарушения сократительной функции желчного пузыря (СФЖП) при ХНХ. 2. Определить, имеется связь между частотой ДГР и моторными нарушениями желчевыводящих путей.

Материалы и методы. Обследованы 24 пациента с заболеваниями желчного пузыря, из них 12 пациентов с ДЖВП в виде нарушения сократительной функции по гипомоторному типу и 12 с ХНХ. У всех больных проводилась оценка СФЖП методом динамической ультрасонографии с желчегонным раствором сорбита. Наличие или отсутствие ДГР при фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) определялось по окрашиванию «озерца» с желудочным секретом в желтый цвет. 5 больным проведена биопсия слизистой оболочки желудка (СОЖ) из 4 мест для выявления морфологических изменений СОЖ вызванных желчным рефлюксом в соответствии с европейскими рекомендациями «Ведение предраковых состояний и повреждений в желудке (MAPS)», 2012, разработанных многопрофильной группой экспертов. Полученные биоптаты окрашивались гематоксилином и эозином для определения морфологических изменений.

Результаты и обсуждение. При анализе СФЖП у больных ХНХ были выявлены следующие показатели: нарушения по гипомоторному типу у 8 пациентов (66,7%), нормотонус выявлен у 3 пациентов (25%), нарушение по гипермоторному типу у 1 пациента (8,3%). Таким образом преобладающим у данных пациентов являлось нарушение СФЖП по гипотоническому типу – 66,7% случаев. Эти данные согласуются с исследованиями патогенезу ХНХ, при котором снижение СФЖП является одним из ведущих факторов, приводящих к хроническому воспалению стенки желчного пузыря. При сравнительном анализе СФЖП у больных с ДЖВП и больных с ХНХ было выявлено, что средние значения абсолютных показателей ЖП и показателей сократимости статистически не отличалось в обеих группах. Значения среднего тощачового (начального) объема составили 17,67 и 20, 31 см³ у больных с функциональными нарушениями и больных ХНХ соответственно, минимальный объем ЖП в период его опорожнения составил 10,16 и 10,56 см³, коэффициент опорожнения ЖП 38% и 45% соответственно. При исследовании ДГР методом ФГДС он был обнаружен у 14 пациентов, в том числе у 7 больных ДЖВП из 12 (58,3% от общего числа) и 7 пациентов с ХНХ (58,3% от общего числа). Данный процент является более высоким по сравнению со здоровыми пациентами, у которых ДГР встречается в среднем в 30–40% случаев. В тоже время у больных ХНХ с нарушениями СФЖП по гипотоническому типу ДГР был обнаружен у 5 больных из 8 (62,5%), а у больных с нормотонусом ЖП у 1 из 3 пациентов

(33,3%). Таким образом, процент случаев ДГР у больных с нарушением СФЖП по гипомоторному типу выше, чем у больных с нормотонусом ЖП. В тоже время при анализе морфологических изменений СОЖ, проведенном у группы больных, наличие или отсутствие рефлюкс-гастрита совпало с данными полученными при ФГДС только в 60% случаев, что совпадает с данными ранее проведенных исследований. Морфологическая оценка рефлюкс-гастрита, верифицированная по шкале M. Dixon и соавт., позволяет установить наличие ДГР с 70% чувствительностью и 85% специфичностью, что является более надежным критерием, чем определение ДГР методом осмотра при ФГДС.

Выводы: 1. Преобладающим нарушением СФЖП у больных ХНХ являлось нарушение моторики по гипотоническому типу. 2. Процент выявления ДГР методом ФГДС был одинаково высоким у больных ДЖВП и ХНХ, а в последней группе преобладал у больных с гипомоторными нарушениями СФЖП. 3. Дальнейшие исследования по частоте рефлюкс-гастрита у больных с заболеваниями ЖП необходимо проводить с помощью более чувствительных и достоверных методик. Одной из них является методика верификации рефлюкс-гастрита по шкале M. Dixon и соавт.

Влияние генетических полиморфизмов ABCB1 и CYP2C19 на исходы у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, подвергшихся чрескожным коронарным вмешательствам

Галицкая С.С., Митьковская Н.П.

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь

Цель. Изучить влияние генетических полиморфизмов ABCB1 и CYP2C19 на исходы у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, подвергшихся чрескожным коронарным вмешательствам. Материалы и методы. В исследование включены 64 пациента с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST, которым выполнено эффективное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), в возрасте от 39 до 85 лет. При формировании групп исследования было проанализировано течение инфаркта миокарда (ИМ) и исходы, наблюдавшиеся у пациентов в остром периоде инфаркта. В основную группу исследования включены пациенты с ОКС с подъемом сегмента ST, подвергшихся ЧКВ, у которых в остром периоде инфаркта наблюдались неблагоприятные исходы в виде развития рецидивирующих коронарных событий (РКС) либо смерти пациента от сердечно-сосудистых причин. В качестве РКС после проведения ЧКВ рассматривались рецидивирующая ишемия, ранняя постинфарктная стенокардия, рецидивирующий ИМ, ретромбоз инфаркт-связанной артерии, т.е. тромбоз стента. Группу сравнения составили пациенты с ОКС с подъемом сегмента ST, у которых течение инфаркта не осложнилось развитием РКС либо летальностью в остром периоде заболевания. Исследуемые группы достоверно не различались по возрастному и половому составу, распространенности основных факторов сердечно-сосудистого риска, медикаментозному лечению на догоспитальном и стационарном этапах лечения, срокам проведения ЧКВ, виду и количеству имплантированных стентов. Генетическое исследование включало качественную детекцию in vitro мутации в гене ABCB1 (3435C>T) и четырех вариантов аллелей гена CYP2C19 (CYP2C19*2 (681G>A), CYP2C19*3 (636G>A), CYP2C19*4 (1A>G), CYP2C19*5 (1297C>T)). Для определения типа лекарственного метаболизма клопидогрела использовался набор реагентов Pronto ClopidoRisk фирмы Pronto Diagnostics Ltd. (Израиль). В этом наборе для идентификации

мутации применяется метод амплификации и гибридизации с аллель специфичными олигонуклеотидами с последующей визуализацией продуктов гибридизации с помощью иммуноферментного анализа. Результаты. При генотипировании по гену ABCB1 в группе пациентов с неблагоприятными исходами удельный вес пациентов с гомозиготным носительством двух полиморфных аллелей ТТ гена ABCB1 составил 6,25% (n=2), в группе сравнения не выявлено носителей данного генотипа. Носительство одного полиморфного аллеля СТ гена ABCB1 выявлено у 93,75% (n=30) пациентов группы с неблагоприятными исходами, а в группе сравнения частота встречаемости генотипа СТ составила 81,25% (n=26). Таким образом, в группе пациентов с неблагоприятными исходами отмечен более высокий удельный вес пациентов с носительством полиморфных аллелей (генотип СТ или ТТ) гена ABCB1 по сравнению с пациентами без выделенных осложнений (100% (n=32) и 81,25% (n=26), $\chi^2 = 6,6$; $p < 0,01$). При проведении генотипирования по CYP2C19 в исследуемой когорте пациентов не отмечено гомозиготного носительства мутантных аллелей CYP2C19. В группе пациентов с неблагоприятными исходами чаще наблюдалось носительство по крайней мере одной мутантной аллели CYP2C19*2 (*1/*2) по сравнению с группой лиц без выделенных осложнений (37,5% (n=12) и 6,25% (n=2) пациентов соответственно; $\chi^2=9,1$; $p < 0,01$). Удельный вес пациентов с носительством полиморфных аллелей CYP2C19 (*2,*3,*4) со сниженной функцией в группе пациентов с неблагоприятными исходами составил 46,875% (n=15), в то время как в группе сравнения лишь 6,25% (n=2), $\chi^2=13,5$; $p < 0,001$. При этом, у всех пациентов группы с РКС носительство полиморфных аллелей CYP2C19 (*2,*3,*4) со сниженной функцией сочеталось с носительством одного полиморфного аллеля СТ гена ABCB1.

Выводы. В группе пациентов с неблагоприятными исходами после эффективных интервенционных вмешательств наблюдается более высокий удельный вес пациентов с носительством полиморфных аллелей (генотип СТ или ТТ) гена ABCB1 по сравнению с пациентами без выделенных осложнений, выше удельный вес пациентов с носительством полиморфных аллелей CYP2C19 (*1/*2,*1/*3,*1/*4) со сниженной функцией сочетается с носительством одного полиморфного аллеля СТ гена ABCB1.

Проявления нейролейкемии у больных миелолейкозами в Республике Таджикистан

Ганиева М.П., Ходжиева Г.Б., Хасанов Д.М.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель. Выявить частоту нейролейкемии у больных миелоидными лейкозами.

Методы исследования. Под нашим наблюдением находились 70 больных с лейкозами, из них 35 больных с острым миелоидным лейкозом и 35 больных с хроническим миелоидным лейкозом. Возраст больных от 18 до 67 лет (средний возраст 36,9±3,7 лет). Из них мужчин – 28 (40,0%), женщин – 42 (60,0%), городские жители – 38, сельских жителей – 32 человек. Лабораторное обследование включало в себя гистоморфологические, цитохимические параметры для верификации диагноза острого лейкоза, так же обще клинические и биохимические исследования. Для диагностики нейролейкемии, кроме тщательного неврологического обследования, нами использованы данные анализа cerebrospinalной жидкости, компьютерная томография головного мозга. Особое значение имело исследование клеточного состава cerebrospinalной жидкости.

Результаты исследований. При исследовании больных было выявлено много жалоб, подтверждающих нейролейкемию, к ним относились

головные боли, тошнота, жажда, полиурия, рвота, сонливость, нарушение походки, светобоязнь, повышение артериального давления и другие жалобы. В зависимости от предъявляемых жалоб больные были распределены на различные формы нейролейкемии. Менингеальная форма отмечена у 35 (50,0%) больных, она проявлялась интенсивными головными болями, тошнотой, рвотой, выраженной светобоязнью. При исследовании cerebrospinalной жидкости выявлены плеоцитоз за счет бластов, повышенное количество белка до 3,0 г/л, снижение количества глюкозы до 1,8 ммоль/л. Полирадикулоневротическая форма выявлена у 5 пациентов (7,1%). Менингомиелитическая форма нейролейкемии (14,3%) характеризовалась появлением нижних парапарезов, нарушением походки. Дизэнцефальная форма нейролейкемии – у 3-х (4,3%) больных. Энцефалитическая форма нейролейкемии отмечалась симптомами поражения головного мозга. Менингоэнцефалитическая форма нейролейкемии клинически проявлялась сочетанием симптоматики менингеальной и энцефалитической форм (15,2%).

Вывод: больные острым миелолейкозом подвержены нейролейкемии в 89,1% случаев, больные хроническим миелолейкозом – 10,9% случаев. В Республике Таджикистан чаще встречается и тяжелее протекает менингеальная форма нейролейкемии.

Полиморфизм генов-кандидатов у пациентов с различным течением атеросклероза

Гараева Л.А., Маянская С.Д.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Цель. Изучить особенности полиморфизма генов системы гемостаза: β -цепи фибриногена (FGB β), тромбоцитарного гликопротеина IIIa (Gr3a) и гена липопротеидлипазы и у пациентов с различной тяжестью течения атеросклеротического процесса.

Задачи. Определить взаимосвязь тяжести течения атеросклероза и наличия полиморфных аллелей генов LPL_rs328, FGB_rs1800788, Gr3a_rs5918 у пациентов с различным течением атеросклеротического процесса.

Материалы и методы. Обследованы 219 человек, находившихся на лечении в сосудистом отделении №1 ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ и кардиологических отделениях ГАУЗ №7 г. Казани, из них мужчин – 140 (64%), женщин – 79 (36%), в возрасте от 44 до 73 лет, имевших верифицированное атеросклеротическое поражение сосудов по данным ангиографического исследования. Всем пациентам также проводился осмотр, сбор анамнеза, а также прочие стандартные лабораторные и клинические обследования. Кроме того, у всех больных был взят образец венозной крови для изучения аллельных вариантов генов LPL_rs328, FGB_rs1800788, Gr3a_rs5918.

Результаты. По данным ангиографического исследования, а также данным анамнеза все пациенты были разделены на две группы. В первую группу – 61 (28%) человек, вошли пациенты с более тяжелым течением заболевания, имевших полную окклюзию двух и более сосудов. Во второй группе – 158 (72%) человек, у пациентов было атеросклеротическое поражение сосудов различной степени, однако они имели не более одного окклюзированного участка. По данным генотипирования были получены следующие варианты аллелей генов. В группе пациентов с более тяжелым течением заболевания: ген LPL_rs328 был представлен в гомозиготном C/C (47(78%) человек), G/G (1(2%) человек) и A/G (13 (22%) человек) гетерозиготном вариантах; ген FGB rs1800788 – в C/C (26(43%)), T/T (8(13%)), и C/T (27(44%)) вариантах, и ген Gr3a rs5918 – C/C (4(7%)), T/T (44(75%)) и C/T (13(22%)) вариантах, в группе с более легким течением атеросклероза: ген LPL_rs328 был представлен в гомозиготном C/C

(144(92%)) и гетерозиготном A/G (14 (8%)) ариантах; ген FGBB (rs1800788) – в C/C (78(50%)), T/T (11(7%)), и C/T (69(43%)) вариантах; ген Gr3a rs5918 – в T/T (124(69%)) и C/T (34(22%)) вариантах. При статистической обработке с использованием критерия Стьюдента, гетерозиготная аллель гена LPL_rs328 с вероятностью >95% чаще встречалась у пациентов с более тяжелым течением атеросклероза. В свою очередь гомозиготный вариант C/C этого гена с той же вероятностью чаще встречался у более здоровых людей. Остальные полиморфные варианты генов не показали четкой взаимосвязи с тяжестью течения заболевания.

Выводы. 1. Гетерозиготная аллель гена LPL_rs328 статистически достоверно ассоциирована с частотой возникновения более тяжелого атеросклеротического поражения. 2. Гомозиготная аллель C/C гена LPL_rs328 может являться предиктором более легкого течения атеросклероза. 3. Полиморфизм генов FGB_rs1800788 и Gr3a_rs5918 не показал значимой взаимосвязи с тяжестью течения заболевания.

Влияние длительной терапии серетидом на частоту обострений и качество жизни при хронической обструктивной болезни легких

Герасимова А.С., Тарасеева Г.Н., Олейников В.Э.

Пензенский государственный университет, Пенза

Цель. Изучить влияние длительной терапии серетидом на частоту обострений и качество жизни у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) тяжелого течения (категория C, GOLD 2011).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 10 пациентов с тяжелой ХОБЛ (категория C, GOLD 2011) в возрасте от 48 до 70 (59,0±7,3) года с длительностью заболевания от 11 до 32 (23,4±8,1) лет, частотой обострений от 1 до 4 в год, стажем курения от 30 до 56 (42,6±8,6) лет и индексом курящего 50,3±13,9 пачко/лет. Все пациенты в качестве базисной терапии получали серетид в дозе 50/250 мкг 2 раза в день в течение 24 недель, по потребности саламол. Влияние препарата на частоту обострений и качество жизни оценивалось по данным анкеты Госпиталя Святого Георгия, тесту САТ, шкале одышки mMRC и мониторингу спирометрии. Перед началом и в конце исследования проводились общеклиническое обследование, подсчет частоты дыхания (ЧД), оценка объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) и тест Тиффно до и на фоне приема серетид; определялась сатурация кислорода с помощью пульсоксиметра (SpO2), качество жизни (тест САТ, степень одышки по шкале mMRC), частота обострений. Полученные данные обработаны с помощью пакета программ Statistica 6.0.

Результаты. Через 24 недели лечения у всех пациентов отмечено улучшение качества жизни (уменьшение одышки, кашля, повышение толерантности к физической нагрузке): уменьшились ЧД с 22,1±1,5 до 19,6±1,3 в 1 минуту (p<0,01), степень одышки по шкале mMRC с 2,5±0,4 до 1,9±0,7 балла (p<0,01), транзиторный индекс одышки повысился в среднем на 0,8 балла (исходный индекс одышки составлял 6,5±1,2 балла), улучшилась оксигенация крови – увеличилась SpO2 с 93,6±1,3 до 97,4±0,9% (p<0,01). Отмечено также достоверное уменьшение ЧСС с 79,8±9,5 до 72,4±12,8 ударов в 1 минуту (p=0,01). По тесту САТ достоверного улучшения качества жизни не выявлено (15,9±4,4 и 15,4±4,5 балла). О положительном эффекте серетид свидетельствовало уменьшение частоты случаев приема саламол со 120,2±67,3 до 90,2±44,9 (p<0,01) в месяц. Однако достоверной положительной динамики показателей ФВД не наблюдалось: ОФВ1 увеличился незначительно с 32,9±9,8 до 35,5±7,0%, форсированная жизненная емкость легких уменьшилась с 62,1±14,2 до

60,9±10,1%, в связи с чем вырос тест Тиффно с 39,8±5,3 до 44,5±8,2% (p=0,02) от должного. Важным явилось снижение частоты обострений. За наблюдаемый период обострений не было. Нежелательных побочных эффектов, требующих отмены препарата, не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, длительное непрерывное применение пролонгированного комбинированного препарата Серетид у пациентов с тяжелым течением ХОБЛ (категория C, GOLD 2011) позволяет уменьшить выраженность клинических симптомов, снизить частоту обострений в год, следовательно, серетид может использоваться в качестве базисной терапии у данной категории пациентов.

Вариабельность ритма сердца у больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST ЭКГ в зависимости от стадии хронической сердечной недостаточности

Гуриченко А.И., Низов А.А., Бороздин А.В., Пчелинцев В.П.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Рязань

Цель. Изучить вариабельность ритма сердца (BPC) у больных острым коронарным синдромом с подъемом ST ЭКГ (ОКСnST) с тромболитической терапией (ТЛТ) в зависимости от стадии хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материалы и методы: обследовано 26 пациентов с ОКСnST (18 мужчин, 8 женщин, средний возраст 67,4±5,8 лет), которым была проведена ТЛТ препаратом альтеплаза в дозе 100 мг внутривенно по схеме «болюс+инфузия». Всем больным назначались бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, нитраты, дезагреганты, антикоагулянты, статины по общепринятым схемам. В зависимости от стадии ХСН больные были разделены на 2 группы: 1 составили 10 больных с ХСН I стадии, 2 – 16 пациентов с ХСН IIa стадии. BPC оценивали методом кардиоинтервалометрии, которую проводили на 1, 2 и 14 сутки наблюдения на 5 минутных отрезках ЭКГ, снятой в состоянии покоя. Изучались стандартное отклонение ряда кардиоинтервалов (SDNN), вариационный размах кардиоинтервалов (dX), амплитуда моды (AMo), стресс-индекс (Si), мощность спектра в диапазоне дыхательных движений (Sd) и в «нулевой» точке (S0), отражающая суммарную мощность спектра. Контроль составили 25 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с исследуемой группой.

Результаты. При эхокардиографии у всех больных отмечено расширение левого предсердия, нормальные размеры левого желудочка. Фракция выброса составила 50,9±2,4% в 1 группе и 48,4±1,5% во 2 группе. Указанные отличия были недостоверны. BPC у больных ОКСnST снижалось во все дни наблюдения. В группе контроля показатели BPC составили: SDNN 0,051±0,006, dX 0,267±0,026, AMo 44,9±6,6, Si 139,4±41,8, S0 0,166±0,018, Sd 0,071±0,019. На 1 сутки наблюдения в 1 группе SDNN 0,032±0,011, dX 0,215±0,079, AMo 63,4±11,4, Si 435,3±265,6, S0 0,184±0,041, Sd 0,056±0,012; во 2 группе SDNN 0,023±0,003, dX 0,131±0,022, AMo 69,3±3,9, Si 732,2±287,4, S0 0,167±0,012, Sd 0,072±0,006. На 2 сутки наблюдения в 1 группе SDNN 0,029±0,005, dX 0,190±0,053, AMo 63,6±7,4, Si 471,4±225,4, S0 0,179±0,018, Sd 0,056±0,004; во 2 группе SDNN 0,027±0,003, dX 0,155±0,029, AMo 63,3±4,8, Si 493,1±128,9, S0 0,155±0,013, Sd 0,083±0,009. На 14 сутки наблюдения в 1 группе SDNN 0,021±0,003, dX 0,125±0,029, AMo 72,4±7,2, Si 481,8±138,8, S0 0,138±0,016, Sd 0,093±0,017; во 2 группе SDNN 0,025±0,002, dX 0,165±0,034, AMo 65,4±2,9, Si 365,6±66,1, S0 0,141±0,010, Sd 0,085±0,012. При сравнении динамики изучаемых показателей достоверных отличий в

зависимости от дня наблюдения получено не было. Не зарегистрировано достоверных отличий и при сравнении показателей в зависимости от группы.

Выводы. ВРС у больных ОКСнСТ не зависит от стадии ХСН. Нарушение ВРС, характерное для ОКСнСТ, приводит к тому, что влияние на указанные параметры стадии ХСН просто не определяется.

Изучение особенностей микроциркуляторного русла в зависимости от темпов старения у пациентов с артериальной гипертонией

Глова С.Е., Хаишева Л.А., Бучукури Л.В., Шлык С.В.

Ростовский государственный медицинский университет,
Ростовский дом-интернат №2 для престарелых и инвалидов,
Ростов-на-Дону

Материалы и методы. В исследование включено 67 мужчин в возрасте от 27 до 60 лет (средний возраст – 47,83±9,95 лет) с АГ. Средний уровень АД составил 159,13±16,60 мм рт.ст. Определение биологического возраста (БВ) проводилось по методу Вебстера II (1985 г.). Рассчитывался должный биологический возраст (ДБВ), характеризующий популяционный стандарт темпа старения. Уровень темпов старения определяли, как разницу между БВ и ДБВ, которую согласно общепринятым рекомендациям распределяли на 3 категории: 1 группа, нормальный темп старения – разность до +5 лет, 2-я группы, умеренно преждевременно постаревший – от +5 до +10 лет, 3-я группы, преждевременно постаревший – +10 лет и более. Обследуемые были разделены на 3 группы согласно категориям темпа старения. В 1-ю группу было включено 18 обследуемых, во 2-ю – 26 пациентов, в 3-ю – 23 человека. Исследование дистального сосудистого русла проводилось с помощью доплерографа «Минимакс-доплер К» (ООО «СП Минимакс, Россия»), оснащенного высокочастотным датчиком 20 МГц. Кровоток исследовался в стандартных точках у ногтевого валика пальцев кистей. Обработка всех полученных данных проводилась с применением программы «Statistica 6.0».

Результаты. Показатели линейной скорости кровотока были статистически значимо ниже в группе пациентов с нормальным темпом старения ($p<0,05$) и не отличались во 2-й и 3-й группах ($p\geq 0,05$). Так, максимальная систолическая скорость кровотока по кривой средней скорости (Vas) составила 0,34±0,25 см/с для 1-й группы, 0,57±0,34 см/с для 2-й группы и 0,58±0,25 см/с для 3-й группы. Аналогичные результаты были получены и для объемных скоростей кровотока: систолическая объемная скорость по кривой средней скорости (Qas) также была статистически значимо ниже группе пациентов с нормальным темпом старения (0,16±0,07 мл/с/см³, $p<0,05$) и не отличались во 2-й (0,27±0,16 мл/с/см³) и 3-й группах (0,28±0,12, 0,27±0,16 мл/с/см³, $p\geq 0,05$). Средний уровень индекса сопротивления кровотоку дистальнее места измерения (RI) имел тенденцию к повышению в зависимости от темпа старения и составил для пациентов с нормальным темпом старения 0,42±0,38, с умеренно преждевременно постаревшим – 0,59±0,54, с преждевременным старением – 0,76±0,42 ($p\geq 0,05$). Выявлена достоверная сильная положительная корреляционная взаимосвязь между БВ и индексом сопротивления RI ($r=0,97$, $p<0,05$).

Выводы. Пациенты с АГ ускоренным темпом старения имеют достоверно более высокие скорости кровотока в МЦР по сравнению с пациентами с нормальным темпом старения. Полученные особенности изменения МКЦ в зависимости от темпов старения позволяют обновить и дополнить существующую информацию об инволюционных процессах, происходящих в организме человека с возрастом.

Анализ влияния распределения водных сред организма у пациентов с острым коронарным синдромом на сердечно-сосудистый прогноз

Головинова Е.О., Батюшин М.М., Левицкая Е.С., Гульченко В.В., Хрипун А.В.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростовская областная клиническая больница, Ростов-на-Дону

Цель. Изучить влияние распределения баланса водных сред организма у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) на сердечно-сосудистый прогноз.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели, обследовано 60 пациентов, с диагнозом острого коронарного синдрома, средний возраст которых составил 58,5±1,9 лет. У всех пациентов, включенных в исследование, изучалось распределение водных сред организма, среди которых проводился анализ таких показателей, как объем общей жидкости организма (ОЖ), объем общей воды организма (ООВ), внутриклеточной (ОВнутриЖ) и внеклеточной жидкости (ОВнеЖ) на разных этапах госпитализации (при поступлении, через 10 дней после восстановления коронарного кровотока). Необходимые данные были получены при использовании аппарата «Диамант».

Полученные результаты. По результатам проведенного исследования, с помощью нелинейного логистического анализа было установлено, что снижение ООВ у больных через 10 дней после возникновения ОКС приводит к рецидивированию ОКС в отделенном периоде (через 2 месяца) (χ^2 -критерий – 5,48, $p=0,02$). Так, снижение ООВ при выписки пациента из стационара приводит к значительному увеличению вероятности возникновения повторной сердечно-сосудистой катастрофы (рецидивирование ангинозных болей, повторные реваскуляризации). Статистический анализ других показателей биоимпедансометрии – ОЖ, ОВнутриЖ и ОВнеЖ, на разных этапах исследования, достоверных значений не показал ($p<0,05$). Выводы. В результате проведенного обследования продемонстрирована роль распределения водных объемов организма и влияние их на сердечно-сосудистые осложнения. Снижение объема общей воды организма значительно повышает риск сердечно-сосудистых осложнений, по видимому за счет изменения реологических показателей крови и сосудистого тонуса, приводящих к повторным сердечно-сосудистым катастрофам. Применение биоимпедансного обследования пациентов с ОКС, включающее исследование распределения водных сред на разных этапах госпитализации позволит оптимизировать инфузионную и диуретическую терапию у больных, и по возможности предотвратить риск развития повторных сердечно-сосудистых осложнений, снизить повторную госпитализацию больных, улучшить качество жизни пациентов.

Составляющие липидного дистресс-синдрома у больных с абдоминальным ожирением и метаболическим синдромом

Голубева Т.И., Кичигина О.Н., Трошина И.А., Медведева И.В.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Метаболические нарушения: инсулинорезистентность, системное воспаление, эндотелиальная дисфункция, липидные нарушения оказывают патологическое влияние на печень, желчный пузырь, поджелудочную железу, формируя составляющие липидного дистресс-синдрома (ЛДС). Холестероз желчного пузыря (ХЖП) – один из ранних маркеров ЛДС, встречается у 55–70% больных с метаболическим синдромом.

Цель исследования. Выявить взаимосвязь ранних маркеров атеросклеротического процесса с наличием ХЖП у пациентов с ожирением и МС.

Материалы и методы. Обследовали 90 пациентов от 30 до 55 лет с ожирением и МС (Критерии ВНОК, 2009 г.): I гр.: пациенты с ожирением 1–2 степени без ХЖП (30 человек); II гр.: пациенты с ожирением 1–2 степени с ХЖП (30 человек); III гр.: пациенты с МС и ранними НУО и ХЖП (30 человек). Наличие ХЖП фиксировали при УЗ-исследовании печени и желчного пузыря: а) равномерное неслоистое утолщение стенки ЖП, повышение эхогенности стенок, пристеночные несмещаемые образования, без дистальной акустической тени; б) снижение сократительной функции желчного пузыря менее 50% (СФЖП). Измерение толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) общих сонных артерий (ОСА) проводили по стандартной методике на аппарате VOLUSON 730 EXPERT, оснащенный линейным датчиком с фазированной решеткой с частотой 7,5 МГц.

Результаты и обсуждение. Наличие жировой инфильтрации паренхимы печени было выявлено у 77 пациентов из 90 обследованных. По данным УЗИ-исследования – признаки жирового гепатоза в 60% случаев, изменение желчного пузыря (утолщение стенки, деформация, снижение СФЖП) в 68% случаев. Превышение толщины интима-медиа (ТКИМ) общих сонных артерий (ОСА) у 30% пациентов, причем у всех определяли ХЖП. Дислипидемия выявлена в 69%, признаки жирового гепатоза у 75% пациентов, признаки ХЖП у 70%, превышение толщины интима-медиа (ТКИМ) общих сонных артерий (ОСА) у 58% пациентов с наличием сочетания НЖБП и ХЖП. У пациентов 3 группы – изменения гепато-билиарного тракта были наиболее выраженными: повышение трансаминаз у 64% пациентов, липидного спектра у 82%, признаки жирового гепатоза по УЗИ – у 83% больных, снижение СФЖП – у 88% больных, превышение толщины интима-медиа (ТКИМ) общих сонных артерий (ОСА) у 92% пациентов.

Выводы. Наличие ХЖП у пациентов с ожирением и МС тесно взаимосвязано с маркерами абдоминального ожирения, атерогенным изменением фракций липидов. Увеличение ТКИМ ОСА у больных с ожирением часто сопровождается выявлением ХЖП. Наличие ХЖП тесно взаимосвязано с ранними маркерами атеросклеротического процесса: увеличением ТКИМ ОСА, уровнем эндотелина-1, коэффициентом атерогенности.

Определение уровня кишечной эластазы-1 в диагностике внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы у пациентов с метаболическим синдромом

Голубева Т.И., Трошина И.А., Медведева И.В.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Исследования последних лет достоверно демонстрируют, что внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы (ВНПЖ) встречается достоверно чаще как у тучных пациентов с хроническим панкреатитом, так и у бессимптомных пациентов с избыточной массой тела. Определение кишечной эластазы-1 является «Золотым стандартом» в диагностике и оценке экзокринной функции поджелудочной железы. Известно, что панкреатическая эластаза человека не меняет своей структуры по мере прохождения через желудочно-кишечный тракт, что позволяет считать, что концентрация эластазы-1 в каловых массах отражает степень экзокринной недостаточности поджелудочной железы (ПЖ).

Цель исследования. Определение экзокринной недостаточности у больных с метаболическим синдромом (МС) при наличии стертой клиники внешнесекреторного дефицита поджелудочной железы.

Материалы и методы. Всего обследовано 50 больных МС с ранними нарушениями углеводного обмена (7 мужчин и 43 женщины), средний

возраст $53,6 \pm 5,6$ лет, средняя продолжительность заболевания $7,9 \pm 2,3$ лет. Определение фекальной эластазы-1 в кале проводили методом ИФА с помощью диагностического набора фирмы ScheBo Biotech. В норме активность эластазы-1 в стуле составляет более 200 мкг/г кала; колебания активности эластазы-1 в стуле от 100 до 200 мкг/г кала свидетельствуют об умеренной степени экзокринной недостаточности ПЖ; снижение показателя активности эластазы-1 в стуле менее 100 мкг/г кала выявляет тяжелую степень панкреатической недостаточности.

Результаты и обсуждение. При исследовании фекальной эластазы-1 у 37 больных МС (74%) эластаза-1 находилась в пределах нормальных значений, составив $547,6 \pm 151,6$ мкг/г кала, умеренная степень экскреторной недостаточности ПЖ выявлена у 10 больных (20%), значения эластазы-1 составили $139,9 \pm 13,3$ мкг/г кала и у 3 больных (6%) выявлена тяжелая степень внешнесекреторной недостаточности ПЖ по данным эластазного теста – $73,6 \pm 9,5$ мкг/г кала.

Выводы: применение эластазного теста позволяет определить или исключить экзокринную недостаточность ПЖ у больных с МС при наличии стертой клиники, а также, не отменяя ферментотерапии, осуществлять контроль за состоянием экзокринной функции органа.

Особенности структуры диастолы у больных артериальной гипертонией в сочетании с метаболическим синдромом и без него

Горбунова М.Л. Шкарин В.В.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород

Цель. Выявить различия параметров диастолы у больных артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с метаболическим синдромом и без него. Методы. Обследовано 2 группы больных. Первую группу составили 50 человек с АГ 2 стадии. 2 группа – 46 человек у которых АГ сочеталась с метаболическим синдромом. Средний возраст пациентов $47,2 \pm 3$ г (от 28 до 62 лет). Среди обследуемых было 36 женщин и 60 мужчин. Всем больным проводилась эхокардиография (ЭхоКГ). Оценивалась фракция заполнения левого желудочка (ЛЖ) в фазу быстрого наполнения (ФБН) и в фазу медленного наполнения (ФМН), диастолическая упругость миокарда (ДУЖ), скорость циркулярного удлинения волокон миокарда во время ФБН (Vcl), скорость наполнения ЛЖ в ФБН (V1) и в ФМН (V2). ЭхоКГ проводилась по стандартной методике. Последующий расчет параметров проводился с помощью специально разработанной программы «Сог». Результаты. У больных 2 группы по сравнению с 1 группой достоверно увеличивалась фракция заполнения во время систолы предсердий и уменьшалась во время ФМН, при этом вклад ФБН оставался примерно одинаковым в обеих группах. Известно, что ФБН – энергозависимый процесс, отражающий в большей степени процессы расслабимости, а ФМН, напротив, пассивный процесс, характеризующий растяжимость. Во 2 группе достоверно выше ДУЖ и ниже значения миокардиальной расслабимости Vcl. Наличие тенденции к снижению скоростей наполнения ЛЖ во время ФБН и ФМН (V1 и V2 соответственно). С помощью специально разработанной программы «Сог» нарушение диастолы обнаружено у 74% больных во 2 группе и у 37% в 1 группе. Также диастолическая дисфункция (ДДЛЖ) оценивалась по соотношению пиков Е и А, которые рассчитывались по трансмитральному кровотоку в импульсном доплеровском режиме. ДДЛЖ выявлена у 24% в 1 группе и у 62,5% во 2 группе.

Таким образом, у больных АГ с метаболическим синдромом нарушается структура диастолы на ранних этапах, что проявляется повышением жесткости миокарда, понижением его расслабимости и нарушением

соотношения фаз диастолы. Выраженность изменений у больных 2 группы связана с сопутствующим метаболическим синдромом, в результате чего процессы ремоделирования миокарда идут с большей скоростью и ранее приводят к осложнениям.

Клинико-функциональное течение сердечно-сосудистых заболеваний в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких у лиц пожилого и старческого возраста

Горбунова С.И., Соколова С.Д., Эркенова Д.С.

*Ставропольский государственный медицинский университет,
Городская клиническая больница №3, Ставрополь*

Цель исследования. Изучить особенности и частоту развития патологии сердечно-сосудистой системы у больных пожилого и старческого возраста на фоне хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. 37-ми пациентам с ХОБЛ в возрасте старше 63 лет (от 63 до 78 лет), выявленных в результате селективного отбора, проходивших лечение в гериатрическом отделении Ставропольской городской клинической больницы №3, проведены обследования: функции внешнего дыхания, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), электрокардиография (ЭКГ), холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография (ЭхоКГ), а также оценена частота сердечно-сосудистых заболеваний.

Результаты. АГ разной степени отмечена у всех обследуемых больных. Среди женщин АГ I-й степени выявлена в 2-х (16,7%) случаях, АГ 2-й степени – в 7-ми (58,3%) случаях и АГ 3-й степени – в 3-х (25,0%) случаях. Среди мужчин АГ I-й степени – в 3-х (12,0%), АГ 2-й степени – в 11-ти (44,0%) и АГ 3-й степени в 12-ти (48,0%) случаях, соответственно. При исследовании ЭхоКГ у большинства пациентов с бронхолегочными заболеваниями выявлены признаки нарушения региональной сократимости миокарда. В анамнезе инфаркт миокарда (ИМ) был отмечен у 8-ми (32,0%) мужчин и 2-х (16,7%) женщин. У 4-х из них (10,8%) основной клиникой ИМ была одышка. У 7-ми (58,3%) женщин и 19-ти (76,0%) мужчин выявлена диастолическая дисфункция левого желудочка; у 5-ти (41,7%) женщин и 13-ти (52,0%) мужчин – признаки гипертрофии миокарда. Признаки хронического легочного сердца были выявлены у 7-ми (18,9%) больных ХОБЛ: 2-х (16,7%) женщин и 6-ти (32,0%) мужчин. У 18-ти (48,6%) пациентов при анализе результатов ЭКГ-исследования были выявлены нарушения реполяризации, у 7-ми (18,9%) больных на исходной ЭКГ отмечены рубцовые изменения. Стенокардия диагностирована у 9-ти (75,0%) женщин и 18-ти (72,0%) мужчин пожилого и старческого возраста, страдающих ХОБЛ. Стенокардия 1 ФК отмечена у 1-й (11,1%) больной ХОБЛ женского пола. Стенокардия напряжения 2 ФК у мужчин была выявлена в 14-ти (77,8%), у женщин в 5-х (55,6%) случаях. Стенокардия 3 ФК диагностирована у 4-х (22,2%) мужчин и 3-х (33,3%) женщин. При анализе результатов холтеровского мониторирования ЭКГ регистрировался базовый синусовый ритм у 27-ми больных ХОБЛ (73,0%), с преобладанием тахикардии во время бодрствования: средняя ЧСС составила 86,1 удара в минуту; у 6-ти (16,2%) – регистрировалось нарушение ритма в виде фибрилляции предсердий: 2-х (8,0%) мужчины и 3-х (25,0%) женщин. Нарушение ритма у больных ХОБЛ пожилого и старческого возраста зарегистрировано у 22-х (59,5%): 7-ми (58,3%) женщин и 15-ти (60,2%) мужчин. Аритмии были представлены предсердной и желудочковой экстрасистолией.

Выводы. Выявлено, что среди больных пожилого и старческого возраста, страдающих ХОБЛ, АГ у мужчин носит более тяжелый характер, чем у женщин. Клиника бронхолегочного заболевания зачастую маскирует

симптоматику коронарной патологии, что требует расширения стандарта обследования этих больных с проведением холтеровского мониторирования ЭКГ в целях диагностики ИБС и жизнеугрожающих аритмий, а также проведения адекватной терапии. При выборе тактики лечения больных ХОБЛ с ССЗ необходимо помнить о суммарном риске, особенно у больных пожилого и старческого возраста.

Влияние различных факторов на выживаемость пациентов с инфарктом миокарда при лечении в терапевтическом стационаре

Гордиенко А.В., Будылина О.А., Сахин В.Т., Рейза В.А., Сотников А.В.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Цель исследования. Выявить наиболее значимые условия для выживания больных в начальные периоды инфаркта миокарда (ИМ) при лечении их в терапевтическом стационаре из факторов риска ИБС, особенностей анамнеза заболевания и лечения.

Материалы и методы: на основании анализа результатов стационарного лечения 935 мужчин 64 женщин с ИМ (средний возраст 61,3±0,4 лет), госпитализированных в период с 2000 по 2015 гг., по данным о факторах риска, особенностях анамнеза и клинического течения заболевания (более 250 изучаемых параметров) выполнен регрессионный анализ неблагоприятных результатов лечения (летальные исходы). Модели бинарной логистической регрессии (летальный исход – выживание) отбирали по коэффициенту детерминации (R²) и информационному критерию Акаике (AIC). Наилучшей признавали модель с наименьшим значением AIC. Рассчитывали значения и направленность свободного члена в модели, коэффициенты объясняющих переменных. Среди методов реваскуляризации в изучаемой группе применяли только тромболитическую терапию стрептокиназой.

Результаты. В изучаемой группе умерли 217 человек. В модели бинарной логистической регрессии (p<0,05; AIC=0,384; R²= 0,462; свободный член: -16,19) благоприятствовали летальному исходу: число осложнений заболевания (2,86; p<0,001); длительность курения (0,63; p<0,001) и высокое качество табака (2,06; p<0,001); наличие сопутствующих хронических заболеваний легких (0,62; p<0,001); женский пол (0,07; p<0,001); умственный характер труда (0,04; p<0,05). Умиранию пациентов препятствовали: экстренная реваскуляризация (-2,01; p<0,01); прием β-адреноблокаторов (-1,32; p<0,001); ингибиторов ангиотензин превращающего фермента (-1,06; p<0,001).

Выводы: в начальные периоды ИМ наибольшее влияние на выживаемость среди оцененных параметров имели: фармакологическая реваскуляризация; правильное применение традиционного лечения. Высокие отрицательные значения курения и заболеваний легких подтверждают значительный потенциал правильной реализации профилактических мероприятий в популяции.

Саркопения как ведущий патогенетический фактор прогрессирования кардиоваскулярных заболеваний у людей старшего возраста

Горшунува Н.К.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Последние десятилетия изучения механизмов патогенеза заболеваний, входящих в сердечно-сосудистый континуум и влияние инволютивных

изменений на их течение, позволили определить важную роль синдрома хрупкости (frailty) и одного из его существенных компонентов – саркопении. Саркопения – возрастное атрофическое дегенеративное изменение скелетной мускулатуры, приводящее к постепенной потере мышечной массы и снижению силы мышц. Доказана ассоциированность саркопении с формированием инсулинорезистентности, нарушениями углеводного и жирового обмена. Состояние инсулинорезистентности (ИР) – прогрессирующее снижение чувствительности периферических тканей к инсулину, формирующееся по мере развития инволютивных изменений, приводит к постепенному сокращению поступления глюкозы и жирных кислот в мышечную ткань, вызывая ее энергетическое голодание, развитие дистрофических изменений, гипергликемию и глюкозотоксический эффект. В адипоцитах синтезируется гормон, регулирующий жировой и тесно связанный с ним углеводный метаболизм – лептин, роль которого в развитии ИР доказана. Нарушения жирового метаболизма на клеточном уровне в значительной степени обусловлены присоединением лептинорезистентности (ЛР).

Цель исследования – определение выраженности саркопении и патогенетической роли метаболических нарушений в её формировании у больных АГ старшего возраста.

Материалы и методы Для выполнения поставленной цели обследованы 88 людей старше 60 лет (средний возраст $66,9 \pm 0,7$ года, 76 женщин и 12 мужчин), страдающих АГ II стадии. В группу сравнения вошли 32 человека, не имеющих сердечно-сосудистых заболеваний. Всем пациентам проведены общеклиническое обследование, биоимпедансметрия с оценкой мышечной массы с помощью японского анализатора Tanita. Рассчитывали индекс мышечной массы (ИММ) – отношение мышечной массы к общей массе тела. Мышечную силу кистей определяли методом динамометрии. Уровень глюкозы в крови исследовали натощак и через 2 часа после приема 75 г кристаллической глюкозы, растворенной в 300 мл воды, т.е. выполняли глюкозотолерантный тест (ГТТ). Активность инсулина и лептина в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа. Показатель инсулинорезистентности (ИР) рассчитывали как отношение произведения концентрации инсулина в сыворотке крови и уровня глюкозы в периферической крови до проведения ГТТ к $22,5$ [Matthews D.R., 1985]. Статистический анализ полученных результатов, представленных как среднее арифметическое и его стандартная ошибка, проведен с помощью параметрических методов описательной статистики в программах MS Excel (2007) и Statistica 6.0. Достоверность различий между сравниваемыми группами оценена по критерию Стьюдента.

Результаты. У всех пациентов, кроме ангиопатии, установлены эхокардиографические признаки миокардиальной дисфункции. Содержание мышечной массы у больных основной группы составило $-43,5 \pm 1,1$ кг, у лиц группы сравнения – $47,8 \pm 1,5$ кг ($p < 0,05$). Показатели ИММ у лиц основной группы колебались от $0,43$ до $0,76$ у.е., среднее его значение составило $0,56 \pm 0,06$ у.е., в группе сравнения – $0,72 \pm 0,1$ у.е. У женщин с АГ обнаружены нарушения, свидетельствующие о развитии МС: высокий уровень лептина – $45,7 \pm 3,8$ нг/мл ($p < 0,001$), повышение секреции инсулина до $20,3 \pm 4,2$ мкМЕ/мл, ($p < 0,05$), максимальная степень выраженности ИР – $6 \pm 1,3$ ($p < 0,001$); начинающееся повышение уровня триглицеридов – $1,8 \pm 0,2$ ммоль/л. В подгруппе больных АГ со снижением мышечной массы выявлены достоверное снижение толерантности к глюкозе, повышенная концентрация инсулина до $19,4 \pm 3,8$ мкМЕ/мл и выраженная инсулинорезистентность $3,7 \pm 0,2$ у.е. ($p < 0,001$) по отношению к аналогичным показателям лиц группы сравнения. Корреляционная зависимость между уровнем лептина и инсулина в сыворотке крови оказалась наиболее высокой в группе женщин с ожирением I степени ($r = 0,72$, $p < 0,01$). У пациентов с меньшей массой тела связи между сывороточными уровнями изучаемых показателей при избыточной и нормальной массе тела были менее выраженными

– ($r = 0,34$, $p < 0,05$) и ($r = 0,2$, $p < 0,1$). Сочетание гиперлептинемии с инсулинорезистентностью и гиперинсулинемией свидетельствует об инсулино- и лептинорезистентности всех тканей, в том числе и мышечной, что определяет прогрессирование инволютивной саркопении у больных старшего возраста и приводит к необходимости коррекции отмеченных метаболических нарушений.

Изменения упруго-эластических свойств артериального русла у больных артериальной гипертонией разного возраста

Горшунова Н.К., Коробанов Ю.Ю.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Согласно современным представлениям в патогенезе разных видов кардиоваскулярной патологии необходимо учитывать возраст-ассоциированные трансформации сосудистого русла. С возрастом при артериальной гипертензии (АГ) наблюдается прогрессирование морфологических изменений микроциркуляторного русла и артерий мышечно-эластического типа, заключающееся в первую очередь в снижении эластичности и повышении жесткости сосудистой стенки, приводящих к нарушениям гемодинамических свойств и потокозависимых характеристик. Отмеченные изменения приводят к возникновению изолированной систолической артериальной гипертензии (ИСАГ) либо трансформации систоло-диастолического варианта заболевания в систолический. По литературным сведениям ИСАГ и трансформация в систолическую АГ существенно учащаются с возрастом пациентов от 10 до 20%. В клинике АГ наибольшее значение приобретает пульсовое АД, рассматриваемое как независимый фактор риска тяжелых сердечно-сосудистых осложнений.

Цель исследования – анализ состояния эластичности и жесткости сосудистого артериального русла у больных АГ разного возраста.

Материалы и методы исследования. Обследован 31 пациент с АГ II стадии II степени среднего возраста ($55 \pm 0,7$ лет), 31 – пожилого ($67,2 \pm 0,9$ лет) и 31 – старческого возраста ($80,6 \pm 0,8$ лет), группу сравнения составили 10 практически здоровых людей в возрасте $51,5 \pm 1,0$ лет. Для исследования жесткости сосудистой стенки (ЖСС), возраста сосудистой системы (ВСС), типа пульсовой волны использовали портативный диагностический прибор АнгиоСкан-01П. Измеряли уровень систолического, диастолического и пульсового артериального давления (ПАД). Статистический анализ полученных результатов проведен с помощью параметрических методов описательной статистики. Достоверность различий между сравниваемыми группами оценена по критерию Стьюдента с поправкой Бонферрони при $p < 0,05$.

Результаты. Установлено, что в группе больных АГ пожилого и старческого возраста уровни ПАД – $68,7 \pm 2,8$ и $68,7 \pm 3,1$ мм рт.ст. достоверно превышали аналогичный показатель больных среднего возраста – $56,4 \pm 2,1$ мм рт.ст. ($p < 0,05$) и лиц группы сравнения – $38,7 \pm 2,0$ мм рт.ст. ($p < 0,001$) Показатель ЖСС в группе пожилого ($24,0 \pm 1,8\%$) и старческого возраста 60 лет – $26,6 \pm 1,3\%$ был достоверно выше аналогичного у больных среднего возраста $14,7 \pm 1,0\%$ ($p < 0,001$) и лиц группы сравнения – $12 \pm 1,4\%$ ($p < 0,001$). В зависимости от растяжимости артерий в разные периоды календарного возраста можно судить о степени инволютивных изменений сосудистой системы. Наибольшие значения ВСС – $79,6 \pm 1,6$ лет определены у больных АГ старческого и пожилого – ($67,5 \pm 2,0$ года) возраста, они достоверно превосходили показатели пациентов средней возрастной группы – $54,5 \pm 1,4$ лет ($p < 0,001$), тогда как у лиц группы сравнения он составил $44,2 \pm 2,3$ лет ($p < 0,001$). Для полуколичественной характеристики

жесткости артерий эластического типа проанализированы также типы пульсовой кривой, имеющей возраст зависимый характер. Тип кривой С указывал на сохранение эластичности сосудов, тип А – на высокую жесткость аорты, тип В – отражал начальные изменения сосудистой стенки. У больных АГ пожилого возраста преобладал тип А (80%), тип В – у 13% больных, в старческом возрасте – тип А выявлен у 95%, тип В зарегистрирован лишь у 5% больных. Аналогичное соотношение найдено у больных среднего возраста, лишь у 2-х обследованных (6,5%) выявлен тип С, тип В у 7 (22,5%) тип А – у 22 (71%), что, несмотря на более низкую ЖСС, свидетельствует о начинающемся постепенном снижении эластичности артерий; у практически здоровых людей среднего возраста превалировал тип В.

Выводы. Таким образом, течение АГ приобретает с возрастом особенности, проявляющиеся прогрессированием жесткости сосудов эластического типа и мелких резистивных артерий, приводя к повышению ПАД и трансформации гипертензии преимущественно в систолический вариант, требующий особого подхода к ведению пациента, в том числе ранней ангиопротекции не только при АГ, но и у нормотензивных лиц после 45 лет.

Иммуногенетика процессов ремоделирования сердца и сосудов при артериальной гипертензии

Григоричева Е.А., Шмунк И.В., Бурмистрова А.Л., Суслова Т.А.

Южно-Уральский государственный медицинский университет,
Челябинский государственный университет, Челябинск

Цель. Выявить значение иммуногенетической составляющей в реализации развития артериальной гипертензии и сердечно-сосудистого ремоделирования.

Материал и методы. Обследовано 149 пациентов русской этнической группы (91 чел. мужчин и 58 чел. женщин) 40–59 лет с I–II стадией и 1–2 степенью АГ. Иммунологические исследования были выполнены в зональной лаборатории иммунологического типирования тканей ОГПУ «Челябинская областная станция переливания крови». В качестве контрольной группы была взята группа условно здоровых доноров без признаков артериальной гипертензии. Процессы ремоделирования миокарда изучались при проведении эхокардиографии с функцией тканевой доплерографии на основании показателей структуры и функции левого желудочка. Показателями ремоделирования сосудистой стенки считали ее утолщение (ТИМ), процент прироста диаметра плечевой артерии при проведении активной вазодилатации (%d).

Результаты. В общей группе больных в сравнении с контрольной группой повышена частота встречаемости антигена В8 ($A_x=20\%$ против 13% , $\chi^2=4,91$, $p<0,03$) и гаплотипов А1-В8 ($r=67,8$; $N=8,3\%$ против $4,45\%$, $\chi^2=7,08$, $p<0,01$), А3-В7 ($r=52,6$; $N=7,74\%$ против $4,01\%$, $\chi^2=6,29$, $p<0,02$), А9-В21 ($r=16,4$; $N=1,96\%$ против $0,34\%$, $\chi^2=7,04$, $p<0,01$). Показатели относительного риска составили: RR (В8)=1,69; RR (А1-В8)=1,99; RR (А3-В7)=2,72; RR (А9-В21)=3,79. Среди обследованных пациентов с АГ гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) выявлена у 69 человек (45%). В группе больных с ГЛЖ достоверно повышена частота встречаемости антигена HLA-B13 по сравнению с больными без ГЛЖ ($A_x = 11,9\%$ против $A_x = 0\%$, $\chi^2 = 5,44$, $p<0,02$) и наблюдается тенденция ($p<0,1$) к снижению частоты встречаемости антигенов HLA-B5 ($A_x = 3,4\%$ против 14%), B15 ($A_x = 8,5\%$ против $20,9\%$), DRB1*15 ($A_x = 20,8\%$ против $37,1\%$), DQB1*0602–8 ($A_x = 39,6\%$ против 60%). Частота встречаемости антигена HLA-B13 достоверно выше у больных с эксцентрическим вариантом ГЛЖ ($A_x = 23,8\%$, $\chi^2=4,23$, $p<0,04$). Сниженная величина ИММЛЖ у больных ассоциирована с наличием в фенотипе антигена DRB1*15, что свидетельствует о благоприятном

варианте течения артериальной гипертензии. При оценке взаимосвязи HLA-фенотипа с ремоделированием сосудов установлен протективный эффект для антигена HLA-B17: среди больных со структурным признаком ремоделирования сосудов (ТИМ > 0,9 мм) реже встречаются пациенты с антигеном В17 в фенотипе (относительный риск RR (В17) = 0,22).

Выводы. 1. Наличие в фенотипе антигена HLA-B13 следует рассматривать как фактор риска развития гипертрофии левого желудочка сердца, в особенности гипертрофии по эксцентрическому варианту. 2. В качестве факторов, способствующих устойчивости органа-мишени сердца к развитию гипертрофии левого желудочка, могут выступать антигены HLA-B15 и HLA-DRB1*15, а антиген HLA-B17 можно рассматривать в качестве маркера устойчивости сосудов к ремоделированию.

Поражение почек при множественной миеломе

Григорьева Е.В., Голубинов Ф.Д., Лукьянова Л.Ю., Усачева М.А.

Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского, Саратов

Множественная миелома относится к группе парапротеинемий и характеризуется наиболее частым вовлечением в патологический процесс почек, определяя при этом неблагоприятный прогноз для пациентов.

Цель: выявить частоту и характер поражения почек при миеломной болезни.

Задачи: оценить частоту встречаемости острого почечного повреждения (ОПП) при миеломной болезни, восстановление почечных функций на фоне полихимиотерапии, прогноз для жизни пациентов.

Материалы и методы. В период с 2014 по 2015 гг. в отделении нефрологии ГУЗ «Областная клиническая больница» (г. Саратов) на лечении и обследовании находились 10 пациентов с верифицированным диагнозом – миеломная болезнь, из них 5 мужчин и 5 женщин, средний возраст – $61\pm 8,4$ год. Первично диагноз миеломной болезни был установлен в клинике гематологии г. Саратова у 3-х больных, в остальных случаях пациенты были госпитализированы в отделение нефрологии в связи с впервые выявленным нарушением функции почек. У всех пациентов диагноз миеломной болезни был верифицирован по результатам стерильной пункции – плазматизация костного мозга свыше 33%.

Полученные результаты. Ведущими клиническими синдромами были нарушение азотовыделительной функции почек, анемия средней и тяжелой степени – у всех пациентов; уменьшение количества мочи за сутки – 5 пациентов (у 3 – олигурия, у 2 – анурия); боли в спине, требующие постоянного приема НПВП – 8 пациентов. У 9 пациентов при рентгенографии плоских костей выявлена деструкция: у 6 – костей черепа, у 4 – ребер, у 3 – костей таза, у 7 – компрессионные переломы тел позвонков, у 6 – отмечено их сочетание. Всем пациентам проводилась симптоматическая терапия; 9 больным потребовалось проведение заместительной почечной терапии, из которых 8 перешли на хронический гемодиализ; 7 пациентам – полихимиотерапия по схеме (сочетание дексаметазона натрия фосфата и бортезомиба). У 4-х пациентов наступил летальный исход вследствие прогрессирования основного заболевания, несмотря на проводимую терапию, у 2-х отмечено достижение ремиссии в течение миеломной болезни и полное восстановление функции почек. Выводы. У всех пациентов с миеломной болезнью выявлено вовлечение в патологический процесс почек, у 7 – это было первым проявлением заболевания и послужило поводом для госпитализации в нефрологическое отделение. Исходно выявленные изменения трактовались как острое почечное повреждение (ОПП) с последующей быстрой трансформацией в нефросклероз у 8 больных, что потребовало пожизненного замещения

почечных функций. Поражение почек в дебюте заболевания во многом обусловлено не только миеломной нефропатией, но и бесконтрольным приемом НПВП, что усугубляло неблагоприятный прогноз для лечения, восстановления почечных функций и жизни пациента. Несмотря на это существует вероятность достижения ремиссии в течение миеломы на фоне полихимиотерапии и восстановление на этом фоне почечных функций, поэтому при ведении пациентов с миеломной нефропатией важно тесное сотрудничество нефролога, гематолога и врача диализа для достижения наилучших результатов.

Стрессоустойчивость у лиц старшего возраста, страдающих ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией

Григорьян М.Ф., Горшунова Н.К.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Проблеме влияния типологических свойств личности и индивидуальной чувствительности к стрессу на формирование кардиоваскулярной патологии посвящено большое количество работ (Гнедов Д.А., Элашвили М.А., 2000; Винокур В.А., 2001), в которых установлена взаимосвязь личностных особенностей и гиперфибриногенемии, повышающих риск развития гипертонической болезни в 2–3 раза. Гагулиным И.В., 2000; Чазовым Е.И., 2003 выявлен рост показателей индекса стресса у населения, что способствует формированию артериальной гипертензии. На молекулярном уровне главенствующая роль в этиологии болезней сердца по праву принадлежит факторам стресса. Их многообразие – от стресса социального, до стресса клеточного и оксидативного – привело к формированию сложной многоуровневой системы защиты от подобного рода воздействий. Поддержание полного набора функционально компетентных белков в каждой клетке в нормальном состоянии, во время стресса и повреждения обеспечивается различными механизмами, в том числе системой белков, названных молекулярными шаперонами, служащих ведущим внутриклеточным механизмом защиты при стрессорных воздействиях.

Цель настоящего исследования – определение активности HSP-70 при разном уровне стрессоустойчивости у людей старшего возраста с заболеваниями ИБС и АГ.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 32 респондента, проживающих в сельской местности Курского региона, оформивших информированное согласие. В группу обследованных были включены пациенты с сочетанием ишемической болезни сердца (ИБС), стенокардией напряжения II–III ФК и артериальной гипертензии II–III ст. (АГ). Среди них 17 человек пожилого (средний календарный возраст – $67,8 \pm 0,9$ года) и 15 – старческого возраста (средний календарный возраст – $79,1 \pm 0,8$ года). Стрессоустойчивость (СУ) определяли с помощью теста на индивидуальную чувствительность к стрессу по 10-ти балльной шкале (Щербатых Ю.В., 2006), согласно которой базовая стрессоустойчивость (БСУ) в пределах от 70 до 100 баллов считается удовлетворительной и рассчитывали показатель динамической чувствительности (ДЧ) к стрессу. Наряду с оценкой стрессоустойчивости у всех обследованных в сыворотке крови оценивали концентрацию белка стресса 70 (HSP-70) методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью анализатора «Текан» (Австрия) наборами фирмы ЗАО «БиохимМак» (Россия). Оптическую плотность определяли при длине волны 450 нм, расчет концентрации производили с использованием стандартных растворов по автоматически построенной калибровочной кривой. Результаты обработаны параметрическими методами описательной статистики, о

достоверности различий между сравниваемыми группами судили по критерию Стьюдента, которые признавались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. При определении стрессоустойчивости по базовому уровню количество баллов обратно пропорционально уровню СУ, отражая состояние адаптационных механизмов. Проведенный анализ показал, что у 64,7% обследованных пожилого возраста преобладал средний уровень БСУ ($90,4 \pm 2,2$ баллов, $p < 0,05$); а у 85,7% лиц старческого возраста – низкий ($118,7 \pm 6,3$ баллов, $p < 0,05$). У обследованных обеих возрастных групп не отмечено высокой ДЧ. У 76,5% лиц пожилого возраста выявлен средний уровень динамической чувствительности (ДЧ) к стрессу – $68,5 \pm 2,0$ баллов, $p < 0,05$. У 57,1% обследованных старческой возрастной группы преобладала низкая ДЧ – $111 \pm 7,2$ баллов, $p < 0,05$. У лиц пожилого возраста концентрация HSB-70 составила $0,22 \pm 0,01$ нг/мл, старческого возраста – $0,28 \pm 0,04$ нг/мл, достоверно превышая показатель здоровых людей пожилого возраста – $0,09 \pm 0,006$ нг/мл, $p < 0,05$. При снижении стрессоустойчивости у людей пожилого возраста ослабевают адаптационные реакции, что подтверждалось наличием слабой обратной корреляционной связи между HSB-70 и ДЧ ($r = -0,37$; $p < 0,05$). У лиц старческого возраста выявлена прямая связь между HSB-70 и БСУ ($r = 0,47$; $p < 0,05$), что также указывает на понижение их стрессоустойчивости.

Таким образом, у людей пожилого возраста за счет активации белка стресса-70 сохранялась способность адаптации к стрессу. В старческом возрасте активность HSB-70 снижена, что служит одной из причин нарушений адаптации и стрессоустойчивости, способствуя развитию кардиоваскулярной патологии. Длительное воздействие стрессора может приводить к росту синтеза аутоантител к шаперонам, что ведет к дальнейшему прогрессированию заболевания.

Сравнительная эффективность свободных и фиксированных комбинаций гипотензивных средств у больных артериальной гипертензией высокого и очень высокого риска

Гридина С.А., Поветкин С.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Цель исследования: сравнить потребность в двух-, трех- и четырехступенчатой терапии свободными и фиксированными комбинациями антигипертензивных препаратов у больных артериальной гипертензией высокого и очень высокого риска.

Материалы и методы. В исследование было включено 120 чел. с артериальной гипертензией 2–3 степени, относящихся к категории высокого и очень высокого риска. Пациенты были рандомизированы по трем группам (40 чел. в каждой): 1-я группа – стартовая схема – рамиприл (амприлан) + амлодипин (нормодипин); 2-я группа – лизиноприл (диротон) + амлодипин (нормодипин); 3-я группа – экватор (лизиноприл + амлодипин). Проводили титрование доз препаратов, при недостаточном эффекте (отсутствие достижения целевого артериального давления) терапию последовательно дополняли бисопрололом и индапамидом. Группы больных были сопоставимы по основным клиническим и гемодинамическим характеристикам. Длительность наблюдения составляла 14 недель.

Полученные результаты. В конце лечения степень снижения диастолического давления была сопоставима ($p > 0,05$) в исследуемых группах. Степень уменьшения систолического артериального давления была более выраженной ($p < 0,01$) у больных третьей группы. Частота применения третьей (1-я группа – 30%, 2-я группа – 32,5%, 3-я

группа – 15%) и четвертой (1-я группа – 52,5%, 2-я группа – 56%, 3-я группа – 32,5%) ступеней фармакотерапии достоверно не различалась в исследуемых группах. Вторая ступень терапии чаще ($p < 0,01$) сохранялась у больных третьей группы (52,5%) по сравнению с пациентами первой (17,5%) и второй (10%) групп. Частота достижения целевого артериального давления в конце срока наблюдения была достоверно выше у больных третьей группы.

Выводы. При проведении сочетанной антигипертензивной терапии больных артериальной гипертензией высокого и очень высокого риска, использование фиксированных комбинаций лекарственных средств позволяет повысить эффективность фармакотерапии.

Традиционные и «болезнь – обусловленные» факторы риска хронических неинфекционных заболеваний у женщин больных ревматоидным артритом

Громова О.А., Синеглазова А.В.

Южно-Уральский государственный медицинский университет,
Челябинск

Цель. Изучить частоту встречаемости традиционных и «болезнь – обусловленных» факторов риска (ФР) хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) у женщин больных ревматоидным артритом (РА). Материалы и методы. Обследовано 175 женщин с достоверным диагнозом РА, средний возраст – $49,7 \pm 0,7$ лет, средняя длительность РА – $8,2 \pm 0,6$ лет. В группе преобладали женщины с серопозитивным РА ($n=140$; 80%), развернутой клинической стадией заболевания ($n=116$; 66%), 3 степенью активности РА ($n=124$; 71%), 2 рентгенологической стадией ($n=76$; 43%) и 2 функциональным классом, ($n=104$; 59%). Оценивались биологические (менопауза, артериальная гипертензия (АГ), нарушения липидного обмена, гипергликемия, повышенная масса тела) и поведенческие (нездоровое питание, курение, употребление алкоголя, низкий уровень образования, гиподинамия) факторы риска ХНИЗ. Уровень артериального давления определялся и трактовался по критериям ВНОК. Липидный профиль у больных РА оценивался по критериям EULAR и APP для больных РА. Для оценки массы тела рассчитывался индекс Кетле. Результат трактовался в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Для выявления поведенческих ФР ХНИЗ обследуемые заполняли стандартные опросники общенациональной интегрированной программы профилактики неинфекционных заболеваний ВОЗ (СИНДИ). В исследовании учитывались выделенные Европейской лигой ревматологов (EULAR) и Ассоциацией ревматологов России, (2010 г.) «болезнь – обусловленные» ФР ускоренного развития атеросклероза (длительность РА, наличие внесуставных проявлений, высокий суставной счет, высокая активность воспалительного процесса, тромбоцитоз, серопозитивность по ревматоидному фактору (РФ) и антителам к циклическому цитруллин-связанному пептиду). Проводилось комплексное обследование в соответствии с протоколом обследования больных РА.

Результаты. Более половины обследованных женщин имели такие биологические факторы риска, как нарушение липидного обмена ($n=161$, 92%), АГ ($n=101$, 58%), менопауза ($n=99$, 57%), реже диагностированы ожирение ($n=55$, 31%) и гипергликемия ($n=9$, 5%). Анализ частоты поведенческих ФР показал, что 94% ($n=165$) женщин с РА неправильно питались, у 84% ($n=147$) наблюдалась гиподинамия, 75% ($n=132$) – употребляли алкоголь (избыточное употребление алкоголя в группе отсутствовало), 33% ($n=57$) имели низкий образовательный статус и

только 5% ($n=8$) курили. Установлено, что подавляющее большинство больных РА ($n=173$, 99%) одновременно имели 3 и более традиционных ФР. При анализе «болезнь – обусловленных» ФР установлена высокая частота серопозитивного по РФ ($n=140$, 80%) ревматоидного артрита и 3 степени активности заболевания ($n=124$, 71%). Системные проявления диагностированы у 29% ($n=50$) человек. Тромбоцитоз выявлен у 10% ($n=18$) пациенток. Большинство больных – 79% ($n=138$) имели 2 и более «болезнь – обусловленными» ФР одновременно.

Выводы. У женщин больных ревматоидным артритом наиболее часто встречаются такие традиционные и «болезнь – обусловленные» факторы риска хронических неинфекционных заболеваний, как нездоровое питание, нарушение липидного обмена, гиподинамия, артериальная гипертензия, низкий уровень образования, серопозитивность по ревматоидному фактору. У большинства женщин больных ревматоидным артритом наблюдается суммация 3 и более традиционных и 2 и более «болезнь – обусловленных» факторов риска хронических неинфекционных заболеваний.

Влияние эналаприла на внеклеточный матрикс медиа грудной аорты крыс линии Вистар при моделировании хронического адренергического стресса

Губская П.М., Вебер В.Р., Рубанова М.П., Карев В.Е., Жмайлова С.В., Румянцев Е.Е., Атаев И.А., Кулик Н.А.

Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, Научно-исследовательский институт детских инфекций, Великий Новгород, Санкт-Петербург

Цель исследования. Изучить протективный эффект эналаприла на изменения компонентов внеклеточного матрикса (ВКМ) медиа грудной аорты у крыс линии Вистар при моделировании хронического адренергического стресса.

Материалы и методы. Эксперимент проводился на крысах-самцах линии Вистар, сопоставимых по возрасту и массе (200 ± 20 г.). Животные содержались в помещении с температурой воздуха 22°C с 12-часовым циклом свет/темнота. Животные имели свободный доступ к воде и пище. Моделирование хронического адренергического стресса (ХАС) производилось путем интраперитонеального введения 10 крысам на протяжении 2 недель три раза в сутки адреналина из расчета 50 мкг/кг. Во II серии эксперимента создавалась модель ХАС с коррекцией энапом – 10 крысам на протяжении 2 недель три раза в сутки одновременно интраперитонеально вводились адреналин в дозе 50 мкг/кг и ингибитор ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) для внутривенного введения энап (эналаприлат) в дозе 20 мкг/кг. Контрольную серию составили 10 крыс, не подвергавшихся медикаментозным и стрессовым воздействиям. Декапитация животных производилась под эфирным наркозом. Кусочки стенки грудного отдела аорты фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, дегидратировали в спиртах возрастающей концентрации и заливали в парафин по общепринятой методике с последующим изготовлением срезов ткани толщиной 4 мкм. Парафиновые срезы, окрашенные по Ван Гизону, исследовались с использованием светооптического бинокулярного микроскопа AxioscopeA1 (Carl Zeiss, Германия). В 9 полях зрения ($0,42 \times 0,32$ мм, площадь кадра $0,13$ мм²) при увеличении $\times 400$ у каждой крысы в медиа грудного отдела аорты во всех сериях эксперимента с помощью сетки Г.Г. Атанасидиса производился подсчет в объемных процентах (об.%) объемной плотности коллагена и внеклеточных пространств (ВКП). Для исследования изменения эластинового каркаса аорты парафиновые срезы окрашивали

орсеином по Шиката. Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных орсеином, проводилась с помощью сетки Г.Г. Автандилова. Измерения проводились в 11 полях зрения (1,08 x 0,81 мм, площадь кадра 0,87 мм²) при увеличении x400. Производился подсчет в объемных процентах (об.%) объемной плотности эластина в средней оболочке грудной аорты. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 99 (c) 1997 by Stat Soft, Inc.

Результаты исследования показали, что протективный эффект эналаприла проявлялся только в уменьшении объемной плотности коллагена. Так, если через 2 недели введения адrenaлина объемная плотность коллагена по сравнению с контрольной серией значительно увеличилась с 15,72±0,83 об.% до 21,43±1,37 об.% (t=-3,746, p=0,0001), то через 2 недели одновременного введения адrenaлина и эналаприла объемная плотность коллагена оставалась на уровне значений контрольной серии (15,72±0,83 об.% в контроле и 14,71±1,92 об.% при введении адrenaлина и эналаприла; p>0,05). Объемная плотность эластина под влиянием эналаприла была на том же уровне, что и через 2 недели введения адrenaлина (78,91±1,06 об.% на адrenaлине и 77,49±1,64 об.% на адrenaлине и эналаприле; p>0,05), что значительно ниже значений контрольной серии (84,64±0,77 об.%; t=3,946, p=0,0001). Объемная плотность ВКП при одновременном введении адrenaлина и эналаприла была на 40,6% меньше значений плотности ВКП в серии крыс, которым в течение 2 недель вводился только адrenaлин (4,98±0,48 об.% на адrenaлине и эналаприле и 8,39±0,56 об.% на адrenaлине; t=4,312, p=0,0001) и на 35,9% меньше значений контрольной серии (7,77±0,65 об.% в контроле и 4,98±0,48 об.% на адrenaлине и эналаприле; t=2,840, p=0,006).

Таким образом, исследование показало, что под влиянием эналаприла протективный эффект на компоненты ВКМ при моделировании ХАС различный. Эналаприл оказывает протективный эффект на ремоделирование коллагена. На деградацию эластических волокон эналаприл не влияет, а объемная плотность ВКП значительно уменьшается, что в дальнейшем может привести к значительным структурным и функциональным изменениям стенки аорты.

Микробиологические нарушения микрофлоры кишечника при ревматических заболеваниях

Гульнева М.Ю., Носков С.М., Малафеева Э.В.

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль,

При ряде ревматических заболеваний (РЗ) установлено патогенетически значимое нарушение микробиоценоза организма. Новые разработки на основе ДНК-анализа микробных сообществ кишечника и возросший интерес к иммунологии слизистых оболочек показывают, что микрофлора организма является важным экологическим фактором, который может влиять на проявления аутоиммунных заболеваний (Scher J.U. et al. 2011). Изучение микробиоты является новым развивающимся направлением для понимания структуры и эволюции РЗ (Malaise O. et al. 2012).

Цель исследования: изучить микробиологические нарушения микрофлоры толстого кишечника при ревматических заболеваниях на моделях локального (остеоартроз), распространенного (ревматоидный артрит) и системного (системная красная волчанка) воспалительного процесса. Материалы и методы. Бактериологическим методом обследовано 175 больных ревматическими заболеваниями (РЗ), из них 65 больных остеоартрозом (ОА), 70 – ревматоидным артритом (РА) и 40 – системной красной волчанкой (СКВ). Диагностику указанных заболеваний осуществляли на основании критериев, принятых в ревматологии. Оценивали количественный и качественный состав микрофлоры

толстого кишечника больных и определяли степень микробиологических нарушений микрофлоры толстого кишечника, руководствуясь приказом Минздрава России №231 «Об утверждении отраслевого стандарта. Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника» (ОСТ 91500.11.0004-2003). I степень микробиологических нарушений характеризовалась снижением содержания бифидобактерий до 108 КОЕ/г, лактобактерий – до 106 КОЕ/г, типичных эшерихий – до 10 6 КОЕ/г; II степень – снижением содержания бифидобактерий до 10 7 и ниже КОЕ/г, лактобактерий до 10 5 и ниже КОЕ/г, повышение содержания гемолитических эшерихий или других условнопатогенных бактерий до концентрации 10 7 КОЕ/г; III степень – снижением содержания бифидобактерий до 10 7 и ниже КОЕ/г, лактобактерий – до 10 5 и ниже КОЕ/г, обнаружением ассоциаций условно-патогенных микроорганизмов в концентрации 106–107 КОЕ/г. Результаты. Изменение микробиоценоза толстого кишечника при локальном воспалительном процессе у больных ОА соответствовало развитию микробиологических нарушений микрофлоры кишечника различной степени. У больных ОА наблюдалось развитие микробиологических нарушений микрофлоры данного биотопа у 75,4% больных. При этом I степень микробиологических нарушений кишечной микрофлоры установлена у 18,5%, II степень – у 49,2% и III степень – у 7,7% больных. Сравнительное изучение частоты возникновения и степени выраженности микробиологических нарушений микрофлоры показало, что у больных ОА II степень микробиологических нарушений развивалась существенно чаще (p<0,001) Хроническое прогрессирующее воспалительное аутоиммунное заболевание – РА характеризовался возникновением микробиологических нарушений микрофлоры кишечника у 90% больных. Так I степень микробиологических нарушений кишечной микрофлоры установлена у 11,4%, II степень – у 34,3% и III степень – у 45,7% больных. Системный воспалительный процесс у больных СКВ характеризовало развитие микробиологических нарушений микрофлоры кишечника в 97,2% случаев. При этом I степень микробиологических нарушений кишечной микрофлоры установлена у 11,1%, II степень – у 27,8% и III степень – у 58,3% больных. У больных СКВ III степень микробиологических нарушений кишечной микрофлоры развивалась существенно чаще по сравнению с I и II степенью (p<0,01). Анализ таблиц частот распространения микробиологических нарушений микрофлоры кишечника при РЗ показал, что у больных ОА наиболее часто формировалась II степень микробиологических нарушений. При РА преобладали II и III степени микробиологических нарушений. У больных СКВ наиболее часто развивались микробиологические нарушения и более чем у 50% больных проявлялись возникновением III степени микробиологических нарушений микрофлоры кишечника.

Выводы: 1. Микробиологические нарушения микробиоценоза кишечника, имеют особенности при различных ревматических заболеваниях. 2. У больных РА и СКВ возникают более выраженные микробиологические нарушения микрофлоры кишечника по сравнению с больными ОА.

Возрастная динамика параметров локальной сосудистой жесткости у пациентов с ишемической болезнью сердца

Гусаковская Л.И., Хромова А.А., Томашевская Ю.А., Фадеева С.С.

Пензенский государственный университет, Пенза

Цель. Изучить возрастные особенности показателей локальной сосудистой ригидности общей сонной артерии у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Всего обследовано 78 человек (68 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 40 до 69 лет, страдающих ИБС. Критериями

включения являлись: наличие острого или перенесенного в прошлом инфаркта миокарда, реваскуляризационные вмешательства на крупных коронарных артериях, положительный неинвазивный стресс-тест или документированная госпитализация по поводу нестабильной стенокардии. Обследуемые были разделены на три группы: в группу 1 вошли 19 человек в возрасте 40–49 лет (средний возраст 46 (44; 48) лет), рост – 174,1±7,7 см, ИМТ – 28,4±3,5 кг/м². Группа 2 состояла из 31 пациента от 50 до 59 лет включительно (средний возраст 53 (52; 56) года), рост 172,9±5,5 см, ИМТ – 28,7(24; 32) кг/м². В группу 3 вошли 28 лиц в возрасте 60–69 лет (средний возраст 63,5±2,8 года), рост – 172 (166,5; 175) см, ИМТ – 28,0±3,6 кг/м². Сравниваемые группы были сопоставимы по полу, росту, ИМТ, офисным значениям артериального давления. Локальную артериальную жесткость общих сонных артерий (ОСА) оценивали на ультразвуковом аппарате MyLab 90 (« Esaote », Италия) с использованием программы echotracking по показателям: QIMT – толщина комплекса интима-медиа, Ios P sys – локальное систолическое давление, Ios P dia – локальное диастолическое давление, P (T1) – давление в локальной точке, DC – коэффициент поперечной растяжимости, CC – коэффициент поперечной податливости, индекс аугментации Alx и локальная скорость распространения пульсовой волны в сонной артерии PWV. В связи с отсутствием отличий между показателями локального давления и ригидности, измеренными справа и слева, в настоящей работе для анализа использовали их средние значения. Результаты. По данным метода echotracking показатель QIMT преобладал в группах 2 (761±138,4 мкм) и 3 (805,8±139,3 мкм) по сравнению с пациентами более молодого возраста (586 (540; 738) мкм) (p1-2,1-3<0,05). С возрастом выявлено постепенное увеличение показателей локального давления в общей сонной артерии, которое достоверно преобладало у больных старшей возрастной группы. Средний уровень параметра Ios P sys у лиц 40–49 лет – 105,2±13,7 мм рт.ст., 50–59 лет – 113,0±13,1 мм рт.ст., 60–69 лет – 120,7±17,4 мм рт.ст. (p1-3<0,05). Значения Ios P dia в группах сравнения составили 70,0 (65,0; 80,0), 77,0±10,7 и 80,0 (77,5; 90,0) мм рт.ст., соответственно (p1-3<0,05); P (T1) – 100,05 (92,8; 105,3), 105,5 (97,9; 114,85) и 108,5 (103,4; 117,9) мм рт.ст., соответственно (p1-3<0,05). С увеличением возраста показатели растяжимости (DC) и податливости (CC) не претерпевали значимых изменений: в группе 1 – 0,02 (0,01; 0,03) 1/кПа и 0,97±0,47 мм2/кПа, в группе 2 – 0,01 (0,01; 0,02) 1/кПа и 0,71 (0,54; 1,2) мм2/кПа, в группе 3 – 0,02 (0,01; 0,025) 1/кПа и 0,98 (0,64; 1,18) мм2/кПа, соответственно. Индекс аугментации в ОСА у лиц моложе 50 лет имел отрицательное значение (-0,8 (-2,5; 2,1)%), в возрасте 50-59 лет был положительным (1,18 (-0,07; 4,88)%), достигая максимального уровня у больных 60 лет и старше – 3,9 (1,74; 7,9)% (p1-2,3; 2-3<0,05). Показатель PWV в группе 1 – 6,5(5,7; 7,8) м/с, в группе 2 – 8,2±1,9 м/с, в группе 3 – 7,9±2,3 м/с соответственно (p1-2<0,05). Выводы. По данным ультразвукового исследования с применением технологии echotracking выявлено прогрессирование атеросклеротического процесса в общих сонных артериях с возрастом. Увеличение локального давления сопровождается снижением демпфирующей функции, о чем свидетельствует нарастание индекса аугментации в изученных возрастных группах.

Миконотелство и микоз как диагностический тест на степень иммунодефицита при ВИЧ-инфекции

Гяргиева О.Х.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Цель работы. Изучить характер миконотелства и микозов на стадиях ВИЧ-инфекции.

Задачи работы. Исследовать корреляционную связь между тяжестью Т-клеточного иммунодефицита и миконотелством/микозам.

Материал и методы. Проведено клиничко-лабораторное обследование 167 больных ВИЧ-инфекцией. Был изучен спектр грибов в биосубстратах – в крови, спинно-мозговой жидкости, содержимом бронхиального дерева и пищевода, слизи ротовой полости, кожных чешуйках и отделяемом кожных язв, в вагинальном секрете, кале и моче. Исследован спектр микрофлоры на открытых и закрытых участках здоровой кожи. Забор материала производили методом отпечаток с двух точек – с кожи лба и с кожи над нижней третью грудины. Изучен спектр грибов в воздухе палат; исследование проводилось методом седиментации с временной экспозицией 1 час. Забор воздуха и забор материала с кожи производили одновременно. Применялись микроскопические и культуральные методы выявления грибов.

Полученные материалы и выводы. Из 167 обследованных больных у 13 грибы в биосубстратах обнаружены не были. У 39 наличие грибов было расценено как миконотелство. И у 115 были диагностированы микозы. 10 из 13 больных (77%) «свободных от грибов» не имели клинических проявлений иммунодефицита, 3 человека (23%) имели клинические проявления иммунодефицита и ни у одного не был диагностирован СПИД. При этом у 10 количество Т4-лимфоцитов было в пределах нормы, а у 3 количество Т4-лимфоцитов – умеренно снижено. Из 39 миконотелителей у 27 иммунодефицита не было, у 7 были клинические проявления иммунной недостаточности, а у 5 – СПИД. Спектр грибов на здоровых участках кожи и в биосубстратах значительно разнообразнее спектра грибов-возбудителей микозов. По мере прогрессирования ВИЧ-инфекции происходит переход из состояния «свободы от грибов» к миконотелству и затем к микозу, увеличивается частота и интенсивность микоконтаминации здоровой кожи. Имеется большая степень соответствия спектра грибов на коже и в воздухе палат. Качественная связь между миконотелством и микозом не очевидна. По мере ухудшения общей клинической ситуации и по мере прогрессирования иммунодефицита уменьшалась доля лиц, у которых грибы в биосубстратах отсутствовали и увеличивалась доля лиц, пораженных микозами. Наиболее распространенным и наиболее стойким видом миконотелства было кандидонотелство, которое со временем переходило в кандидоз. У больных кандидозом и родоторулезом развитию микоза предшествовало миконотелство грибов, соответствующих по роду и виду грибу-возбудителю и впоследствии отмечалось стойкое присутствие этих грибов вне зон микотического поражения. А при пенициллинозе на здоровых участках кожи неоднократно выделялся *Penicillium chrysogenum*. У больных криптококкозом *Cryptococcus neoformans* был обнаружен только в зонах специфического поражения. Лишь в одном случае при криптококкозе рикптококк присутствовал на здоровой коже груди. Также не была установлена связь носительства криптококков и развитием криптококкоза. ВИЧ-инфекция обуславливает избирательную восприимчивость к микотической инфекции.

Спектр микобиоты у больных ВИЧ-инфекцией

Гяргиева О.Х.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Цель работы. Изучить спектр микобиоты в биосубстратах на стадиях ВИЧ-инфекции.

Задачи работы. Исследовать корреляционную связь между тяжестью Т-клеточного иммунодефицита и миконотелством/микозом.

Материал и методы. Проведено клиничко-лабораторное обследование 167

больных ВИЧ-инфекцией. Был изучен спектр грибов в биосубстратах – в крови, спинно-мозговой жидкости, содержимом бронхиального дерева и пищевода, слизи ротовой полости, кожных чешуйках и отделяемом кожных язв, в вагинальном секрете, кале и моче. Применялись микроскопические и культуральные методы выявления грибов.

Полученные материалы и выводы. Из 167 обследованных больных у 13 грибы в биосубстратах обнаружены не были. Из крови были выделены *Penicilliumchrysogenum* и *Cryptococcusneoformans*. Из спинно-мозговой жидкости – *Rhodotorularubra*, *Candidaalbicans*, *Cryptococcusneoformans*. В содержимом бронхов было обнаружено 7 видов грибов. В ротовой полости и в пищеводе – 12 видов. В моче были обнаружены *Candida albicans*, *Candida krusei*, *Cryptococcus neoformans*, *Rhodotorula rubra*, *Aspergillus sp.* В кале – *Candida albicans*, *Candida tropicalis*, *Candida krusei*, *Rhodotorula rubra*. В вагинальном секрете – *Candidaalbicans*, *Candida krusei*, *Rhodotorularubra*. Более разнообразным был спектр грибов, обнаруженных в кожных чешуйках и в отделяемом кожных язв. Суммарно из биосубстратов были выделены 5 видов кандиды (*Candidaalbicans*, *Candidatropicalis*, *Candida kefir*, *Candida krusei*, *Candidaparasitosis*), *Penicilliumchrysogenum*, *Cryptococcusneoformans*, *Rhodotorularubra*, *Geotrichumcandidum*, *Aspergillus sp.*, *Trichosporonbeigelii*, *Scopulariopsisbrevicaulis*, *Chaetomium sp.*, *Fusarium sp.*, *Alternariaalternate*, *Aureobasidiumpullulans*.

Спектр грибов, обнаруженных в биосубстратах больных ВИЧ-инфекцией, весьма широкий. Наиболее часто была выявлена *Candidaalbicans*. Этот гриб был обнаружен во всех биосубстратах за исключением крови. Вторую позицию занимает *Rhodotorularubra* и третья – *Candida krusei*. *Cryptococcusneoformans* был выделен только из крови, спинно-мозговой жидкости и кожных язв.

Взаимосвязь характеристик качества жизни больных хронической ишемической болезнью сердца: сравнение консервативного и интервенционного методов лечения

Дедов Д.В., Евтюхин И.Ю., Эльгардт И.А., Маслов А.Н.

*Тверской государственный медицинский университет,
Областной клинический кардиологический диспансер, Тверь*

Цель. Изучить взаимосвязь характеристик качества жизни (КЖ) больных ишемической болезнью сердца (ИБС) при сравнении консервативного и интервенционного методов лечения.

Материал и методы. Всего в исследование было включено 146 больных (средний возраст 63,5±5,6 лет). Они состояли под наблюдением в ГБУЗ Тверской области «Областной клинический кардиологический диспансер» и имели ИБС, проявляющейся приступами стабильной стенокардии II–III функционального класса. Основную группу составили 102, а в группу сравнения – 44 пациента. Первые перенесли чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), а вторые получали только консервативную терапию. Исследование было одобрено этическим комитетом и проведено в соответствии с планом научно-исследовательских работ ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Анализ КЖ был проведен по 7 шкалам показателей: General Health (GH) – общее состояние здоровья (включала оценку больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения); Physical Functioning (PF) – физическое функционирование (отражала степень, в которой здоровье, по мнению больного, лимитирует выполнение таких физических нагрузок как самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей); Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на работу и выполнение

будничной деятельности; Role-Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на выполнение работы или другой повседневной деятельности (увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения); Bodily Pain (BP) – интенсивность боли в груди за прошедший месяц и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью (работа по дому и вне дома); Vitality (VT) – жизнеспособность (отражала ощущение полноты сил и энергии или, напротив, обесценинности); Mental Health (MH) – самооценка психического здоровья (это показатель характеризовал настроение: наличие депрессии, тревоги, положительных и отрицательных эмоций). Обработку полученных ответов проводили в соответствии с методикой оценки КЖ «SF-36 Health Status Survey». Анализ данных проводился с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.1». Применялись параметрические и непараметрические методы сравнения. Для оценки связи между переменными использовали R – критерий корреляции Спирмена. Уровень значимости всех статистических тестов был принят за $p < 0,05$.

Полученные результаты. В целом, у мужчин и женщин основной группы и группы сравнения обнаружена корреляция между PF и VT ($R = 0,69$ и $R = 0,61$; $R = 0,51$ и $R = 0,45$ соответственно; все $p < 0,05$). Выявлено, что у мужчин основной группы и группы сравнения имеется взаимосвязь между показателями GH и BP, VT, MH ($R = 0,51$ и $0,59$; $R = 0,53$ и $0,47$; $R = 0,33$ и $0,45$ соответственно; все $p < 0,05$). Причем она выявлена независимо от метода лечения ИБС. Напротив, у женщин ассоциации между указанными выше характеристиками КЖ отмечены только в группе сравнения ($R = 0,56$; $R = 0,51$ и $R = 0,44$ соответственно; все $p < 0,05$). Кроме того, при консервативном лечении мужчин и женщин с ИБС PF связан с BP ($R = 0,67$ и $R = 0,47$ соответственно; оба $p < 0,05$), а у перенесших ЧКВ – с MH ($R = 0,54$ и $R = 0,52$ соответственно; оба $p < 0,05$). Отмечено, что у мужчин и женщин основной группы имеется связь между RP и RE, RP и VT ($R = 0,66$ и $R = 0,65$; $R = 0,65$ и $R = 0,69$ соответственно; все $p < 0,05$), а в группе сравнения – между GH и PF ($R = 0,57$ и $R = 0,49$ соответственно; оба $p < 0,05$). При этом, у мужчин и женщин в основной группе VT имеет связь с RE и MH ($R = 0,41$ и $R = 0,63$; $R = 0,45$ и $R = 0,73$ соответственно; все $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, независимо от метода лечения у больных ИБС имеется связь между их физическим состоянием и жизнеспособностью. Общее состояние здоровья пациентов зависит от интенсивности боли в груди, жизнеспособности и самооценки психического здоровья. При консервативном лечении общее состояние здоровья, в большей степени, связано с физической активностью, а после ЧКВ, кроме этого, наблюдается еще и улучшение эмоционального состояния.

Прогноз аритмических осложнений у больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией

*Дедов Д.В., Масюков С.А., Эльгардт И.А., Леонтьев В.А.,
Ярахмедова Т.Р., Азизова М.Р.*

*Тверской государственный медицинский университет,
Областной клинический кардиологический диспансер, Тверь*

Цель. Изучить прогноз аритмических осложнений у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Всего в исследование включили 334 больных (средний возраст 62,7±3,9 лет) с ранее верифицированными ИБС, АГ и жалобами на боли в груди, «сердцебиение» и «перебои в работе сердца». Они находились под наблюдением и получали лечение на базе ГБУЗ Тверской области «Областной клинический кардиологический диспансер». Исследование было одобрено этическим комитетом и

проведено в соответствие с планом научно-исследовательских работ ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет». Пациентам было проведено: стандартная электрокардиография (ЭКГ), холтеровское мониторирование ЭКГ, трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ) и доплерокардиография. На ЭКГ изучали индексы предсердного и желудочкового комплексов: Pdis, Pmin и Pdis; QTmax, QTmin, QTdis – максимальную, минимальную длительность и дисперсию волны Р и интервала QT, а также QTкорр. – скорректированные значения QT. При ЭхоКГ определяли: передне-задний размер и объем левого предсердия (ЛП). Дилатацию ЛП (ДЛП) определяли при увеличении передне-заднего размера более 4,0 см. Диастолическую дисфункцию левого желудочка (ДДФ ЛЖ) изучали по показателям трансмитрального кровотока (ТМК). Анализировали: Е (м/с) – пиковая скорость раннего диастолического кровотока; А (м/с) – скорость диастолического кровотока во время предсердной систолы. Дополнительно рассчитывались время замедления раннего наполнения и время изоволюмического расслабления (ВИВР) ЛЖ. ДДФ ЛЖ регистрировали при Е/А<1 и ВИВР>100 мс. Длительность наблюдения за больными составила в среднем 1,8±0,6 года. У 105 больных при ХМ ЭКГ были зарегистрированы пароксизмы фибрилляции предсердий (ФП). Их включили в основную группу. У больных основной группы регистрировали более 2 приступов ФП за время наблюдения продолжительностью от 30 минут до 2 часов. Группу сравнения составили 229 пациентов без ФП. Изучение показателей ЭКГ и ЭхоКГ проводилось в межприступный период на фоне синусового ритма. Анализ данных проводился с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.1». Применялись параметрические и непараметрические методы сравнения. Изучение прогностического значения клинико-инструментальных данных проводили по показателям: чувствительность (sensitivity - Se), специфичность (specificity - Sp), прогностическая ценность положительного результата теста (positive predictive value - PPV), прогностическая ценность отрицательного результата теста (negative predictive value - NPV), отношение шансов (ОШ). Уровень статистической значимости всех тестов был принят за 0,05.

Полученные результаты. Наиболее часто во время приступа ФП больных беспокоили «перебои» в работе сердца и его «замирания», слабость, боли за грудиной, утомляемость. Реже отмечались головокружение, обмороки. По данным анализа ЭКГ, у мужчин основной группы значения Pmax, Pdis и QTdis были выше, чем в группе сравнения (на 11,6%, 70,9%, 19,9%, все $p<0,05$ соответственно). У женщин, имевших ФП, значения PQ(R)dis и QTкорр. превышали аналогичные у пациенток без ФП (на 38,7% и 34,1% соответственно; оба $p<0,05$). На высокий риск развития аритмических осложнений указывали жалобы на появление боли в груди (Se-75,0%; Sp-85,7%; PPV-75,0%; NPV-14,5%; ОШ-2,6 усл. ед.), «перебоев в работе сердца» и «сердцебиение» (Se-55,6%; Sp-65,6%; PPV-60,0%; NPV-40,0%; ОШ-1,9 усл. ед.), слабости (Se-60,0%; Sp-40,0%; PPV-55,0%; NPV-45,0%; ОШ-1,2 усл. ед.). Возникновение ФП ассоциировалось с увеличением значений Pmax (Se-73,0%; Sp-38,0%; PPV-60,0%; NPV-40,0%; ОШ-1,7 усл. ед.) и Pdis (Se-85,0%; Sp-60,0%; PPV-75,0%; NPV-50,0%; ОШ-1,8 усл. ед.). Риск возникновения ФП возрастал у больных ИБС при увеличении показателя QTdis (Se-67,0%; Sp-38,0%; PPV-55,0%; NPV-50,0%; ОШ-2,7 усл. ед.) и QTкорр. (Se-64,0%; Sp-50,0%; PPV-55,0%; NPV-45,0%; ОШ-1,5 усл. ед.). С повышенной вероятностью пароксизмальных нарушений ритма сердца было связано обнаружение при ЭхоКГ ДЛП в сочетании с ДДФ ЛЖ (Se-55,0%; Sp-45,0%; PPV-35,0%; NPV-65,0%; ОШ-1,7 усл. ед.).

Выводы. Таким образом, в определении прогноза аритмических осложнений у больных ИБС и АГ следует учитывать жалобы на «перебои в работе сердца» и «сердцебиение», боли в груди и слабость. О риске возникновения приступа ФП могут свидетельствовать увеличение значений Pmax, Pdis, QTdis и QTкорр. Повышенная вероятность пароксизма ФП ассоциируется с выявлением ДЛП и ДДФ ЛЖ.

Дисфункция эндотелия сосудов и гипергомоцистеинемия у больных сахарным диабетом 2 типа как факторы риска хронической сердечной недостаточности

Денисова А.Г., Татарченко И.П., Позднякова Н.В., Морозова О.И., Кулюцина Е.Р., Левашова О.А.

Пензенский институт усовершенствования врачей,
Медико-санитарная часть №59, Пенза

Высокая распространенность сердечно-сосудистых заболеваний при сахарном диабете 2-го типа (СД2) обусловлена сочетанием факторов раннего развития и прогрессирования атеросклероза. Дисфункция эндотелия (ДЭ) является главной причиной сопутствующих осложнений данного заболевания. Гипергомоцистеинемия (ГГЦ) рассматривается в качестве метаболического фактора риска сосудистых поражений. Цель исследования заключалась в изучении уровня гомоцистеина и функциональных особенностей эндотелия у больных сахарным диабетом типа 2 с диастолической дисфункцией левого желудочка. Материал и методы: I группа – 32 больных ИБС и СД2, II группу составили 35 больных ИБС без признаков нарушения углеводного обмена. Комплекс обследования включал клинико-лабораторные исследования, электрокардиографию в 12 отведениях, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), эхокардиографию (ЭхоКГ). Функциональное состояние эндотелия определялось изучением эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) при дуплексном сканировании плечевой артерии. Концентрация гомоцистеина (ГЦ) измерялась иммуноферментным методом с использованием набора реактивов «Axis-Shield AS».

Результаты: по данным ХМ ЭКГ эпизоды депрессии ST сегмента зарегистрированы у 32 больных I группы (ИБС+СД). У 16 из 32 больных отмечены сочетание болевых эпизодов ишемии миокарда (БЭИМ) и периодов безболевого ишемии миокарда (БИМ), у 12 больных только эпизоды БИМ, в 4 наблюдениях – только эпизоды БЭИМ. Во II группе эпизоды БИМ и БЭИМ регистрировались у 12 пациентов, в 3 случаях – только периоды БИМ. В I группе исходный диаметр плечевой артерии составил $4,2\pm0,18$ мм, после теста с реактивной гиперемией у 28 пациентов прирост диаметра плечевой артерии не превысил 6%, что значительно ниже в сравнении с аналогичным показателем II группы: исходное значение – $4,36\pm0,18$ мм, после теста с реактивной гиперемией – $5,2\pm0,12$ мм, $p<0,05$. Умеренная ГГЦ определялась у 80% больных I группы и составила $22,43\pm3,21$ мкмоль/л, у остальных больных в этой группе уровень гомоцистеина соответствовал нормативным значениям $12,23\pm1,34$ мкмоль/л. В группе больных ИБС без нарушения углеводного обмена у 74,3% больных определялась нормогомоцистеинемия с уровнем гомоцистеина $9,04\pm1,13$ мкмоль/л, у 25,7 % больных отмечена ГГЦ с уровнем гомоцистеина $15,73\pm4,13$ мкмоль/л. Установлена корреляционная связь содержания гомоцистеина и ЭЗВД ($r=0,51$), гомоцистеина и ЛПНП ($r=0,53$). Показатели времени изоволюмического расслабления левого желудочка IVRT и соотношение Е/А преобладали в I группе ($p<0,05$), соответственно: $118,3\pm2,4$ и $87,6\pm3,1$ мс; $0,62\pm0,17$ и $0,79\pm0,14$.

Таким образом, на фоне гипергликемии и гипергомоцистеинемии у больных сахарным диабетом нарушения функционального состояния эндотелия приводит к срыву регуляторных механизмов, способствуют формированию и прогрессированию сердечно-сосудистых осложнений: ишемии миокарда и диастолической дисфункции левого желудочка.

Коррекция эндотелиальной дисфункции у больных сахарным диабетом 2 типа при назначении антигипертензивной терапии

Деревянченко М.В., Стаценко М.Е.

Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград

Цель исследования. Оценить влияние 12-недельной комбинированной антигипертензивной терапии эналаприлом + индапамидом (энзиск) на дисфункцию эндотелия у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. В исследование было включено 30 больных АГ II–III стадии в сочетании с СД 2 типа в возрасте от 40 до 65 лет. Всем пациентам назначили комбинированную антигипертензивную терапию эналаприлом + индапамидом (энзиск) в течение 12 недель. Изучали функцию эндотелия по концентрации метаболитов NO и эндотелина-1 в сыворотке крови и в моче, результатам окклюзионной пробы.

Результаты. На фоне 12-недельной терапии энзиском целевого уровня АД достигли 100% больных. Не отмечено ухудшений показателей углеводного обмена. Выявлено достоверное улучшение функции эндотелия у больных АГ и СД 2 типа: увеличилась продукция NO как в сыворотке крови, так и в моче ($65,9 \pm 4,8$ мкМ через 12 недель терапии vs $13,7 \pm 1,2$ мкМ исходно, $\Delta\% = 381$ и $559,2 \pm 66,0$ мкМ через 12 недель терапии vs $377,3 \pm 25,0$ мкМ исходно, $\Delta\% = 48,2$ % соответственно), уменьшилась секреция эндотелина-1 в моче ($0,07 \pm 0,02$ пг/мл через 12 недель терапии vs $0,16 \pm 0,02$ пг/мл исходно, $\Delta\% = 56,3$ % соответственно). Увеличилось число больных с нормоциркуляторным типом микроциркуляции: с 13,3 до 53,3% ($p < 0,001$) за счет уменьшения количества больных с патологическими (гиперемическим и застойно-статическим) типами микроциркуляции.

Заключение. Лечение комбинированным антигипертензивным препаратом энзиск в течение 12 недель является высокоэффективным и безопасным в восстановлении функции эндотелия у больных АГ и СД 2-го типа.

Особенности течения ишемической болезни сердца при ревматоидном артрите у пожилых

Джалилова Р.А., Курбанова М.С., Гаджиева М.И., Сулейманов С.Ш.

Дагестанская государственная медицинская академия,
Южный окружной медицинский центр ФМБА России, Махачкала

При ревматоидном артрите (РА) хронический аутоиммунный процесс, наряду с ревматоидным поражением сердца, приводит к увеличению риска развития сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, в первую очередь связанной с атеросклеротическим поражением коронарных сосудов.

Цель – изучение особенностей течения ишемической болезни сердца при ревматоидном артрите у пожилых.

Материал и методы: под наблюдением находились 27 больных с документированным РА, получавших традиционное медикаментозное лечение в условиях терапевтического отделения. Из них 11 (40,7%) женщин, 16 (59,3%) мужчин в возрасте от 65 до 70 лет ($66,8 \pm 4,6$ лет). Всем больным проводилось комплексное клиничко-инструментальное обследование, иммунологические пробы, ЭКГ и ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, рентгенологическое исследование пораженных суставов, органов грудной клетки, контроль биохимических показателей. У 21 (77,8%)

больного отмечался серопозитивный РА, у 6 (22,2%) – серонегативный вариант, у 17 (63%) диагностирована I–II ст. активности РА, у 9 (33,3%) – III ст. На момент осмотра у всех больных отмечался выраженный болевой синдром в области коленных суставов при движении, у большинства и в покое.

Результаты. У больных РА на фоне суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру выявлены разнообразные нарушения ритма: синусовая тахикардия у 7 (25,9%), желудочковая экстрасистолия высоких градаций у 7 (25,9%), пароксизмы фибрилляции предсердий у 3 (11,1%). Безболевого ишемия миокарда диагностирована у 6 (22,2%). Выраженность кардиальных проявлений варьировала от стертых субклинических форм до тяжелых. Развитие острого ИМ на фоне РА наблюдалось у 3 (11,1%). Признаки нестабильной стенокардии встречались у 3 (11,1%) больных, стабильная стенокардия напряжения II ФК и III ФК у 7 (25,9 %) и 4 (14,8%) больных соответственно. Клинические признаки застойной сердечной недостаточности выявлены у 7 (25,9%) больных. У 85,2% ($n=23$) в анализах крови – высокое СОЭ; белки острой фазы воспаления у 12 (44,4%). Дислипидемия IIa у 6 (22,2%), IIb – 4 (14,8%).

Выводы: проявления ИБС чаще маскируются ярким суставным болевым синдромом и ограничением двигательной активности больных. Раннее выявление сердечно-сосудистой патологии у больных РА пожилого возраста позволит снизить риск ранней инвалидизации данной категории больных.

Комплексная методика коррекции факторов сердечно-сосудистого риска у больных ИБС и метаболическим синдромом

Донцов А.В.

Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Цель исследования – изучить эффективность комбинированной коррекции факторов сердечно-сосудистого риска с включением даларгина и низкоинтенсивной лазеротерапии (ЛТ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. Пациенты, страдающие ИБС и МС ($n=247$, 123 мужчины и 124 женщины, средний возраст $56,9 \pm 5,3$ года), получавшие стандартную медикаментозную терапию (СТ) по поводу ИБС, были разделены на 4 группы сравнения. Пациенты 1-й группы ($n=63$) получали только СТ. Во 2-й группе ($n=60$) дополнительно применялся даларгин, в 3-й группе ($n=60$) – ЛТ, в 4-й ($n=64$) – даларгин совместно с ЛТ. Даларгин вводили интраназально 2 раза по 1 мг сухого вещества, растворенного в 0,5 мл физиологического раствора, в течение 10 дней. Указанный курс повторяли через 1 и 2 месяца. ЛТ проводилась с помощью полупроводникового аппарата «Матрикс-ВЛОК» (Россия). Была использована излучающая головка КЛ-ВЛОК-405 с мощностью на конце световода 2,5 мВт и длиной волны 0,63 мкм. Курс терапии предусматривал 10 процедур надвенозного облучения по 30 минут ежедневно. Наличие МС определяли согласно Национальным российским рекомендациям 2009 г. (второй пересмотр). На 10-й и 90-й день сравнивали влияние различных лечебных методик на такие факторы риска, как уровень триглицеридов (ТГ) и ХС ЛПВП, состояние оксидативного стресса, уровни провоспалительных интерлейкинов (ИЛ) 1β и 6, индекс инсулинорезистентности НОМА, уровень кортизола в крови, выраженность депрессивных расстройств по методике Zung. Результаты. В ходе данного исследования было установлено наличие

у даларгина способности уменьшать провоспалительный потенциал за счет влияния на выработку цитокинов, снижать гиперпродукцию надпочечниками глюкокортикостероидов и уменьшать выраженность депрессивных расстройств. Препарату присуща также способность потенцировать плейотропные эффекты статинов, в том числе и противовоспалительный. Дополнительные лечебные эффекты ЛТ у больных ИБС с МС заключались в снижении атерогенного потенциала за счет повышения уровня антиатерогенного ХС ЛПВП и уменьшении проявлений оксидативного стресса. Совместное применение даларгина и ЛТ потенцировало эффекты стандартной медикаментозной терапии. Использование в лечении больных ИБС с МС совместного применения даларгина и ЛТ по предложенной нами методике в сравнении со стандартной терапией уменьшает атерогенность крови за счет снижения триглицеридов на 41,5 % vs. 11,5% и повышения ХС ЛПВП на 29,2% vs. 10,9%, уменьшает общую окислительную способность крови на 17,1% vs. 1,5% при повышении общей антиоксидантной активности на 62,4% vs. 3,8%, снижает индекс инсулинорезистентности НОМА на 53% vs. 8%, снижает гиперкортизолемию на 26,9% vs. 2,2%, уменьшает выработку провоспалительных цитокинов – ИЛ-1β на 63,8% vs. 7,4%, ИЛ-6 на 58,2% vs. 6,1%, а также снижает выраженность депрессии на 34% vs. 2,5%. Особенностью влияния комбинированной терапии с включением даларгина и НИЛИ было более быстрое наступление описанных эффектов – уже через 10 дней лечения, а также отсутствие серьезных побочных осложнений.

Выводы. Для повышения эффективности коррекции факторов сердечно-сосудистого риска у больных ИБС с МС может быть с успехом применена методика комбинированного лечения, которая сочетает в себе назначение стандартной медикаментозной терапии по поводу ИБС, применение даларгина и низкоинтенсивной лазеротерапии.

Региональные особенности выявления хронических неинфекционных заболеваний и установления диспансерного наблюдения по результатам диспансеризации определенных групп взрослого населения

Дроздова Л.Ю., Егоров В.А., Кушунина Д.В.

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва

Цель исследования: изучить региональные различия выявления в рамках диспансеризации хронических неинфекционных заболеваний, приводящих к инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, а также оценить полноту установления диспансерного наблюдения.

Материалы и методы. Проведен анализ региональных результатов диспансеризации определенных групп взрослого населения по статистической форме 131 (согласно приказу Минздрава РФ №87н) за второй квартал 2015 г. Всего были проанализированы данные по 47 субъектам РФ, представившим корректные данные.

Результаты. По результатам диспансеризации проводится установление группы здоровья, таким образом, I-я группа здоровья была установлена у 32,61% граждан, II-я группа – 21,07%, IIIа – 36,31%, IIIб – 8,82%. Частота выявленных болезней системы кровообращения (БСК) всего 30334,70 на 100 тыс. обследованных, из них впервые выявленные 4144,5 на 100 тыс. обследованных. При этом на диспансерное наблюдение были поставлены 55% из числа пациентов с впервые выявленными БСК и 53% из числа всех пациентов с БСК. Наиболее высокий процент

постановки на диспансерное наблюдение больных с БСК (100%) отмечен в Кабардино-Балкарии, Карачаево-Черкессии и Тюменской области, наиболее низкий в Еврейской автономной области, Чукотской автономной округе и Ямало-Ненецком автономном округе. Частота выявленных злокачественных новообразований (ЗНО) 434,2 на 100 тыс. обследованных, из них впервые выявленных – 84,8 на 100 тыс. обследованных. Доля лиц, поставленных на диспансерное наблюдение, из числа больных с впервые выявленными ЗНО составляет 67%, при этом в 25% регионов этот показатель составляет 100%, а в ряде регионов менее 20% (Еврейский автономный округ, Чукотский автономный округ, Омская область). Хронические болезни органов дыхания (ХБОД) впервые были выявлены с частотой 428,8 на 100 тысяч населения, при этом на диспансерное наблюдение были поставлены 52,5% пациентов. Имеют место значительные региональные различия в выявлении ХБОД впервые, так в Новосибирской области этот показатель составил 29,6 на 100 тысяч, а в Ямало-Ненецком автономном округу 1722 на 100 тыс. обследованных.

Заключение. Значительные региональные различия в частоте выявления хронических неинфекционных заболеваний могут быть обусловлены не только разными уровнями заболеваемости в этих субъектах РФ, но и разным качеством проведения диспансеризации. Недостаточно высокие показатели постановки на диспансерное наблюдение пациентов с БСК и ХБОД приводят к тому, что пациенты не получают необходимого динамического наблюдения с целью коррекции терапии, достижения целевых показателей и снижения частоты обострений.

Инфаркт миокарда: сезонные и гендерные особенности

Дудина О.В.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад.И.П. Павлова, Санкт-Петербург

С целью анализа особенностей структуры госпитализации пациентов с инфарктом миокарда в кардиологические отделения отделения крупного многопрофильного стационара была проанализирована база данных пролеченных больных за 2011 г. За 12 месяцев 2011 г. из стационара выписано 87 пациентов с диагнозом инфаркт миокарда, При анализе зависимости количества госпитализированных с указанной патологией от времени года выявлено существенное преобладание одного зимнего (январь) и всех весенних месяцев: более половины пациентов (54%) находились на стационарном лечении именно в эти сроки. Наименьшее количество пациентов обратилось за медицинской помощью летом: суммарно 12,6% за июнь, июль и август. Среди всех госпитализированных в течение года преобладали мужчины – 60,9%; в январе и мае это превалирование достигало 78,6% и 90,9% соответственно, тогда как в апреле наблюдалась иная закономерность – соотношение мужчины:женщины составляло 1:2. Не вызывает сомнения трактовка инфаркта миокарда как острого состояния, требующего обычно экстренной госпитализации, однако в нашем исследовании 9 пациентов (10,3%) были госпитализированы в плановом порядке, из них пять женщин и четыре мужчины: каждая седьмая женщина и каждый тринадцатый мужчина поступали в клинику не экстренно; сезонно-временные параметры были сходными с таковыми в общей группе. В течение всего анализируемого периода умерло 6 пациентов (6,9%): пять мужского и одна женского пола; причем летальные исходы приходились только на январь, апрель и май, а у половины больных имел место повторный инфаркт миокарда. Таким образом, в структуре

госпитализации пациентов с инфарктом миокарда зафиксированы как гендерные, так и сезонные различия.

Мониторинг состояния когнитивных функций и распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с каротидным атеросклерозом

Дума С.Н., Латынцева Л.Д., Щербакова Л.В.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины, Новосибирск

Когнитивные нарушения (КН) являются неотъемлемым спутником многих наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). По степени выраженности КН выделяют на преддементные стадии: легкие и умеренные КН (ЛКН, УКН). В свою очередь прогрессирование ССЗ, особенно в сочетании с метаболическими нарушениями, способствуют нарастанию проявлений КН и формированию деменции (Д). Традиционно к факторам риска (ФР) КН относят возраст, семейный анамнез КН, вредные привычки, ССЗ, нарушение обмена веществ. Цель исследования: оценка механизмов взаимосвязи КН с ФР ССЗ. Задачи исследования: 1. Оценка распространенности и выраженности КН и основных ФР ССЗ в популяции лиц с клинически подтвержденным каротидным атеросклерозом (КА) в возрасте 55–78 лет. 2. Оценка роли социальных и других ФР ССЗ в формировании КН.

Материалы и методы: в рамках выполнения открытого исследования осмотрено 500 мужчин и женщин с нарушениями липидного обмена и подтвержденным УЗИ методом КА (наличие одно- и двухсторонних атеросклеротических бляшек средним объемом до 35% просвета общей каротидной артерии) у которых оценивались ФР: систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) артериальное давление, ЧСС, индекс Кетле, физическая нагрузка в минутах за неделю, потребление алкоголя в мл за неделю. Средний возраст 62,2 года. Исследовались когнитивные функции с использованием нейропсихологических тестов подтверждающих степень КН: «5 слов» с оценкой непосредственного и отсроченного воспроизведения (норма ниже 8 слов в сумме); Мокотест (ниже 26 баллов); тест «часы» – ниже 10 баллов. Оценивалась распространенность ФР ССЗ в целом группе с КА и дополнительно в группе с КА и КН.

Результаты: в общей группе пациентов с КА средние показатели САД 129,3 мм рт.ст., ДАД 81,38 мм рт.ст., ЧСС 71,56 ударов в минуту. Физическая нагрузка в неделю составляла 454,26 минут (муж. 455,3; жен. – 454,1); индекс Кетле – 29,6 (у муж. 27,4; жен. 29,9) без статистически достоверной разницы. Из других ФР более частое потребление алкоголя в неделю у мужчин (муж. 88,5мл; жен. – 36,2 мл) ($p<0,001$). У 110 пациентов (32%) выявлены при нейропсихологическом тестировании КН. Средние показатели при выполнении теста «5 слов» – 6,69; Мокотест – 23,9 балла, тест «часы» – 7,8 балла. У мужчин ЛКН – 19%; УКН – 76,2%; Д – 4,8%. У женщин: ЛКН – 11,8%; УКН – 81,7%; Д – 6,5%. ФР ССЗ у лиц с КН: артериальная гипертония самый частый ФР у лиц с КН у 114 человек, что составило 71% по сравнению с общей группой только с КА 52% ($p<0,001$). Во всех подгруппах с КН преобладали более высокие уровни САД ($p<0,001$), по сравнению с ДАД. Сахарный диабет выявлен в группе женщин с УКН 13,1% ($p<0,05$).

Выводы: 1. Распространенность КН у пациентов с КА 32 %, преобладали УКР (муж. 76,2% и жен. 81,7%). 2. Наиболее значимыми ФР в группе с КН были САД ($p<0,001$); сахарный диабет в подгруппе с УКР у женщин ($p<0,05$), потребление алкоголя в неделю у мужчин ($p<0,001$).

Влияние времени проведения чрескожного коронарного вмешательства на маркеры электрической нестабильности миокарда у пациентов со STEMI

Душина Е.В., Лукьянова М. В., Шуготарова Е.А

Пензенский государственный университет, Пенза

Цель: оценить показатели электрической нестабильности миокарда при телеметрической регистрации ЭКГ в 12 отведениях у пациентов на 1–2 сутки со STEMI после фармако-инвазивной реперфузии.

Материалы и методы: в исследование включено 62 пациента со STEMI в возрасте от 33 до 85 лет ($56,5\pm 10,7$ лет): 53 мужчины (85,5%) и 9 женщин (14,5%). Всем пациентам, включенным в исследование, проводилась фармако-инвазивная реперфузия: тромболитическая терапия (ТЛТ) и чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Время от появления боли до начала ТЛТ составило 174 ± 27 мин, интервал «боль-ЧКВ» 420 ± 48 мин. В течение первых 24–48 часов после ЧКВ проводилась телеметрическая регистрация ЭКГ в 12 отведениях с использованием комплекса «Астрокард® – Телеметрия» (ЗАО «Медитек», Россия). Измерение интервала QT проводилось автоматически, между началом зубца Q и окончанием волны T (QT_е). Использовался автоматический анализ ППЖ с автоматическим усреднением ЭКГ-сигнала и фильтрацией с шагом 40–250 Гц. Допустимый уровень шума: до 0,5 мкВ. О наличии ППЖ свидетельствовала ширина фильтрованного комплекса QRS (QRS_f) >114 мс; продолжительность низкоамплитудных потенциалов (менее 40 мкВ) в конечной части (HFLA) >38 мс; среднеквадратичное значение последних 40 мс комплекса QRS (RMS) <20 мкВ. Больные ретроспективно были разделены на 2 группы: первая составила 31 человек (50%) с ЧКВ в ранние сроки – до 6 часов от момента начала болевого синдрома, вторая включала в себя 31 пациента (50%), которым ЧКВ выполнено в период 6–24 часа.

Результаты. У пациентов, включенных в первую группу, средние значения QRS_f составили 113 (106;127) мс, HFLA 36 (30;46) мс, RMS 31,2 (19,2;54,9) мкВ, QT_е 338 ± 30 мс. Для пациентов 2 группы средние значения были следующими: QRS_f 116 ± 29 мс, HFLA 31 (24;40) мс, RMS 26 ± 13 мкВ, QT_е 406 ± 28 мс. При сравнении двух групп отмечено, что в группе 1 значения RMS были выше, чем в группе 2 ($p=0,041$), а показатель QT_е у пациентов, которым выполнялось ЧКВ в более поздние сроки, достоверно больше, чем в группе при более раннем проведении ЧКВ ($p=0,004$).

Выводы: по результатам исследования выявлены достоверные различия между показателями, характеризующими электрическую нестабильность миокарда при STEMI в зависимости от времени ЧКВ. Установлено, что проведение ЧКВ в более ранние сроки, до 6 часов от начала болевого синдрома, коррелирует с прогностически более благоприятными значениями RMS, QT_е.

Влияние деносуμβα на минеральную плотность кости и эрозивно-деструктивные изменения у пациентов с ревматоидным артритом и остеопорозом, в зависимости от противовоспалительной терапии

Дыдыкина П.С., Петрова Е.В., Дыдыкина И.С., Смирнов А.В., Глухова С.И., Насонов Е.Л.

Научно-исследовательский институт им. В.А.Насоновой, Москва

Введение. При лечении ревматоидного артрита (РА) важно не только подавить воспаление, но и предупредить локальную и генерализованную

потерю костной ткани, особенно у больных, получающих глюкокортикоиды (ГК). Перспективным препаратом является деносумаб (ДСБ), полностью человеческое моноклональное антитело, которое связывает RANKL (receptor activator of nuclear factor kappa B ligand), препятствует его взаимодействию с рецептором на остеокластах, снижает их активность и ингибирует резорбцию кости.

Цель исследования: оценить эффект 12 месяцев терапии ДСБ на минеральную плотность кости (МПК) осевого и периферического скелета, эрозивно-деструктивные изменения суставов кистей и стоп у больных с РА и остеопорозом (ОП), в том числе получающих ГК.

Материалы и методы. В исследование было включено 69 женщин, отвечавших критериям РА (ACR 1987 г.) и ОП (РАОП 2012 г.). Средний возраст составил 59,6±7,4 лет, длительность РА 17,7±10,4 лет. Позитивными по ревматоидному фактору (РФ) были 50 (72,4%), по антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) – 51 (73,9%) больных. У 2 (2,9%) больных была 1, у 21 (30,4%) – 2, у 22 (31,9%) – 3, у 24 (34,8%) – 4 рентгенологическая стадия РА. Отмечалась преимущественно умеренная активность РА по DAS28 (65,2%). На протяжении года до включения в исследование ни одна не получала генно-инженерные биологические препараты и антиостеопоротическую терапию, кроме препаратов кальция и витамина D. Больные были распределены на 2 группы в зависимости от характера противовоспалительной терапии: 1-ю группу составили 34 (49,3%) больных, получавших ГК (суточная доза в среднем 3,4±0,9 мг), 2-ю группу – 35 (50,7%) больных, никогда не получавших ГК (n=18) или не получавших ГК не менее 1 года до включения (n=17). Средний возраст в обеих группах был сопоставим. Длительность РА в 1-ой группе была достоверно больше (p=0,005), а возраст начала РА достоверно меньше (p=0,003), чем во 2-ой. Все больные получили подкожно 2 инъекции ДСБ по 60 мг (исходно и через 6 месяцев). Исходно и через 12 месяцев определялась МПК поясничного отдела позвоночника (L1-L4), шейки бедра (ШБ) и дистального отдела предплечья (ДОП), используя двухэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию на аппарате Hologic QDR1000. По данным рентгенографии кистей и стоп исходно и в динамике проводился подсчет количества эрозий, суженных щелей и общего счета по Sharp/van der Heijde (SVH). Статистическая обработка материала выполнена с использованием программы Statistica 6.0.

Результаты. Через 12 месяцев МПК L1-L4 и ШБ достоверно увеличилась в среднем с 0,821±0,104 г/см² до 0,864±0,110 г/см² (p<0,0001) и с 0,625±0,089 г/см² до 0,639±0,088 г/см² (p=0,0003), а в ДОП отмечена тенденция к увеличению МПК: 0,498±0,090 г/см² и 0,503±0,089 г/см² (p=0,0529), соответственно. Среднее изменение МПК за год составило в L1-L4 +4,6%, в ШБ +2,8%, в ДОП +0,7%. Число эрозий достоверно (p=0,0117) увеличилось: 26,5 [8,0; 70,0] и 26,5 [8,0; 77,0]. Также увеличилось количество суженных щелей (p=0,027): 101,0 [68,0; 128,0] и 101,0 [70,0; 128,0] и общий счет по SVH (p=0,010): 119,5 [76,0; 200,0] и 119,5 [76,0; 200,0]. Было установлено, что у пациентов с достоверным увеличением числа эрозий (n=8) кумулятивная доза ГК была достоверно больше, пациенты чаще были позитивными по АЦЦП и ниже была МПК L1-L4. Анализ увеличения числа суженных щелей достоверных различий не выявил. В 1-ой и 2-ой группе достоверно (p<0,0001) увеличилась МПК в L1-L4 (0,809±0,109 г/см² и 0,849±0,117 г/см²; 0,839±0,098 г/см² и 0,879±0,100 г/см², соответственно) и в ШБ (0,598±0,086 г/см² и 0,609±0,083 г/см² (p=0,045); 0,648±0,084 г/см² и 0,668±0,083 г/см² (p=0,002), соответственно). В 1-й группе отмечена стабилизация в ДОП: 0,496±0,113 г/см² и 0,498±0,106 г/см² (p=0,700), а во 2-ой группе – тенденция к ее увеличению: 0,501±0,064 г/см² и 0,509±0,068 г/см² (p=0,065). Исходные показатели счета по SVH в двух группах были сопоставимы. Через 12 месяцев достоверное увеличение показателя числа эрозий и общего счета SVH наблюдалось только в 1-ой группе: 32,5 [13,0; 78,0] vs 33,0 [13,0; 90,0] (p=0,043) и 146,5 [93,0; 221,0] vs 149,0 [93,0; 221,0] (p=0,027), соответственно.

Заключение. Терапия ДСБ позволила достоверно увеличить МПК в L1-L4, ШБ, стабилизировать ее в ДОП – независимо от приема ГК. Отрицательная динамика рентгенологических изменений суставов отмечена преимущественно у пациентов, получавших ГК. Увеличение числа эрозий чаще ассоциировалось с большей кумулятивной дозой ГК, позитивностью по АЦЦП и более низкими показателями МПК L1-L4.

Проводящая система сердца при симптомной и бессимптомной изолированной фибрилляции предсердий у женщин детородного возраста

Дятлов Н.Е., Куряева А.М., Рахматуллов Ф.К., Рахматуллов Р.Ф., Бурмистрова Л.Ф., Климова С.В.

Пензенский государственный университет, Пенза

Цель исследования. Оценить состояние проводящей системы сердца при симптомной и бессимптомной изолированной фибрилляции предсердий у женщин детородного возраста.

Материал и методы исследования. В исследовании принимали участие 128 женщин детородного возраста (средний возраст исследуемых составил 25,8±2,3 года) с частыми пароксизмами изолированной фибрилляции предсердий, которые были разделены на две группы. В первую группу вошли 43 женщины с частыми пароксизмами бессимптомной изолированной фибрилляции предсердий (ФП), во вторую – 85 женщин с частыми пароксизмами симптомной изолированной ФП. У всех женщин ФП документирована во время холтеровского мониторирования электрокардиограммы (ХМЭКГ) и чреспищеводной электрокардиостимуляции (ЧпЭС).

Полученные результаты и их обсуждение. По сравнению с бессимптомной ФП, при симптомной среднее суточное ЧСС было чаще на 19,1% (p=0,043), среднее дневное – на 18,9% (p=0,044), а среднее ночное – на 20,9% (p=0,031). Также выявлено увеличение максимальной дневной ЧСС на 18,5% (p=0,046), максимальной суточной – на 20,7% (p=0,033), максимальной ночной – на 18,2% (p=0,037), а также минимальной суточной – на 20,3% (p=0,038), минимальной дневной – на 19,1% (p=0,045) и минимальной ночной – на 20,5% (p=0,035). В результате анализа интервалов и рефрактерных периодов сердца выявлено, что по сравнению с бессимптомной ФП, при симптомной имеет место уменьшение скорректированного времени восстановления синусового узла (КВВФСУ) на 19,2% (p=0,014) и укорочение эффективного рефрактерного периода левого предсердия (ЭРПЛП) на 21,1% (p=0,028). Проведенный корреляционный анализ показал, что у женщин с симптомной ФП между частотой пароксизмов и ЧСС существует прямая зависимость (n=85, r=0,32, p=0,03), а КВВФСУ и ЭРПЛП – обратная (n=59, r=-0,28, p=0,048; n=59, r=-0,34, p=0,03). В то же время у женщин с бессимптомной ФП установлена обратная корреляционная зависимость только между частотой пароксизмов и ЭРПЛП (n=31, r=-0,32, p=0,028). Известно, что изолированная ФП возникает под влиянием идиопатических триггерных факторов на фоне дисбаланса вегетативных влияний на миокард предсердий. В зависимости от характера нарушений автономной регуляции сердца выделяют «вагусную» и «адренергическую» формы ФП. При «вагусной» форме ФП аритмия возникает преимущественно во время сна, после переедания, при резких наклонах, поворотах туловища, а также при любых других факторах, усиливающих парасимпатическое влияние на сердце. При «адренергической» форме ФП пароксизм возникает преимущественно в момент физической нагрузки, стрессе, резком испуге и других состояниях, сопровождающихся повышением симпатических влияний на сердце. Очевидно, у ряда женщин вегетативное

влияние на сердце может сопровождаться усилением симпатической или парасимпатической нервной системы. При усилении тонуса симпатической нервной системы возникает симптомная ФП, а при повышении парасимпатической – бессимптомная. Оценка ЧСС и КВВФСУ при синусовом ритме позволяет дифференцировать эти формы. При симптомной ФП ЧСС при синусовом ритме чаще, КВВФСУ меньше, чем при бессимптомной. В то же время бессимптомная ФП имеет и свои негативные последствия. Согласно нашим данным, ЭРПЛП при бессимптомной ФП короче, чем при симптомной. Укорочение ЭРПЛП при бессимптомной ФП, с одной стороны, является предиктором частых и длительных пароксизмов, а с другой – прогностически неблагоприятным показателем в отношении трансформации ФП в постоянную форму, увеличения частоты транзиторных ишемических атак и ОНМК.

Таким образом, у женщин с изолированными пароксизмами ФП симптомное и бессимптомное течение аритмии связано с формой автономной регуляции вегетативной нервной системы и имеет специфические клинические симптомы, характерные электрокардиографические и электрофизиологические проявления. У женщин с пароксизмами изолированной фибрилляции предсердий бессимптомное течение аритмии менее благоприятно, чем симптомное.

Оценка давления на плечевой артерии и аорте у молодых женщин с признаками кардиометаболического синдрома

Евсеева М.Е., Сергеева О.В., Прохоренко-Коломойцева И.И.

Краевой эндокринологический диспансер, Ставрополь

Актуальность. Доказано негативное влияние метаболических нарушений на репродуктивный потенциал женщин. К настоящему времени практически отсутствуют данные о влиянии этих нарушений на показатели центрального давления (ЦД) у молодых женщин. Между тем, установлена прогностическая роль этих показателей в плане оценки риска развития сердечно-сосудистых (СС) событий. С другой стороны, доказано, что СС патогенетический континуум начинается задолго до его клинической манифестации, то есть в молодости.

Цель – оценить показатели АД на плечевой артерии (ПА) и аорте у молодых женщин с учетом признаков метаболического синдрома (МС). Материал и методы. Обследовано 66 женщин в возрасте от 18 до 35 лет, которые поделены на основную группу с признаками МС (39 чел.) средний возраст составил 28,78 лет и контрольную группу метаболически здоровых лиц (27 чел.), средний возраст которых 28,77 лет соответственно. Анамнез повышения массы тела (ИМТ от 26,5 до 44 кг/м², средний уровень ИМТ=33,22) составил в среднем от 2 лет до 10 лет. При этом у большинства СС жалобы присутствовали у 38,5% (15 чел.) обследованных. Метаболический синдром устанавливали по сочетанию классических признаков (абдоминальное ожирение с объемом талии (ОТ) более 80 см., в среднем ОТ=96,93 см., дислипидемии: ТГ=1,78, ЛПВП=1,42, ЛПНП=3,41; гиперинсулинемии (индекс Нома=4,24). Контрольную группу составили метаболически здоровые женщины (27 чел.), сопоставимые по всем клинико-лабораторным показателям: ОТ=71,7 см.; ТГ=0,86, ЛПВП=1,92, ЛПНП=2,64; индекс Нома=2,33 соответственно. Наряду с клиническим осмотром и клинико-лабораторным обследованием осуществляли суточное мониторирование (СМ) АД с использованием опции оценки ЦАД с помощью программно-диагностического комплекса BPLab Vasotense (ООО «Петр Телегин», Н-Новгород). При этом использовали осцилометрический метод оценки параметров центральной и периферической гемодинамики. В качестве чувствительного

датчика применялась обыкновенная манжета. Кроме традиционных параметров АД плечевой артерии, анализировались такие показатели, как систолическое АД аортальное (SYSao/CAo), диастолическое АД аортальное (DIAao/DAo), пульсовое АД аортальное (PPao/PAo), среднее АД аортальное (MBPao/CPao), длительность периода изгнания левого желудочка (ED), индекс аугментации в аорте (Alxao), амплификация пульсового давления (PPA) и индекс эффективности субэндокардиального кровотока (SEVR). Статистическая обработка проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6». Данные представлены в виде М±m. Сравнительный анализ количественных признаков проводился с использованием двухвыборочного критерия Стьюдента. Достоверными различия считались при p≤0,05.

Результаты. Периферические САД, ДАД и ПАД в основной группе были на 2,5; 5,1 и 7,3 мм рт.ст. выше, чем в контроле. Разница по этим же показателям в аорте составили 10,5; 5,6 и 5,0 мм рт.ст. В обоих случаях различия достигали вполне достоверного уровня. В основной группе по сравнению с контрольной индексы Alxao и Alxao к ЧСС были выше на 40,0% и 35,4%, хотя различия не оказались достоверными. Индекс же PPA практически не различался. У лиц основной группы показатель ED был несколько выше, а показатель SEVR несколько ниже, чем в контроле. Выводы. Таким образом, актуальность проблемы метаболического синдрома возрастает значимо по формированию предикторов сердечно-сосудистых изменений. Наличие у молодых женщин признаков метаболического синдрома сопровождается ухудшением не только периферической, но и центральной гемодинамики с признаками повышения ригидности аорты. Эти данные полезно учитывать не только терапевтам, кардиологам, но и эндокринологам в процессе ведения указанного контингента для более точной комплексной оценки кардиометаболического статуса молодых пациентов.

Характер патологии почек у больных артериальной гипертензией резистентного к терапии течения

Евсиков Е.М., Теплова Н.В., Шарипов Р.А., Жапова М.Х., Курумлиду Е.Г.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

С целью изучения роли почечных, вазоренальных поражений и дисфункций в развитии и прогрессировании тяжелой и резистентной (РАГ) к комбинированной гипотензивной терапии артериальной гипертензии (АГ) у 317 больных с первичной АГ 1–3 степени тяжести, в том числе у 92 больных РАГ, было проведено исследование структуры и функции почек. Для разделения больных на группы использовали классификацию европейских медицинских обществ ЕОГ/ЕОК, 2013. В первую группу включили 106 больных с высоким нормальным АД и АГ I степени тяжести в возрасте от 32 до 85 лет, в среднем 57,9±2,5 года, мужчин 40, женщин – 66; во вторую – 119 человек с АГ II и III ст. тяжести, в том числе – мужчин 47, женщин 72, возраст от 26 до 82, в среднем 58,3±2,8 лет. В 3-ю группу – 92 больных с резистентным к терапии течением АГ (мужчин 38, женщин 54, возраст от 28 до 72, в среднем 51,9±1,9 лет). Критериями РАГ считали – уровень сАД выше 180 мм рт. ст., ДАД – выше 110 мм рт. ст., при отсутствии нормализации АД на фоне проводимой трехкомпонентной гипотензивной терапии. Выполняли комплексное исследование функции и структуры органов МВС, которое включало исследование мочевого осадка, почечное выведение альбумина и клиренс эндогенного креатинина. Инструментальная диагностика включала динамическую, статическую скintiграфию почек, ультразвуковое исследование почек и органов МВС, по показаниям – компьютерную

томографию надпочечников, аортографию и селективную ангиографию сосудов почек.

Установили, что больных, резистентных к проводимой комбинированной гипотензивной терапии, отличала от больных с АГ II–III ст. частота нарушений поглотительно-выделительной функции – секреции и экскреции одной или двух почек, но без существенного снижения функции азотовыведения. Стенозы почечных артерий в 4–5 раз чаще выявлялись у больных АГ II–III ст. и РАГ, чем в группе I ст. Суммарно все сосудистые поражения, включая патологию инфраренального отдела аорты и почечных вен, почти в 2 раза чаще выявлялись в группе РАГ. Семь вариантов врожденной и приобретенной патологии почечных артерий и вен выявлялись только в этой группе больных. Вазоренальные формы патологии имеют значение в формировании истинной резистентности к гипотензивной терапии почти у трети больных первичной АГ.

Взаимосвязь отдельных аспектов психологического состояния и приверженности немедикаментозным рекомендациям больных артериальной гипертензией

Егорова Л.А., Егорова В.В.

*Федеральный медицинский биофизический центр
им. А.И. Бурназяна, Москва*

Актуальность. По данным российских исследований, распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди трудоспособного населения составляет около 40%. Одной из глобальных задач профилактики АГ является усиление немедикаментозных подходов лечения и повышение приверженности больных АГ врачебным рекомендациям. Нарастание психосоциального стресса, эпидемия ожирения, малоподвижный образ жизни приводят к увеличению распространенности АГ. Характер питания является одним из главных поведенческих факторов риска возникновения АГ и развития ее осложнений. Рационализация питания – важнейший метод профилактики АГ.

Цель исследования – выявить взаимосвязь между отдельными аспектами психологического статуса и приверженностью немедикаментозным (диетологическим) рекомендациям у больных АГ трудоспособного возраста.

Материалы и методы. В исследование были включены 38 пациентов с АГ 2 стадии трудоспособного возраста в равном соотношении мужчин и женщин. Пациенты были сопоставимы по уровню образования, семейному и социальному положению и хозяйственно-бытовому статусу. Средний возраст – 54,6±5,2 года. Отдельные аспекты психологического статуса оценивали с помощью опросника SF-36 (учитывался психологический компонент здоровья по шкалам социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, психологическое здоровье), госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), шкалы Спилбергера-Ханина (для выявления реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ)). Для оценки нарушения рационального питания проводили анкетирование (анкета по привычкам питания, ГНИЦ ПМ Еганян Р.А. с соавторами, 2002). Результаты. В результате комплексного анализа изучаемых показателей, больные АГ 2 стадии были разделены на три группы. Первая группа (31,0%): показатели по суммарным шкалам психологического функционирования находились в пределах 86,0–74,2 балла, РТ и ЛТ была низкого уровня (16,0–30,0 балла), показатели уровня тревоги и депрессии соответствовали норме, нарушения рационального питания являлись незначительными (6,0–10,0 балла). Вторая группа (38,5%): показатели по суммарным шкалам психологического функционирования находились в пределах

24,0–49,4 балла, РТ и ЛТ была умеренной и высокой (31,0–48,0 балла), показатели уровня тревоги и депрессии соответствовали субклинически и клинически выраженной тревоги и депрессии (8,0–16,0 балла), нарушения рационального питания являлись выраженными (14,0–16,0 балла). Третья группа составила 30,5% пациентов с АГ 2 степени, которые имели промежуточные значения вышеперечисленных показателей.

Вывод. Выявлена взаимосвязь между отдельными аспектами психологического состояния больных АГ и приверженностью немедикаментозным рекомендациям: лучшее психологическое состояние пациентов соответствует более высокой приверженности диетологическим рекомендациям. Для достижения оптимальной комплаентности больных АГ трудоспособного возраста здоровому питанию необходимо учитывать их психологический статус.

Факторы риска сердечно-сосудистой патологии при сочетании и коморбидности артериальной гипертензии и ревматоидного артрита

Елисеєва Л.Н., Бледнова А.Ю., Давыдова А.Ф., Просёлков Ю.Е.

*Кубанский государственный медицинский университет,
Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая
больница №1 им. проф. С.В.Очаповского, Краснодар*

Приоритетной задачей современной терапии является профилактика факторов риска сердечно-сосудистой патологии (ССП) как наиболее перспективная стратегия снижения смертности и увеличения продолжительности жизни наших современников. В указанном аспекте особое внимание приобретает влияние сочетанной и коморбидной патологии на формирование и прогрессирование кардиоваскулярных повреждений. При этом коморбидными считают заболевания патогенетически связанные между собой, а сочетанные болезни развиваются по независимым механизмам, но вопросы как «патогенетических перекрестов», так и влияния медикаментозной терапии на каждое из заболеваний остаются недостаточно решенными.

Под нашим наблюдением находилось 360 больных ревматоидным артритом (РА), 250 человек имели сочетание РА и гипертонической болезни (АГ), диагностированной до развития ревматоидного артрита, а у 110 артериальная гипертензия развилась после начала суставной патологии. Анализировали факторы риска ССП в зависимости от активности РА, возраста начала заболевания, длительности каждого из заболеваний, адекватности ответа на базисную противовоспалительную терапию РА. Наряду с общеклиническими исследованиями изучали показатели функционирования сердечно-сосудистой системы: ЭКГ, ЭхоКГ (Toshiba-Sonolayer 140A), ОХС и его фракции, ТГ, ЛВП, фибриноген, СРБ, сывороточные уровни гемостатических эндотелиальных маркеров: фактор фон Виллебранда (ФВ) и тканевой активатор плазминогена (ТАП): твердофазный иммуноферментный анализ (анализатор Statfax 2100). Статистическая обработка данных с помощью Statistica 6.0, различия между группами определили по критерию Манна-Уитни, корреляционный анализ осуществляли с помощью расчета коэффициента корреляции Спирмена. Установлено, что частота встречаемости и спектр коморбидных состояний зависят от возраста дебюта РА и длительности его течения. Так АГ определялась у 69% больных с длительностью РА менее 7 лет, в то же время среди пациентов с началом РА в возрасте старше 45 лет в 81% случаев. Достоверно чаще в группе пациентов с началом заболевания в старшей возрастной группе встречались различные формы ИБС (17 и 72% соответственно), нарушения ритма сердца (7% и 20%). Вместе с тем, РА имеет преобладающее значение в развитии инвалидности. Так у пациентов

с РА начало инвалидности наступало через 6,4±3,8 лет после развития РА в возрасте 43,9±7,3 лет. 72,1% пациентов становятся инвалидами в допензионном возрасте, 47,3% инвалидируются в молодом и активном периоде жизни (Ж до 44 лет и М до 49 лет). Анализ динамики основных исследуемых показателей установил высокую вероятность развития АГ при длительности РА более 7 лет ($R=0,67$) при достоверной прямой корреляции между степенью активности РА и повышением САД ($R=0,53$). Особое внимание привлекает зависимость между степенью активности РА (агрессивностью течения) и уровнем АГ. Этот показатель оценивался по повышению уровня АД в зависимости от дозы потребного применения НПВС, метотрексата (МТ), глюкокортикостероидов (ГКС). Установлено, что начиная с суммарной дозы МТ 1000 мг корреляция с уровнем САД составляет 0,78, суммарной дозы преднизолона свыше 3500 мг ($r=0,69$), НПВС начиная с дозы 1500 мг (пересчет на диклофенак) – 0,62. Отмечено достоверное нарастание активности свертывающей системы крови у больных с высокой активностью РА. Так, при 2 степени активности концентрация ФВ составила 2,9 МЕ/л (1,2–4,6) при значениях у здоровых 0,6 МЕ/л (0,2–1,0), при этом концентрация ТАП была достоверно ниже: 465 пкг/мл (203–980), тогда как у здоровых достигал 1765 пкг/мл (1145–2234). Мы не нашли достоверного нарастания толщины стенки миокарда у больных РА с наличием АГ, что можно объяснить преобладанием у них катаболических процессов и ограничением физической активности вследствие суставной патологии. Однако определено наличие значительной диастолической дисфункции у пациентов с РА (отношение Е/А составило 0,74 против 1,25 у здоровых). Обращает на себя внимание зависимость частоты развития метаболического синдрома, ожирения и гиперхолестеринемии у больных РА в соответствие с дозой и длительностью использования ГКС.

Таким образом, у больных с ревматоидным артритом имеются дополнительные (суррогатные) факторы, отрицательно влияющие на выраженность и тяжесть поражения сердечно-сосудистой системы. Наиболее значимыми следует считать активность ревматологического процесса, адекватность ответа на противовоспалительную терапию, потребность в использовании глюкокортикостероидов.

Влияние электрофизиологических методов лечения на некоторые показатели желудочковой асинхронии

Еремеева Е.Н., Лещанкина Н.Ю.

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, медицинский институт, Саранск

Целью работы явилось изучение влияния установки постоянных однокамерных (правожелудочковых) электрокардиостимуляторов (VVI) и проведения ресинхронизирующей терапии (СРТ) на показатели желудочковой асинхронии при хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материалы и методы. В исследование включено 40 пациентов с ХСН II–IV ФК, наблюдающихся в отделении нарушения ритма и проводимости Республиканской клинической больницы №4 г. Саранска после имплантации VVI (1 группа, 22 больных) и СРТ (2 группа, 18 больных). Оценивали динамику данных ЭХО-КГ до и после (в течение 2 недель, 6 месяцев) установки VVI или СРТ.

Результаты. Нормальные значения фракции выброса (ФВ) – $58,0\pm3,4\%$ (по Simpson) отмечены только в 1 группе больных с ХСН II ФК (NYHA). У больных с ХСН IIIФК в 1 группе, ХСН III–IVФК во 2 группе наблюдалось прогрессирующее снижение ФВ от $42,47\pm2,1\%$ до $32,9\pm2,5\%$ соответственно. Изучение индексов ремоделирования ЛЖ: ФВ/миокардиальный стресс

(МС) и МС/конечный систолический объем ЛЖ (КСОИ), показало их достоверное снижение у всех больных, особенно во 2 группе при ХСН IV ФК ($0,139\pm0,016$ и $2,65\pm0,2$ соответственно). Постановка VVI и СРТ по-разному отразились на сократимости миокарда ЛЖ. По данным ЭХО-КГ в 1 группе не произошло их достоверного изменения: ФВ ЛЖ через 2 недели после установки VVI с ХСН II ФК составила $61,7\pm4,1\%$, с ХСН III ФК – $47,6\pm3,2\%$. В группе СРТ отмечено возрастание ФВ уже в течение первых 2 недель у больных с III ФК до $49,1\pm2,1\%$, а с IV ФК до $41,6\pm3,5\%$. Через 6 месяцев ФВ ЛЖ у пациентов 1 группы достоверно не изменилась, тогда, как во 2 группе через 6 месяцев она возросла еще в среднем на 8,65%. Наблюдалось увеличение индексов ремоделирования ЛЖ (ФВ/МС, МС/КСОИ) на фоне СРТ, которые тесно коррелируют с ФК ХСН ($p<0,01$). Заключение. Таким образом, ЭФИ-методы лечения по-разному влияют на проявления желудочковой асинхронии. Установка VVI значительно не изменила функциональные показатели работы ЛЖ в течение первых 6 месяцев после операции. СРТ у больных с ХСН III–IV ФК, напротив, привела к улучшению сократимости миокарда ЛЖ, показателей механической асинхронии, что делает перспективным лечение пациентов с тяжелой хронической сердечной недостаточностью.

Мониторинг факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у лиц разного возраста по данным центра здоровья

Ермакова А.Е., Киндрас М.Н., Суслина Е.Д.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают лидировать в структуре причин инвалидности и смертности населения РФ. Своевременное выявление и эффективное воздействие на факторы риска ССЗ – одна из приоритетных задач современной государственной политики в области здравоохранения. Для решения задач первичной профилактики на популяционном уровне в регионах РФ созданы центры здоровья (ЦЗ), которые призваны стать инфраструктурой для формирования здорового образа жизни.

Цель исследования – провести анализ распространенности факторов риска развития ССЗ у лиц разного возраста по данным ЦЗ.

Задачи исследования 1. Изучение возрастной структуры лиц, обследованных в ЦЗ. 2. Изучение причин обращения людей в ЦЗ. 3. Изучение структуры факторов риска развития ССЗ у лиц разного возраста. Материалы и методы. Для выполнения поставленной цели был проведен анализ карт здорового образа жизни (УФ-002-ЦЗ/у) и карт ЦЗ (УФ-025-ЦЗ/у) ГБ №6 г. Курска за 2014 г. Всем лицам выполнен программно-компьютерный опрос и лабораторно-инструментальные исследования, включающие экспресс-анализ общего холестерина, глюкозы в капиллярной крови, экспресс-оценку состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей, ангиологический скрининг с автоматическим измерением артериального давления и расчетом плече-лодыжечного индекса, биоимпедансметрию, анализ окиси углерода в выдыхаемом воздухе с определением карбоксигемоглобина. Результаты исследований обработаны с помощью персонального компьютера стандартными методами вариационной статистики.

Результаты исследования. Обследовано 5460 человек, из них лица молодого возраста составили (50,8%), среднего возраста – (34,1%), пожилого – (15,1%). Установлено, что 56,1% пациентов обратилось в центр самостоятельно, 15,1% – направлены участковыми врачами, 15,6% – после проведения профилактических осмотров с I и II группами здоровья, 13,2% были направлены после завершения диспансеризации.

При опросе отягощенная наследственность по ССЗ заболеваниям колебалась от 31% у лиц молодого возраста до 49% у лиц пожилого возраста. Низкая физическая активность выявлена у 71% обследованных, нерациональное питание отметили 62% респондентов, на хронические стрессовые ситуации указали 64% обследованных. При анализе композиционной структуры тела по данным биоимпедансметрии у 65,7% обследованных отмечено увеличение содержания жировой массы и воды, по отношению к должному показателю, что на фоне курения, стрессов, низкой физической активности служит отягощающим фактором для развития ССЗ патологии. Табакокурение выявлено у 1998 человек (36%). Распространенность курения выше среди лиц мужского пола (61,8%), по сравнению, с женским (19,5%). У 63,8% курильщиков диагностировано повышение уровня карбоксигемоглобина в выдыхаемом воздухе. У 41% лиц среднего и пожилого возраста выявлена гиперхолестеринемия, у 34% – гипергликемия, артериальная гипертензия отмечена у 16% пациентов. Для всех обследованных в ЦЗ проведено индивидуальное и групповое консультирование по формированию здорового образа жизни. Для лиц с факторами риска составлены оздоровительные программы с включением рекомендаций по коррекции питания, изменению образа жизни, режиму двигательной активности. Проведены занятия в школе профилактики артериальной гипертензии.

Выводы. 1. Среди факторов риска развития ССЗ лидирующее место принадлежит поведенческим факторам: низкой физической активности, избыточной массе тела, стрессам, курению. 2. У лиц среднего и пожилого возраста также выявлена гиперхолестеринемия (41%), гипергликемия (34%), артериальная гипертензия (16%). 3. Отмечена низкая мотивация у населения к оздоровлению, только 27% лиц из группы риска явились в ЦЗ для динамического наблюдения.

Гендерные особенности эпидемиологии факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в случайной выборке населения г. Тюмени и юга области

Ефанов А.Ю., Медведева И.В.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Цель: оценить гендерные особенности эпидемиологии ФР ССЗ в Тюменском регионе.

Методы: мы обследовали случайно отобранную группу, состоящую из 1899 человек, жителей города Тюмени и юга Тюменской области на предмет наличия основных модифицируемых ФР ССЗ. Из них 39,1% (743) были мужчины, 60,9% (1156) – женщины. 400 человек являлись жителями сельской местности, остальные проживали в городе. Статистический анализ выполнен с помощью пакета программы SPSS 17.0. Достоверность различий между группами рассчитана с помощью критерия Х² Макнемара. Результаты: курение достоверно чаще встречалось среди мужской популяции обследованных, составляя 40,2%. Среди женщин курили 9,4% ($p < 0,0001$). Гиперлипидемия чаще регистрировалась среди женской популяции обследованных. Уровень общего холестерина (ОХС) ≥ 5 ммоль/л отмечен у 56,1% мужчин и у 65,2% женщин ($p = 0,001$). Уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) $\geq 3,0$ ммоль/л встречался у 63,9% мужчин и 72,1% женщин ($p = 0,005$). Избыточная масса тела и ожирение также значимо более часто отмечалась в женской популяции. Индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м², регистрировался у 26,9% мужчин и 45,1% женщин ($p < 0,0001$). Абдоминальное ожирение (АО) (окружность талии ≥ 102 см для мужчин и ≥ 88 для женщин) имели 16,6% мужчин против 40,7% женщин ($p < 0,0001$). Распространенность сахарного диабета (СД)

2 типа не имела статистически значимых различий, хотя и встречалась несколько чаще среди женской популяции (3,5% против 2,7%, $p > 0,05$). Сравнив распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди мужской и женской группами, мы не обнаружили никаких статистически значимых различий. Этот ФР встречался у 47,9% женщин и у 47,9% мужчин ($p > 0,05$). Однако при более детальном анализе эпидемиологии АГ в различных половозрастных группах мы обнаружили, что в возрасте до 45 повышенное артериальное давление (АД) чаще встречается в женской популяции жителей г. Тюмени и юга области (21,1% против 28,9% ($p = 0,03$)). Сравнив гендерные особенности в распространенности таких поведенческих ФР, как недостаточное употребление в пищу свежих овощей и фруктов, избыточное потребление в пищу поваренной соли, недостаточное потребление в пищу рыбы и морепродуктов, низкая физическая активность, мы обнаружили, что статистически значимые различия отмечены для последних двух факторов. Недостаточно физически активны были 40,6% мужчин, участников исследования, в то время как среди обследованных женщин данный ФР регистрировался в 33,0% случаев ($p < 0,01$). Рыбу и морепродукты в достаточной степени потребляли 73,9% женщин в сравнении с 80,7% мужчин ($p < 0,01$). Следующим этапом мы провели гендерные сравнения осведомленности о наличии АГ, частоты приема антигипертензивной терапии, а также ее эффективности у пациентов, страдающих стойким повышением АД. Женщины были более осведомлены о наличии у них заболевания (72,3% против 61,2% в среди мужчин, $p < 0,01$), более часто принимали гипотензивную терапию (49,3% против 28,8% среди мужчин, $p < 0,00001$), а также делали это более эффективно (43,2% против 24,7% среди мужчин, $p < 0,00001$).

Вывод: гендерные особенности эпидемиологии ФР ССЗ в Тюменском регионе характеризуются большей распространенностью гиперлипидемии, ожирения недостаточного потребления рыбы и морепродуктов среди женской популяции, курения и низкой физической активности – в мужской популяции жителей Тюменского региона. Эпидемиология АГ имеет гендерные различия в возрастной группе до 45 лет, преобладая в женской популяции тюменцев.

Коррекция влияния климатических факторов на амбулаторную обращаемость больных артериальной гипертензией в условиях Севера

Ефимова Л.П., Шестакова Г.Н., Литвишкова А.Ю., Соколов С.В.

Сургутский государственный университет, Сургутская окружная клиническая больница, Сургут

Актуальность. Климатические условия Западной Сибири, приравненные к регионам Крайнего Севера (г. Сургут), характеризуются значительными межсезонными колебаниями температуры воздуха, атмосферного давления и высокой влажностью, что позволяет отнести их к экстремальным условиям для проживания и трудовой деятельности человека.

Цель: оценить возможность коррекции влияния климатических факторов на частоту обращаемости в поликлинику больных артериальной гипертензией (АГ), проживающих в г. Сургуте.

Материалы и методы. Изучена связь показателя «удельный вес на 1000 обратившихся в поликлинику» больных артериальной гипертензией с климатическими показателями (температура воздуха, град С, атмосферное давление, относительная влажность – среднемесячные и межсуточные) за период наблюдения с 2002 по 2004 гг. Обращаемость учитывали по количеству обратившихся больных АГ на 1000 обращений в поликлинику. Статистическая обработка данных проведена методами описательной статистики и методом линейной регрессии с использованием пакета

программ Statistica 6.0. Проведено сравнение показателей обращаемости пациентов двух городских поликлиник. При этом в пилотной поликлинике проводилась дополнительная комплексная подготовка врачей-терапевтов и пациентов к самоконтролю. В поликлинике сравнения (городская поликлиника №4) пациентов с АГ врачи-терапевты наблюдали стандартными методами.

Результаты. Нами установлено, что увеличение обращаемости больных АГ в лечебно-профилактические учреждения города происходило как в холодное время года с «пиками» в декабре-феврале, так и в июне-июле месяце, когда температура воздуха была самой высокой в году. Была отмечена устойчивая тенденция к стабилизации и снижению обращаемости больных АГ в пилотную поликлинику при неблагоприятных погодных условиях с максимальными межсезонными колебаниями климатических показателей. В то же время обращаемость в поликлинику сравнения увеличилась. Кривая тренда линейной регрессии показателя обращаемости для пилотной поликлиники представлена зависимостью $y=0,0138x^2+1,3921x+16,31$ ($R^2=0,71$). Тренд линейной регрессии для поликлиники сравнения можно описать уравнением $y=0,1x^2+0,4136x+14,463$ ($R^2=0,86$).

Выводы: комплексная подготовка врачей-терапевтов и пациентов с АГ к самоконтролю может быть использована для коррекции влияния климатических факторов на частоту обращаемости данной группы пациентов за амбулаторной помощью.

Вариабельность сердечного ритма при сахарном диабете 2 типа

Ефремова О.Н., Прекина В.И., Есина М.В., Ямашкина Е.И.

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, медицинский институт, Саранск

Цель. Оценка variability сердечного ритма и циркадного индекса у больных сахарным диабетом 2 типа, выявление связи нарушений с длительностью сахарного диабета и некоторыми метаболическими показателями.

Материалы и методы исследования. Исследовали 40 больных сахарным диабетом 2 типа, из них 20 мужчин и 20 женщин. Всем больным проводилось клинко-инструментальное обследование, включавшее антропометрическое обследование (измерение индекса Кетле, окружности талии), биохимические исследования (липиды плазмы крови, сахар крови, содержание гликированного гемоглобина). Всем больным проведено холтеровское мониторирование ЭКГ системой «МИОКАРД-ХОЛТЕР». Путем статистической обработки рассчитывали показатели временного анализа variability сердечного ритма (SDNN, SDNNi, rMSDD, pNN50) и циркадного индекса (ЦИ). Определяли среднюю частоту сердечных сокращений (ЧСС) в дневное и ночное время суток, минимальную и максимальную ЧСС.

Результаты. У больных сахарным диабетом 2 типа без сопутствующей ишемической болезни сердца и нарушений ритма выявлено снижение временных показателей ВРС. Временные показатели ВРС: SDNN был выше у мужчин $p<0,05$ и составил 118,8 мс против 106,9 мс у женщин, SDNNi у мужчин также выше ($p<0,05$), чем у женщин, и составляет соответственно – 48,85 и 38,75. Показатели, отражающие активность парасимпатического отдела ВНС (RMSSD, pNN50), также были выше у мужчин. Выявлена ригидность циркадного индекса, циркадный профиль ЧСС в большинстве случаев – 25 (62,5%) был ригидным (ЦИ<1,2), в 6 (15%) – нормальным (ЦИ=1,24–1,42) и в 9 (22,5%) – незначительно сниженным (ЦИ=1,2–1,23). При проведении корреляционного анализа выявлено, что

с увеличением уровня гликированного гемоглобина отмечено большее снижение показателей ЦИ, SDNN, rMSDD, pNN50, что свидетельствует о выраженности денервации сердца у больных с более тяжелой формой сахарного диабета.

Выводы. У больных сахарным диабетом 2 типа без сопутствующей ишемической болезни сердца наблюдается снижение временных показателей ВРС. Эти изменения, вероятно связаны с развитием у исследуемой группы больных кардиальной автономной нейропатии. В группе пациентов с небольшой давностью диабета необходимо увеличивать приверженность к лечению с целью предупреждения развития автономной кардиальной нейропатии.

Маркёры ремоделирования магистральных артерий головы как предикторы острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) при дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) и артериальной гипертензии (АГ)

Ефремушкин Г.Г., Подсонная И.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель. Изучить ремоделирование магистральных артерий головы при ДЭ и АГ у лиц, подвергшихся ионизирующему излучению (ИИ) и из общей популяции и определить наличие связи между маркёрами ремоделирования сосудов и ОНМК.

Материал и методы. В исследование включено 536 ликвидаторов последствий аварии (ЛПА) на Чернобыльской АЭС – основная группа (ЛПА) и 490 человек, не находившихся на территориях, официально отнесенных к радиоактивно загрязненным, – группа сравнения (ГС). Все находившиеся под наблюдением были мужчины, которым в 1986 г. было от 18 до 50 лет. Результаты настоящего исследования получены спустя 20 лет от начала наблюдения. В группе ЛПА ДЭ диагностирована в 100%, АГ – в 83,8%; в ГС – в 87% и 29% случаев соответственно. Диагноз ДЭ ставился при наличии когнитивных расстройств (анкетирование), КТ, МРТ головного мозга. Магистральные артерии головы исследовались с применением дуплексного сканирования артерий (аппарат Vivid-7, США) и определением толщины комплекса интима-медиа (КИМ), диаметра артерии, её патологической извитости (ПИ) и наличием атеросклеротических бляшек (АСБ). Выраженность стеноза артерий определялась по скорости кровотока в данном отрезке сосуда: до 40% – $V<110$ см/с – умеренный; 40–59% – $V=110–130$ см/с – выраженный; 60–79% – $V=130–250$ см/с – тяжёлый; 80–99% – $V>250$ см/с – критический. Перенесенное ОНМК (ишемический инсульт) за 20-летний период определялся документально по клинической и амбулаторной карте и по наличию клинических проявлений.

Результаты. У всех ЛПА с ДЭ выявлены различной степени выраженности изменения БЦА, а в 66,3% случаев они были гемодинамически значимы: стеноз более 50% диаметра сосуда, «С» и «S»-образная патологическая извитость с линейной скоростью кровотока более 110 см/с, нарушение хода позвоночной артерии в канале с асимметрией кровотока более 40%, либо их сочетание. Поражение нескольких сосудов, как по бассейну, так и по характеру изменений имели 43,8% ЛПА. В ГС с ДЭ эти изменения артериальных сосудов были менее выражены, а сочетанное поражение БЦА отмечено только в 3,8% случаев ($p<0,001$). В группе ЛПА нарастание числа больных (до 69%) с увеличенной толщиной КИМ наблюдалось у больных ДЭ I ст. как у АГ I степ., так и независимо от наличия у них АГ. При ДЭ II ст. и АГ II степ. увеличение числа лиц с утолщением КИМ и наличием АСБ отмечено у 90–100% больных. У них наблюдалось формирование стеноза сонных артерий (ССА), связанного с ДЭ II ст. (75,6%), в то время как при

наличии АГ II степ. ССА развивался в 57,8% случаев ($p < 0,001$). При ДЭ III ст. и АГ III степ. утолщение КИМ в 2-х и >сосудах и ССА имелись у больных не только с ДЭ III ст. + АГ III степ., но и без АГ III степ. Увеличение КИМ отмечено в 100% случаев у лиц с ДЭ III ст., из которых в сочетании с АГ III степ. – в 92,8% ($p < 0,01$), ССА в 94,5% и 82,7% ($p < 0,05$) соответственно. Сочетанное поражение БЦА при ДЭ III ст. отмечено в 100% случаев, из которых у 15% не было АГ III степ. ($p < 0,001$). В группе сравнения ремоделирование СА нарастало параллельно с увеличением системного АД, т.е. в большей степени оно было связано с величиной АД, а не со стадией ДЭ. У этих больных при рассмотрении величины КИМ в зависимости от АД при ДЭ I ст. и АГ I степ. утолщение его в 2-х и более сосудах имелось в 40% случаев, при ДЭ II ст. и АГ II степ. опережающими темпами нарастает количество больных со ССА и наличием АСБ. При ДЭ III ст. и АГ III степ. эти показатели увеличиваются независимо от величины АД, но возникает связь ПИ СА с АГ III степ. ОНМК развивалось у ЛПА в 20,3%, в ГС – в 12,4% ($p < 0,001$) случаев. В группе ЛПА ОНМК чаще развивалось на фоне 100% наличия в сосудах АСБ, утолщения КИМ >2-х сосудов (96,3%), ССА (93,5%) и сочетанных поражений БЦА (88%). В ГС ОНМК чаще ассоциировалось с АСБ (100%), увеличением КИМ в 2-х и >сосудах (96%) и ССА (93,5%).

Заключение. У ЛПА ремоделирование БЦА связано и нарастает при прогрессировании ДЭ. В группе без воздействия ионизирующего излучения эта связь сохраняется, но ремоделирование БЦА идет параллельно нарастанию АД. ОНМК в обеих группах развивается чаще на фоне атеросклеротических изменений в БЦА, утолщении КИМ и ССА, более выраженных у ЛПА, для которых характерно дополнительно сочетанное поражение БЦА.

Рабдомиолиз, вызванный физической нагрузкой у людей молодого возраста в организованном коллективе

Жарский С.Л., Слободянюк О.Н., Слободянюк С.Н.

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
301 Военный клинический госпиталь, Хабаровск*

Цель: изучение особенностей течения, осложнений и исходов рабдомиолиза, развившегося после выполнения физических нагрузок у молодых людей военнослужащих по призыву.

Материалы и методы. Обследовано 48 мужчин в возрасте от 18 до 23-х лет, военнослужащих по призыву, заболевших рабдомиолизом после физической нагрузки. Все они находились на лечении в 301 Окружном военном клиническом госпитале г. Хабаровска. При первичном осмотре рабдомиолиз установлен лишь у 16-ти (33,33%) больных, в остальных 32-х случаях ошибочно диагностировали гломерулонефрит (21 случай – 43,75%), вирусный гепатит (3 случая – 6,25%), острое отравление (4 случая – 8,33%), нейроциркуляторную астению (2 случая – 4,17%), пневмонию и острое психическое расстройство (по 1 случаю). Диагностический поиск в большинстве случаев ограничивался заболеваниями, проявляющимися изменением цвета мочи. Большинство пациентов (37 чел. – 77,08%) заболели в первый месяц службы, т.е. в период адаптации к физическим нагрузкам молодых людей, исходно имевших различную степень физической тренированности. У 28 пациентов (58,33%), причиной рабдомиолиза была интенсивная физическая нагрузка – приседания до 300 раз, отжимания до 100 раз, марш-бросок в полной экипировке. 20 больных (41,67%) занимались лишь обязательной для всех военнослужащих по призыву регламентированной строевой и физической подготовкой. В 3-х случаях развитию заболевания способствовали высокая температура окружающей среды и обильное потоотделение. Поводом обращения за медицинской помощью у 39 больных (81,25%) послужило потемнение мочи и боль в

симметричных группах мышц бедер. У 20 пациентов (41,67%) отмечалось повышение температуры тела. Среднее содержание креатинфосфокиназы (КФК) в сыворотке крови более чем в 300 раз превысило уровень контроля. Максимальное ее повышение достигало 317 400 Ед/л, превышая контрольный уровень в 1056 раз. У всех пациентов отмечено многократное повышение содержания в крови ЛДГ, АСТ, АЛТ. Протеинурию от 0,02 до 7,8 г/л (в среднем $1,55 \pm 0,21$ г/л), гиалиновые и зернистые цилиндры в моче наблюдали в первые сутки от поступления. Нормализация цвета и состава мочи происходила в течение 1–4 суток. Функция почек была нарушена у 31 больного (64,58%). Умеренное снижение СКФ ($89 - 60$ мл/мин.) отмечали в 17 случаях (35,41%), значительное ($60 - 12$ мл/мин.) – в пяти (10,41%). Консервативное лечение оказалось эффективным у 39 больных. У остальных девяти (18,75%) развилось тяжелое острое поражение почек (ОПП) со снижением СКФ < 12 мл/мин и олиго/анурией, что потребовало проведения от 1 до 17-ти сеансов гемодиализа. Восстановление диуреза наступало в среднем на 11 ± 2 сутки, азотовыделительной функции почек – на 38 ± 4 сутки. Все перенесшие ОПП были выписаны из стационара, но у них оставалась нарушенной концентрационная функция почек со снижением относительной плотности (ОП) мочи (в среднем $1,009 \pm 0,002$). При контрольном обследовании через 30 дней средняя СКФ у этих больных составила $95,93 \pm 10,05$ мл/мин, ОП мочи – $1,024 \pm 0,002$, гемоглобин крови $134,5 \pm 3,2$ г/л. Несмотря на нормальный уровень креатинина, расчетная СКФ у 3-х пациентов оставалась менее 90 мл/мин, а гемоглобин у одного из них был снижен до 120 г/л, что свидетельствовало о неполно восстановлении парциальных функций почек. Консервативная терапия включала инфузию солевых растворов в среднем объеме 1600 мл/сут в течение пяти дней, коррекцию ацидоза раствором бикарбоната натрия в среднем объеме 175 мл/сут в течение 1–2 дней, симптоматическую терапию. Во всех случаях, осложненных ОПП с потребностью в гемодиализе, имело место позднее начало инфузионной терапии – с 4–5 дня от появления симптомов. Во всех же случаях раннего начала лечения удавалось избежать тяжелого поражения почек.

Заключение. Мужчины молодого возраста в первые два месяца военной службы представляют группу риска по развитию рабдомиолиза при выполнении значительных физических нагрузок. Рабдомиолиз, вызванный физической нагрузкой, может осложняться развитием ОПП, требующим заместительной почечной терапии. Раннее, в течение первых двух суток, начало инфузионной терапии позволяет предотвратить развитие тяжелого повреждения почек при этом заболевании. Течение рабдомиолиза, вызванного физической нагрузкой, при условии своевременной диагностики и адекватной терапии, как правило, благоприятное и заканчивается выздоровлением.

Отдаленные последствия изменений внеклеточного матрикса медиа брюшной аорты крыс линии Вистар через 1 месяц после моделирования хронического адренергического стресса

*Жмайлова С.В., Рубанова М.П., Вебер В.Р., Губская П.М.,
Карев В.Е., Атаев И.А., Румянцев Е.Е.*

*Новгородский государственный университет им. Ярослава
Мудрого, Научно-исследовательский институт детских инфекций,
Великий Новгород, Санкт-Петербург*

Цель исследования: изучить отдаленные последствия изменений внеклеточного матрикса (ВКМ) медиального слоя брюшной аорты у крыс линии Вистар через 1 месяц после моделирования хронического адренергического стресса.

Материалы и методы. Эксперимент проводился на крысах-самцах линии Вистар, сопоставимых по возрасту и массе (200 ± 20 г.). Животные содержались в помещении с температурой воздуха 22°C с 12-часовым циклом свет/темнота. Животные имели свободный доступ к воде и пище. Моделирование хронического адренергического стресса (ХАС) производилось путем интраперитонеального введения 10 крысам на протяжении 2 недель три раза в сутки адреналина из расчета 50 мкг/кг. Декапитация и забор материала на исследование проводились у 5 крыс сразу после 2 недель введения препарата, а еще у 5 крыс через 1 месяц после прекращения введения препарата, в течение которого животные содержались без медикаментозных и стрессовых воздействий. Контрольную серию составили 10 крыс, не подвергавшихся медикаментозным и стрессовым воздействиям. Кусочки стенки брюшного отдела аорты фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, дегидратировали в спиртах возрастающей концентрации и заливали в парафин по общепринятой методике с последующим изготовлением срезов ткани толщиной 4 мкм. Парафиновые срезы, окрашенные по Ван Гизону, исследовались с использованием светооптического бинокулярного микроскопа AxioscopeA1 (Carl Zeiss, Германия). В 9 полях зрения ($0,42 \times 0,32$ мм, площадь кадра $0,13 \text{ мм}^2$) при увеличении $\times 400$ у каждой крысы в меди брюшного отдела аорты с помощью сетки Г.Г. Автандилова производился подсчет в объемных процентах (об.%) объемной плотности коллагена и внеклеточных пространств (ВКП). Для исследования изменения эластинового каркаса аорты парафиновые срезы окрашивали орсеином по Шиката. Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных орсеином, проводилась с помощью сетки Г.Г. Автандилова. Измерения проводились в 11 полях зрения ($1,08 \times 0,81$ мм, площадь кадра $0,87 \text{ мм}^2$) при увеличении $\times 400$. Производился подсчет в объемных процентах (об.%) объемной плотности эластина в средней оболочке брюшной аорты. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 99 (с) 1997 by Stat Soft, Inc. Результаты исследования показали, что через 1 месяц после прекращения введения адреналина объемная плотность ВКП в меди брюшной аорты уменьшилась с $7,17 \pm 0,87$ об.% в контроле до $5,12 \pm 0,33$ об.% через 1 месяц ($t=2,713$, $p=0,008$). Выявлено значительное увеличение объемной плотности коллагена как по сравнению с контрольной серией (с $10,17 \pm 0,92$ об.% в контроле до $24,28 \pm 1,08$ об.% через 1 месяц; $t=-7,802$, $p=0,0001$), так и по сравнению с 2 неделями введения адреналина (с $16,31 \pm 1,22$ об.% через 2 недели до $24,28 \pm 1,08$ об.% через 1 месяц; $t=-4,730$, $p=0,0001$). Объемная плотность эластина через месяц после прекращения введения адреналина была не только значительно ниже значений контрольной серии ($49,87 \pm 1,25$ об.% в контроле и $33,96 \pm 1,15$ об.% через 1 месяц; $t=9,367$, $p=0,0001$), но и продолжала уменьшаться относительно контрольной точки 2 недели при моделировании ХАС (с $43,25 \pm 1,51$ об.% через 2 недели до $33,96 \pm 1,15$ об.% через 1 месяц; $t=5,362$, $p=0,0001$). Таким образом, в брюшной аорте через 1 месяц после прекращения моделирования ХАС происходит значительное ремоделирование всех трех компонентов ВКМ — по сравнению с контрольной серией почти в 2,4 раза увеличивается плотность коллагена и в 1,5 раза уменьшается объемная плотность эластина.

Нейроиммунноэндокринные взаимодействия в формировании коморбидной патологии

Зайцева Н.С.

Ростовский государственный медицинский университет,
Ростов-на-Дону

Наличие множественных этиологических факторов, отсутствие единых патогенетических взглядов на формирование коморбидной патологии

неблагоприятно влияет на тактику ведения подобных пациентов. Одним из триггерных и одновременно поддерживающих факторов в формировании этой медицинской проблемы является стресс.

С целью изучения роли стресса в формировании коморбидного патологического процесса более 20 лет проводится клиническое наблюдение за ветеранами боевых действий (ВД). Основная группа — 50 ветеранов, участников ВД на территории Чеченской Республики, у которых во время участия в боевых действиях впервые развилась стресс-индуцированная артериальная гипертензия (АГ). Группа контроля — 43 офицера, имеющие, но не принимавшие участия в ВД.

Исследование включало в себя оценку психоэмоционального статуса, состояния и функции основных систем гомеостаза: нервной, эндокринной, иммунной, сердечно-сосудистой. Течение АГ в основной группе сопровождалось развитием хронической коронарной недостаточности у 46% пациентов, инфаркта миокарда у 11,5%, различными нарушениями ритма у 23%, хронической сердечной недостаточности у 53,8%. Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) II стадии, преимущественно сосудистого генеза, в I группе диагностировалась в 1,6 раза чаще чем в контрольной (43,4% и 26,5%, соответственно); ДЭП III стадии в I группе — в 3,9 раза чаще, чем во II (11,3% и 2,9%, соответственно). Изменения психоэмоционального статуса, требующие соответствующей медикаментозной коррекции, диагностировались лишь среди участников ВД. Органические расстройства личности (шизоидные, шизотипические и параноидные личности) и делириозные симптомы наблюдались только в I группе (5,9%). Оценка иммунного статуса при доказала наличие нарушений координации иммунных процессов с инверсией иммунорегуляторного индекса, усилением цитотоксической активности CD8+ лимфоцитов с нарастанием их готовности к апоптозу. Состояние напряженности адаптационных систем изучали по соотношению содержания тестостерона и кортизола в плазме крови (индекс анаболизма — ИА). Установлено, что у военнослужащих, участвовавших в ВД, значительно снижен ИА, что свидетельствует о преобладании в организме процессов распада белка (катаболизм) и перенапряжении систем гомеостаза.

Заключение: выявленная коморбидная патология, возникшая во время участия в боевых действиях, является показателем поражения всех органов и систем и требует применения расширенных диагностических и лечебных программ при проведении терапии реабилитации.

Влияние комбинированной терапии амлодипином с валсартаном на показатели церебрального кровотока у больных артериальной гипертензией

Запесочная И.Л., Автандилов А.Г.

Российская медицинская академия последипломного образования,
Москва

Цель. Оценить динамику показателей церебрального кровотока на фоне комбинированной антигипертензивной терапии (КАГТ) со старта антагонистом кальция с блокатором рецепторов ангиотензина-II (амлодипином с валсартаном (А/В)) у больных артериальной гипертензией (АГ), работающих на Крайнем Севере.

Материал и методы. Исследовано 137 больных АГ 2–3-й степени, которые были разделены на две группы в зависимости от трудового графика их работы: 1-я группа ($n=70$) — лица, работающие только в дневную смену; 2-я группа ($n=67$) — работающие посменно, то есть в дневную и ночную смены. Всем пациентам с АГ была назначена КАГТ со старта А/В. Конечные среднесуточные дозы А/В составили: в 1-й группе — $8,2 \pm 1,1/14,4 \pm 1,8$ мг/сут., во 2-й — $9,4 \pm 1,6/19,7 \pm 3,5$ мг/сут. Ультразвуковую доплерографию

общей сонной, внутренней сонной и позвоночной артерий (ОСА, ВСА и ПА соответственно) проводили исходно, через 12 недель и через 6 месяцев терапии.

Результаты. В 1-ой группе больных АГ уже к концу 12-й недели КАГТ А/В отмечалось значимое повышение скоростных показателей церебрального кровотока и положительная тенденция к снижению индекса циркуляторных изменений (RI) в исследуемых сосудах. Скоростные показатели церебрального кровотока, по сравнению с исходными данными, достоверно увеличились для пиковой систолической скорости (Vps) в ОСА, ВСА и ПА – на 3,48%, 6,01% и 5,69%, соответственно; для максимальной конечной диастолической скорости кровотока (Ved) в ОСА и ВСА – на 7,75% и 10,75%, соответственно. Намечалась тенденция к снижению RI на 4,06% ($p=0,18$) – в ОСА, на 6,95% ($p=0,09$) – в ВСА, на 5,64% ($p=0,14$) – в ПА. 6-ти месячная терапия А/В способствовала значимому улучшению показателей церебрального кровотока: Vps в ОСА увеличилась на 6,11%, в ВСА – на 10,01%, в ПА – на 8,16%; Ved – в ОСА, ВСА и ПА на 13,12%, 23,06% и 9,65%, соответственно. Выявлено незначимое снижение RI в ОСА и ПА и достоверное – в ВСА (на 9,73%). Во 2-ой группе уже к 12-й неделе терапии отмечалось достоверное увеличение Vps в ОСА, ВСА и ПА (на 4,68%, 6,04% и 6,24%, соответственно); Ved – в ОСА и ВСА (на 8,22% и 10,92%, соответственно). Выявлено достоверное снижение RI в ВСА (на 6,76%). К 6-му месяцу КАГТ А/В отмечена значимая положительная динамика показателей церебрального кровотока, более выражено в ВСА: повышение Vps в ОСА, ВСА и ПА (на 7,70%, 11,82% и 8,45%, соответственно); Ved – (на 16,46%, 24,16% и 8,98%, соответственно); пульсационного индекса – (на 7,56%, 9,16% и 8,22%, соответственно). Это свидетельствует об увеличении притока крови к головному мозгу. Отмечалось достоверное снижение RI во всех исследуемых сосудах: в ВСА – на 9,50%, в ОСА – на 9,10%, в ПА – на 9,73%. В проведенном исследовании исходно у больных АГ отмечалось увеличение толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ), более выражено в группе лиц, работающих посменно. Значимое снижение ТКИМ выявлено в обеих группах наблюдения к 12-й неделе терапии: в 1-й группе – на 6,13%, во 2-й – на 7,84%. К 6-му месяцу терапии отмечено достоверное снижение ТКИМ: в 1-й группе – на 12,25%, во 2-й – на 11,77%, достигнув нормативных значений.

Заключение. Длительная 6-месячная комбинированная терапия со старта амлодипином с валсартаном у больных артериальной гипертензией в обеих группах наблюдения оказывала положительное воздействие на церебральную гемодинамику, выраженное в приросте скоростных показателей кровотока и снижении индексов сопротивления. Отмечалось значимое уменьшение толщины комплекса интима-медиа в обеих группах наблюдения, достигнув нормативных значений.

Эффективность и безопасность фармакологической кардиоверсии оригинальными отечественными антиаритмическими препаратами при рецидивах фибрилляции предсердий у пожилых

Зиц С.В., Розанов В.Е., Зиц В.Р., Курная И.В., Погабало А.В., Синельникова А.Н.

Государственная классическая академия им. Маймонида,
Клиническая больница №123, Москва, Одинцово

Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее распространенное нарушение ритма сердца, ассоциирующееся с повышением смертности и ухудшением качества жизни. Частота ФП прогрессивно увеличивается с возрастом (Саттл А.Д. 2012). В России для лечения ФП применяется ряд оригинальных антиаритмических препаратов, в числе которых

нитрофенилдиэтиламинопентилбензамид (Нибентан – препарат III класса) и прокаинамид (Новокаинамид – препарат IA класса), которые не используются в других странах Европы (ВНОК и ВНОА, 2011).

Цель и задачи исследования – оценка эффективности и безопасности купирования эпизодов рецидивирующей фибрилляции предсердий (РФП) нибентаном или прокаинамидом по сравнению с амиодароном – «Золотым стандартом» при РФП, у пожилых пациентов.

Материалы и методы. Лечение РФП проведено у 84 больных – 36 мужчин и 48 женщин в возрасте от 60 до 76 ($67\pm1,9$) лет, страдающих постинфарктным кардиосклерозом. У 75 из обследованных больных также была ГБ II стадии (степень АГ 1-2). Давность РФП составляла от года до 5 ($2,8\pm0,37$) лет. 28 больным назначалась инфузия нибентана в дозе 0,125–0,250 мг/кг/сут (1-я группа), 24 пациента получили прокаинамид – 1000 мг/сут (2-я группа), 32 больных – амиодарон – 1000–1200 мг/сут (3-я контрольная группа). Критериями для прекращения введения нибентана служили восстановление синусового ритма, либо побочные эффекты: развитие аритмогенного действия или удлинение интервала QT >500 мс (ВНОК и ВНОА, 2011). У пациентов оценивали время, потребовавшееся для восстановления синусового ритма, а также частоту и выраженность побочных эффектов лечения.

Результаты. Эффективность лечения нибентаном оказалась наиболее высокой и составила 92,8% (у 26 пациентов из 28, получающих нибентан синусовый ритм был восстановлен в течение первых суток). При лечении прокаинамидом аналогичный результат получен у 70,8% (17 больных), эффективность амиодарона составила 71,9% (23 больных). Среди побочных эффектов в 1-й группе наблюдались: значимая артериальная гипотензия – у 15 пациентов (53,5%), удлинение интервала QT – в 5 случаях (17,8%), 3 эпизода (10,7%) нарушений ритма (многофокусная тахикардия, частая желудочковая экстрасистолия). Во 2-й группе пациентов, получавших прокаинамид, – у 6 пациентов (25,0%) артериальная гипотензия. В 3-й группе (лечение амиодароном) – удлинение интервала QT у 4 (12,5%) пациентов; в большинстве случаев наблюдалось незначительное снижение АД. Известно, что амиодарон также вызывает выраженную брадикардию в 5% случаев (Канорский С.Г., 2012). Указанного побочного эффекта в нашем исследовании зафиксировано не было.

Выводы. Для купирования пароксизмов фибрилляции предсердий у пожилых больных хронической ИБС, сочетающейся с ГБ, нибентан оказался более эффективным по сравнению с амиодароном и прокаинамидом. Однако применение нибентана чаще сопровождалось клинически значимой артериальной гипотензией, нарушениями сердечного ритма. Амиодарон часто вызывал лишь незначительное снижение уровня АД. Эффективность амиодарона и прокаинамида, как средств купирования рецидивов ФП достоверно не различалась. В целом лучшая переносимость лечения была продемонстрирована для амиодарона и прокаинамида по сравнению с нибентаном.

Прогностическое значение маркеров гемостаза у пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших кардиоэмболический инсульт

Золотовская И. А., Давыдкин И.Л.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении инсульта, распространенность и смертность от этой патологии в Российской Федерации (РФ), как и во всем мире, остаются высокими. Требуются современные технологии, направленные на реализацию механизмов, способствующих предотвращению, как первичного, так и повторного, острого нарушения

мозгового кровообращения (ОНМК). Достижение результата возможно не только на уровне общего методологического подхода к профилактике инсульта, но, что не менее важно, на уровне выбора методов коррекции с учетом типа ишемического инсульта (ИИ). На сегодняшний день чрезвычайно актуальным является определение тактики антитромботической терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), перенесших кардиоэмболический инсульт (КЭИ). У таких больных данный вопрос следует рассматривать в первую очередь с точки зрения возможности применения антикоагулянтной терапии с учетом изменений реологических свойств крови и показателей гемостаза в остром и раннем восстановительном периодах.

Цель исследования: изучить особенности показателей гемостаза у пациентов, перенесших КЭИ с ФП.

Материалы и методы. В исследование включено 350 больных (227 женщин и 123 мужчины), перенесших КЭИ в каротидном бассейне с ФП неклапанного генеза. Пациенты разделены на 3 группы в соответствии с показателями критерия тяжести инсульта по шкале NIHSS. Проводилось комплексное клинико-инструментальное обследование на момент включения, через 3, 6 месяцев и через 1 год наблюдения, в том числе оценивались показатели плазменного гемостаза (фибриноген, Д-димер, РФМК, антитромбин III) и показатели сосудисто-тромбоцитарного гемостаза (фактор Виллебранта, агрегация тромбоцитов). Статистическую обработку данных проводили с использованием стандартной программы Microsoft Excel и пакета статистических программ Statistica for Windows. Достоверность различий рассчитывали с помощью t-критерия Стьюдента, коэффициенты корреляции — по методу Спирмена. Результаты считались достоверными при $p < 0,05$. Результаты. У всех больных в анамнезе АГ, 96% имеют сопутствующую патологию: сахарный диабет — 77%, ревматоидный артрит — 7,1%, хроническая болезнь почек — 16,6%. Длительность анамнеза ФП у 252 человек (72,0%) составляла от 1 года до 10 лет ($6,7 \pm 3,4$), в 28,0% случаях ФП была диагностирована впервые в остром периоде ОНМК. На момент включения установлена гиперфибриногенемия во всех группах (фибриноген $5,3 \pm 1,54$ г/л) вне зависимости от степени тяжести неврологического дефицита и объема очага ИИ. В III группе показатель фибриногена — $5,6 \pm 1,72$ г/л, показатель по шкале NIHSS — $14,5 \pm 1,8$ баллов, в неврологическом статусе выраженный двигательный дефицит, 34,6% пациентов с баллом ≥ 3 по HAS-BLED, что ограничивало назначение антикоагулянтов. В этой группе через 3 мес достоверно по сравнению с пациентами I и II групп ухудшились все показатели гемостаза: РФМК — $4,3 \pm 2,9$ мг%; антитромбин III — $90,2 \pm 3,7$; Д-димер — $0,44 \pm 0,21$; обращает внимание высокие значения спонтанной агрегации тромбоцитов — $1,80 \pm 0,83$ усл.ед.

Выводы. В течение 3 месяцев после перенесенного КЭИ отмечаются выраженные изменения в системе коагуляционного и сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, особенного у пациентов с тяжелыми двигательными и афатическими нарушениями. Требуется дальнейшее исследование в части изучения взаимосвязи маркеров гемостаза с тяжестью неврологического дефицита, риском развития кровотечений и возможностями рационального использования антикоагулянтов в восстановительном периоде инсульта на фоне ФП.

Оценка эффективности тромболитической терапии острого коронарного синдрома препаратом теноктеплаза на догоспитальном этапе

Иванов Л.А., Шилов С.П., Галимова Г.А.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель: оценить эффективность тромболитической терапии острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST препаратом теноктеплаза

на этапе скорой медицинской помощи в городе Ижевске.

Задачи: 1) Оценить временные интервалы оказания медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом на этапе скорой медицинской помощи. 2) Оценить динамику клинико — лабораторных данных при проведении тромболитической терапии препаратом «Теноктеплаза» на догоспитальном и госпитальном этапах. 3) Выявить осложнения, возникшие в ходе лечения.

В ходе исследования было проанализировано 35 историй болезней и карт вызовов пациентов с диагнозом «Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST», получивших препарат «Теноктеплаза» на догоспитальном этапе, в период с 1.06.14 по 31.10.14. Возраст пациентов составил от 31 до 77 лет, в среднем — 56 лет. Преобладали мужчины — 31, женщин — 4. Время от начала ангинозных болей до вызова пациентом скорой помощи составило в среднем 27 минут (от 10 минут до 3 часов в 1 случае). «Время доезда» бригады в среднем составило 20,5 минут. Время «Дверь — игла» составило в среднем 12 минут (85%), менее 12 минут — 12%, более 12 минут — 3%. Время от начала ангинозных болей до постановки диагноза «Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST» и начала проведения тромболитической терапии составило: до 1 часа — 3%, около 1 часа 10 мин — 59%, более 2 часов — 18%, более 3 часов — 10%. Всем пациентам исследуемой группы тромболитический проведен в сроки, установленные рекомендациями по лечению острого коронарного синдрома, что определило благоприятный прогноз в дальнейшем у большинства пациентов. У большинства пациентов — 81% при поступлении в приемное отделение кардиологического стационара боли, давящие ощущения за грудиной, одышка отсутствуют полностью. У 19% пациентов сохраняются давящие, жгучие боли и одышка (у 9% боли и одышка появились через 20–30 минут после догоспитального тромболитического). Далее, за время лечения в стационаре, боли за грудиной и одышка у 10% пациентов купируются за первые 2 суток лечения, у 9% пациентов остаются периодически возникающие боли и дискомфорт за грудиной. На догоспитальном этапе выраженная положительная динамика сегмента ST непосредственно после введения теноктеплазы (смещение ST к изолинии на 50% и более) наблюдалась у 5 человек (14,5%). Далее сегмент ST смещается к изолинии: при поступлении в приемное отделение у 9 человек (25,7%), у 17 человек ST приходит к норме в течении первых двух суток нахождения в стационаре (48,6%), у 9 человек (25,7%) сегмент ST остается с подъемом более 2 мм на протяжении всего времени лечения в стационаре. Таким образом, положительная динамика сегмента ST в течении первых 2-х суток наблюдается у 74 % пациентов. Тропонин-тест: 13 пациентов — отрицательный результат, 9 пациентов — (0,1–1,2 нг/мл), 7 пациентов — (1,2–4 нг/мл), 3 пациента — более 4 нг/мл (до 30–32 нг/мл). Осложнения тромболитической терапии проявлялись у 9 пациентов (25%) в виде: синусовой тахикардии — 5 пациентов (14%), редких полиморфных желудочковых и наджелудочковых экстрасистол — 4 пациента (11%), гемодинамически не значимых и купируемых на догоспитальном этапе, либо в первые сутки лечения в стационаре. Критических, жизнеугрожающих осложнений, таких как внутримозговые кровоизлияния, крупные кровотечения, расслоения аневризмы аорты, критической гипотонии, аллергических реакций на препарат, выявлено не было. Летальные случаи — 3 (8%) имеют кардиальные причины (сердечная недостаточность, вызванная инфарктом миокарда (2) и фибрилляция желудочков, произошли на 2–5 сутки лечения пациентов в стационаре. 71% (25 пациентов) выписаны с выздоровлением, 21% (7 пациентов) выписаны с улучшением, летальных исходов — 3 (8%).

Выводы: 1. Всем пациентам исследуемой группы тромболитическая терапия острого коронарного синдрома проведена в сроки, установленные Европейскими рекомендациями. 2. Тромболитический следует считать эффективным у 74% пациентов исследуемой группы. 3. Осложнения тромболитической терапии носили характер реперфузионных аритмий,

критических, жизнеугрожающих осложнений на догоспитальном и госпитальном этапах не выявлено. 4. Летальных исходов на догоспитальном этапе за исследуемый период не было. Количество летальных исходов на госпитальном этапе – 8%.

Профессиональные коммуникации как проблемное звено профилактической работы фельдшера с пациентами кардиологического профиля

Иванова Н.А., Литвинова Н.И., Журавлева Т.П., Шумова А.Л.

Рязанский медицинский колледж, Рязань

Сердечно-сосудистые заболевания в настоящее время сохраняют лидирующую позицию, как в структуре общей заболеваемости населения, так и по уровню летальности и утраты трудоспособности. Решение вопросов профилактики в группе пациентов кардиологического профиля является приоритетным направлением профилактической работы среди пациентов с хроническими заболеваниями. Работа фельдшера на сельском участке связана с обслуживанием населения преимущественно пожилого возраста, среди которых остро стоит проблема кардиологической патологии. Эффективность этой работы определяется умением использовать установленные правила и процедуры профессиональных коммуникаций фельдшера в интересах пациента. Обращает на себя внимание многообразие факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и различные их сочетания у конкретного пациента. Это определяет необходимость применения индивидуальных технологий профилактики, которые позволят учесть клинические особенности, сопутствующие заболевания, программы медикаментозной терапии и сочетание факторов риска у больных кардиологического профиля. Цель настоящего исследования – изучить уровень профессиональной компетентности фельдшера в области индивидуальной профилактической деятельности при работе с пациентами кардиологического профиля. Задачи исследования включали: 1. Разработку анкеты, проведение исследования и анализ результатов по определению готовности фельдшера к проведению индивидуальной работы с пациентами кардиологического профиля по профилактике факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. 2. Оценку коммуникационных навыков фельдшера в области технологии реализации индивидуальных профилактических программ. 3. Определение проблемных звеньев в проведении профилактических мероприятий, ориентированных на пациента. Материал и методы. В исследовании принимали участие 64 выпускника Рязанского медицинского колледжа по специальности «Лечебное дело» (фельдшеры), которые освоили профессиональную компетенцию в области профилактической деятельности. Опрос проводился на основе анкеты, которая включала блоки вопросов, позволяющих изучить самооценку готовности фельдшера к профилактической профессиональной деятельности, определить степень готовности к индивидуальной работе в интересах пациента, оценить компетентность фельдшера в области профессиональных коммуникаций. Результаты. Из числа опрошенных 60 человек (93,8%) считают себя достаточно подготовленными к проведению профилактической работы. Однако только 25,6% считают себя готовыми к профилактической работе с учетом индивидуальных особенностей пациентов, имеющих сердечно-сосудистые заболевания. Характерной особенностью является односторонний взгляд опрошенных на формы и методы профилактической работы, которые сводятся, по их мнению, к санитарно-просветительской деятельности (68,7%), они не рассматривают пациента как активного

партнера в проведении профилактической работы (53,1%). Всего лишь 12,5% указали, что способны выбрать наиболее эффективную технологию работы с пациентом, но готовы разработать только письменные рекомендации и наглядный материал по отдельным факторам риска, и не готовы осуществлять профилактическое консультирование с учетом клинических особенностей, проводимой лекарственной терапии и сочетания факторов риска у конкретного пациента. При этом проблемой является профессиональное взаимодействие фельдшера с членами междисциплинарной команды, структурными подразделениями медицинской организации и другими организациями при выполнении профилактических программ с учетом клинических особенностей, сопутствующих заболеваний, сочетания факторов риска, психологических и социальных возможностей пациента (96,7%).

Вывод. Таким образом, проблемным звеном профилактической работы с пациентами кардиологического профиля в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи является компетентность фельдшера в части профессиональных коммуникаций в интересах пациента. Основным барьером в решении этой проблемы выступает установившийся принцип взаимодействия медицинских работников с пациентами с авторитарной позиции, исключающей эффективное партнерство.

Хроническая сердечная недостаточность и остеопороз

Иванова Ю.И., Чижов П.А., Беляев Д.В.

*Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль*

Цель. Изучить распространенность и выраженность остеопороза (ОП) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на фоне артериальной гипертензии (АГ) и ИБС. Материалы и методы. Обследован 201 пациент с наличием ХСН 1 – 4 функциональных классов на фоне АГ и ИБС (101 мужчина в возрасте от 50 до 78 лет и 100 женщин в возрасте от 40 до 65 лет). 77 человек без сердечно-сосудистой патологии составили контрольную группу (37 мужчин в возрасте от 50 до 66 лет и 40 женщин в возрасте от 41 до 65 лет). Всем больным проводилось клиническое обследование, рентгенодиагностическое и рентгеноморфометрическое исследование позвоночника, эхокардиоскопия (ЭХО-КС), определение содержания в крови продуктов ПОЛ – диеновых (ДК) и триеновых (ТК) конъюгатов, свободного (СОП) и белково-связанного (БСОП) оксипролина. Результаты. Проведенное исследование показало, что среди мужчин с ХСН, по данным рентгенодиагностического исследования, ОП выявлен у 35 пациентов – 34,65%, а в контрольной группе только у 4 обследованных – 10,81% ($p < 0,05$). Симптомы ХСН 1 ФК наблюдались у 12 больных, ОП в этой группе встречался у 8,3% больных. ХСН 2 ФК имела у 33 больных, ОП в этой группе выявлен у 24,2% больных. Симптомы ХСН 3 ФК наблюдались у 36 больных, ОП в этой группе встречался в 41,7% случаев, что достоверно больше, чем в контрольной группе и у пациентов с 1ФК ХСН ($p < 0,05$). ХСН 4 ФК наблюдалась у 20 больных, в этой группе ОП встречался в 55,0±5,1% случаев, что достоверно чаще, чем в контрольной группе и у пациентов с 1 и 2 ФК ХСН ($p < 0,05$). Среди женщин с ХСН по данным рентгенодиагностического исследования ОП выявлен у 39 пациенток – 39%, а в контрольной группе только у 1 обследованной – 2,5% ($p < 0,05$). Симптомы ХСН 1 ФК наблюдались у 19 больных, ОП в этой группе встречался у 5,26% больных. ХСН 2 ФК имела у 30 больных, ОП в этой группе выявлен у 23,0% больных – достоверно чаще, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). Симптомы ХСН 3 ФК наблюдались у 37 больных, ОП в

этой группе встречался в 48,6% случаев, что достоверно больше, чем в контрольной группе и у пациенток с 1 и 2 ФК ХСН ($p < 0,05$). ХСН 4 ФК наблюдалась у 14 больных, в этой группе ОП встречался в 92,86% случаев, что достоверно чаще, чем в контрольной группе и у пациенток с 1, 2 и 3 ФК ХСН ($p < 0,05$). Как среди мужчин, так и среди женщин в основной группе чаще встречались более выраженные деформационные изменения позвонков, свойственные ОП, со снижением одного из исследуемых индексов на 3–4 SD ($p < 0,05$). В контрольной группе чаще встречались менее выраженные деформации позвонков со снижением одного из исследуемых индексов на 2 SD ($p < 0,05$). При нарастании тяжести ХСН также увеличивалась и выраженность остеопенических и остеопоротических изменений. Установлены достоверны положительные корреляция между степенью выраженности рентгенодиагностических проявлений остеопении и ОП и ФК ХСН у мужчин $-r = 0,31$ и у женщин $-r = 0,73$. Сопоставление параметров ЭХО-КС в основной группе в зависимости от наличия ОП показало, что у пациентов с ОП и без него различаются показатели, характеризующие уровень преднагрузки на сердце, систолическую функцию левого желудочка и гипертрофию миокарда. В частности, как у мужчин, так и у женщин с ОП величина фракции выброса достоверно меньше, чем у пациентов без ОП. При исследовании биохимических показателей как среди мужчин, так и среди женщин установлено, что у больных основной группы активность ПОЛ и содержание оксипролина в крови достоверно выше, чем у пациентов контрольной группы. Сопоставление биохимических показателей в основной группе у больных с ОП и без него показало, что при ОП достоверно выше активность ПОЛ и уровень в крови оксипролина. Установлено, что при утяжелении ФК ХСН, происходит большая активация ПОЛ, возрастает уровень оксипролина. Так, у мужчин установлены достоверные положительные корреляции между ФК ХСН и уровнем СОП (0,23), БСОП (0,28), ДК (0,45), ТК (0,41). Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что ХСН у больных с АГ и ИБС способствует развитию ОП. Нарастание степени тяжести ХСН сопровождается значительным увеличением распространенности ОП и его тяжести, что требует проведения профилактических мероприятий, своевременной диагностики и лечения остеопенического синдрома у данной категории пациентов. При ОП у пациентов с признаками ХСН происходит активация ПОЛ и повышаются в крови уровни СОП и БСОП, которые могут использоваться в качестве дополнительных лабораторных тестов для диагностики ОП.

Острое почечное повреждение у больных с острым коронарным синдромом в клинической практике врача стационара

Ильина А.С., Боровкова Н.Ю., Спасский А.А., Боровков Н.Н., Пайкова Н.Н.

Нижегородская государственная медицинская академия, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Нижний Новгород, Москва

Цель. Оценить частоту развития острого почечного повреждения (ОПП) у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) по показателю креатинина сыворотки крови в клинической практике врача стационара. Материалы и методы. В исследование было включено 190 пациентов (мужчин – 112 [59%], женщин – 78 [41%]) экстренно поступивших в Региональный сосудистый центр №2 ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко» с ОКС на наличие ОПП. Средний возраст составил $67,0 \pm 12,3$ лет [43; 86]. У каждого госпитализированного пациента основной патологией являлся ОКС. Всем больным было

проведено общеклиническое обследование, определялся уровень тропонина I (TnI), креатинин сыворотки крови, ЭКГ-контроль. Наличие ОПП оценивали по уровню креатинина сыворотки крови. С учетом того, что мы не владели информацией о креатинине крови до госпитализации, его исходным уровнем считали показатель, соответствующий расчетной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) $75 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$ (ADQI, 2002). СКФ оценивали по формуле CKD-EPI (2011). Результаты обработаны программой «Statistica 6.0» (StatSoft Inc., США).

Результаты. Средние показатели креатинина сыворотки крови в целом по группе составили $104,1 \pm 51,9 \text{ мкмоль/л}$ [28,2; 608,9], СКФ – $68,3 \pm 21,5 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$. С учетом «базальных» значений сывороточного креатинина (согласно концепции ADQI, 2002) повышение данного показателя из 190 пациентов замечено у 38 (20%) пациентов. Это расценивали как признак ОПП. В подавляющем большинстве лиц, имеющие признаки ОПП по показателю сыворотки крови, страдали артериальной гипертензией (АГ) – 96%, 29% из них имели сахарный диабет (СД) 2 типа, 22% – фибрилляцию предсердий, 8% в анамнезе имели хронический туболоинтерстициальный нефрит. У остальных пациентов, не имеющих ОПП, сопутствующая патология была представлена меньше: АГ имели 61% и СД – 21%. Статистически гипертензивных лиц ($\chi^2 = 30,2$; $p < 0,01$) и больных с СД ($\chi^2 = 19,3$; $p < 0,01$) было больше в группе с ОПП.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование свидетельствовало о признаках ОПП у больных с ОКС по показателю креатинина сыворотки крови до 20% случаев. Предрасполагающими факторами к его развитию служили АГ, СД, нарушения ритма сердца, а также наличие заболеваний почек в анамнезе.

Показатели сосудистой жесткости у лиц с ожирением и метаболическим синдромом

Ипатова Д.В., Стрижаков Л.А., Милованова Л.Ю.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Цель исследования. Оценка роли объемной сфигмографии в диагностике ранних изменений в сосудистом русле у пациентов с абдоминальным ожирением и/или метаболическими нарушениями.

Материалы и методы. Обследовано 96 человек в возрасте от 28 до 71 года, (средний возраст $54,6 \pm 10,5$ лет), среди них 71 женщина (74,0%), 25 мужчин (26,0%), наблюдавшихся в Клинике нефрологии, внутренних и профессиональных болезней имени Е.М. Тареева Первого МГМУ имени И.М. Сеченова с ноября 2014 по апрель 2015 года. Нормальный индекс массы тела (ИМТ), отмечался у 19 пациентов (19,8%) – от 18,8 до $24,9 \text{ кг/м}^2$, 36 пациентов (37,5%) – повышенный (ИМТ от 25,1 до $29,8 \text{ кг/м}^2$), 24 (25,0%) – ожирение I степени (ИМТ от 30,5 до $34,4 \text{ кг/м}^2$), 8 (8,3%) – ожирение II степени (ИМТ от 35,5 до $38,6 \text{ кг/м}^2$), 9 (9,4%) – ожирение III степени (ИМТ от 40,2 до $45,5 \text{ кг/м}^2$). Средний ИМТ составил $30,0 \pm 5,9 \text{ кг/м}^2$. Абдоминальное ожирение (окружность талии (ОТ) более 80 см у женщин и 94 см у мужчин) диагностировано у 71 пациента (74,0%). Артериальная гипертензия (АГ) отмечалась у 65 пациентов (67,7%), постоянная антигипертензивная терапия проводилась у 50 (52,1%) пациентов. Гиперлипидемия выявлена у 45 больных (46,9%), из них 26 (27,0%) получали гиполипидемическую терапию. Сахарный диабет 2-го типа диагностирован у 12 пациентов (12,5%), у 9 пациентов (9,4%) отмечалось нарушение толерантности к глюкозе. Нарушение пуринового обмена диагностировано у 9 (9,4%) пациентов, в том числе у 2 (2,1%) – подагра, у 7 (7,8%) – гиперурикемия. В качестве дополнительного фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) анализировалась

скорость клубочковой фильтрации (СКФ), которая определялась по формуле СКД-EPI. Обследованные были разделены на 5 групп. Группа контроля – 13 человек без кардиоваскулярной патологии и факторов риска ССЗ. Вторую группу составили 22 пациента без кардиоваскулярной патологии и метаболических нарушений, но с абдоминальным ожирением, третья группа – 15 пациентов без абдоминального ожирения, но с метаболическими нарушениями и/или АГ. В четвертую группу включен 31 пациент с наличием 1 обязательного и минимум 2 дополнительных критериев метаболического синдрома. Отдельно выделена группа из 15 пациентов с верифицированным атеросклерозом коронарных и/или сонных артерий по данным инструментальных методов исследований. Для определения показателей сосудистой жесткости использовали: сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (СЛСИ), лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) и индекс аугментации (ИА). Применялся объемный сфигмограф VaSera VS-1500N, Fukuda Denshi, Япония. Биологический возраст артерий (БВА) определялся по формуле: $5,99 + 0,04 \times \text{возраст (лет)}$ для лиц европейской расы.

Результаты. Выявлены достоверные различия в показателях БВА в группе контроля ($6,9 \pm 0,9$), у лиц с ожирением без метаболических нарушений ($7,7 \pm 0,7$) и при наличии атеросклероза ($11,7 \pm 1,6$) ($p < 0,05$). Между группами с метаболическими нарушениями без ожирения ($9,2 \pm 0,8$) и метаболическим синдромом ($9,5 \pm 0,9$) выявленное различие было недостоверно ($p = 0,3$). При проведении корреляционного анализа обнаружена положительная связь средней силы между значениями СЛСИ и возрастом: $r = 0,65$, $p < 0,01$. Также была выявлена положительная корреляционная связь между возрастом и такими показателями, как ИА ($r = 0,42$, $p < 0,02$), ЛПИ ($r = 0,33$, $p < 0,05$). СЛСИ положительно коррелировал с ОТ $r = 0,51$ и с ИМТ $r = 0,42$. Выявлена положительная корреляция между СЛСИ и уровнями систолического артериального давления (САД), диастолического артериального давления (ДАД) и пульсового артериального давления (ПАД): $r = 0,45$, $0,39$ и $0,49$ соответственно, $p < 0,05$, а также уровнем общего холестерина ($r = 0,32$, $p < 0,05$), причем эта связь существенно выше у пациентов с метаболическими нарушениями без ожирения ($r = 0,46$, $p < 0,05$). Установлена отрицательная корреляционная связь между СЛСИ и СКФ: $r = -0,47$, $p < 0,05$.

Выводы. СЛСИ – интегральный показатель, наиболее полно отражающий состояние сосудистого русла. Отмечается повышение БВА по мере нарастания влияния факторов риска ССЗ. Выявлена взаимосвязь между различными показателями жесткости артериальной стенки и возрастом, уровнем АД, ИМТ, ОТ, общим холестерином, СКФ.

Лекарственные поражения печени в многопрофильном стационаре

Калачнюк Т.Н.

Клиническая больница №123, Одинцово

Лекарственные поражения печени в многопрофильном стационаре Калачнюк Т.Н. ФГБУЗ №123 Клиническая больница ФМБА, Одинцово, Россия. Лекарственное поражение печени (ЛПП) – это поражение органа, вызванное лекарственными веществами, которые применяют по медицинским показаниям в терапевтических дозах. ЛПП составляют около 10% всех побочных реакций организма больного, связанных с применением фармакологических препаратов. За 7 лет работы проанализировано 140 случаев ЛПП. Средний возраст пациентов основной группы составил $41,5 \pm 6,8$ лет. Мужчины – 86 чел. (61%), женщины – 54 чел (39%). Соотношение мужчин и женщин составило 1,6:1. По этиологическому фактору ЛПП распределились следующим образом: антимикробные

препараты различных групп – 63 случая (45%), фитопрепараты (ФП) – 24 случая (17,1%), нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) – 19 случаев (13,6%), пероральные контрацептивы – 19 случаев (13,6%), статины – 15 случаев (10,7%). Длительность приема лекарственных препаратов варьировала от 9 дней до 6 месяцев в зависимости от основного заболевания, средняя длительность заболевания составила $1,8 \pm 0,6$ месяца. Основными жалобами являлись: общая слабость (100%), дискомфорт в правом подреберье (52,1%), тошнота (50,7%), снижение аппетита (17,8%), изжога (11,4%), желтуха (8,6%), кожный зуд (4,3%), вздутие живота (4,3%). Характер и количество жалоб зависели от этиологического фактора ЛПП. Наибольшее число жалоб отмечено у пациентов, принимавших пероральные контрацептивы и НПВС. По биохимическому варианту ОЛГ все лекарственные поражения печени были распределены на три типа: 1 тип – поражения с преобладанием гепатоцеллюлярного компонента (АЛТ более 2 N, ЩФ – норма), 2 тип – холестатический (АЛТ норма, ЩФ более 2 N) и 3 – смешанный типа (АЛТ более 2 N, ЩФ более 2 N). По 1 типу отмечалось 106 случаев ЛПП (75,7%), по 2 типу – 19 (13,9%), по 3 типу – 15 (10,7%). При ЛПП по гепатоцеллюлярному и смешанному типу проводилась терапия адеметионином, при холестатическом – урсодезоксихолевой кислотой. Во всех группах достигнута положительная динамика клинических и лабораторных показателей. Пункционная биопсия печени выполнена 98 пациентам (70%), определен индекс гистологической активности (ИГА) по R.G. Knodell. Максимальный ИГА отмечен в группе пероральных контрацептивов и НПВС.

Многофакторный контроль сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с сахарным диабетом старшей возрастной группы

Калинникова Л.А. Рунова А.А. Жулина Н.И.

Городская клиническая больница №3 (Нижегородский гериатрический центр), Нижний Новгород

Цель. Оценить эффективность многофакторного контроля сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с сахарным диабетом старшей возрастной группы.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезни 645 больных с сахарным диабетом 2 типа, средний возраст составил $72,7 \pm 0,7$ лет, стаж заболевания $17 \pm 1,4$ года. Из них 343 (53,2%) пациента перенесли острые сердечно-сосудистые осложнения (острый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия с проведением реваскуляризации, острое нарушение мозгового кровообращения или процедуры реваскуляризации АКШ или ЧТКА). Всем больным выполнялось биохимические исследования липидов крови, креатинина, гликированного гемоглобина (HbA1c) с определением индивидуальных целевых значений согласно «Алгоритмам специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом 2015 г». Проводилось исследование антропометрических показателей – индекс массы тела (ИМТ) и объем талии (ОТ). Целевыми значениями АД считались $<140/80$ мм рт. ст. целевой уровень ЛПНП $<2,0$ ммоль/л. Все больные получали медикаментозную сахароснижающую терапию. Пероральную сахароснижающую терапию получали 22,6% больных, в 38,9% была комбинация с инсулином, в 26,6% была базис-болюсная терапия инсулином и 12,5% получали инсулиновые смеси. Результаты. В целом по группе компенсация по всем факторам была отмечена у 25 больных, что составило 3,8%, причем 2,9% в группе с перенесенными сердечно-сосудистыми осложнениями. В отношении АД, целевых значений достигли 286 пациентов, что составило 44,3%, причем

в группе больных с перенесенными сосудистыми осложнениями процент компенсированных больных был выше и составил 45,4%. В достижении целевых значений липидов в группе без осложнений процент имеющих целевые значения составил 3,2%, в группе с сердечно-сосудистыми осложнениями количество компенсированных больных было выше и составило 8,9%. Что касается достижения контроля гликемии, то в первой группе количество больных достигших целевого уровня гликированного гемоглобина составило 29,6%, в то время как во второй группе их число было 118 (34,8%).

Выводы. Больные пожилого возраста с сахарным диабетом с высоким риском коронарной смерти лучше контролируют АД, не имеют адекватного контроля гликемии и липидов. В большинстве своем отмечается недостижение целевых значений гликемии, липидов и артериального давления даже у лиц, перенесших сосудистые осложнения.

Влияние лозартана на сосудистое ремоделирование у больных хронической сердечной недостаточностью по данным доплерографии брахиоцефальных сосудов

Камилова У.К., Расулова З.Д., Ибабекова Ш.Р., Иргашева С.С., Мирхаитова Н.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Целью исследования явилось оценить влияние лозартана и лизиноприла на структурно-функциональные показатели брахиоцефальных сосудов (БЦС) у больных I–III функциональным классом (ФК) хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы исследования. Оценка кровотока проводилась при помощи аппарата ультразвукового исследования SONOACEX6 (Корея) путем цветового доплеровского картирования общей сонной артерии (ОСА) с оценкой показателей: пиковая систолическая скорость кровотока (Vs), максимальная конечная диастолическая скорость кровотока (Vd), усредненная по времени скорость кровотока (Vmean), резистивный индекс (RI), пульсационный индекс (PI), толщины интим-медиа (ТИМ). Сосудистое ремоделирование было изучено у 45 больных ишемической болезнью сердца (ИБС), осложненной I–III ФК ХСН исходно и после 6 месяцев лечения. Контрольную группу составили 10 здоровых лиц (средний возраст 42,3±2,1 лет). Группу больных составили 45 больных с I ФК (14), II ФК (16) и III ФК ХСН (15), принимавшие в течение 6 месяцев на фоне стандартной терапии (спиронолактон, бета-блокаторы, антиагреганты, аторвастатин 20-40 мг в сутки) – лозартан (средняя доза препарата составила 66,3±25,6). Средний возраст больных составил 62,3±5,6 лет.

Результаты. Анализ полученных исходных данных доплерографии БЦС по сравнению с контролем показал, что у больных I ФК ХСН при определении скорости пульсовой волны и ТИМ были отмечены достоверные различия. А после лечения отмечалась только тенденция к улучшению скоростных показателей и уменьшению индексов RI и PI. У больных II ФК ХСН было достоверное отличие от показателей контроля на уровне правой и левой ОСА с увеличением ТИМ на 19,3% и 17,2% ($p<0,001$) и снижение кровотока в систолу на 12,6 и 10,9% ($p<0,02$), в диастолу на 23,2% и 22,3% ($p<0,05$ и $p<0,02$). На фоне лечения на левой ОСА достоверное снижение было отмечено индексов RI и PI ($p<0,05$). У больных с III ФК ХСН при анализировании скоростных показателей и толщины стенок отмечено более выраженное снижение скорости кровотока, как в систолу, так и в диастолу в обеих группах на правой и левой ОСА по сравнению с

показателями контрольной группы. В динамике лечения достоверных улучшений по данным доплерографии на уровне ОСА в группе больных, принимавших лозартан, было отмечено достоверное улучшение индексов RI и PI на 12,6 и 10,9% ($p<0,05$) в динамике лечения.

Заключение. У больных ХСН процесс РЛЖ ассоциируется и сосудистым ремоделированием, характеризующееся достоверным снижением скоростных показателей в БЦС с утолщением ТИМ по мере увеличения тяжести ХСН. Шестимесячная терапия с лозартаном у больных ХСН I–III ФК привела к улучшению параметров сосудистого ремоделирования.

Оценка показателей нейрогуморальной системы у больных с кардиоренальным синдромом

Камилова У.К., Расулова З.Д., Касимова Г.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить показатели нейрогуморальной системы – уровень норадреналина (НА), мозгового натрийуретического пептида – Nt-proBNP (МНУП), альдостерона (Ал) у больных со II и III функциональным классом (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) с дисфункцией почек. Материал и методы исследования. Были обследованы 46 больных с ХСН с ФК II (23 больных) и ФК III (22 больных) с дисфункцией почек. Функциональное состояние почек оценивали по уровню сывороточного креатинина (Кр) и скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD в мл/мин/1,73м². У всех обследованных больных изучали нейрогуморальный статус по плазменной концентрации норадреналина (НА), мозгового натрийуретического пептида (МНУП), альдостерона (Ал) на иммуноферментном анализаторе «HUMAREADER SINGLE». Контрольную группу составили 14 здоровых добровольцев мужского пола, сопоставимого возраста.

Полученные результаты. Анализ полученных результатов показал, что у больных II и III ФК ХСН показатели Кр составили 95,62±10,26 и 103,9±9,4 мкмоль/л, СКФ по формуле MDRD составила 65,6±13,3 и 56,5±9,6 мл/мин/1,73м² соответственно. СКФ (MDRD) <60 мл/мин/1,73 м² наблюдалось у 8 (34,8%) больных со II ФК ХСН и 13 (59%) больных с III ФК ХСН. У больных со II ФК ХСН со СКФ > 60 мл/мин/1,73 м² уровень НА составил 510,2±58,4 пг/мл, а при СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² – 894,8±31,3 пг/мл. Уровень МНУП у больных ХСН ФК II был в пределах от 630,5 до 916 фмоль/мл. При этом у больных со СКФ > 60 мл/мин/1,73 м² уровень данного показателя составлял 603,5±45,3 и у больных со СКФ < 60 мл/мин/1,73 м² 856,2±51,2 фмоль/мл. Уровень Ал у больных II ФК ХСН колебался от 180,2 до 361,1 пг/мл: при СКФ>60 мл/мин/1,73 м² данный показатель составил 154,2±21,4 пг/мл, а при СКФ<60 мл/мин/1,73 м² – 314,3±22,9 пг/мл. Колебания уровня нейrogормонов у больных при III ФК ХСН распределились следующим образом: НА от 675,5 до 1423,1 пг/мл, МНУП от 875,5 до 1230,1 фмоль/мл и Ал от 219,1 до 435,7 пг/мл. У больных III ФК ХСН при СКФ>60 мл/мин/1,73 м² уровень НА составил 697,2±65,1 пг/мл, а при СКФ<60 мл/мин/1,73 м² 1254,5±102,3 пг/мл. Уровень МНУП при СКФ>60 мл/мин/1,73 м² составил 795,9±78,7 и СКФ<60 мл/мин/1,73 м² – 1068,9±99,2 фмоль/мл. У больных со СКФ>60 мл/мин/1,73 м² уровень Ал составил 186,2±24,8 пг/мл, а при СКФ<60 мл/мин/1,73 м² – 412,6±25,1 пг/мл.

Выводы. При ХСН наблюдалось достоверное увеличение уровня нейrogормонов: НА, МНУП и Ал в плазме крови и коррелирует с прогрессированием заболевания, при этом у больных со II ФК преобладали средневые уровни нейrogормонов, а у больных с III ФК высокие уровни этих показателей и увеличение уровня нейrogормонов были достоверно выше у больных с дисфункцией почек.

Неизменные коронарные артерии еще не критерий отсутствующей ишемической болезни сердца (ИБС)

Камышева Е.П., Горбунова М.Л., Масик А.А.

Нижегородская государственная медицинская академия,
Нижегород

Цель: выделить особенности наиболее значимых диагностических клиничко-лабораторных, инструментальных и посмертных параметров ИБС. Методы: анализ общеизвестных показателей в диагностике ИБС у 1742 больных с установленным диагнозом ИБС врачами разных больниц. Использованы клинические, лабораторные, инструментальные и посмертные данные обследования (характер коронарного синдрома, электрокардиограмма, велоэргометрия, эхокардиография (ЭХОКГ), селективная коронарография, патанатомическое описание коронарных артерий).

Результаты. Из 1742 больных 788 (45,2%) нуждались в динамическом дообследовании. 193 пациента (24,5%) имели ошибочный диагноз в связи с игнорированием врачом анамнеза болезни и клинического обследования больного, недостаточной квалификацией в трактовке и расшифровке выявленных данных дополнительного комплекса исследований и избранного лечения. Но у 595 больных с явным коронарным синдромом и подтвержденным диагнозом ИБС, в 8,6% при селективной коронарографии выявлены неизменные коронарные артерии, что в ряде случаев подтверждается патанатомическим заключением. При ошибочной диагностике ИБС в последующем чаще всего фигурируют диагнозы нейрциркуляторной дистонии, артериальной гипертензии, климактерической миокардиодистрофии, остеохондроза и т.п. Однако среди них встречается и грозная патология по типу диффузной ангиопатии с микроциркуляторными нарушениями и геморрагическим капилляротоксикозом. Одной из причин ее является инфраренальная мешотчатая аневризма брюшной аорты с внутрисполостным пристеночно-слоистым тромбообразованием и турбулентным кровотоком. Ей присущи 2 периода течения: 1 – синдром сдавления соседних органов с ишемией и образованием язвенного дефекта в 12-перстной кишке, геморрагического инфаркта миокарда, экстрасистолий, нарушением зрения, невралгии (шейного или грудного отдела позвоночника), гипертензией почечного генеза и т.п. 2 – период, проявляющийся кишечным кровотечением. В патогенезе ведущую роль играет соотношение между микроциркуляцией и объемом циркулирующей крови. Биохимические показатели и гемокоагуляция незначительно изменены, но с тенденцией к повышению показателей интоксикации. Отмечается нарушение функциональной способности миокарда по данным ЭХОКГ. Итак, неизменные коронарные артерии не критерий отсутствия ИБС.

Связь пораженности коронарных артерий у больных ишемической болезнью сердца в Донбассе с основными факторами риска в предвоенные годы

Кардашевская Л.И., Михайличенко Е.С., Кравченко И.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Институт неотложной и восстановительной хирургии
им. В.К. Гусака, Донецк

Сердечно-сосудистые заболевания составляют наибольшую долю в структуре смертности по Донецкому региону – 64,4% (2013 г.). Четверть умерших в 2013

году – лица трудоспособного возраста. В структуре первичной инвалидизации преобладают заболевания органов кровообращения. Все годы после распада СССР в Донбассе наблюдается увеличение распространенности ишемической болезни сердца (ИБС) и инсультов наряду с «омоложением» данных болезней и снижением продолжительности жизни. При снижении заболеваемости до 9,8% в последние годы отмечено увеличение распространенности сердечно-сосудистых болезней до 33,3% (2013 г.). В предвоенном 2013 году в Донбассе было зарегистрировано более 1 млн жителей, страдающих артериальной гипертензией (АГ), что составило треть от всего взрослого населения. Каждый 3-й инфаркт миокарда (ИМ) в Донбассе сегодня регистрируется у лиц трудоспособного возраста, 60% из них это мужчины. Выросла досуточная летальность. При этом выявляемость ИБС при профосмотрах снизилась до 2,1% в том же году. Наблюдается рост больных, не состоящих под медицинским наблюдением. Так, например, если в среднем по области этот показатель вырос до 8,5%, то в отдельных городах он составлял 41,6%! Цель: изучить структуру пораженности коронарных артерий (КА) у больных с клинически выраженной ИБС и ее связь с основными факторами риска (ФР) или наличием сопутствующих заболеваний по результатам работы катетерной лаборатории ИНВХ им. В.К. Гусака за 1 год.

Мы анализировали результаты плановой коронароангиографии (КАВГ) у 299 б-х ИБС, стабильной стенокардией напряжения III–IV ФК, среди которых мужчин было – 245 (82%), женщин – 54 (18%). ИМ перенесли 186 больных (62,2%), сахарным диабетом страдали 25 (8,4%) пациентов, курильщики составляли половину обследуемых, АГ страдали 237 (79,3%) обследуемых. Из 299 КАВГ у 225 (75,3%) пациентов выявлено стенотически значимое поражение венечных артерий. Изолированное поражение левой коронарной артерии (КА) встречалось в 61 (27,1%) случае, правой ПКА – в 22 (9,8%), обеих КА – в 142 (63,1%) случаях. Поражение левой КА встречалось в 2,8 раза чаще, чем правой КА, а многососудистое поражение КА – на 71,1% чаще, чем однососудистое. Частота поражений КА у мужчин была на 19,2% выше, чем у женщин, причем однососудистое поражение КА у них встречалось реже, чем у женщин на 14,3%, в то время как многососудистое – на 62,1% чаще. Интересно, что как у мужчин, так и у женщин изолированное поражение правой КА наблюдалось значительно реже, чем левой КА. 1–2 ФК ХСН диагностирован у мужчин в 61,2%, у женщин – в 15,4 % случаев, в основном, это были пациенты с многососудистым поражением КА. Анализируя динамику частоты поражения КА в зависимости от пола и возраста, следует отметить резкий рост уровня их поражения у мужчин с 45 лет, а у женщин – с 50 лет. С 50 лет у мужчин и 55 лет у женщин уровень поражения КА сохраняется постоянно высоким и существенно не меняется с возрастом. Нами отмечен более высокий уровень поражения КА у мужчин в сравнении с женщинами во всех возрастных группах. Это различие нивелируется к 70 годам. После 70 лет пораженность венечных артерий у мужчин и женщин одинакова. Выводы. Таким образом, клинически значимая пораженность атеросклерозом венечных артерий в Донбассе отмечается в более молодом возрасте, чем в европейской популяции в целом: у мужчин с 45 лет, у женщин с 50 лет. У мужчин частота поражения КА оказалась выше, чем у женщин, преобладало многососудистое поражение. У женщин чаще, чем у мужчин встречалось однососудистое поражение КА (чаще левой). Резкий рост многососудистого поражения КА приходится на возраст 60 лет. Основным фактором риска прогрессирования ИБС оказалась АГ: частота сочетания значимой пораженности коронарных артерий с АГ оказалась высокой у большинства больных (почти в 80% случаев). На втором месте оказалось курение (среди мужчин 73%, среди женщин – 28%). Несмотря на наличие клинически выраженной стенокардии и постинфарктного кардиосклероза, у 26% обследуемых не было выявлено стенотически значимого поражения КА при КАГ. Приоритетной в здравоохранении Донбасса должна стать организация работы по профилактике, раннему выявлению и качественному лечению заболеваний сердечно-сосудистой системы, а именно: своевременные и

регулярные профосмотры, диспансерное наблюдение больных АГ, ИБС; контроль, учет и модификация всех факторов риска.

Долгосрочная реабилитации больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в поликлинике

Карманова Т.Т.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель: изучить динамику состояния здоровья больных ХОБЛ II–III стадии, получающих поддерживающую терапию: ингаляционные кортикостероиды, β-2-агонисты длительного действия, антихолинергические препараты длительного действия.

Задачи: изучить показатели функции внешнего дыхания, динамику одышки, качество жизни. Проведен анализ физикальных данных, показателей функции внешнего дыхания – объема форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1), индекса Тиффо с бронхолитическим тестом, шкалы одышки MRS (Medical Research Council Scale), исходного индекса одышки, транзитного индекса одышки, индекса курения, качества жизни (опросник EQ-5D) по медицинским картам 27 амбулаторных больных ХОБЛ II (15 человек) и III стадий (12 человек) в фазе ремиссии, получавших в последние 12 месяцев исследуемого периода 2013–2014 гг. профилактическое лечение: ингаляционные кортикостероиды и бета-агонисты длительного действия (флутиказон/сальметерол) или вдыхание кортикостероидов в сочетании с антихолинергическими препаратами длительного действия (флутиказон/спирива) 1 раз/сутки в поддерживающих дозах. Все пациенты были мужского пола в возрасте 62–77 лет, индекс курения у них составил 42–68 пачек/лет на начало и конец исследуемого периода. Трое больных в разные периоды жизни имели контакт в течение 10 лет с профессиональными промышленными раздражителями: сварочная аэрозоль, сернистые соединения, асбест, предельные и непредельные углеводороды. На начало и конец исследуемого периода показатели ОФВ1 колебались от 29–40% и 31–45% должного, индекса Тиффо – 45–63% и 40–66% должного соответственно. Показатели одышки были на уровне 2–3 степени в начале и конце исследуемого периода. Исходный индекс одышки в начале исследования составлял 2–4 балла, транзитный индекс одышки в конце периода наблюдения – 2–5 баллов. Показатели качества жизни колебались в обоих периодах от 61 до 68 баллов (100 баллов, соответствовало наилучшему качеству, 0 баллов – наихудшему).

Таким образом, поддерживающее профилактическое лечение больных ХОБЛ II–III стадий в амбулаторно-поликлинических условиях бета-2-агонистами длительного действия, антихолинергическими препаратами длительного действия в сочетании с ингаляционными кортикостероидами способствует стабилизации течения ХОБЛ, скоростных показателей функции внешнего дыхания, предупреждает нарастание одышки, сохраняет качество жизни на одном уровне.

Обучение студентов-выпускников технологиям оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) взрослому населению

Карманова Т.Т., Бабушкин И.Е.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Для оказания ПМСП взрослому населению подготовка студентов-выпускников на кафедре проводится по моделям врача-терапевта:

участкового терапевта городской поликлиники, участкового терапевта цехового врачебного участка, врача общей практики городской поликлиники (сельского врачебного участка, сельской амбулатории), врача-терапевта отделения (кабинета) центра медицинской профилактики городской поликлиники (поликлинического отделения ЦРБ). Рабочая программа ФГОС по специальности 060101 Лечебное дело включает владение выпускниками компонентами общекультурной компетенции (ОК 8): этическими и деонтологическими аспектами врачебной деятельности в общении с контингентом обслуживания, коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» и профессиональными компетенциями (ПК) в профилактической деятельности (ПК 11, 12): владение современными информационными технологиями по профилактике инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней; проведением санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам; владение стандартными анамнестическими анкетами по выявлению основных заболеваний; владение опросником по оценке качества жизни пациента; владение методами проведения целевых профилактических осмотров по выявлению основных заболеваний и факторов риска возникновения этих болезней; в диагностической деятельности (ПК 17): владение постановкой предварительного и клинического диагноза в развернутом виде основного, сопутствующего заболеваний и осложнений в формулировках МКБ-10; в лечебной деятельности (ПК 19, 20): владение выполнением основных лечебных мероприятий при заболеваниях и состояниях; проведением неотложной фармакотерапии и выполнением сердечно-легочной реанимации; назначением адекватного терапевтического лечения; владение осуществлением алгоритма выбора немедикаментозной и медикаментозной терапии при неинфекционных заболеваниях; в реабилитационной деятельности (ПК 24): владение индивидуальными программами нелекарственного лечения больных с терапевтическими заболеваниями и состояниями; в психолого-педагогической деятельности (ПК 26): владение обучением пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим укреплению здоровья и профилактике возникновения заболеваний, формированию навыков здорового образа жизни, устранению вредных привычек; в организационно-управленческой деятельности (ПК 27): владение законами РФ, техническими регламентами, международными и национальными стандартами, приказами, рекомендациями, терминологией, международными системами единиц (СИ), действующими международными классификациями (МКБ-10) при оказании первичной медико-санитарной помощи пациентам и оценке качества и эффективности работы лечебно-профилактического учреждения; в экспертизе трудоспособности (ПК 30): владение определением признаков временной и стойкой нетрудоспособности у больного, оформлением выдачи листа временной нетрудоспособности и посылного листа на врачебно-трудовую экспертизу (ф. №088/у-06), технологиями профилактики инвалидизации обслуживаемого населения. Технологиями формирования компетенций являются: клинические практические занятия в поликлинике – работа с пациентами на терапевтическом участке, в отделении профилактики, в центре здоровья; производственная практика в качестве помощника участкового врача-терапевта, врача общей практики (семейного врача), сельского врачебного участка в поликлиническом отделении центральной районной больницы, в участковой больнице, в отделении профилактики центральной районной больницы; разбор клинических ситуаций; лекции в интерактивной форме (лекция-конференция, лекция-беседа); семинарские занятия по ведению пациентов в поликлинике (студенческие доклады, сообщения, рефераты); мультимедиа-технологии; внеаудиторная самостоятельная работа, научно-исследовательская работа студентов по ведению пациентов в поликлинике. Формами оценочных средств являются

решение тестовых заданий, разбор конкретных клинических ситуаций, написание учебной медицинской карты амбулаторного больного (ф 025/у-04) и др. Это обеспечивает формирование у студентов компетенций участкового врача-терапевта и врача общей практики, их социальную мобильность и устойчивость на рынке труда.

Выбор гепатопротекторов практикующими врачами при беременности по результатам Всероссийского фармакоэпидемиологического исследования «Эпидемиология лекарственных средств при беременности» (2-ой этап)

Карцева В.С., Чухарева Н.А.

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова, Москва

Необходимость лечения патологии печени при беременности зачастую ставит врачей терапевтических специальностей перед непростым выбором. С одной стороны, беременность сопряжена с физиологическими изменениями, которые находят свое отражение в биохимических показателях крови и могут имитировать патологию, что в свою очередь затрудняет диагностику. С другой стороны, часть докторов недостаточно осведомлена об особенностях течения и лечения некоторых заболеваний во время беременности, а также о состояниях, встречающихся исключительно при беременности и требующих специфических мероприятий. К одним из таких состояний относится внутрипеченочный холестаз беременных (ВХБ), возникающий преимущественно в третьем триместре и ассоциированный с повышенным уровнем эстрогенов. Характеризуется данное заболевание кожным зудом, повышенным уровнем желчных кислот (более 10 ммоль/л) и печеночных трансаминаз в крови у матери. Ранее считалось, что ВХБ имеет потенциальную опасность в основном для плода, вызывая неблагоприятные перинатальные исходы. В последнее время появились публикации об отдаленных исходах и для матери, в частности ВХБ ассоциирован с увеличением риска возникновения гепатобилиарного рака, иммуноопосредованных и кардиоваскулярных заболеваний. При ВХБ была показана эффективность применения урсодиоксиголевой кислоты (УДХК) в нескольких РКИ и подтверждена результатами двух недавно опубликованных мета-анализов. Лечение УДХК приводило не только к достоверному уменьшению кожного зуда и улучшению биохимических показателей у матери, но также к уменьшению частоты преждевременных родов, внутриутробной гипоксии, респираторного дистресс-синдрома и уменьшению потребности в наблюдении в отделении интенсивной терапии и реанимации новорожденных.

Цель работы: проанализировать спектр гепатопротекторов, применяемых у беременных. Материалы и методы: анкетирование врачей (февраль-апрель 2015 г.) в рамках 2-го этапа Всероссийского фармакоэпидемиологического исследования «Эпидемиология лекарственных средств у беременных». Проанализировано 1066 анкет (734 акушеров и 332 терапевтов) из 4-х федеральных округов – Центрального, Приволжского, Уральского и Дальневосточного. Вопрос были задан в закрытом виде, для расширения спектра препаратов в формулировке не было конкретизировано при каком заболевании.

По результатам проведенного исследования было выявлено, что врачи, работающие в стационарах, чаще назначали терапию в целом (91,0%; $p < 0,0001$) в основном за счет в 2–2,5 раза более частого применения S - аденозил-L- метионина (37,0%, $p < 0,0001$) и УДХК (40,2%, $p < 0,0001$). Акушеры чаще, чем терапевты, назначали гепатопротекторы (93,9% и 59,0% соответственно, $p < 0,0001$), а предпочтение отдавали эссенциальным

фосфолипидам (ЭФЛ 68,1% и 31,0% соответственно, $p < 0,0001$) и экстракту листьев артишока (74,7% и 34,9% соответственно, $p < 0,0001$). Что вероятно обусловлено принятой в нашей стране лечебной и профилактической тактикой ведения некоторых акушерских осложнений (ранний токсикоз, плацентарная недостаточность). УДХК напротив, чаще указывали терапевты (24,3% и 33,1% соответственно, $p = 0,0025$). Адеметионин в целом назначает в своей практике 21,8% врачей, а силимарин 2,3%, различия между специалистами не были достоверно значимы.

Выводы: выявлено широкое назначение препаратов ЭФЛ и экстракта артишока, преимущественно акушерами-гинекологами. В настоящее время в отечественной клинической практике накоплен большой опыт применения этих препаратов при различных состояниях, который, тем не менее, требует дальнейшей систематизации, проведения клинических исследований, и определения четких показаний по применению во время беременности. Напротив, выявлена относительно низкая частота назначения препаратов УДХК в клинической практике, входящая в мировые стандарты лечения холестатических болезней печени, в том числе при внутрипеченочном холестазе беременных.

Влияние среднечастотной ударно-волновой терапии на уровень белков острой фазы воспаления при экспериментальном аллергическом артрите

Касимова Г.М., Утемуратов Б.Б., Рахматуллаев Х.У., Шарипова Р.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент

Как было показано ранее, ударные волны, излучаемые аппаратами ударно-волновой терапии, проходят без сопротивления лишь на рубеже костных и хрящевых тканей. В этот момент короткими импульсами им сообщается высокая энергия, разрушающая фиброзные очаги и участки в виде отложения солей. Специальный аппарат-генератор тока вырабатывает электрические импульсы, преобразующиеся в звуковую волну частотой от 1 до 10 Гц. Акустическая волна проходит через ткани и поглощается, достигнув костной структуры. Эта высокоэнергетическая ударно-волновая вибрация, кратковременно воздействующая на очаг заболевания, вызывает уменьшение болевого синдрома, улучшение местного кровообращения, разрыхление участков обызвествления, фиброзных очагов, а впоследствии – их постепенное рассасывание. Механическая энергия ударных волн запускает химические и молекулярные биологические сигнальные каскады.

Цель исследования. Изучение влияния среднечастотной ударно-волновой терапии на уровень белков острой фазы воспаления и состояние хрящевой ткани сустава при экспериментальном аллергическом артрите.

Материал и методы. При экспериментальном аллергическом артрите (ЭАА) у кроликов в количестве 10 штук оценены биохимические (титр ревматоидного фактора, С-реактивного белка) и иммуноферментные параметры (II-1 бета, альфа-ФНО, II-6). У подопытных животных был воспроизведен экспериментальный аллергический артрит по следующей методике: в течение 5 дней сенсибилизировали животных путем ежедневного введения в коленные суставы 0,25 мл нормальной лошадиной сыворотки, затем через 18–20 дней в те же суставы проводили одноразовую реинъекцию лошадиной сыворотки (0,25 мл). Среднеэнергетическую ударно-волновую терапию (СУВТ), проводили на коленный сустав по 5 сеансов с интервалом в один день, при этом диапазон давления колебался от 6 МПа до 20 МПа.

Результаты. Как показали полученные данные, в процессе воздействия аппликатором генерирующим среднеэнергетические сфокусированные ударные волны, отмечается заметное снижение уровня интерлейкинов (IL-1β: ЭАА-55,7±4,91, ЭАА+СУВТ-30,6±3,6 (пг/мл), альфа-ФНО: ЭАА- 44,1±3,8, ЭАА+СУВТ-22,4±1,84 (пг/мл), IL-6: ЭАА-55,7±4,91, ЭАА+СУВТ-30,6±3,6 (пг/мл), что свидетельствует об ускорении метаболических процессов в клетках воспаленного сустава при экспериментальном аллергическом артрите. На снижение уровня воспаления указывает существенное уменьшение концентрации маркера эндогенной интоксикации С-реактивного белка в 2 раза (ЭАА-52,4±5,4, ЭАА+СУВТ-28,4±2,9**мкг/мл). Об улучшении состояния воспаленного сустава свидетельствует и снижение титра ревматофактора в 2 раза (ЭАА-40, ЭАА+СУВТ – 20** МЕ/мл), по отношению к группе животных не получавших среднечастотную ударно-волновую терапию. В пораженном суставе и окружающих мягких тканях отмечается полнокровие сосудов, что способствует улучшению обменных процессов и усиление восстановительных явлений. Отмечается также заживление участков деструкции хряща посредством метаплазии клеток соединительной ткани. Заметно улучшилось состояние окружающих мягких тканей, восстановилась поперечная исчерченность мышечных элементов, хотя все еще сохраняется умеренный отек стромы и дистрофические процессы в самом хряще. Вследствие применения ударных волн химическое окружение клеток изменяется свободными радикалами, которые производят субстанции, затормаживающие боль. Отмечается полнокровие сосудов, что способствует улучшению обменных процессов и усиление восстановительных явлений. Воспроизводство достаточного количества коллагена является необходимым условием в процессе восстановления тканей. Ударно-волновая терапия ускоряет синтез проколлагенов. Новые коллагенные волокна соединяются с продольной структурой. Происходит восстановление клеток хрящевой ткани.

Выводы. Таким образом, под воздействием среднеэнергетических сфокусированных ударных волн в тканях воспаленного сустава усиливается микроциркуляция, возрастает клеточный метаболизм и нормализуется уровень белков острой фазы воспаления. Следовательно, данный диапазон ударно-волновой терапии оказывает благоприятное воздействие при лечении экспериментального аллергического артрита, который выражается в улучшении состояния окружающих мягких тканей. При данной позиции ударно-волновая терапия снижает уровень воспалительного процесса и активизирует процессы клеточного метаболизма, тем самым способствуя частичному улучшению патологического состояния суставов.

Эволюция коморбидных состояний и хроническая склеротическая болезнь

Кац Я.А., Скрипцова С.А.

Саратовский медицинский университет, Саратов

В последние годы все большую социальную значимость приобретают коморбидные состояния, рост распространения которых связан не только с продолжительности жизни, но и с патоморфозом многих хронических воспалительных и не воспалительных заболеваний. Структурно-морфологические и клинические изменения целых групп заболеваний, происходящие под влиянием различных биологических и социальных факторов во многом изменили общую «панораму» болезней. При этом следует признать, что в значительной степени как естественный, так и индуцированный патоморфоз (химическими, физическими факторами, терапевтическими воздействиями и др.) касается в основном тех фаз болезней, когда идет формирование повреждений и первых реакций на них. Дальнейшее же течение заболеваний и их

сочетаний (коморбидности) определяется потенциальной возможностью и степени сохраненной способности к совершенной клинической регенерации, репаративным процессам, темпом и степенью выраженности реакций замещения повреждений соединительной тканью, т.е. формирование . органосклерозов. С другой стороны, если в борьбе с острыми состояниями достигнуты определенные успехи, то проблемы, определяющие хронизацию процессов, развитие склероза (фиброза, цирроза, рубцевание) во многом остаются неизученными. В то же время именно органосклерозы и их прогрессирование определяют нарастание органной недостаточности (почечной, кардиальной, легочной и т.д.), приводящей к неблагоприятному финалу. Признание этого факта, являющегося выражением основной закономерности эволюционного развития хронических заболеваний на конечных этапах, свойственного и объединяющего многие коморбидные состояния, позволило выдвинуть концепцию существования наднозологической формы в виде хронической склеротической болезни (ХСБ). Под «Хронической Склеротической Болезнью» понимается гетерогенная группа состояний и заболеваний, характеризующихся прогрессирующим повреждением органов и тканей, с формированием склероза (фиброза, цирроза, рубца) и вторичным развитием органных и организменных дисфункций. Указанная концепция выдвинута с целью унификации подходов к диагностике и лечению состояний и заболеваний, исходом которых является формирование тканевых и органных склерозов, характеризующихся образованием склеротических изменений (кроме возрастных) вне зависимости от причин, которые их вызвали. Выделение ХСБ определяет возможность стимулировать разработку путей и средств диагностики, целенаправленного воздействия и управления фиброгенезом: торможением или при необходимости его активации.

Кардиогенные факторы и маркеры риска развития внезапной аритмической смерти у сердечно-сосудистых больных

Кириллов В.В.

Центральная клиническая больница с поликлиникой
УД Президента РФ, Москва

Цель: оценить продромальные явления и маркеры риска потенциальной угрозы развития внезапной коронарной смерти (ВКС) больных ИБС на догоспитальном этапе (ДГЭ) за 5 лет. Задачи: повысить прогностическую настороженность врачей первичного звена в выявлении лиц с возможным риском развития ВКС и реализовать возможности ее предупреждения. Методы. В анализе причин скоропостижной смерти врачи СМП использовали данные анамнеза, клиники заболевания и ЭКГ. На ДГЭ наблюдали 266 больных ИБС: 123 случая возникновения ВКС (основная группа) и 143 (группа сравнения) с другими причинами неожиданной смерти, неострого – коронарного генеза. Развитие ВКС связывали с электрической нестабильностью миокарда наступающей мгновенно при острых проявлениях ИБС (23,3%) или в пределах 6-12 часов от начала фатальной стенокардии напряжения (76,7%).

Результаты. В основной группе: мужчин –81 чел., женщин – 42. Факторами кардиогенной угрозы (ФКУ) возникновения ВКС у мужчин являлся возраст 45–69 лет, у женщин 60–79. Максимальная смертность наблюдалась в возрастах 75–79 лет. Нередко, за 2–3 дня до развития ВКС у 55 чел. из 123 (45%) выявлялись продромальные симптомы-предвестники, по поводу которых они обращались к врачам поликлиники. К этим ФКУ мы относили: психоэмоциональный стресс (18 чел. – 32,8%), физическое перенапряжение (14 чел. – 25,5%), боли в грудной клетке (10 чел. – 18,2%),

сердцебиения (8 чел. – 14,5%), головную боль (3 чел. – 5,4%), употребление алкоголя и нарушение сна (по 1 чел. – 3,6%). Среди внезапно умерших лиц преобладали мужчины (в 2 раза чаще, чем женщины). У мужчин чаще отмечалась фибрилляция желудочков (ФЖ – 73%), чем асистолия (АС – 27%), у женщин соотношение было обратным (40% и 60%). Наиболее угрожающими маркерами риска ВКС по ФЖ были желудочковые аритмии (54%) и мерцательная аритмия (10%), по АС – внутрисердечные (12%) и атриовентрикулярные блокады (9%). ФЖ чаще фиксировали в первые 6 час. от начала острого инфаркта миокарда, особенно на фоне ее маркеров. Развитие АС наблюдали при затяжном сердечном приступе (более 6 час.), нередко при явлениях острой коронарной недостаточности, чаще на фоне кардиальной астмы и отека легких.

Выводы. При оказании СМП пациентам ИБС с признаками дестабилизации стенокардии (учащение приступов, отрицательная динамика на ЭКГ, развитие аритмий, сердечной недостаточности) срочно показаны на ДГЭ обезболивание, антиаритмические препараты и экстренная госпитализация в блок интенсивной терапии (кардиореанимации) стационара.

Определение уровня гомоцистеина у пациентов с метаболическим синдромом и неалкогольной жировой болезнью печени

Кичигина О.Н., Голубева Т.И., Трошина И.А.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) является актуальной проблемой современной гепатологии, которая при несвоевременной диагностике и отсутствии лечения может привести к ухудшению качества жизни пациентов и инвалидизации. Одним из важных и малоизученных механизмов развития НАЖБП является гипергомоцистеинемия, которую часто подразделяют на умеренную (15–30 мкмоль/л), среднюю (30–100 мкмоль/л) и тяжелую (более 100 мкмоль/л).

Цель работы: определение уровня гомоцистеина у пациентов с метаболическим синдромом и неалкогольной жировой болезнью печени. Материалы и методы: в исследовании принимали участие 84 человека в возрасте от 18 до 59 лет. В качестве критериев включения использовались критерии метаболического синдрома (МС), принятые ВНОК (2009): центральный абдоминальный тип ожирения – окружность талии более 80 см у женщин и более 94 см у мужчин, артериальная гипертензия (АД $\geq 130/85$ мм.рт.ст.), повышение уровня триглицеридов ($\geq 1,7$ ммоль/л), снижение уровня ХС ЛПВП ($< 1,0$ ммоль/л для мужчин, $< 1,2$ ммоль/л для женщин), гипергликемия натощак (глюкоза плазмы крови натощак $\geq 6,1$ ммоль/л). Количество лиц женского пола составило 47 человек, мужского пола – 37 человек. Группа пациентов с абдоминальным ожирением и НАЖБП – 25 человек, пациенты с МС без нарушения углеводного обмена (НУО) – 34 человека, пациенты с МС и с ранними нарушениями углеводного обмена (РНУО) – 25 человек. Всем пациентам проводилось ультразвуковое исследование печени для верификации НАЖБП. Уровень гомоцистеина в сыворотке крови определялся методом иммуноферментного анализа. Связанный с белком гомоцистеин восстанавливается до свободного и превращается в S-аденозил-L-гомоцистеин ферментативным путем в специальной процедуре, предшествующей иммуноанализу. Фермент специфичен для L-формы гомоцистеина, в которой последний и присутствует в крови.

Результаты. В группе пациентов с абдоминальным ожирением и НАЖБП выявлена умеренная гипергомоцистеинемия у 5 человек исследуемых, которая составила $25,2 \pm 1,2$ мкмоль/л. В группе пациентов с МС без НУО

получены результаты умеренной гипергомоцистеинемии у 9 человек исследуемых ($27,4 \pm 1,4$ мкмоль/л). В группе пациентов с МС и с РНУО отмечается повышение уровня гомоцистеина у 13 человек исследуемых, из них у 8 человек наблюдалась умеренная гипергомоцистеинемия ($29,3 \pm 1,3$ мкмоль/л), у 5 человек – средняя гипергомоцистеинемия ($32 \pm 1,2$ мкмоль/л).

Выводы: у пациентов с МС и НАЖБП определяется повышение уровня гомоцистеина, с ростом содержания в зависимости от степени метаболических нарушений.

Уровень провоспалительных цитокинов у больных с метаболическим синдромом и неалкогольной жировой болезнью печени в зависимости от стадии фиброза

Кичигина О.Н., Голубева Т.И., Трошина И.А., Медведева И.В.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Общая распространенность НАЖБП колеблется от 10 до 40%, тогда как частота НАСГ 2–4%, рост заболеваемости связан с увеличением количества больных с ожирением и метаболическим синдромом, среди которых частота НАЖБП составляет 58–74%, а при морбидном ожирении до 95–100% [Ratzl V, 2010 Мехтиев С. Н. 2008].

Цель работы. Охарактеризовать уровень маркеров системного воспаления и ингибитора активатора плазминогена-1 у больных с метаболическим синдромом и установить взаимосвязь данных параметров с прогрессированием стадий неалкогольной жировой болезни печени. Материалы и методы: обследовано 130 больных с абдоминальным ожирением и метаболическим синдромом в возрасте от 18 до 59 лет, которым проведена эластометрия с оценкой выраженности фиброза в зависимости от сопутствующих метаболических нарушений и анализ концентрации провоспалительных цитокинов. Специальные методы исследования включали оценку концентрации маркеров системного воспаления – С-реактивного белка (СРБ-hs), фактора некроза опухолей- α (TNF- α), интерлейкина-6 (IL-6) и ингибитора активатора плазминогена 1 (PAI-1), данные исследования выполнены методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием реактивов BenderMedSystems.

Результаты: признаки НАЖБП отмечались у 95,4% пациентов с ожирением и метаболическим синдромом, в группах с РНУО и СД 2 типа у 100% больных. У 46,5% регистрировались изменения, свидетельствующие о наличии фиброза. Содержание СРБ-hs у пациентов с АО практически в 3 раза выше ($p < 0,05$) аналогичного параметра практически здоровых лиц. При наличии МС содержание TNF- α и IL-6 превышало не только уровни контрольной группы ($p < 0,05$), но и параметры больных с АО ($p_{1-2} < 0,05$). По мере роста выраженности фиброза печени наблюдается прогрессивный рост концентрации практически по всем маркерам воспаления (за исключением СРБ-hs) и нарастание концентрации ингибитора активатора плазминогена-1. Наличие нарушений углеводного обмена у больных с МС ассоциируется с высоким уровнем маркеров системного воспаления (СРБ, TNF- α , IL-6), и двукратным повышением уровня PAI-1, при этом прогрессирование стадий фиброза печени показывает прямую зависимость с концентрацией данных цитокинов.

Выводы: при наличии нарушений углеводного обмена, а также признаков стеатогепатита у больных МС и НАЖБП необходимо проводить эластометрию для выявления фиброза печени и исследование уровня содержания IL-6, PAI-1, как факторов формирования высокого сердечно-сосудистого риска.

Количественная оценка коморбидности у пациентов с ХОБЛ

Клестер Е.Б., Клестер К.В., Боронина Е.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель. Проведена сравнительная количественная оценка коморбидности и прогностических индексов в оценке риска летального исхода у больных ХОБЛ. Материалы и методы. Проспективное обсервационное исследование (n=518; 389 – муж, ср. возраст 66,2±13,9 лет): степень одышки по mMRC – 2,3±0,9; баллы по CAT – 21,5±9,8; баллы по CCQ – 1,9±0,4; A – у 129 (25%) б-х (GOLD, 2013), B – у 264 (51%), C – у 89 (17%) б-х, D – у 36 (7%), период наблюдения 3,1 года. Определены индексы коморбидности по M. Charlson (CCI; 1987) и индекс COTE, прогностические индексы BODE (ИМТ, ОФВ1, mMRC, 6MWD, eBODE (ИМТ, ОФВ1, mMRC, 6MWD, частота обострений), BODEx (ИМТ, ОФВ1, mMRC, частота обострений) ADO (Возраст, mMRC, ОФВ1), DOSE (mMRC, ОФВ1, статус курения, частота обострений), CODEx (коморбидность, обструкция, диспноэ, и предшествующие тяжелые обострения).

Результаты. Среднее количество сопутствующих заболеваний: A – 4,6±1,6; B – 5,4±1,6; C – 6,2±2,1; D – 5,6±1,2 (all p<.05). CCI в группе A – 3,2±1,1; B – 3,8±0,9; C – 4,6±1,0; D – 3,9±0,8 (all p<.05). Наиболее часто диагностируемые коморбидные состояния: кардиоваскулярные болезни (89%), патология органов пищеварения (67%), мочеполовой системы (53%), дисфункция скелетной мускулатуры (41%), сахарный диабет 2 типа (38%), другие болезни дыхательной системы (27%), анемия (21%) что, по-видимому, объясняется как наличием системных проявлений ХОБЛ (коморбидность), так и возрастными (инволютивными) изменений. За время наблюдения умер 61 (12%) больной. Увеличение индексов CCI и COTE >4 баллов связано с увеличением риска летальности в 2,1 раза (P<0001; hazard ratio [HR], 1.6; 95% CI, 1.3–1.9; P<0001; HR, 1.4; 95% CI, 1.2–1.6). Наиболее значимы в оценке риска индексы BODE (HR: 2.04; 95% CI 1.77 to 2.34) при ROC = 0.70 (95% CI 0.66 to 0.78) и CODEx (HR: 1.5; 95% CI 1.3 to 1.6) при ROC 0.82 (95% CI 0.78 to 0.86, p<0.001).

Выводы. У больных ХОБЛ ассоциированная патология формирует синдром взаимногоотягощения, приводящий к увеличению риска летального исхода при оценке по индексам коморбидности (CCI, COTE), что целесообразно учитывать при анализе прогностических индексов, в том числе при разработке планов лечения.

Инфекционный эндокардит в общетерапевтической практике: современное состояние проблемы

Клестер Е.Б., Клестер К.В., Данилова М.В., Бердюгина А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель работы: изучить частоту встречаемости, клинико-эпидемиологические особенности инфекционного эндокардита на материале общетерапевтического отделения.

Материалы и методы. Обсервационное исследование в общетерапевтических отделениях КГБЗ ГБ №4 и ГБ №8 за период 2012–2014 гг. Инфекционный эндокардит (ИЭ) диагностирован у 99 больных; средний возраст 42 [29–68] года, из них 67 (67,7%) мужчины, у 69 (69,7%) поражение первично. 92 пациента (92,9%) были потребителями инъекционный наркотиков, у 7 (7,1%) – ИЭ протезированного клапана. У 32 (34,8%) человек – полинаркомания, у 42 (45,7%) – дезоморфин и героин, 18 (19,6%) человек – амфетамин. При поступлении диагностирован у 15 чел.: у 6 рецидив, у 8 – повторное инфицирование. ВИЧ-инфекция верифицирована

у 79 (79,8%) (21 жен. и 58 муж) (по Протоколам наблюдения ВИЧ, 2013 и Российской классификации ВИЧ-инфекции, 2006). Стаж наркозависимости от 7 мес до 20 лет. У 83 (83,8%) б-х – вирусные гепатиты (B, C, B+C). У 29 (29,3%) пациентов – туберкулез органов дыхания.

Результаты. У 41 (41,4%) больного ИЭ диагностирован как достоверный по критериям D. T. Durack и соавт., с учетом их модификации по L. M. Baddour, W. R. Wilson, A. S. Bayer (2005), у 58 (58,6%) пациентов – вероятный. Поражение трикуспидального клапана – у 50 (50,5%) больных, митрального клапана – у 27 (27,3%) больных, ТК+МК – у 18 (18,2%) пациентов, ТК+МК+АК – у 4 (4,0%) больных. Вегетации на створках клапанов характеризовались подвижностью, неровными контурами и неоднородной структурой, от 0,6 см в диаметре до 3 см и >. Образование вегетаций сопровождалось недостаточностью клапанов I–III степени и формированием регургитации. При исследовании гемокультуры наиболее часто идентифицируемые патогенны: Staphylococcus aureus (29,3%), Staphylococcus epidermidis (16,2%), Klebsiella spp (9,1%). В 45,5% случаев получены отрицательные результаты гемокультуры. У 73 (73,7%) больных при поступлении по критериями ACC/SCCM (1992) определено наличие септического состояния: сепсис – у 17 (23,4%); с учетом рекомендаций SSC (2012) тяжелый сепсис – у 44 (60,3%), септический шок – у 12 (16,4%). Первично поступили в ОПИТ (в том числе по критериям IDSA/ATS) – 34 (34,3%) б-х. У 88 (88,9%) пациентов диагностировано сочетанное поражение дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Из них у 56 (63,6%) диагностировано поражение легких в виде тяжелой пневмонии по шкале SOFA – 19,8±3,1. По шкале APACHE II – 30,1±7,3 при поступлении в ОПИТ (согласно Рекомендациям по тяжелой внебольничной пневмонии, 2014). У 32 (36,4%) при поступлении диагностирована пневмония нетяжелого течения (<3 баллов по CURB-65; SIRS – 2,3±0,4; Рекомендации по внебольничной пневмонии, 2010). Летальность у пациентов с достоверным ИЭ составила 21,9%, с вероятным – 10,3% (p<0,05).

Вывод. В общетерапевтической клинической практике ИЭ протекает преимущественно на неизменных клапанах; связан с внутривенным введением наркотических веществ; наиболее часто диагностируется поражение правых отделов сердца (трехстворчатого клапана); необходимо отметить преобладание легочных проявлений заболевания над кардиальными.

Ассоциации функции внешнего дыхания и когнитивных нарушений

Ковалькова Н.А., Рагино Ю.И., Шишкин С.В., Воевода М.И.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины, Новосибирск

Цель: изучить связи основных показателей функции внешнего дыхания с когнитивными нарушениями.

Материалы и методы. В работе использованы материалы популяционного одномоментного исследования, полученные в рамках международного проекта HAPIEE в 2002–2005 гг. («Детерминанты сердечно-сосудистых заболеваний в Восточной Европе: когортное исследование», рук. Центра д.м.н., профессор Малютин С.К.). Репрезентативная выборка мужчин и женщин в возрасте 45–69 лет составила 3818 человек. Протокол исследования включал опросники (по сердечно-сосудистым заболеваниям, курению с расчетом индекса курения, ИК, и др.), клинический осмотр, измерение артериального давления (АД), антропометрию с расчетом индекса массы тела (ИМТ) в кг/м², биохимические исследования крови. Всем обследуемым было проведено исследование функции внешнего дыхания, когнитивной функции. Для оценки функции внешнего дыхания были использованы показатели: объема форсированного выдоха за 1-ую

секунду (ОФВ1), отношение ОФВ1 к форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ). Для оценки состояния когнитивной функции использовался тест 10-ти слов по методике А.Р. Лурия, показатели Cog-sum – сумма правильно воспроизведенных слов в 3 попытках и Cog-mean=Cog-sum/3. Статистическая обработка полученных результатов была выполнена с помощью пакета SPSS (V.17,0).

Результаты. Выявлено, что показатель Cog-sum при ОФВ1<80% оказался меньше, чем при ОФВ1≥80% (18,95 и 20,84 соответственно; $p=0,0001$), а при ОФВ1/ФЖЕЛ<70% – меньше, чем при ОФВ1/ФЖЕЛ≥70% (18,57 и 20,68 соответственно; $p=0,0001$). Было выявлено, что у обследованных с ОФВ1/ФЖЕЛ<70% вероятность наличия Cog-sum<20 была выше в 2 раза ($OR=2,280$; 95% CI 1,821-2,855) по сравнению с лицами с ОФВ1/ФЖЕЛ≥70%. У обследованных с ОФВ1<80% вероятность Cog-sum<20 баллов также оказалась выше в 2 раза ($OR=1,995$; 95% CI 1,691-2,354) по сравнению с лицами с ОФВ1≥80%. Определены положительные корреляционные связи Cog-sum, Cog-mean с полом, ОФВ1/ФЖЕЛ, ОФВ1, отрицательные – с возрастом, с САД, ИК. При использовании регрессионного анализа не зарегистрировано достоверных ассоциаций между Cog-sum и ИК, ИМТ, САД. Обнаружена обратная ассоциация Cog-sum с возрастом, прямая – с ОФВ1 и женским полом. Данная модель объяснила 21,6% вариативности Cog-sum у лиц 45–69 лет. При проведении бинарной логистической регрессии значимыми переменными оказались пол, возраст, ОФВ1. Относительный риск Cog-sum<20 был выше в 1,7 раза у мужчин, чем у женщин, в 1,8 раз выше при ОФВ1<80%, чем при ОФВ1≥80% (модель 1), в 1,7 раза выше при ОФВ1/ФЖЕЛ<70%, чем при ОФВ1/ФЖЕЛ≥70% (модель 2), увеличивался с возрастом.

Заключение: таким образом, исследование, проведенное нами на популяционном уровне, позволило выявить значимые ассоциации между функцией внешнего дыхания и когнитивными нарушениями. Полученные нами результаты свидетельствуют в пользу того, что снижение основных показателей функции внешнего дыхания является независимым предиктором когнитивных нарушений.

Этнические аспекты персонализированной медицины

*Колесников С.И., Колесникова Л.И., Даренская М.А.,
Гребенкина Л.А., Баирова Т.А., Мадаева И.М.*

*Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека,
Иркутск*

Персонализированная Медицина (ПМ) — сравнительно новое направление современной медицины, получившее развитие благодаря использованию методов направленного пациентассоциированного лечебно-диагностического воздействия, на основе учета влияний генетических, внешнесредовых и региональных факторов.

Цель ПМ состоит в том, чтобы «найти наиболее соответствующий клинический подход для конкретного больного и в некоторых случаях даже разработать схему лечения пациента в соответствии с его индивидуальными параметрами». Персонализированная медицина потребует внедрения дополнительных высокотехнологичных методов анализа состояния пациента, а значит приведет к удорожанию диагностики. Но в конечном счете персонализированный подход приведет к существенной экономии расходов на медицину: при правильно поставленном диагнозе и тактике лечения соответствующие затраты резко сокращаются, как и смертность от ряда заболеваний. Перспективность этого направления особенно очевидна в отношении к онкологическим, сердечно-сосудистым и неврологическим (в т.ч. нейродегенеративным) заболеваниям. Этническая принадлежность в контексте ПМ может отражать индивидуальные особенности человека, его реактивность, а также рассматриваться как

вариативная компонента в общепринятых стандартах лечения. Особое значение в ПМ отводится выявлению биомаркеров в качестве референсных точек для диагностики и терапии различных патологических состояний.

Целью нашего исследования явилось выявление у представителей коренного этноса Восточной Сибири – бурят, этнических особенностей течения ряда заболеваний с целью разработки персонализированного подхода к их диагностике, профилактике, прогнозу и лечению. Проведено комплексное клиничко-биохимическое обследование представителей коренного этноса Сибири – бурят (как представителей Монголоидной расы) и русских (как представителей Европеоидов), в различных возрастных и гендерных группах. Использованы молекулярно-генетические, спектрофотометрические, спектрофлуориметрические, радиоиммунологические, иммуноферментные, эпидемиологические и статистические методы исследования. В Научном центре проблем здоровья семьи и репродукции человека (г. Иркутск) получены интересные факты относительно распространенности и течения ряда заболеваний у представителей бурятской этнической группы в сравнении с русскими. Установлено, что для бурят характерно благоприятное течение сахарного диабета 1 типа (СД1), эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ), хронической обструктивной болезни легких, сердечно-сосудистых заболеваний, а неблагоприятное – туберкулеза, эндокринного бесплодия, осложненной беременности, глаукомы и костно-суставных заболеваний. Так, выявлено, что заболеваемость и распространенность сахарного диабета 1 типа (СД1) в бурятской этнической группе ниже российских показателей, что в большей степени обусловлено генетической составляющей: частота предрасполагающих к СД1 гаплотипов в группе бурят ниже, частота протективных – существенно выше. Течение заболевания у пациентов с СД1 бурятской национальности характеризуется низкой частотой поздних сосудистых осложнений. Для бурят с СД1 не характерно формирование атерогенной дислипидемии и развитие окислительного стресса по сравнению с пациентами русской национальности. У женщин бурятской национальности в сравнении с русскими чаще встречается маточный фактор бесплодия и реже – синдром поликистозных яичников. Показано, что у русских среди механизмов патогенеза infertility преобладают нарушения гормональной регуляции и окислительный стресс, тогда как у бурят преобладают изменения компенсаторно-приспособительного характера. Выявлена более высокая частота встречаемости инсерции инсерционно-делеционного полиморфизма гена ангиотензинпревращающего фермента в группе подростков бурятской этногруппы по сравнению с русской. Интенсивность процессов липопероксидации у подростков-бурят с ЭАГ значительно ниже, чем у русских.

Можно заключить, что этнические особенности влияют на показатели заболеваемости и течение метаболических процессов при патологии. Полученные результаты учитываются при разработке персонализированных подходов к диагностике, профилактике и лечению ряда патологических состояний. Работа выполнена при поддержке гранта президента РФ «Ведущей научной школы» НШ – 5646. 2014.7.

Опыт применения комбинации урсосан+эубикор в лечении билиарной недостаточности у лиц с ПХЭС на фоне метаболического синдрома

Колпакова Н.В., Шестакова Н.В.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Цель исследования. Изучить эффективность комплексной терапии (урсосан+эубикор) билиарной недостаточности при постхолецистэктомическом синдроме у больных с метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились 279 больных с желчнокаменной болезнью, которым в дальнейшем была проведена лапароскопическая холецистэктомия. В возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст 47,6 лет), с длительностью заболевания от 3 месяцев до 20 лет (в среднем 5,3 лет), из них 244 женщины и 35 мужчин. Все пациенты были разделены на две группы: первая группа – больные ЖКБ на фоне метаболического синдрома (МС) (205 человек – 73,5%), 2-ая группа – больные с ЖКБ без признаков МС (74 человека – 26,5%). Обследование проводилось в соответствии со «Стандартами (протоколами) диагностики и лечения органов пищеварения», утвержденные приказом министерства здравоохранения РФ №125 от 17.04.98. Метаболический синдром диагностирован на основании диагностических критериев принятых Международной диабетической ассоциацией в апреле 2005 г. Внутри каждой группы выделены подгруппы по 20 человек, которым в ранний послеоперационный период (в течение трех месяцев) была назначена комплексная терапия (урсосан, эубикор). Больные принимали урсодезоксихолевую в стандартной дозе 15 мг/кг массы тела однократно перед ужином и эубикор по 2 п. х 3 раза в день. Все больные во время лечения находились на сбалансированной, умеренно гипокалорийной диете, редуцированной по жировому компоненту (значения среднесуточной калорийности 2500 ккал/сут.

Результаты и обсуждение. При изучении параметров липидного спектра плазмы у пациентов, в ранний послеоперационный период без назначения курсового применения препаратов, обращает на себя внимание достоверное ($p<0,05$) увеличение уровня ОХС и ОФЛ в обеих подгруппах, а так же увеличение уровня ХС ЛПНП и снижение уровня желчных кислот в подгруппе без признаков МС, и увеличение ХС ЛПНП в подгруппе с МС, что в свою очередь указывает на развитие билиарной недостаточности в ранний послеоперационный период. Обратило на себя внимание то, что параметры липидов плазмы больных с ЖКБ на фоне МС в большей степени отличаются от аналогичных показателей у лиц без признаков МС. При оценке показателей липидного состава крови у пациентов, не имеющих признаки МС, в ранний послеоперационный период на фоне проводимой терапии обращает на себя внимание достоверно значимое ($p<0,05$) снижение ХС ЛПНП, а также снижение уровня ЖК. Уровень же ЖК по сравнению с группой, не принимающей терапии, оказался достоверно выше уровня в группе, не получающей лечения соответственно. Так же в группе, не получающей терапии, отмечается достоверно значимое ($p<0,05$) более высокий уровень ХС, ХС ЛПНП и ОФЛ, что говорит о более благоприятном течении послеоперационного периода на фоне терапии.

Выводы. Таким образом, резюмируя приведенные выше данные, представляется возможным утверждать, что у больных ЖКБ после проведенной ХЭ, в ранний послеоперационный период курсовое применение «Урсосана» и «Эубикора» на фоне гипокалорийной диеты характеризуется значимым улучшением метаболических показателей, характеризующих липидных и углеводный обмен при наличии признаков МС. Применение данной терапии у больных с признаками ПХЭС и МС в течение 3 месяцев является безопасным и не сопровождается появлением билиарной недостаточности у данного контингента больных.

Результаты лечения инфликсимабом анкилозирующего спондилоартрита

Комаров В.Т., Девина О.В., Никишина А.Ю., Носанова М.Н., Хичина Н.С.

Пензенского государственного университета, Пензенский медицинский институт, Пензенская областная клиническая больница им. Бурденко, Пенза

Введение: терапия периферической и аксиальной формы анкилозирующего спондилоартрита (АСА) является актуальной проблемой в ревматологии.

Применение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) и базисной противовоспалительной терапии метотрексатом и сульфасалазином не всегда позволяет контролировать активность заболевания. Внедрение в клиническую практику генно-инженерной биологической терапии (ГИБТ) позволяет надеяться на успешный исход лечения АСА.

Целью исследования явилась оценка эффекта от инфликсимаба при различных формах АСА.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 20 больных с достоверным АСА (18 мужчин и 2 женщин, средний возраст 29,2 года), лечившихся в отделении ревматологии в 2013–2014 гг., с малой эффективностью предшествующей терапии базисными стандартными препаратами. Из лечившихся пациентов наблюдались периферической формы – 6, аксиальной формы – 14 рентгенологической стадии 2–3, у ½ пациентов отмечена позитивность по HLA-B 27. Доза инфликсимаба составила 5 мг/кг веса. У всех пациентов исходно и перед каждой инфузией инфликсимаба оценивались: индексы BASDAI, BASFI, число воспаленных суставов, СОЭ, СРБ. Улучшение определялось по критериям ASAS. У всех пациентов была высокая активность заболевания по индексам BASDAI (в среднем=7,2) и BASFI (5,5). Эффективность терапии оценивалась по клинко-лабораторным данным, динамике изменения функциональных тестов (Отто, Томаера, Шобера).

Результаты и обсуждение. Терапия инфликсимабом проводилась в течение 2 лет у 20 больных, частичная ремиссия отмечена у 8 больных (40%), улучшение – у 10 больных (50%), малая эффективность – у 2 больных (10%). Уменьшение боли в позвоночнике и в суставах, утренней скованности, увеличение подвижности позвоночника зарегистрировано у всех пациентов после первой инъекции. Через 8 недель значимый клинко-лабораторный эффект инфликсимаба отмечен у 15 пациентов (75%). Наблюдалась достоверная ($p<0,05$) положительная динамика по функциональным тестам (Томаера, Отто, Шобера), снизился индекс BASDAI с 7,2 до 3,8. Отмечено уменьшение ($p<0,05$) уровней СОЭ, СРБ, снизилась потребность в НПВС. Небольшая эффективность от лечения наблюдалась у пациентов с периферической формой анкилозирующего спондилоартрита. Местных и системных нежелательных явлений от инфликсимаба не отмечено.

Выводы. Таким образом, длительная терапия инфликсимабом приводит выраженному улучшению состояния и позволяет добиться частичной ремиссии, причем чаще с аксиальной формой АСА.

Эффективность дистанционного мониторинга пациентов с повышенным уровнем артериального давления: результаты проспективного исследования

Комков Д.С., Бойцов С.А., Топоркова В.В., Горячкин Е.А.

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва

Цель. Оценить эффективность дистанционного мониторинга уровня артериального давления (АД) при: диагностике артериальной гипертензии (АГ); подборе гипотензивной терапии у лиц с установленным диагнозом АГ; контроле достижения и удержания целевых уровней АД у пациентов с установленным диагнозом АГ и подобранной гипотензивной терапией. Материал и методы. С февраля 2015 г. по июль 2015 г. в открытое проспективное неконтролируемое исследование было включено 76 пациентов (из них 30,3% (23 человека) – мужчины), средний возраст которых составил 56,0±10,7 лет, а средняя продолжительность дистанционного мониторинга – 15,7±4,5 дней. При этом 16 человек (21,0%) из них

наблюдались с целью диагностики АГ, 24 человека (31,6%) – с целью подбора гипотензивной терапии при установленном диагнозе АГ, 30 человек (47,4%) – с целью контроля достижения и поддержания целевых уровней АД при установленном диагнозе АГ и подобранной гипотензивной терапии. Результаты. Приверженность программам наблюдения составила в среднем $81 \pm 34,5\%$. В среднем, цель наблюдения была достигнута в 75% случаев, причем в отношении диагностики АГ дистанционный мониторинг оказался эффективен в 87,5% случаев, в отношении подбора терапии – 54,2% случаев, в отношении контроля за достижением и поддержанием целевых уровней АД у пациентов с подобранной терапией – в 83,3% случаев. Среди случаев, в которых поставленная цель достигнута не была, в 61% наблюдений это было связано с отсутствием поступления данных от пациента, которое было связано с техническими проблемами в 91% случаев и с отказом пациента от измерений – в 9% случаев. На момент включения целевые уровни систолического АД (САД) не были достигнуты у 26,3% пациентов, а целевые уровни диастолического АД (ДАД) – у 13,2% пациентов. При анализе результатов наблюдения подгруппы пациентов с изначально нецелевыми уровнями САД отмечалось достоверное снижение среднего уровня САД к моменту окончания наблюдения (с $161,1 \pm 14,2$ мм рт.ст. до $138,6 \pm 14,4$ мм рт.ст.; $p = 0,006$). При анализе подгруппы пациентов с изначально нецелевыми уровнями ДАД также отмечалась тенденция к снижению среднего уровня ДАД к концу периода наблюдения (с $96,4 \pm 14,5$ мм рт.ст. до $93,1 \pm 11,4$ мм рт.ст.), однако это различие оказалось статистически незначимым ($p = 0,37$). Выводы. Дистанционный мониторинг уровня АД показал свою эффективность в отношении как диагностики АГ, так и в отношении контроля достижения и поддержания целевых уровней АД у пациентов с уже установленным диагнозом. Несколько меньшая эффективность такого мониторинга при подборе терапии, вероятнее всего, связана с небольшой средней длительностью программ наблюдения (около двух недель). С другой стороны, продемонстрирована эффективность дистанционного мониторинга АД в отношении снижения средних уровней АД вплоть до целевых значений у пациентов, изначально имевших нецелевые уровни АД.

Эффективность липидкорректирующей терапии с применением аторвастатина у больных ИБС

Корнилов Л.Я., Мишина И.Е., Гудухин А.А., Мазанко О.Е.,
Архипова С.Л., Калинина Н.Ю.

Ивановская государственная медицинская академия,
Городская клиническая больница №3, Иваново

С целью определения динамики липидного спектра крови у больных ИБС на фоне комплексной терапии с использованием аторвастатина проведено обследование 138 пациента (84 женщин и 54 мужчин) в возрасте от 42 до 92 лет (средний возраст составил $69,9 \pm 0,8$ года). Пациенты госпитализировались повторно чаще в связи с развитием острого коронарного синдрома, нарушений сердечного ритма и прогрессированием гипертонической болезни. У всех больных диагностирована ИБС в сочетании с гипертонической болезнью. Пациентам в динамике (перед назначением аторвастатина и при повторной госпитализации) проведено рутинное инструментальное и лабораторное обследование с определением показателей липидного спектра сыворотки крови: общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов низкой и высокой плотности (ЛПНП, ЛПВП), триглицеридов (ТГ). Суточная доза препарата составила от 10 до 40 мг, длительность амбулаторного применения препарата – от 2 месяцев до 4 лет. В ходе исследования все больные были распределены на 2 группы, сопоставимые по основным показателям (пол, возраст, основная и сопутствующая патология). 1 группу (83 чел. – 60,14%) составили пациенты, у которых в динамике на фоне

терапии отмечалось снижение уровня ЛПНП. 2 группа (55 чел. – 39,86%) представлена больными, липидный спектр которых не имел положительных изменений. Поводом для повторной госпитализации пациентов 1 группы наиболее часто являлся ОКС (48,2%), несколько реже (22,9%) – нарушения ритма сердца, артериальная гипертензия (14,5%). Большинство пациентов (46,9%) перенесли острый инфаркт миокарда (ОИМ), 16,9% – ОНМК; 18,1% страдали сахарным диабетом, 36,1% – дисциркуляторной энцефалопатией. У 81,9% больных диагностирована ХСН 2-4 ФК, 86,7% имели избыточную массу тела. Причиной госпитализации пациентов 2 группы (55 чел. – 39,86%) также наиболее часто (47,3%) был ОКС, значительно реже (18,2%) – артериальная гипертензия, нарушение ритма сердца (16,4%) и прогрессирование ХСН (12,7%). Большинство больных перенесли ОИМ (63,6%), 10,9% – ОНМК; 30,9% страдали сахарным диабетом, 43,6% – дисциркуляторной энцефалопатией. ХСН 2-4 ФК диагностирована у 89,1% больных, повышение индекса массы тела выявлено у 89,1% лиц. Лабораторное обследование 1 группы больных на фоне терапии с применением аторвастатина позволило выявить достоверное ($p < 0,05$) снижение содержания холестерина на $0,90$ ммоль/л, ЛПНП на $0,97$ ммоль/л, индекса атерогенности на $0,88$. Отмечено достоверное повышение уровня ЛПВП на $0,05$ ммоль/л. Большинство больных в данной группе принимали аторвастатин. Лабораторное обследование 2 группы больных свидетельствовало о тенденции к повышению на фоне амбулаторной терапии содержания ОХ и ЛПНП. Среди больных 1 группы, принимавших аторвастатин в дозе 10 мг/сут, уровень ЛПНП снизился на $0,72$ ммоль/л, в дозе 20 мг/сут – на $0,83$ ммоль/л, а в группе пациентов, принимавших препарат в дозе 40 мг/сут, снижение ЛПНП оказалось более значительным и составило $1,38$ ммоль/л ($p < 0,05$). Последующий анализ показал, что среди пациентов 1 группы только у 16 (19,27%) были достигнуты целевые значения уровня ЛПНП. В большинстве случаев (82,73%) снижение уровня ЛПНП не превышало 50% от исходного ($p < 0,05$). В данной группе больных наиболее часто (19,40%) имела место гипергликемия. Более четверти больных этой группы (18 ч. – 26,9%) принимали аторвастатин в суточной дозе 10 мг. При этом ни в одном случае целевых значений ЛПНП достигнуто не было. Анализ зависимости липидкорректирующего эффекта аторвастатина от длительности приема препарата показал, что наилучший эффект терапии проявляется в первые 6 месяцев лечения, что, по-видимому, зависит от приверженности пациентов к рекомендуемой схеме терапии. Таким образом, у большинства больных ИБС (60,14%) на фоне комплексной терапии с применением аторвастатина наблюдалась положительная динамика показателей липидного спектра крови и снижение индекса атерогенности. Вместе с тем амбулаторное применение препарата позволило достичь целевых значений ЛПНП только у 19,27% больных, в целом снизить уровень холестерина лишь на 15,93%, а содержание ЛПНП – на 25,33%. Наилучший эффект наблюдался в группе пациентов, принимавших препарат в суточной дозе 40 мг. Полученные результаты, по-видимому, можно объяснить назначением недостаточной дозировки аторвастатина, отсутствием титрования дозы препарата, несоблюдением больными рекомендаций лечащего врача, а также недостаточным контролем уровня гликемии.

Практика применения критериев Сиэтла при выявлении жизнеугрожающих состояний у молодых спортсменов

Королёва Л.Ю., Ермаков Д.И.

Орловский государственный университет, медицинский институт, Орёл

В статье приводятся результаты многомерного статистического анализа электрокардиографических параметров у молодых спортсменов Орловской

области с целью выявления жизнеугрожающих состояний в соответствии с критериями Вашингтонского университета (Сиэтл). Ключевые слова: ЭКГ, спорт, внезапная смерть.

Актуальность. Внезапная смерть в спорте составляет от 0,46 до 2,6 случаев в год на 100 тысяч человек, вовлеченных в активный спорт, что примерно в 2 раза выше по сравнению с общей популяцией. Ведущими причинами ВСС являются различные нарушения сердечно-сосудистой системы, многие из которых заранее дают о себе знать необычными элементами, присутствующими на электрокардиограммах (ЭКГ). С 2008 года в спортивной медицине широко применяются критерии Вашингтонского университета (Сиэтл), согласно которым нормальными, зависящими от тренировочного процесса и не требующими какого-либо ограничения физических нагрузок изменениями в рисунке кардиограммы являются: высокая амплитуда комплекса QRS, схожая с симптомом гипертрофии левого желудочка; ранняя реполяризация; синусовая брадикардия; синусовая аритмия; атриовентрикулярная блокада первой степени. Также выделяются жизнеугрожающие, свидетельствующие о возможном риске развития ВСС изменения, относятся: инверсия зубца Т; депрессия интервала ST; патологические зубцы Q; отклонение электрической оси сердца влево; задержки проводимости. Особого внимания заслуживают и сдвиги, характерные для первичных электрических расстройств, такие как синдром удлиненного или укороченного интервала QT и синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта.

Цель данного исследования – выявление жизнеугрожающих состояний у молодых спортсменов, проходивших обследование в БУЗ Орловской области «Орловский областной врачебно-физкультурный диспансер» в 2012–2014 гг., путем проведения многомерного статистического анализа электрокардиографических параметров.

Материалы и методы. Были исследованы 268 спортсменов в возрасте от 14 до 18 лет, занимающихся различными видами спорта и проходивших обследование в ООФВД в течение 2012–2014 гг. Выбор амбулаторных карт из архива ООФВД производилась случайным образом. В процессе анализа производилась оценка следующих параметров электрокардиограмм: частота сердечных сокращений, ритм, комплекс QRS, длительность интервала QT и QTc, амплитуда и вид зубца Т, изменения сегмента ST.

Результаты и обсуждение. По итогам проведенного многомерного статистического анализа электрокардиографических параметров выявлен ряд изменений, приведенных ниже. Синусовая аритмия регистрировалась у 123 человек (45,89%), синусовая тахикардия – у 17 (6,34%), синусовая брадикардия – у 34 (12,68%), экстрасистолия – у 8 (2,98%). Из разновидностей нарушений проводимости были выявлены блокады левой и правой ножек пучка Гиса, с преобладанием последней, у 61 пациента (22,76%). Миграция водителя ритма отмечалась у 11 человек (4,1%), нарушения процессов реполяризации определялись у 14 человек (5,22%) из общего числа обследованных. Однако, согласно критериям Вашингтонского университета (Сиэтл) с учетом уточнений от 2012 года, все перечисленные изменения относятся к группе нормальных, зависящих от тренировочного процесса, объясняемых тривиальными физиологическими причинами, и не требуют какого-либо ограничения физических нагрузок. Из изменений ЭКГ, указывающих на возможное повышение риска внезапной смерти, согласно критериям Сиэтла, нами были выявлены инверсия зубца Т у 1 пациента (0,37%), удлинение интервала QT – у 5 (1,86%), укорочение интервала QT – у 20 (7,46%) из общего числа обследованных пациентов. Данные изменения электрокардиографических параметров относятся к перену anomalies, каждая из которых, вне зависимости от уровня тренированности пациента, указывает на необходимость дальнейших диагностических процедур. Такие пациенты подлежат усиленному

врачебному контролю с возможным ограничением физических нагрузок.

Выводы. Среди молодых спортсменов, проходивших обследование в БУЗ Орловской области «Орловский областной врачебно-физкультурный диспансер» в 2012–2014 гг., в 9,69% случаев имели место ЭКГ-находки, которые, в соответствии с критериями Вашингтонского университета (Сиэтл), указывают на возможный риск развития ВСС у молодых спортсменов. Полученные результаты говорят о необходимости повышенного внимания к данным электрокардиографического исследования у молодых спортсменов с целью своевременного обнаружения патологических состояний.

Сахарный диабет 2 типа как фактор риска развития ХОБЛ

Королик О.Д., Морозова Т.А., Некрасова С.П., Хортыева С.С.

Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград

Цель: определить наличие ассоциации заболеваний хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы: обследовано 59 пациентов пульмонологического отделения с диагнозом ХОБЛ, в соответствии с критериями GOLD (ЖЕЛ>80%, ОФВ1/ФЖЕЛ<70% от должного), из них 20 мужчин и 39 женщин в возрасте от 53 до 85 лет. Для оценки частоты ассоциации ХОБЛ с СД, были использованы следующие маркеры: исследование функции внешнего дыхания (спирометрия); рентгенография органов грудной клетки; клинические признаки (анамнез, жалобы, объективные данные); индекс массы тела (ИМТ) – масса тела в кг/рост в м²; наличие СД или нарушенной толерантности к глюкозе (НТГ) в анамнезе.

Результаты: 28 человек имели в анамнезе СД 2 типа, 9 человек – НТГ. ИМТ>25 кг/м² (25–40,1) – у 32 пациентов, ИМТ<25 кг/м² (18,6–25) – 6 человек. По результатам спирометрии у данной группы больных выявлен, преимущественно, обструктивный тип бронхиальной проходимости – 33 пациента (ЖЕЛ>80%, ОФВ1/ФЖЕЛ<70 % от должного); 5 человек – смешанный тип (ЖЕЛ<80%, ОФВ1/ФЖЕЛ<70 %). Клинически, у 33 пациентов преобладал кашель с отделяемой мокротой на протяжении трех месяцев за последние 2 года (GOLD 2-3). Преобладание одышки (по mMRC степень 2) – 2 человека. Трех пациентов беспокоил как кашель, так и одышка в равной степени. По цвету кожи: диффузный цианоз – 32 человека, розово-серый оттенок кожи – 2 человека, обычный цвет кожи – 4 человека. У всех пациентов в анамнезе отмечалась связь с курением и воздействием аэрополлютантов (промышленных и бытовых). Средний стаж СД 14,5 лет (11–18 лет), ХОБЛ – 10,5 лет (9–12 лет). По данным рентгенологической картины: большинство пациентов имели признаки диффузного пневмосклероза (34 человека, GOLD 2 - 3), признаки эмфизематозных изменений отмечались у 2 пациентов, и у 2 человек была смешанная рентгенологическая картина легких.

Выводы. Учитывая наличие у больных с достоверной ХОБЛ в 64,4% случаев СД и НТГ, трудно исключить ассоциацию ХОБЛ с СД. ХОБЛ, в частности, бронхитический тип, возможно рассматривать как фактор риска развития нарушения углеводного обмена, у пациентов различного возраста, страдающих и не страдающих ожирением. Учитывая, зачастую, бессимптомное течение ХОБЛ на протяжении многих лет, целесообразно проведение спирометрии у больных СД 2 типа, для ранней диагностики ХОБЛ.

Анализ вариабельности ритма сердца в зависимости от выявления кардиоваскулярной патологии

Корягина Н.А., Петрищева А.В., Василец Л.М., Туев А.В., Щекотов А.В.

Пермская государственная медицинская академия им. акад. им. Е.А.Вагнера, Пермь

В последнее время изучение вариабельности ритма сердца (ВРС) особенно у лиц трудоспособного возраста вызывает интерес с целью ранней диагностики, коррекции и оценки прогноза.

Цель: изучить изменение ВРС у лиц без сердечно-сосудистого заболевания (ССЗ), с впервые установленным и имеющим стаж данной патологии. Материал и методы: проведено длительное мониторирование ЭКГ с помощью системы Astrocord® у лиц 40–60-летнего возраста. 1 группа – 50 человек без ССЗ в анамнезе, 2-я группа с впервые установленным ССЗ – 83, 3-я группа – 129 человек, госпитализированных в кардиологический стационар. Все группы были сопоставимы по полу и возрасту. Проводилась оценка временных показателей ВРС (SDNN, PNN50, RMSSD).

Результаты: наибольшие изменения показателя, характеризующего общую вариабельность ритма, SDNN выявлены в 2 группе респондентов с впервые установленным диагнозом ССЗ – 93,13±25,02 мс, значимо отличающиеся от 1 и 3 группы: 144,90±44,95 мс и 135,27±39,88 мс ($p<0,05$). Показатели, отвечающие за влияние парасимпатического компонента, находились в пределах общепризнанных норм во всех трех группах. Но имелись достоверные различия между 1 и 2 группами: RMSSD 58,87±15,74 мс и 38,06±15,0 мс, $p<0,0001$; PNN50 40,21±16,32% и 18,89±12,67%, $p<0,0001$, свидетельствующие о снижении вагусного влияния. Промежуточные значения данных показателей продемонстрировала 3 группа респондентов, которым проводится медикаментозная коррекция ССЗ.

Выводы: 1. Выявленные изменения временных показателей вариабельности ритма сердца подтверждают высокую распространенность ригидности сердечного ритма при кардиальной патологии. 2. Раннее начало изменений ВРС требует более широкого использования длительного мониторирования ЭКГ у лиц трудоспособного возраста. 3. Медикаментозная коррекция ССЗ сопровождается улучшением показателей вариабельности ритма.

Концентрация лептина у больных сахарным диабетом 2 типа и подагрой

Косарева О.В., Цанова И.А., Вербовой А.Ф.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Цель. Оценить взаимосвязь лептина и гормонально-метаболических показателей у больных сахарным диабетом 2 типа и подагрой.

Материалы и методы. Обследовано 64 мужчины в возрасте от 41 до 70 лет, которые были разделены на 3 группы. Первую группу составили 18 пациентов, у которых был сахарный диабет (СД) 2 типа, средний возраст – 57,83±1,67 лет. Во вторую группу вошли 25 мужчин с подагрой, средний возраст составил 59,52±1,27 лет. Третья группа включала 21 пациента с сочетанием СД 2 типа и подагры, средний возраст которых был 57,57±1,44 лет. Контролем служили результаты обследования 40 практически здоровых мужчин. В первую младшую контрольную группу вошли 20 мужчин со средним возрастом 21,03±0,15 год. Вторую старшую контрольную группу составили 20 человек, средний возраст которых 51,31±1,34 год. У всех обследованных измерялись

антропометрические показатели с дальнейшим расчетом индекса массы тела (ИМТ) по формуле $ИМТ = (\text{вес (кг)})/(\text{рост (м)}^2)$ и отношения окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ). Определение гликемии в плазме венозной крови проводилось глюкозоокислительным методом на биохимическом анализаторе «Erba XL-200» компании Erba Lachema (Чехия). Уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ) исследовался методом иммуноферментного анализа на аппарате «Architect i1000SR» (Abbot, Германия). Инсулинорезистентность оценивалась по показателю НОМА-IR ($(ИРИ \times \text{гликемия натощак}) / 22,5$). Показатели липидного спектра крови (общий холестерин, холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицериды, холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП)), а также уровень мочевой кислоты определялись спектрофотометрическим методом на биохимическом анализаторе «Screen Master Plus» (Hospitex diagnostic, Швейцария). Уровень лептина в сыворотке крови исследовался методом иммуноферментного анализа на аппарате «Expert Plus» (Asys, Австрия).

Результаты: ИМТ в группах пациентов с СД 2 типа (32,11±0,88 кг/м²), подагрой (32,31±0,88 кг/м²) и их сочетанием (33,35±1,04 кг/м²) соответствует I степени ожирения. Во всех трех группах обследованных ОТ была более 94 см, а отношение ОТ/ОБ больше 0,95, что позволило диагностировать у них висцеральный тип ожирения. Концентрация триглицеридов была достоверно повышена во всех трех группах относительно обеих контрольных групп ($p<0,05$), а общего холестерина – только по сравнению с группой контроля младшего возраста ($p<0,05$). Эти изменения сопровождались повышением коэффициента атерогенности ($p>0,05$). У больных с сахарным диабетом 2 типа и его сочетанием с подагрой уровень гликемии значимо повышен относительно обеих контрольных групп, а у пациентов с подагрой – только по сравнению с младшим контролем, но при этом не выходит за пределы нормального диапазона. Повышение концентрации глюкозы происходило на фоне инсулинорезистентности у пациентов всех трех групп, которая сопровождалась компенсаторной гиперинсулинемией. Уровень мочевой кислоты был значимо повышен во всех группах больных только по сравнению с группой контроля младшего возраста. Во всех трех группах обследованных обнаружено достоверное повышение концентрации лептина относительно обеих контрольных групп ($p<0,05$). У пациентов с сочетанием СД 2 типа и подагры выявлена положительная корреляция между уровнем лептина и концентрацией холестерина ЛПНП ($r=0,509$; $p=0,018$). В группе пациентов с СД 2 типа выявлена отрицательная корреляция уровня лептина с содержанием мочевой кислоты ($r=-0,737$; $p=0,000$).

Выводы: у мужчин с сахарным диабетом 2 типа, подагрой и сочетанием этих заболеваний выявлено повышение уровня лептина на фоне инсулинорезистентности и атерогенной дислипидемии.

Роль изменения уровня цинка у пациентов с гипертонической болезнью

Котова Ю.А., Зуйкова А.А., Пашков А.Н., Красноруцкая О.Н.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко, Воронеж

Цинк является одним из одних жизненно важных микроэлементов. Он необходим для нормального метаболизма, входит в состав нескольких сотен металлоферментов. Ионы цинка входят в состав значимого фермента антиокислительной системы – супероксиддисмутазы (СОД). Сниженная активность антиокислительной системы, обуславливающая развитие хронического оксидативного стресса, а также стабилизации клеточных мембран, играет важную роль в обеспечении целостности эндотелия, а следовательно – патогенезе артериальной гипертензии.

Цель: оценить значения изменения уровня цинка у пациентов с гипертонической болезнью, а также его взаимосвязь с активностью СОД. Задачами исследования явилось: определить уровень цинка у здоровых и пациентов с гипертонической болезнью, определить активность СОД у здоровых и пациентов с гипертонической болезнью, оценить взаимосвязь между уровнем цинка и антиоксидантной активностью сыворотки крови. Материалы и методы. В исследовании приняли участие 30 клинически здоровых лиц и 60 пациентов с гипертонической болезнью (ГБ). Всем обследуемым проводили стандартной клинико-диагностическое обследование. Для оценки уровня цинка использовался вариант дитизонного метода: к 600 мкл сыворотки крови добавляли 40 мкл 10% NaOH и 20 мкл раствора 1% раствора дитизона в четыреххлористом углероде. В отрицательном контроле вместо сыворотки добавляли 600 мкл дистиллированной воды, в положительном контроле – 600 мкл раствора сульфата цинка. Пробы фотометрировали на приборе SPEKOL 210 при 566 нм. Расчет концентрации катионов цинка в пробе проводили по формуле: $CZn = 0,0001 M \cdot OP566 \text{ Пробы} / OP566 \text{ Стандарта}$ Активность СОД определяли следующим способом: к 2,7 мл буфера добавляли 70 мкл люминола, 70 мкл метионина, 80 мкл рибофлавина 3 мкл сыворотки крови. В контроле вместо сыворотки крови добавляли 3 мкл дистиллированной воды. Оптическую плотность определяли на приборе Spekol Carl Zeiss Ena с хемилюминисцентной приставкой. Расчет производился по формуле: % гашения = $100 - \text{опыт} \cdot 100 / \text{контроль}$.

Результаты: данные сравнительного анализа уровня АД и ЧСС в исследуемых группах лиц следующие: у здоровых ЧСС=67,65 ± 1,34/мин., САД=123,36 ± 2,32 мм.рт.ст., ДАД=69,56 ± 1,56 мм.рт.ст.; у пациентов с ГБ – ЧСС=88,46 ± 1,21/мин., САД=161,04 ± 1,56 мм.рт.ст., ДАД = 92,32 ± 0,93 мм.рт.ст.. По всем показателям были выявлены достоверные различия ($p < 0,05$). При оценке уровня цинка были определены следующие показатели: у здоровых он составил 21,9 ± 2,34 мкмоль/л ($p < 0,05$), у пациентов с ГБ – 9,54 ± 1,81 мкмоль/л ($p < 0,05$). Активность СОД у здоровых составлял 50,7 ± 8,2% ($p < 0,05$), у пациентов с ГБ 46,6 ± 5,12% ($p < 0,05$). При анализе корреляционных связей выявлена отрицательная связь между уровнем САД и уровнем цинка ($r = -0,87$, $p < 0,05$), уровнем ДАД и уровнем цинка ($r = -0,76$, $p < 0,05$), а также положительная связь между активностью СОД и уровнем цинка ($r = 0,85$, $p < 0,05$).

Выводы: 1. У пациентов с ГБ достоверно ниже уровень цинка и активность СОД по сравнению со здоровыми. 2. Отрицательная корреляция между уровнем цинка и уровнем АД, возможно, говорит о тяжести повреждения эндотелия. 3. Отрицательная корреляция между уровнем цинка и активностью СОД говорит о снижении антиоксидантной защите, что также может привести к повреждению эндотелия.

Оптимизация антигипертензивной терапии применением фиксированной комбинации эналаприла с нитрендипином (препарат «Энанорм»)

Крючкова О.Н., Лутай Ю.А., Турна Э.Ю.

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь

По современным данным, распространенность АГ составляет 30–45% среди взрослого населения. В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что монотерапия эффективна только у части пациентов с АГ. Клиническая практика и результаты международных исследований дают веские аргументы в пользу комбинации антагонистов кальция и

ингибиторов АПФ. Наиболее важными в этом плане стали данные таких исследований, как ASCOT, EUROPA, ACTION и ACCOMPLISH.

Цель: оценка эффективности и переносимости фиксированной комбинации эналаприл/нитрендипин в лечении больных с артериальной гипертензией. Материалы и методы. В исследовании были включены 49 пациентов с артериальной гипертензией (36 мужчин и 13 женщин) от 40 до 62 лет, средний возраст составил 52,5 ± 4,2 года. АГ I степени имели 18 (37%) больных, АГ II степени — 31 (63%) больных. Длительность АГ составила 6,8 ± 2,5 года. В исследование были включены пациенты, не достигающие адекватного контроля АГ с помощью монотерапии или любой комбинации, отличной от эналаприла + нитрендипина. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с анализом средних значений САД, ДАД и среднего АД (СрАД) за сутки, в дневное (САДд, ДАДд, СрАДд) и ночное (САДн, ДАДн, СрАДн) время, скорость утреннего подъема (СУП), а также вариабельность (ВАР) САД и ДАД и ВАР пульсового АД (ВАР PsАДд, ВАР PsАДн). Фиксированная комбинация эналаприл/нитрендипин 10/20 мг (Энеас, Takeda) использовалась однократно в течение суток на протяжении 3 месяцев. Кроме антигипертензивной терапии все пациенты с АГ получали антиагрегантную и гиполипидемическую терапию по необходимости. Критериями эффективности были достижение целевых цифр АД <140/90 или <140/85 мм рт.ст для пациентов с сахарным диабетом. Данные обработаны с помощью статистической программы Statistica 99 (StatSoft, США). Статистическая обработка результатов исследования проводилась по методу Стьюдента.

Результаты и обсуждение. У 85% пациентов на фоне применения антигипертензивной терапии через 12 недель было достигнуто «целевое» АД. К концу 1-й недели АД снизилось до уровня менее чем 140/90 мм рт. ст. у 21 (42%) больных, 4-й недели — у 26 (53%) пациентов, к концу 12-й недели — у 42 (85%) пациентов. До лечения среднесуточные САД и ДАД составили (138,21 ± 1,9 мм рт. ст.) и (83,41 ± 2,05 мм рт. ст.), через 12 недель на фоне лечения эти показатели статистически достоверно ($p < 0,001$) снижались и составили (120,19 ± 1,27 мм рт. ст.) и (72,15 ± 1,2 мм рт. ст.) соответственно. Также была установлена эффективность препарата в снижении скорости утреннего подъема САД и ДАД. СУП САД до лечения составила (26 ± 4,25 мм рт. ст./ч), на фоне терапии — (14,8 ± 3,02 мм рт. ст./ч., $p < 0,01$); аналогично СУП ДАД снизилась с (22,7 ± 2,48 мм рт. ст./ч) до (10 ± 1,64 мм рт. ст., $p < 0,01$). ВАР САД за сутки на фоне терапии составила (11,40 ± 0,52 мм рт. ст.), что на 5 единиц ниже показателя до лечения — (16,37 ± 0,71 мм рт. ст., $p < 0,001$). В дневное время отмечалось также достоверное ($p < 0,001$) снижение ВАР САД: до лечения — (17 ± 1,21 мм рт. ст.), на фоне терапии — (12,32 ± 0,57 мм рт. ст.). В целом за сутки ВАР ДАД снижалась на фоне терапии на 4 единицы: до лечения ВАР ДАД составила — (14,42 ± 0,83 мм рт. ст.), через 3 месяца терапии — (10,84 ± 0,52 мм рт. ст., $p = 0,002$). Также отмечалось статистически значимое ($p < 0,05$) снижение изменчивости параметров PsАД на фоне терапии. За сутки вариабельность PsАД до лечения составила (10,82 ± 0,62 мм рт. ст.), на фоне терапии — (8,3 ± 0,49 мм рт. ст., $p = 0,021$).

Выводы. Учитывая доказанный антигипертензивный потенциал, профиль безопасности можно сделать вывод, что прием 1 таблетки препарата энанорм (10 мг эналаприла и 20 мг нитрендипина) в сутки имеет очень высокий показатель соотношения риск/польза при лечении пациентов с АГ. На фоне использования данной фиксированной комбинации у больных артериальной гипертензией I–II степени на протяжении 12 недель отмечалось достижение целевых уровней АД в 85% случаев. По данным СМАД, изучаемая комбинация антигипертензивных препаратов способствовала достоверному снижению средних показателей АД в дневное и ночное время суток, вариабельности и скорости утреннего подъема АД.

Долгосрочная динамика артериального давления у больных с артериальной гипертензией первой степени

Кубышкин В.Ф., Мангилева Т.А., Гафарова Н.Х.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского, Симферополь

Цель работы – исследовать динамику артериального давления (АД) у больных с артериальной гипертензией (АГ) первой степени при длительном наблюдении в амбулаторных условиях и выявить факторы, влияющие на нее.

Задачи работы – изучить долговременную приверженность пациентов к медикаментозному лечению и изменениям стиля жизни, определить ее предикторы; сопоставить выраженность гипотензивного эффекта при наличии и отсутствии фармакотерапии; оценить эффективность длительной антигипертензивной терапии при разном уровне сердечно-сосудистого риска.

Материалы и методы. 66 больным с АГ первой степени дважды с интервалом 71,3±1,5 месяца было проведено офисное измерение артериального давления, его суточное мониторирование и измерение массы тела. Кроме того, при первичном обследовании определяли уровень глюкозы, инсулина, холестерина, триглицеридов, креатинина, мочево́й кислоты, содержание сосудистого эндотелиального фактора роста (СЭФР) и инсулина в плазме проводили электрокардиографию, велоэргометрию, ультразвуковое исследование сердца и сонных артерий. Исходно все пациенты с АГ были подробно проинструктированы относительно способов коррекции образа жизни для снижения АД, каждому индивидуально назначены гипотензивные препараты. Приверженность больных к медикаментозному и не медикаментозному лечению за истекший период определялась при повторном визите по результатам опроса.

Полученные результаты. У больных с АГ первой степени с течением времени отмечалось снижение как офисного (со 149,2±2,0/93,5±1,2 мм рт.ст. до 141,3±1,5/88,5±1,0 мм рт.ст., $p<0,001$), так и среднесуточного (со 146,3±2,5/89,8±1,8 мм рт.ст. до 132,5±2,6/80,8±1,6 мм рт.ст., $p<0,001$) АД. При этом 20% обследованных (все мужчины, средний возраст 44,8±2,4 года) не принимали медикаменты для снижения АД, 41% больных использовал фармакотерапию эпизодически, 39% пациентов сообщили о регулярном приеме гипотензивных препаратов. При повторном обследовании средний уровень офисного (144,0±2,4/88,3±1,6 мм рт.ст. против 139,5±1,7/88,6±1,2 мм рт.ст., $p>0,05$) и среднесуточного (130,2±1,9/77,5±1,6 мм рт.ст. против 130,2±2,8/80,9±2,5 мм рт.ст.) АД не отличался у больных, приверженных медикаментозной терапии и пренебрегших ей. Наиболее существенное снижение офисного артериального давления ($p<0,01$) с течением времени отмечалось у пациентов с высоким риском (53% постоянно принимали медикаменты), тогда как у больных с очень высоким риском (47% регулярно принимали антигипертензивные препараты) снижение артериального давления отсутствовало. Реже других использовали фармакотерапию пациенты со средним сердечно-сосудистым (16%, $p<0,05$) риском. Во всех подгруппах величина АД как исходно, так и при повторном визите не отличалась у больных, постоянно принимавших медикаменты и остальных пациентов. Наиболее выраженного снижения АД достигли пациенты, сочетавшие регулярный прием медикаментов и снижение массы тела ($p<0,05$). В целом по группе отсутствовала долгосрочная динамика индекса массы тела: его снижение наблюдалось в 39% случаев, повышение – у 44% больных. При повторном осмотре меньший индекс массы тела (29,1±1,1 кг/м² против 32,1±0,7 кг/м², $p<0,05$) был зарегистрирован у пациентов, увеличивших аэробные физические нагрузки. У больных, которые в дальнейшем смогли похудеть, концентрация глюкозы ($p<0,01$) и СЭФР

($p<0,05$) была выше, чем у обследованных, которым похудеть не удалось, причем наблюдалась прямая корреляция между исходным уровнем СЭФР и количеством потерянных килограммов ($r = 0,41$, $p<0,05$).

Выводы. В реальных условиях у большинства больных с АГ первой степени, знающих о наличии заболевания и способах его контроля, с течением времени отмечается снижение или стабилизация АД. Хуже всего поддается контролю артериальное давление у пациентов с очень высоким дополнительным сердечно-сосудистым риском. Регулярный прием гипотензивных препаратов и уменьшение массы тела положительно влияют на величину АД. Снижению массы тела способствуют рост физических нагрузок и более высокое содержание глюкозы и СЭФР в крови.

Дисфункциональные расстройства билиарного тракта и билиарный сладж. Современный взгляд на проблему диагностики и профилактики холелитиаза

Куделькина Н.А., Елисеев А.В.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины, Дорожная клиническая больница, Новосибирск

Цель работы. Изучить распространенность дисфункциональных расстройств билиарного тракта и билиарного сладжа (предкаменной стадии ЖКБ) среди железнодорожников Западной Сибири в возрасте 20–65 лет, работающих в условиях высокого профессионального риска и их ассоциацию с холелитиазом.

Материалы и методы. Одномоментное выборочное эпидемиологическое исследование 7752 железнодорожников Западно-Сибирской железной дороги (ЗСЖД), мужчин и женщин, в возрасте 20–65 лет. Мужчины составляли 49%, женщины – 51%. Средний возраст 41,5 лет. Отклик 86%. I этап – стандартный опрос «Автоинтервьюирование», антропометрия, стандартное измерение АД (ВОЗ, 1999). II этап: трансабдоминальная ультрасонография (ТУС), многомоментная фракционная ультрасонография (ФУЗИ) с желчегонным завтраком, ФГДС, иммуноферментный анализ на описторхоз; липиды и сахар крови, АлАТ, АсАТ, ЩФ, билирубин крови, ГГТП; ЭКГ в 12-ти стандартных отведениях.

Результаты. Среди респондентов дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) диагностирована в 43% случаев (3334 чел.). У 19,8% она была первичной («чистой») и в 23,2% случаев – вторичной. Впервые ДЖВП выявлена в 60% случаев. Первичная ДЖВП в 2,5 раза чаще встречалась у женщин – 14,2% (у мужчин – 5,6%), вторичная – у мужчин 16,2% (у женщин – 7,0%), $p<0,01$. По данным ФУЗИ отмечено снижение сократительной функции желчного пузыря (СФЖП) (коэффициент опорожнения желчного пузыря (ЖП) составил 38–40%). Среди респондентов в возрасте 60–65 лет с ДЖВП преобладал гипотонический-гипокинетический тип СФЖП – (57,2%). Распространенность ДЖВП у женщин в возрасте 60–65 лет оказалась в 2,5 раза выше (59,2%), чем у мужчин (26,2%), $p<0,01$. При ТУС на фоне преобладающей гипомоторной функции ЖП был диагностирован БС (билиарный сладж) в виде взвеси гиперэхогенных частиц (ВГЧ) в 48,6% случаев (микролитиаз); замазкообразной желчи – 10–12% случаев; эхогетерогенной желчи со сгустками – 15% случаев. Распространенность БС среди исследуемой популяции составила 48,2% (3736 чел.) (по классификации ЦНИИГ и НОГР России; III Съезд 2004). Однофакторным и корреляционным анализом установлена прямая положительная ассоциация ($r=+0,68$) БС с ДЖВП, что способствует повышению литогенности холестерина

желчи и камнеобразованию. В возрастной группе 60–65 лет с ДЖВП и БС чаще встречался диспепсический синдром – 63,5% случаев.

Выводы. Установлена высокая распространенность ДЖВП среди железнодорожников Западной Сибири. Почти в половине случаев на фоне гипомоторной функции ЖП диагностирован БС; выявлена положительная ассоциация БС с дифункциональными нарушениями билиарного тракта со снижением СФЖП.

Результаты исследования показали, что ТУС и ФУЗИ являются основными неинвазивными методами выявления БС, которые могут реально использоваться в клинических условиях (стационар, поликлиника), что дает возможность практическому врачу качественной диагностики ДЖВП и БС и своевременной эффективной терапии для профилактики холелитиаза. Полученные результаты указывают на необходимость проведения первичной профилактики среди контингента железнодорожников в группах «высокого риска», особенно в пожилом возрасте, и превентивной терапии среди выявленных респондентов.

Лечение пиелонефрита у беременных

Кульдагова С.Х., Багаева С.Н.

*Кабардино-Балкарский государственный университет
им. Х.М.Бербекова, Нальчик*

Пиелонефрит – неспецифическое инфекционное заболевание почек с преимущественным поражением интерстициальной ткани и чашечно-лоханочной системы.

Цель работы. Особенности терапии пиелонефрита у беременных.

Материалы и методы. Обследовано 20 больных в возрасте от 20 до 35 лет. С острым пиелонефритом 5 больных, с первичным хроническим пиелонефритом – 15. По течению выделены пиелонефриты легкого течения, тяжелого течения и в период лактации. Диагноз заболевания основывался на данных клиники, анамнеза и лабораторно-инструментальных исследованиях. Беременные с острым пиелонефритом и обострением хронического пиелонефрита были госпитализированы. Препаратами выбора являлись: ампициллин; амоксициллин + clavulanовая кислота; цефалоспорины (цефотаксим, цефтриаксон, цефуроксим и др.). При тяжелом пиелонефрите и выявлении клебсиелл или синегнойной палочки, устойчивых к пенициллинам и цефалоспорином назначали гентамицин (в III триместре). При легком течении острого и хронического пиелонефрита назначались перорально препараты налидиксовой кислоты (неграм, невиврамон), производные 8-оксихинолина (нитроксалин, фуразидин). Длительность терапии составляла 14 дней. При тяжелом течении острого и хронического пиелонефрита назначались препараты с парентерального введения: ампициллин, амоксициллин + clavulanовая кислота и цефалоспорины (цефуроксин), гентамицин (в III триместре). Длительность терапии не менее 21 дня. В период лактации назначались цефалоспорины (цефаклор, цефтрибутен), нитрофураны. При гипертонической форме хронического пиелонефрита помимо антибактериальной терапии назначались антигипертензивные препараты допегит, нифедипин – пролонгированные формы, β-адреноблокаторы в третьем триместре из-за возможности развития в более ранние сроки задержки развития плода. При бессимптомной бактериурии под контролем антибиотикограммы проводились трехдневные курсы – амоксицилином, нитрофуранами, цефалоспоридами, что снизило риск преждевременных родов и рождения детей с низкой массой тела. После проведенной терапии купировался болевой синдром, нормализовалась температура, исчез

мочевой синдром, снизилось артериальное давление до целевого уровня менее 140/90 мм рт.ст.

Выводы. Своевременная диагностика и адекватное лечение пиелонефрита позволяет снизить риск преждевременных родов, развития эклампсии и рождения детей с низкой массой тела.

К вопросу о реноваскулярной гипертонии (клинико-морфологические исследования)

Кульдагова С.Х., Багаева С.Н.

*Кабардино-Балкарский государственный университет
им.Х.М.Бербекова, Нальчик*

Цель работы. Определение основных причин формирования синдрома реноваскулярной гипертонии (РГ) и выбора адекватного лечения.

Материалы и методы. Изучен клинико-морфологический материал 42 больных. Из них 22 мужчин и 20 женщин в возрасте от 20 до 80 лет.

Результаты. Анализ историй болезни и протоколов вскрытия выявил основные причины РГ: атеросклероз магистральных артерий почек (32), артериит Такаясу (5), узелковый полиангиит (3), фибромышечная дисплазия (2). Одностороннее сужение просвета почечных артерий обнаружено в 33 случаях, двустороннее – в 9 случаях. Артериальная гипертония (АГ) наблюдалась у всех больных. АГ II степени отмечалась у 16 пациентов, АГ III степени – у 20 пациентов и злокачественный гипертонический синдром (ЗГС) в 6 случаях. Диагноз реноваскулярной гипертонии прижизненно установлен в 15 случаях. Диагноз основывался на клинике, анамнезе, лабораторно-инструментальных исследованиях. Наиболее информативными являются компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и аортография. «Золотым стандартом» диагностики признана аортография. В лечении реноваскулярной гипертонии применялись современная медикаментозная терапия и хирургические методы лечения в зависимости от причины РГ, что снижало риск сердечнососудистых осложнений и развития почечной недостаточности. В лечении артериита Такаясу, узелкового полиангиита, фибромышечной дисплазии по показаниям применялись глюкокортикоиды, цитостатики, антикоагулянты и ангиагреганты. В лечении АГ проводилась комбинированная антигипертензивная терапия по рекомендации ВОЗ. Посмертная контрастная ангиография аорты и почечных артерий обнаружила тяжелые стенозы главных почечных артерий, уменьшение размеров почки на стороне стеноза, викарную гипертрофию контрлатеральной почки. У всех больных наблюдалась гипертрофия сердца в связи с длительным гипертоническим синдромом. Средний вес сердца 494 гр. Гистологически в пораженной почке отмечались атрофические изменения, гиалиноз клубочков, концентрическое сужение канальцев, склероз стромы, гипертрофия и гиперплазия клеток юстакломерулярного аппарата (ЮГА). В контрлатеральной почке наблюдались изменения характерные для длительно существующего гипертонического синдрома – склероз и гиалиноз артериол и артерий мелкого калибра. Гиперпластические процессы в клетках ЮГА были менее выражены. Больные умирали от одного из осложнений АГ (инфаркт миокарда, тяжелая сердечная декомпенсация, тромбоэмболия легочной артерии, кровоизлияние в мозг).

Выводы. 1. Основная причина реноваскулярной гипертонии – атеросклероз магистральных артерий почек (32). Значительно реже артериит Такаясу (5), узелковый полиангиит (3), фибромышечная дисплазия (2). 2. АГ при окклюзионных поражениях почечных артерий по классификации ВОЗ III степени и нередко развивается

ЗГС. 3. «Золотым стандартом» диагностики РГ является аортография. 4. Своевременная диагностика РГ, современная медикаментозная терапия и хирургическое лечение снижают риск сердечно-сосудистых осложнений и развития почечной недостаточности.

Анафилактический шок (клинико-морфологическое исследование)

Кульдагова С.Х., Багаева С.Н.

*Кабардино-Балкарский государственный университет
им.Х.М. Бербекова, Нальчик*

Анафилактический шок (АШ) – одно из самых серьезных проявлений аллергической реакции немедленного типа, сопровождается системными нарушениями и требует немедленной врачебной помощи. Он может возникнуть после введения любого лекарственного препарата любым способом.

Цель работы. Изучение клинико-морфологических особенностей АШ и причин смерти. Материал и методы. Изучен клинико-морфологический материал 32 больных с АШ. Из них 12 мужчин и 20 женщин в возрасте от 20 до 65 лет.

Результаты. Анализ историй болезней и протоколов вскрытия показал, что наиболее часто АШ провоцировали антибиотики (8), анагетика (5) и полипрагмазия (15). Кроме того, имело значение наличие в анамнезе аллергических заболеваний (лекарственной, пищевой, инсектной сенсибилизации и др) (10), заболеваний ХОБЛ, бронхиальной астмы, экземы, системных заболеваний (6). Основным в клинике АШ были кардиоваскулярные и респираторные нарушения. Исход АШ зависел от тяжести течения АШ и своевременного и адекватного лечения. Положительный исход наблюдался у 27 больных (84,4%), летальный 5 (15,6%) (у 2 больных смерть наступила в стационаре внезапно, после введения пенициллина – «смерть на игле»; у 3 – на дому, после введения баралгина). Морфологическими проявлениями АШ являлись выраженные нарушения гемодинамики: жидкое состояние крови, «пустое сердце», полнокровие внутренних органов, множественные мелкоточечные кровоизлияния в слизистые и серозные оболочки, отек мозга. Гистологически и гистохимически наблюдались расстройства микроциркуляции: нарушение тонуса капилляров и венул. Во внутренних органах преобладали дистрофические изменения. В печени отмечались отек пространства Диссе с дискомплексацией печеночных балок, гепатозитоз, дистрофические и некробиотические процессы (некроз отдельных печеночных клеток). Изменения в почках имели характер циркуляторных расстройств, дистрофических, некробиотических и некротических процессов в эпителии канальцев и капиллярах клубочков. В легких – циркуляторные расстройства, деструкция капилляров, ателектазы («шоковое легкое»).

Выводы: 1. АШ может возникать на введение любого лекарственного препарата. В профилактике наибольшее значение имеет тщательно собранный аллергологический анамнез. 2. Хронические инфекционные и инфекционно-аллергические заболевания являются фоновыми для развития АШ. 3. Полипрагмазия и повторные курсы лечения – это факторы риска АШ. 4. Основные клинические проявления АШ разнообразны, но ведущий признак – острое расстройство кровообращения в виде коллапса. 5. Морфологические проявления АШ в основном характеризуются нарушением гемодинамики и гемокоагуляции по типу синдрома генерализованной обструкции микроциркуляторного русла.

Влияние беременности на эффективность пробы вальсальвы, однократного приема пропанорма и их сочетания при пароксизмах реципрокной ортодромной тахикардии

*Куряева А.М., Дятлов Н.Е., Рахматуллов Ф.К.,
Рахматуллов Р.Ф., Бурмистрова Л.Ф.*

Пензенский государственный университет, Пенза

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность пробы Вальсальвы, пропанорма и сочетания пробы Вальсальвы с пропанормом у беременных женщин с пароксизмами реципрокной атриовентрикулярной ортодромной тахикардии (ПРАВТО).

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 28 беременных женщин с ПРАВТО. Провоцирование ПРАВТО осуществляли методом чреспищеводной электрокардиостимуляции (ЧпЭС). На первом этапе проводилась программированная стимуляция с нанесением восьми «ведущих» с частотой 100 имп/мин, а затем одного преждевременно тестирующего экстрасистола с постоянно уменьшающимся шагом сцепления на 10–20 мс до достижения эффективного рефрактерного периода атриовентрикулярного (ЭРП АВ) соединения, эффективного рефрактерного периода левого предсердия (ЭРП ЛП) или до возникновения аритмии. На втором этапе применялась учащающая стимуляция до возникновения АВ-блокады II степени, или до 250 имп/мин, или до возникновения аритмии. Купирование индуцированного пароксизма проводили пробой Вальсальвы. Для этого беременным рекомендовали сделать глубокий вдох, а затем максимальные усилия для выдоха при зажатом носе с закрытым ртом и сильным напряжении брюшного пресса. Если ПРАВТО не прекращался, то синусовый ритм восстанавливали ЧпЭС. После восстановления ритма оценивали ЭФ-показатели ПРАВТО. По этой же схеме оценивали эффективность пропанорма и сочетания пробы Вальсальвы с пропанормом. Купирование ПРАВТО пропанормом проводили посредством разжевывания одной таблетки (150 мг) и проглатыванием препарата слюной или с незначительным количеством воды.

Полученные результаты и их обсуждение. В ходе исследования установлено, что у беременных женщин с ПРАВТО эффективность пробы Вальсальвы, пропанорма и их сочетанного применения зависела от сроков беременности. Нами установлено, что проба Вальсальвы максимально эффективна в первом триместре, пропанорм – первом и втором, сочетание пробы Вальсальвы с пропанормом – первом, втором и третьем. Реализация антиаритмического эффекта пробы Вальсальвы, пропанорма, сочетания пробы Вальсальвы с пропанормом возникает через блокаду anterogradного и retrogradного проведения. После проведения пробы Вальсальвы у беременных женщин с ПРАВТО купирование аритмии возникало через 25–38 сек, в среднем через $28,6 \pm 3,8$ сек. После разжевывания 150 мг пропанорма купирование ПРАВТО возникало через 15–45 минут, в среднем через $26,8 \pm$ мин. При отсутствии эффекта от пропанорма дополнительное применение пробы Вальсальвы обеспечивало восстановление синусового ритма через 10–45 сек, в среднем через $26,4 \pm 2,6$ сек. Применение пробы Вальсальвы, пропанорма, сочетания вагусного воздействия с пропанормом позволило купировать ПРАВТО у 95,0% беременных. Эффективность купирования пароксизмов реципрокных тахикардий методом ЧпЭС составляла практически 100,0%. Впервые установлено, что у беременных женщин проба Вальсальвы вызывает блокаду retrogradного проведения. Установлена корреляционная зависимость между количеством ЭФ-показателей ПРАВТО, реагирующих на проведение пробы Вальсальвы, пропанорма и их сочетание с частотой спонтанных пароксизмов. Выявлено, что на всех сроках беременности только сочетание пробы Вальсальвы с

пропанормом синхронизирует сумму долей непрерывного и прерывистого типов кривых АВ проведения.

Таким образом, у беременных женщин с ПРАВОТ купирование пароксизма тахикардии пробой Вальсальва, пропанормом и их сочетанием под контролем электрофизиологических показателей обеспечивает надежный контроль аритмии в период гестации.

Исследование влияния интрелейкина-3 на эритропоэз у пациентов с хронической болезнью почек 5Д стадии

Лапина Е.С., Батюшин М.М., Сарвилина И.В.

Ростовский государственный медицинский университет,
Ростов-на-Дону

Введение: результаты проведенных эпидемиологических исследований в России и мире показали высокую распространенность хронической болезни почек (ХБП) в популяции, в том числе ее терминальной стадии (Бикбов Б.Т., 2005; NHANES, 1994–1998). Анемия является одним из наиболее распространенных осложнений ХБП и встречается практически у каждого второго больного, при этом ее частота варьирует в зависимости от стадии заболевания: от 5% у пациентов с 1 стадией ХБП до 80% – с 5 стадией (NICE Clinical Guideline, 2011; Coresh J., 2003). Процесс эритропоэза на сегодняшний день рассматривается как сложная система взаимодействия регуляторных факторов и механизмов, обеспечивающих поддержание баланса образования и деструкции эритроцитов. При ХБП ведущая роль в развитии анемии принадлежит дефициту позднегодействующего линейно специфического ростового фактора – эритропоэтина. Известно, что у здорового человека эритропоэтин проявляет синергизм с позднегодействующими линейно специфическими ростовыми факторами, в том числе с интерлейкином-3 (ИЛ-3). Однако данных о взаимоотношении этих факторов роста недостаточно и они противоречивы (Göbel V, 1994; Matsuzaki Y., 1996; Weinstein T, 1993).

Целью нашего исследования было выявление взаимоотношений между выраженностью анемии и ростовым фактором ИЛ-3.

Материалы и методы: обследовано 80 пациентов с ХБП 5Д стадии, получавших лечение программным гемодиализом (ГД), средний возраст которых составил 53,4±15,8 года. Всем больным процедура ГД осуществлялась на аппаратах BBraun Dialogue Plus, Германия, с использованием бикарбонатной буферной диализной жидкости и полисульфоновых высокопоточных диализных мембран в режиме: три раза в неделю по 4,5 часа. Длительность ГД варьировалась от 2 до 115 месяцев (медиана 13,5, первый квартиль 6, третий квартиль 22,5). Пациентам выполнялся стандартный комплекс исследований, включавший общий и биохимический анализы крови, показатели фосфорно-кальциевого обмена и феррокинетики. Определение сывороточного ИЛ-3 проводилось методом количественного иммуноферментного анализа на основе системы для мультиплексного анализа Luminex MAGPIX (США), референсные пределы менее 7 пг/мл. Статистический анализ осуществлялся с помощью программ Microsoft Office Excel 2010 (Microsoft Corp., США) и «STATISTICA 7.0» (StatSoft Inc., США). При нормальном распределении выборки для сравнения средних величин использовали критерий Стьюдента, а при отклонении от нормального – критерий Манна – Уитни. Корреляционный анализ при нормальном распределении выборки осуществлялся с помощью коэффициента Пирсона, при ненормальном – коэффициента Спирмена. Проверку на нормальность распределения проводили с помощью критерия Шапиро-Уилка. Различия принимали как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты: анемия была выявлена у 89% пациентов, носила нормохромный нормоцитарный характер с элементами анизоцитоза: средний объем эритроцита 94,1±5,6 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците 30,8±1,9 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроците 328,3±10,5 пг, ширина распределения эритроцитов 17,4±2,2%. В зависимости от тяжести анемического синдрома больные были разделены на группы: уровень гемоглобина 90–120 г/л соответствовал 1 группе – 47 человек, 70–90 г/л – 2 группе (18 человек), менее 70 г/л – 3 группе (6 человек), более 120 г/л – 4 группа (9 человек). Среднее значение ИЛ-3 у пациентов составило 32,8±8,3 пг/мл, по группам больных: 1 группа – 32,7±8,5 пг/мл, 2 группа – 24,6±5,5 пг/мл, 3 группа – 44,2±7,8 пг/мл, 4 группа – 30,9±5,5 пг/мл, причем разница средних значений в группах была статистически значима. Особенности взаимосвязей ИЛ-3 с другими лабораторными показателями в группах были следующие: в 1 группе – с флюктуацией дозы эритропоэтина в течение последнего года ($r=0,54$; $p=0,01$), во 2 группе – с уровнем паратгормона ($r=0,58$; $p=0,02$), в 3 группе – с уровнем растворимых рецепторов трансферрина ($r=0,84$; $p=0,04$).

Обсуждение: в ходе проведенного исследования анемия выявлена у большинства пациентов, что соответствует общемировым и российским данным. У обследованных больных выявлен повышенный уровень ИЛ-3, причем наибольшее значение этого показателя отмечено в группе пациентов с тяжелой анемией, что может быть обусловлено интенсификацией терапии эритропоэтином. Данное обстоятельство подтверждается выраженной корреляцией ИЛ-3 с уровнем растворимых рецепторов трансферрина, экспрессия которых увеличивается при терапии эритропоэз-стимулирующими препаратами.

Приверженность к медикаментозному лечению больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью

Ларина В.Н., Карпенко Д.Г.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Цель. Оценка приверженности к медикаментозному лечению больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), наблюдающихся в поликлинических условиях.

Методы исследования. В одномоментном исследовании приняли участие 42 больных (19 Ж, 23 М) в возрасте от 60 до 89 лет (71,0±9,8 лет) с ХСН II (n=21) и III (n=21) ФК по НУНА, развившейся вследствие ИБС (n=30) или АГ (n=12). Всем больным проводили клиническое обследование, ЭКГ, ЭхоКГ, оценку тяжести состояния с помощью «Шкалы оценки клинического состояния» (ШОКС), коморбидности (М. Charlson, 1987), когнитивного статуса (опросник Mini-mental State Examination, MMSE), приверженности к лечению (шкала Мориски – Грин). Приверженными к лечению считались больные, набравшие 4 балла, неприверженными – набравшие 3 балла и менее. Оценивались следующие вопросы: Вы когда-нибудь забывали принять препараты? Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема препарата? Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо? Если Вы чувствуете себя плохо после приема препаратов, не пропускаете ли Вы следующий прием? Больные наблюдались в ГБУЗ ДКЦ №1 ДЗМ и получали медикаментозную терапию согласно Национальным рекомендациям по диагностике и лечению ХСН. Результаты. Полностью приверженными к медикаментозному лечению оказались 25 (59,5%) больных (14 М и 11 Ж), неприверженными – 17 (40,5%) больных (9 М и 8 Ж). Полипрагмазия встречалась не часто: от

6 до 7 препаратов принимали 11 (26%) больных, 4–5 препаратов – 14 (33%) больных, 2–3 препарата – 17 (40,4%) больных. Больные двух групп были сопоставимы по возрасту (69 ± 10 лет и 75 ± 9 лет, соответственно, $p=0,061$), высшему образованию (14 и 11 больных, соответственно, $p=0,572$), длительности ХСН (109 ± 102 и 137 ± 98 месяцев, $p=0,323$), ФВ ЛЖ ($55 \pm 14\%$ и $50 \pm 12\%$, соответственно, $p=0,220$), ШОКС ($p=0,254$). 3 и более заболевания (сахарный диабет, хроническая болезнь почек, фибрилляция предсердий, ХОБЛ, анемия) имелись у всех больных, неприверженных к лечению, и у 84% больных, приверженных к лечению ($p=0,083$). Балл коморбидности по шкале Charlson составил $2,8 \pm 0,9$ в группе приверженных и $3,3 \pm 1,2$ – неприверженных к лечению, $p=0,166$. Когнитивный статус был хуже в группе больных неприверженных к лечению (MMSE $25,0 \pm 2,4$), чем у приверженных к лечению больных (MMSE $26,6 \pm 2,4$), $p=0,021$. Количество лекарственных препаратов, принимаемых больными, приверженных к лечению, составило $4,3 \pm 1,5$, неприверженных – $4,2 \pm 1,7$, $p=0,837$).

Выводы. Приверженными к медикаментозному лечению оказались 59,5% больных пожилого возраста с ХСН. Возраст, пол, образование, длительность и тяжесть ХСН не влияли на приверженность к лечению. Совокупность сопутствующей патологии и низкий когнитивный статус оказывали негативное влияние на соблюдение рекомендаций врача по приему медикаментозной терапии.

Острая декомпенсация хронической сердечной недостаточности и вариабельность QT

Ларионова Н.В., Шутков А.М., Мензоров М.В.

Ульяновский государственный университет, Ульяновск

Введение. В качестве меры лабильности реполяризации миокарда предложено использовать индекс вариабельности QT (QTVI), являющийся предиктором увеличения риска сердечно-сосудистой смерти.

Цель: оценить вариабельность QT у больных, госпитализированных в кардиологическое отделение по поводу острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ОДХСН).

Материалы и методы. Обследовано 80 больных с ОДХСН: мужчин – 49 (62%), женщин – 31 (38%), средний возраст $63,8 \pm 9,2$ лет. Причинами хронической сердечной недостаточности у большинства была ишемическая болезнь сердца в сочетании с артериальной гипертензией. Мониторирование ЭКГ проводилось при поступлении и на 10 день лечения регистратором «Кардиотехника 04-3» (КТ 04-3), Санкт-Петербург. QTVI рассчитывали по формуле Бергера.

Результаты. У больных, госпитализированных по поводу острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности, наблюдается учащение среднесуточной частоты сердечных сокращений (при поступлении $76,22 \pm 19,16$ уд/мин vs $71,09 \pm 16,15$ уд/мин на 10 день, $p=0,004$), увеличение продолжительности QT интервала (при поступлении $392,61 \pm 42,04$ мсек vs $381,34 \pm 34,30$ мсек на 10 день, $p=0,006$), в том числе скорректированного QT интервала (при поступлении $429,91 \pm 37,0$ мсек vs $400,28 \pm 29,49$ мсек, $p=0,001$). Выявлено увеличение вариабельности QT на десятый день лечения ($-1,15 \pm 0,40$ против $-0,99 \pm 0,43$ на десятый день лечения, $p=0,02$). Больные с QTVI верхнего квартиля характеризовались большей массой миокарда ($512,60 \pm 185,56$ против $356,08 \pm 125,35$ нижнего квартиля, $p=0,01$) и индексом массы миокарда левого желудочка ($276,95 \text{ г/м}^2 \pm 99,58$ против $181,55 \text{ г/м}^2 \pm 53,77$, $p=0,002$), большей относительной толщиной стенок левого желудочка ($0,57 \pm 0,12$ против $0,41 \pm 0,05$, $p=0,002$), более высоким пульсовым давлением ($59,44 \pm 20,06$ против $47,27 \pm 10,31$, $p=0,03$). QTVI был выше у больных с асцитом ($-0,84 \pm 0,23$ против $-1,2 \pm 0,40$,

$p=0,03$), при анемии ($-0,74 \pm 0,32$ против $-1,10 \pm 0,43$, $p=0,03$). Фракция выброса левого желудочка у больных со значениями QTVI верхнего и нижнего квартиля не различалась ($45,33 \pm 15,17$ против $42,50 \pm 10,94$, $p=0,56$). Выводы. Острая декомпенсация ХСН сопровождается изменением ряда электрофизиологических параметров. Наряду с клиническим улучшением, укорочением продолжительности интервала QT и скорректированного QT, выявлено увеличение вариабельности QT.

Клиническая эффективность бисфосфонатов в комплексной терапии пациентов остеоартрозом с метаболическим синдромом

Лахин Д.И.

Липецкая городская клиническая больница, Липецк

Метаболический синдром (МС) представляет собой термин, позволяющий обобщить компоненты, каждый из которых представляет собой независимые предикторы сердечно-сосудистых осложнений. В свою очередь, остеоартроз (ОА) является самой распространенной формой суставной патологии, поражающим не менее 20% населения земного шара. Проблема коморбидности ОА и МС представляет особый интерес в связи с тем, что при ОА широко применяются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), способные задерживать жидкость в организме, снижая эффективность гипотензивных препаратов, усугубляя течение артериальной гипертензии, являющейся одним из компонентов МС, а также способствуя сохранению избыточной массы тела, тем самым усугубляя течение МС. Поэтому применение иных препаратов, обладающих противовоспалительным эффектом, позволит снизить дозировку НПВП у таких больных. В этом отношении большой интерес представляют бисфосфонаты, способные оказывать влияние на процессы ремоделирования костной ткани и, возможно, снижать интенсивность болевого синдрома при ОА.

Цель исследования: оценить эффективность ризендроновой кислоты в отношении показателей суставного статуса у пациентов ОА с МС.

Материал и методы. В исследование включено 45 пациентов ОА с МС, находившихся под наблюдением ревматолога в Липецкой областной клинической больнице в 2012–2014 гг. Среди больных было 37 женщин и 18 мужчин в возрасте от 43 до 61 года (среднем $54,1 \pm 1,77$ лет). У всех больных был диагностирован МС на основании критериев Международной федерации диабета (IDF, 2005 г.). Среди пациентов длительность течения ОА составила до 5 лет у 37,9% больных, 5–10 лет – у 62,1% пациентов. При рентгенологическом исследовании изменения II ст. (по I. Kellgren, I. Lawerens) были выявлены у всех 100% больных. Наличие синовитов подтверждалось инструментально (с помощью УЗИ-диагностики суставов). Среди сопутствующей патологии отмечалась артериальная гипертензия (100%), ожирение (100%), ИБС (78,1%). Во время лечения пациенты обеих групп получали НПВП, а также симптом-модифицирующие препараты медленного действия (хондроитин сульфат 1000 мг/сут. и глюкозамин 1500 мг/сут. по 3 месяца 2 курса в год). Также пациенты получали препараты ацетилсалициловой кислоты и гипотензивные средства. Ризендроновая кислота (ризендрос) назначалась пациентам по 35 мг 1 раз в неделю на протяжении 12 месяцев. В исследование не включались больные, имевшие противопоказания к назначению ризендроновой кислоты. Среди пациентов оценивались показатели воспалительной активности: СОЭ (по Вестергрену), С-реактивный белок (СРБ), фактор некроза опухоли- α (ФНО- α). Интенсивность суставного синдрома оценивалась по шкале ВАШ в покое и при движении, индексам Lequesne и WOMAC изначально, а также спустя 3, 6 и 12 месяцев. Минеральную плотность костной ткани

(МПКТ) оценивали в поясничном отделе позвоночника путем проведения двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (денситометрии) с помощью аппарата Stratos.

Результаты. На фоне применения ризендроновой кислоты среди больных за время наблюдения нежелательных побочных реакций препарата, потребовавших его отмены, зарегистрировано не было. При этом регистрировалось достоверное снижение значений СРБ, СОЭ и ФНО-α через 3, 6 и 12 месяцев наблюдения ($p < 0,001$). Количество болезненных суставов за время наблюдения достоверно не менялось, однако число припухших суставов достоверно снизилось ($p < 0,001$) спустя 3 месяца и в дальнейшем припухших суставов не регистрировалось. Выраженность боли по шкале ВАШ при движении и в покое, а также индексы Lequesne и WOMAC достоверно снизились спустя 3 месяца ($p < 0,001$) и оставались достоверно ниже первоначальных значений через 6 и 12 месяцев ($p < 0,001$). За время наблюдения отмечалась тенденция к росту МПКТ по Т-критерию на 9,6%. При этом регистрировалось достоверное снижение потребности в НПВП спустя 3, 6 и 12 месяцев ($p < 0,001$), причем к концу исследования 37,8% больных смогли сократить потребность в НПВП в 2 раза, а 28,9% больных отказались от приема НПВП.

Выводы. Применение ризендроновой кислоты у больных ОА с МС позволяет достичь достоверного снижения воспаления, оказывая влияние не только на показатели СРБ и СОЭ, но и на ФНО-α, позволяет достичь достоверно положительных изменений со стороны показателей суставного статуса, способствует увеличению МПКТ и при этом приводит к снижению потребности в НПВП. Данные факты позволяют рекомендовать включение ризендроновой кислоты в комплексную терапию пациентов ОА с МС.

Случай тяжелого течения дерматомиозита

Ободзинская Т.Е., Соболева В.Н., Машукова Ю.М., Волов Н.А., Кокорин В.А.

Кафедра госпитальной терапии №1, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Дерматомиозит (ДМ) – диффузное прогрессирующее воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением поперечно-полосатой и гладкой мускулатуры с нарушением двигательной функции, кожи в виде эритемы и отека, с частым поражением внутренних органов. Аутоиммунный компонент при ДМ может быть представлен антисинтетазными антителами (АТ) к тРНК синтетазам (Jo-1, PL-7, PL-12). У больных с антисинтетазными АТ выявляется сходная клиническая картина – «антисинтетазный синдром»: острое начало, лихорадка, симметричный артрит мелких суставов кистей и лучезапястных суставов (90%), иногда сопровождающийся периартикулярным кальцинозом, синдром Рейно, «рука механика». У 50-75% больных развивается интерстициальное поражение легких или фиброзирующий альвеолит.

Больная И., 32 лет, поступила в ГКБ №15 в марте 2013 г. с жалобами на лихорадку до 39°C, кашель, одышку, озноб, общую слабость. Заболела остро, слабость и лихорадка 39-40°C, затем появились кашель и одышка. При поступлении: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. ЧДД 32/мин. Перкуторно притупление над нижними отделами с двух сторон. Аускультативно – крепитация. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 110/мин. АД 110/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. ОАК: Hb 110 г/л, эритроциты $3,88 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $30,4 \times 10^9/л$, нейтрофилы 94%, лимфоциты 3%, СОЭ 40 мм/ч. В б/х анализе крови: о. белок 38 г/л,

альбумин 18 г/л, АСТ 741 Ед/л, АЛТ 467 Ед/л, ЛДГ 2050 Ед/л, глюкоза 4,6 г/л. Rg органов грудной клетки: двухсторонняя нижнедолевая пневмония. С диагнозом «Внебольничная двухсторонняя нижнедолевая пневмония тяжелого течения» пациентка была госпитализирована в реанимационное отделение, назначена антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. На фоне лечения состояние больной оставалось тяжелым. На 14-е сутки появились жалобы на слабость и боль в ногах, вплоть до невозможности движения. Затем – слабость и боль в руках, больше – в проксимальных отделах конечностей. Отмечалось увеличение околоушных слюнных желез, в анализах: КФК 1258 Ед/л. Был заподозрен полимиозит, назначен преднизолон 60 мг, на его фоне мышечная слабость уменьшилась, лейкоциты $8,1 \times 10^9/л$, t° нормализовалась. При повторной Rg органов грудной клетки: положительная динамика. На КТ органов грудной клетки: множественные мелкоочаговые затемнения и сетчатая деформация легочного рисунка. Данные изменения были расценены как симптомы фиброзирующего альвеолита 1 типа при ДМ. Несмотря на проводимую терапию, у больной появилась дисфагия, охриплость голоса, изменения кожи ладоней и стоп (сухая, с гиперпигментацией, гиперкератозом и трещинами). В области суставов пальцев рук папулы красно-фиолетового цвета. Появившаяся симптоматика и выявленные изменения в легких при КТ высокого разрешения свидетельствовали о наличии у больной ДМ с антисинтетазным синдромом. Для подтверждения был взят анализ крови на АТ Jo-1, положительно -133,2 Ед/мл (N до 25,0 Ед/мл). Игольчатая электромиография (ЭМГ): снижение ПД, спонтанная активность, полифазная регистрация миопатического паттерна. На основании клинической картины (проксимальная мышечная слабость, поражение дыхательной мускулатуры, дисфагия, охриплость, наличие папул Готтрона, «рука механика», интерстициальное поражение легких), данных лабораторных и инструментальных методов исследования (повышение КФК, АСТ, АЛТ, ЛДГ, наличие АТ Jo-1 в высоком титре, характерные изменения игольчатой ЭМГ) установлен диагноз – ДМ острого течения с антисинтетазным синдромом. Переведена в НИИ Ревматологии РАМН для дальнейшего специфического лечения, где был назначен преднизолон 90 мг, циклофосфан - 1000-1200 г/мес, мабтера - без эффекта. Вскоре больная умерла, патологоанатомического вскрытия не проводилось. Неблагоприятный прогноз у этой больной обусловлен наличием антисинтетазного синдрома, развитием фиброзирующего альвеолита 1 типа, тяжелым течением миозита.

Особенностью данного клинического случая является развитие интерстициального поражения легких в дебюте заболевания, с последующим вовлечением в процесс поперечно-полосатой мускулатуры, и только затем – кожи и гладких мышц.

Антитела к кардиолипину как маркеры антифосфолипидного синдрома при хронических гепатитах и циррозах печени

Левитан Б.Н., Левитан М.Е.

Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань

Цель исследования: изучить концентрацию в крови антител к кардиолипину (АКЛ) при хронических гепатитах (ХГ) и циррозах печени (ЦП) и установить их связь с изменениями плазменного гемостаза и фибринолиза.

Материалы и методы. У 31 больного ХГ, 41 – ЦП и 30 здоровых доноров была определена концентрация АКЛ методом иммуноферментного

анализа с использованием диагностического набора компании Orgentec (Германия). При оценке уровня АКЛ в соответствии с международными рекомендациями выделялись нормальный ($M \pm 2SD$), умеренно повышенный (от $M \pm 2SD$ до $M \pm 5SD$) и высокий ($>M \pm 5SD$) уровни АКЛ, где M – средняя концентрация АКЛ у здоровых лиц, а SD – стандартное отклонение. У всех больных проводилось исследование большого комплекса показателей системы гемостаза и фибринолиза, включая маркеры ДВС-синдрома.

Результаты: уровень АКЛ у здоровых лиц составил в среднем $11,4 \pm 0,5$ МЕ/мл. При ЦП содержание АКЛ было выше, чем при ХГ (соответственно, $41,5 \pm 4,6$ МЕ/мл и $28,9 \pm 3,8$ МЕ/мл). При ХГ нормальный уровень АКЛ наблюдался в 35,4% случаев, умеренно повышенный – в 22,6%, высокий – в 42,0%; при ЦП, соответственно, в 21,9%, 17,0% и 61,1% случаев. Следовательно, если при ХГ содержание АКЛ более, чем у половины больных было в норме или повышено умеренно, то при ЦП число лиц с высокими АКЛ превысило 60%. Концентрация АКЛ в крови зависела от этиологии ХГ и ЦП: при вирусных ХГ в среднем $40,8 \pm 5,3$ МЕ/мл, при алкогольных – $15,4 \pm 2,4$ МЕ/мл, смешанных (вирус+алкоголь) – $22,3 \pm 3,7$ МЕ/мл. При вирусных ЦП средние значения АКЛ составили $45,5 \pm 5,9$ МЕ/мл, при алкогольных – $17,7 \pm 3,4$ МЕ/мл, при смешанных (вирус+алкоголь) – $31,4 \pm 7,4$ МЕ/мл. Следовательно, у больных ХГ и ЦП вирусной этиологии средние значения АКЛ были достоверно выше, чем при алкогольной. Результаты исследования концентрации АКЛ у больных ЦП в зависимости от класса тяжести по Child-Pugh показали, что при ЦП класса А уровень АКЛ составил в среднем $17,0 \pm 2,5$ МЕ/мл, при ЦП класса В – $44,5 \pm 7,3$ МЕ/мл, а при ЦП класса С ($n=12$) – $43,4 \pm 11,6$ МЕ/мл. Причем нормальный уровень АКЛ имелся у 66,6% больных ЦП класса «А», 17,6% класса «В» и 25,0% класса «С»; умеренно повышенный – у 16,7% больных класса «А», 11,8% класса «В» и 8,3% класса «С»; высокий уровень – у 16,7% больных ЦП класса «А», 70,6% класса «В» и 66,7% класса «С». Достоверных корреляционных связей между величиной АКЛ в крови и показателями отдельных факторов гемостаза, фибринолиза и маркеров ДВС – синдрома при ХГ и ЦП выявлено не было. В связи с этим нами были проанализированы средние значения исследовавшихся показателей гемостаза и фибринолиза в группах больных ХГ и ЦП в зависимости от величины АКЛ. Обследованные пациенты с ХГ и ЦП, соответственно, были разделены на две подгруппы: 1 подгруппа – с нормальным и умеренным повышением уровня АКЛ, 2 подгруппа – с значительным повышением уровня АКЛ. При ХГ отсутствовали достоверные различия показателей гемостаза и фибринолиза, включая маркеры ДВС-синдрома, в зависимости от степени повышения концентрации АКЛ. При ЦП, напротив, имелись достоверные ($p < 0,05$) различия между больными из первой и второй подгрупп практически по всем исследованным показателям, за исключением протромбинового индекса. В подгруппе больных ЦП со значительным повышением концентрации АКЛ наблюдалось достоверное снижение значений фибриногена, XIII фактора свертывания, фибронектина, повышение фибринолитической активности крови, уровня продуктов деградации фибриногена-фибрина. Выявление циркулирующих фибрин-мономерных комплексов у них наблюдалось значительно реже, чем в 1 подгруппе. Следовательно, при ЦП, несмотря на высокие значения АКЛ, наблюдаются нарушения плазменного гемостаза в сторону гипокоагуляции, гиперфибринолиза и развития признаков синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) в фазе гипокоагуляции.

Заключение. Концентрация АКЛ при ХГ в 58% случаев была в норме или умеренно повышена, а при ЦП, напротив, в 61,1% случаев наблюдалось их высокое содержание. У больных ЦП с высокими значениями АКЛ часто выявляются признаки гипокоагуляции, гиперфибринолиза и маркеры гипокоагуляционной фазы ДВС-синдрома.

Анализ влияния диастолической дисфункции левого желудочка на показатели распределения водных сред организма у пациентов с острым коронарным синдромом

Левицкая Е.С., Батюшин М.М., Головинова Е.О., Гульченко В.В., Хрипун А.В.

Ростовский государственный медицинский университет,
Ростовская областная клиническая больница, Ростов-на-Дону

Цель. Оценить влияние наличия диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) на баланс внутриклеточной и внеклеточной жидкостей организма у пациентов с острым коронарным синдромом.

Материалы и методы. В исследование было включено 60 пациентов с наличием острого коронарного синдрома (ОКС), 48 больных из которых являлись мужчинами, 12 – женщинами. Средний возраст исследуемых составил $57,36 \pm 1,12$ лет. Для достижения поставленной цели исследования всем пациентам выполнялась эхокардиография, с определением наличия ДДЛЖ, а также биоимпедансометрия с установлением показателей объема внутриклеточной (ОВвнутриЖ) и внеклеточной жидкостей (ОВвнЖ). Определение водных сред организма проводилось на биоимпедансометре «Диамант».

Результаты. Выполненное исследование показало, что количество пациентов с наличием ДДЛЖ составило 45 больных, из которых все больные имели 1 тип нарушения диастолической функции. Анализ баланса клеточных жидкостей организма, позволил определить преобладание повышения показателей ОВвнутриЖ (45 пациентов), над повышенными значениями ОВвнЖ (23 пациента). Методом логистической нелинейной регрессии установлено, что у пациентов с ОКС, наличие ДДЛЖ 1 типа увеличивает вероятность повышения ОВвнутриЖ организма на 32,2% (χ -критерий = 6,35, $p = 0,01$). Более того, получены достоверные значения, указывающие на влияние наличия ДДЛЖ на увеличение риска повышения ОВвнЖ. Так, наличие ДДЛЖ 1 типа увеличивает вероятность повышения ОВвнЖ на 42,3% (χ -критерий = 8,05, $p = 0,005$).

Выводы. Проведенное исследование позволило продемонстрировать, что наличие структурной перестройки миокарда, характеризующееся нарушением его диастолической функции, значительно повышает риск оптимального баланса клеточных жидкостей организма, в условиях острого внутрикоронарного гемодинамического стресса. Полученные данные возможно трактовать, как наличие дополнительного усугубляющего фактора, в виде наличия нарушения функции расслабления миокарда, к общим патологическим механизмам, формирующихся при острой сердечно-сосудистой катастрофе. На основании полученных сведений возможна стратификация сердечно-сосудистого риска больных ОКС и оптимизация тактики медикаментозной коррекции имеющихся патологических состояний.

Особенности психологического статуса как предиктор эффективности антигипертензивной терапии

Легконогов А.В., Соколовская Е.А.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Крымский
федеральный университет им. В.И. Вернадского, Симферополь

Цель и задачи работы. Выявление психологических предпосылок эффективности антигипертензивной терапии и оценка изменений

психологического статуса больных гипертонической болезнью (ГБ) на фоне лечения.

Материалы и методы. В исследование включены 127 больных ГБ (47 мужчин и 80 женщин) с мягкой, умеренной и тяжелой артериальной гипертензией, установленной соответственно в 51, 44 и 32 наблюдениях. Антигипертензивная терапия проводилась на протяжении 12-ти недель эналаприлом в суточной дозе 5–40 мг (33 пациента) в сочетании с гипотиазидом 50 мг/сут (49 больных) и (или) атенололом 25–100 мг/сут (45 пациентов). Эффективность лечения оценивалась с помощью суточного мониторирования (СМ) АД (аппарат ABPM-02/0, Meditech, Венгрия). Для изучения психологического статуса больных использовались модифицированный тест MMPI, шкалы реактивной и личностной тревоги Спилберга.

Полученные результаты. В результате проводимого лечения удовлетворительный антигипертензивный эффект был достигнут в 70,2% случаев, нормализация АД отмечена в 50,7% наблюдений. Психологический статус через 12 недель от начала лечения улучшился у 85,1% больных, причем положительная динамика показателей психологического состояния отмечалась в 93,6% случаев эффективной терапии и в 65,0% наблюдений при неэффективном лечении ($p < 0,01$). Снижение показателей 1-й, 2-й, 6-й, 7-й, 8-й и 0-й шкал MMPI сопровождалось уменьшением уровней реактивной и личностной тревоги по данным теста Спилберга. Исходный психологический статус больных с неудовлетворительными в дальнейшем результатами лечения характеризовался повышением средних уровней 0-й и снижением 9-й шкал теста MMPI (p в обоих случаях $< 0,05$), что свидетельствует о сочетании повышенных интравертированности и замкнутости со снижением активности и пессимизмом. 26 больных, прервавших регулярный прием лекарственных препаратов в сроки до 1 месяца от начала антигипертензивной терапии, были моложе постоянно лечившихся пациентов (средний возраст соответственно $49,6 \pm 2,0$ против $54,4 \pm 0,9$ лет; $p < 0,05$). Психологический статус больных, отказавшихся от регулярного приема антигипертензивных средств, характеризовался более выраженными аутичностью, тенденцией к соблюдению психологической дистанции между собой и окружающими, эмоциональной неустойчивостью, нежеланием следовать общепринятым нормам поведения.

Выводы. Положительная динамика показателей СМ АД на фоне антигипертензивной терапии сопровождается улучшением психологического статуса у 85,1% больных. Психокорригирующее влияние антигипертензивной терапии проявляется независимо от наличия антигипертензивного эффекта. Исходные изменения психологического статуса, характеризующиеся снижением оптимизма и затруднениями при межличностных контактах, способствуют неудовлетворительным результатам антигипертензивной терапии. Пациенты молодого возраста с психологическими особенностями, свидетельствующими о нарушении социально-психологической адаптации, в большей мере склонны к отказу от длительного приема антигипертензивных препаратов.

Структурная патология сердца и синдром «спортивного сердца» у спортсменов различной квалификации

Легконогов А.В., Соколовская Е.А.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского, Симферополь

Цель и задачи работы. Оценка изменений структурно-функционального состояния сердца при занятиях спортом по данным доплеро-

эхокардиографии (Д-ЭхоКГ) с учетом электрокардиографических данных и уровня спортивной квалификации.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования 522 спортсменов (444 мужчины и 78 женщин, средний возраст $20,4 \pm 0,2$ года в возрастном диапазоне 15–40 лет) с использованием Д-ЭхоКГ, ЭКГ в динамике, холтеровского мониторирования ЭКГ. Соревновательным спортом и спортом высоких достижений занимались 182 человека, в том числе 22 мастера спорта международного класса, 60 мастеров спорта, 46 кандидатов в мастера спорта, 54 перворазрядника; 340 человека занимались любительским спортом.

Полученные результаты. Структурная патология сердца была установлена у 130 спортсменов, что составило 24,9% от всех обследованных; у 317 атлетов (60,7%) патологии сердечно-сосудистой системы не было выявлено. Синдром «спортивного сердца», диагностированный у 75 атлетов (14,4% обследованных), по сравнению со здоровыми спортсменами характеризовался относительной брадикардией (ЧСС в покое $58,2 \pm 1,9$ в 1 мин. против $63,6 \pm 0,8$), увеличением размеров полости левого желудочка (ЛЖ) по данным Д-ЭхоКГ (конечно-диастолический размер $5,63 \pm 0,03$ см против $5,06 \pm 0,02$ см), увеличением размеров полостей левого предсердия и правого желудочка (соответственно $3,73 \pm 0,04$ см против $3,36 \pm 0,02$ см и $2,37 \pm 0,04$ см против $2,03 \pm 0,02$ см), толщины свободной стенки ЛЖ и межжелудочковой перегородки (соответственно $0,87 \pm 0,01$ см против $0,78 \pm 0,01$ см и $0,90 \pm 0,02$ см против $0,80 \pm 0,01$ см) (различия всех показателей между сравниваемыми группами достоверны при $p < 0,01$ – $0,001$). Среди 75 пациентов со «спортивным сердцем» преобладали спортсмены высокой квалификации (10 мастеров спорта международного класса, 31 мастер и кандидат в мастера спорта – 54,6%), тогда как среди представителей любительского спорта их было всего 34 из 340, что составило 10,0% ($p < 0,001$). Чаще всего «спортивное сердце» диагностировалось у представителей видов спорта, связанных с высокоинтенсивной и высокостатической нагрузкой (велоспорт – 35,7%, бег на длинные дистанции – 27,6%, пауэрлифтинг – 25,0%). У пациентов со «спортивным сердцем» наблюдались разнообразные нарушения ритма, в том числе неустойчивая желудочковая тахикардия в 1 случае, частая желудочковая и суправентрикулярная экстрасистолия соответственно в 20 и 16 наблюдениях, миграция водителя ритма в 24 случаях, и проводимости сердца (атриовентрикулярная блокада I ст. у 12 спортсменов, II ст. (тип Mobitz I) – у 6 спортсменов, полная блокада правой ножки п. Гиса – в 3 случаях, синдром ранней реполяризации желудочков в 9 наблюдениях). В остальных 130 случаях были диагностированы аномалии хордаального аппарата сердца (45), систолический пролапс створок митрального клапана I ст. в 11 наблюдениях, II ст. – у 2 спортсменов, латентный и манифестирующий синдром WPW (соответственно 7 и 3 наблюдения). У 15 спортсменов были впервые выявлены врожденные пороки сердца с минимальными нарушениями внутрисердечной гемодинамики, в том числе в 9 наблюдениях незначительный стеноз легочной артерии, в 5 случаях – вторичный дефект межпредсердной перегородки, в 2 наблюдениях – двустворчатый аортальный клапан. У одного спортсмена (футболист, мастер спорта) была выявлена неразпознанная ранее гипертрофическая кардиомиопатия.

Выводы. Синдром «спортивного сердца» может считаться физиологическим как результат долговременной адаптационной реакции, обеспечивающей максимально экономное функционирование в покое и возможность достижения предельной производительности при физической нагрузке. Разграничение синдрома патологического «спортивного сердца» и истинной структурной/электрической/функциональной патологии сердца представляет собой сложную, противоречивую и порой трудноразрешимую задачу. Критерии синдрома физиологического «спортивного сердца» могут применяться только в отношении спортсменов выше среднего уровня спортивной квалификации; в иных случаях патологические изменения следует считать органическими. Таким образом, состояние сердечно-

сосудистой системы спортсменов может варьировать в широких пределах, что требует тщательного и продуманного врачебного подхода перед окончательным заключением о допуске или отстранении спортсмена от тренировок и состязаний.

Особенности течения хронической обструктивной болезни легких, влияющие на развитие фибрилляции предсердий

Леонова Е.И., Шехян Г.Г., Задионченко В.С., Адашева Т.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Цель: изучить клинко-функциональные особенности хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП). Выявить параметры ХОБЛ, влияющие на развитие данного вида аритмии.

Методы исследования: обследовано 50 больных с ХОБЛ II-IV степени (GOLD 2011), вне обострения, с пароксизмальной формой ФП. Контрольная группа – 50 больных ХОБЛ II-IV степени (вне обострения) без ФП. Всем больным проводилась спирометрия, суточная пульсоксиметрия, учитывались индекс симптомов (опросники mMRC и CAT) и количество тяжелых обострений ХОБЛ за год, а также проводился тест с шестиминутной ходьбой, рассчитывался индекс BODE. Больные распределялись на группы на основании результатов суточного мониторирования электрокардиографии. Всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование. Также оценивался уровень системного воспаления (высокочувствительный С-реактивный белок) в обеих группах. Критерии не включения в исследование: ишемическая болезнь сердца, пороки сердца, кардиомиопатии, синдром слабости синусового узла, сахарный диабет, дисфункция щитовидной железы.

Результаты исследования: группы были сопоставимы по длительности течения ХОБЛ и индексу курения, в обеих группах преобладали мужчины. Объем форсированного выдоха за 1 секунду и индекс Тиффно были ниже у больных ХОБЛ с ФП ($p=0,032$ и $0,043$). По частоте тяжелых обострений ХОБЛ достоверных различий между группами не выявлено. По результатам опросников для больных ХОБЛ с ФП характерен высокий индекс симптомов по сравнению с контрольной группой. При оценке суточной пульсоксиметрии отмечалось статистически значимое снижение минимальной сатурации кислородом крови ($\text{минSpO}_2, \%$) $78,0 [75,0; 81,0]$ у больных с ФП по сравнению с контрольной группой $83,0 [79,5; 87,0]$, $p<0,001$. Также базовая и средняя сатурация кислородом крови была ниже у больных с аритмией ($p=0,01$). Индекс десатурации был сопоставим между группами. Тест с 6-ти минутной показал уменьшение пройденной дистанции, $m - 240,0 [152,5; 307,5]$, и $\text{минSpO}_2, \%$ – $78,0 [74,7; 81,2]$ у больных ХОБЛ и ФП по сравнению с контрольной группой, где эти показатели $480,0 [400,0; 500,0]$, $p<0,001$ и $85,0 [81,0; 88,0]$, $p=0,003$ соответственно. При этом индекс BODE был статистически значимо выше у больных с аритмией $4[3;5]$ по сравнению с группой без ФП $1[1;2]$, $p<0,001$. Уровень С-реактивного белка был значимо выше у больных с ФП ($p<0,001$) и коррелировал с количеством пароксизмов ФП ($R=0,583$; $p=0,002$). Также была выявлена взаимосвязь между $\text{минSpO}_2, \%$ и количеством пароксизмов ФП ($R=-0,814$, $p<0,001$). Наблюдалась корреляционная связь $\text{минSpO}_2, \%$ с эхокардиографическими параметрами: размерами обоих предсердий, базальным диаметром правого желудочка, систолическим давлением в легочной артерии, влияющими на частоту пароксизмов ФП. Выводы: для больных ХОБЛ с ФП характерны более выраженная бронхообструкция, системное воспаление и гипоксемия, а также высокий индекс симптомов, уменьшение пройденной дистанции в

тесте с 6-минутной ходьбой, повышение индекса BODE. Системное воспаление и гипоксемия оказывают выраженное влияние на развитие ФП, учитывая их взаимосвязь с частотой пароксизмов. При этом гипоксемия вносит наиболее значимый вклад в развитие данной аритмии у больных ХОБЛ, учитывая его статистически значимую корреляционную связь с параметрами ремоделирования миокарда.

Отдаленная эффективность радиочастотной абляции при различных вариантах персистирующей мерцательной аритмии

Лещанкина Н.Ю., Чекашкина Е.Е., Назаркина М.Г., Еремеева Е.Н.

Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева, Саранск

Лечение персистирующей мерцательной аритмии (МА) представляет до сих пор одну из главных проблем в аритмологии в связи со сложностью механизмов данной аритмии. Устранение аритмогенных фокусов в предсердиях с помощью радиочастотной абляции (РЧА) является перспективным направлением в лечении рефрактерной к антиаритмической терапии МА.

Цель исследования: определение возможных предикторов восстановления синусового ритма при персистирующей МА, оценка отдаленной эффективности РЧА при данной аритмии.

Материалы и методы: обследовано 72 больных с персистирующей формой МА (ср. возраст $57,5 \pm 3,2$ года). Пациенты были разделены на 2 группы – 1 группа: «чистая» фибрилляцией предсердий (ФП) (25 больных – 35%) и 2 группа: сочетание ФП и трепетания предсердий (ТП) (47 больных – 65%). Результаты: наиболее распространенными заболеваниями, ассоциированными с МА, явились: артериальная гипертензия 80% в 1 группе и 85% – во 2 группе ($p>0,05$), ИБС чаще диагностировалась во 2 группе – 72% и 56% соответственно ($p<0,05$), ХСН встречалась в обеих группах с одинаковой частотой – 76% и 80% соответственно, избыточная масса тела чаще наблюдалась во 2 группе – 60% и 74% ($p<0,05$) соответственно. Большинство пациентов имело повышенный риск тромбоэмболических осложнений (ср. риск по шкале CHA2S2-VASc составил $4,2 \pm 0,6$) и принимали варфарин (86%); достигнутое среднее значение МНО составило в обеих группах $2,5 \pm 0,3$. Признаки дилатации левого предсердия были выявлены у 56% больных 1 группы и 80% 2 группы, у 64% из которых выявлялись признаки легочной гипертензии. Все больные 1 группы (56% РЧА устьев легочных вен, 44% – РЧА правого перешейка) сохраняли синусовый ритм в течение всего периода стационарного наблюдения. Во 2 группе пациентов РЧА проводилось на фоне МА (85% больных РЧА правого перешейка, 15% – РЧА устьев легочных вен). У всех больных с исходным ритмом ФП-ТП был восстановлен синусовый ритм (100%), но у 9 больных (19%) в течение первых 3 дней снова возник пароксизм ФП, купированный медикаментозно. Через год после РЧА синусовый ритм сохранялся у 68% больных 1 группы и 49% больных 2 группы. У 32% больных 1 группы персистирующая форма ФП перешла в пароксизмальную, приступы регистрировались редко, купировались самостоятельно или приемом антиаритмиков, большинство пациентов отметили значительное улучшение качества жизни. Во 2 группе пациентов (сочетание ФП и ТП) 74% больных отметили улучшение своего состояния через год после РЧА. У 63% пациентов в первые полгода пароксизмов не было; в последующем возникали единичные приступы, купирующиеся самостоятельно. У 26% больных за весь год отмечались единичные приступы, которые со временем стали учащаться, купировались как самостоятельно, так и приемом антиаритмиков. 37% больных 2 группы положительного эффекта от проведенной РЧА не отметили.

Вывод. Отдаленная эффективность РЧА у больных с персистирующей ФП была выше, чем при сочетанном варианте МА, когда в течение года регистрируются пароксизмы как ФП, так и ТП, что требует дальнейшего электрофизиологического поиска у таких больных с целью повторных РЧА воздействий на аритмогенные зоны предсердий, ответственные за данный тип МА.

Стратификация риска инсульта и кровотечений у больных с фибрилляцией предсердий врачами разных специальностей

Линчак Р.М., Недбайкин А.М., Компаниец О.Г., Комков Д.С., Борискина Е.А.

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Кубанский государственный медицинский университет, Брянский областной кардиологический диспансер, Москва, Краснодар, Брянск

Согласно современным рекомендациям, каждому больному с фибрилляцией предсердий (ФП) должны быть определены риски инсульта и кровотечений для успешного подбора антикоагулянтной терапии. С этой целью предлагаются соответствующие шкалы: CHA2DS2-VASc и HAS-BLED.

Цель: проанализировать, как врачи амбулаторного звена разных специальностей подходят к стратификации риска у больных с фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование врачей амбулаторного звена в трех городах России (Москва, Краснодар, Брянск). 382 врачам (221 терапевтам и 161 кардиологам) предлагалось ответить на вопрос: «Используете ли Вы у больных с фибрилляцией предсердий шкалы CHA2DS2-VASc и HAS-BLED для стратификации риска инсульта и геморрагических осложнений?».

Результаты. Из 161 опрошенных кардиологов 50 (31%) респондентов указали, что всегда стратифицируют риск инсульта у больных с ФП по шкале CHA2DS2-VASc. Из 221 опрошенных терапевтов данную шкалу используют в своей практике лишь 20 (9%) респондентов. Шкалу HAS-BLED используют 45 (28%) кардиологов и 46 (21%) терапевтов. Все различия достоверны. Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют о крайне низкой частоте стратификации риска инсульта и кровотечений у больных с фибрилляцией предсердий врачами амбулаторного звена. При этом кардиологи чаще, чем терапевты используют современные шкалы стратификации.

Каким оральным антикоагулянтам для профилактики инсульта у больных с фибрилляцией предсердий отдают предпочтение врачи разных специальностей?

Линчак Р.М., Недбайкин А.М., Компаниец О.Г., Комков Д.С., Борискина Е.А.

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Кубанский государственный медицинский университет, Брянский областной кардиологический диспансер, Москва, Краснодар, Брянск

В отечественных и европейских рекомендациях последнего пересмотра по ведению пациентов с фибрилляцией предсердий при наличии 1 и более факторов риска, включенных в шкалу CHA2DS2-VASc, пациентам с

ФП рекомендована неопределенно долгая терапия либо антагонистами витамина К, либо новыми оральными антикоагулянтами (НОАК), причем выбор рекомендуется делать в пользу НОАК.

Цель: проанализировать, существуют ли различия в предпочтениях при назначении оральных антикоагулянтов при ФП, у врачей амбулаторного звена разных специализаций (кардиологов и терапевтов).

Материалы и методы. С ноября 2012 по май 2013 гг. проводилось анонимное анкетирование врачей в различных учреждениях здравоохранения первичного звена Москвы, Краснодар и Брянска. Один из вопросов был посвящен определению препарата выбора из антикоагулянтов, рекомендуемых при фибрилляции предсердий. За это время было опрошено 382 врача, из них 221 терапевт и 161 – кардиолог. Результаты: после обработки анкет выяснилось, что, из 382 опрошенных врачей, 260 (68%) в качестве профилактики тромботических осложнений при фибрилляции предсердий, считают препаратом выбора варфарин, и только 122 (32%) – НОАК. Среди кардиологов выбор в пользу варфарина сделали 92 (57%) из 161 опрошенных, а среди терапевтов 168 (76%) из 221 опрошенных. НОАК же препаратом выбора считают 69 (43%) кардиологов и 53 (24%) терапевта. При сравнении данных между кардиологами и терапевтами все различия достоверны.

Таким образом, несмотря на удобство применения, отсутствие необходимости рутинного контроля антикоагулянтного действия, сопоставимую и даже большую эффективность, а также лучший профиль безопасности по сравнению с варфарином, большинство опрошенных врачей в своей клинической практике, продолжают отдавать предпочтение варфарину. Причем среди терапевтов доля их достоверно больше, чем среди кардиологов.

Уровень вазоактивных молекул в динамике лечения больных с АГ

Логаткина А.В., Собченко А.А., Бондарь С.С., Терехов И.В.

Тульский государственный университет, Тула

Цель исследования – изучение динамики вазоактивных молекул у больных с АГ на фоне комплексной терапии.

Материалы и методы. В исследование включено 120 пациентов обоего пола в возрасте 45–55 лет (средний возраст 51,5±2,5 года) с АГ II-III стадии (средняя длительность заболевания – 10,8±2,2 года). Группу сравнения составили практически здоровые лица обоего пола в возрасте 30–35 лет (средний возраст 33,7±1,5 года) из числа доноров крови, не имевших факторов риска. Пациенты 1-й группы (группа 1) получали только медикаментозное лечение. Пациенты 2-й группы (группа 2) наряду с лекарственной терапией на протяжении всего курса лечения ежедневно в течение 20 минут получали физиотерапевтическое воздействие аппаратом Акватон на проекцию затылочной области. В ходе исследования, у всех пациентов в плазме крови методом ИФА определяли уровень ренина, и его активность (аР), концентрацию окиси азота (NO), ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), ангиотензина II (АТ-II), растворимой формы рецепторов к АТ-II 1-го типа (рАТ-II) и эндотелина, а так же концентрацию С-реактивного белка (hsCRP). Результаты. Плазменная концентрация ренина у практически здоровых лиц составила 3,59±0,086 нг/мл, аР – 1,48±0,112 нг/мл/ч, концентрация NO – 24,4±1,09 мкмоль/л, АПФ – 17,5±2,74 Ед/л, АТ-II – 22,0±1,15 пг/мл, рАТ-II – 0,59±0,048 пг/мл, эндотелина – 0,3±0,004 фмоль/л, hsCRP 2,96±0,125 мг/л. Концентрация Е-селектина составила 2,27±0,227 нг/мл, Р-селектина 148,7±4,7 нг/мл, ICAM-1 – 284,3±25,5 нг/мл, VCAM-1 – 467,0±16,2 нг/мл. Анализ выявил снижение у больных ИБС сывороточной концентрации NO на 18,0% (р=0,028), повышение рАТ-II в 2,15 раза (р=0,001), hsCRP на 40,2% (р=0,021), эндотелина на 21,3% (р=0,025), аР на 19,1% (р=0,029), уровня АПФ

на 17,7% ($p=0,031$) и АТ-II на 17,1% ($p=0,031$). Вместе с тем, уровень ренина у больных с АГ превышал показатели здоровых лиц всего на 1,46% ($p=0,81$). Проведенный анализ так же выявил увеличение концентрации Е-селектина на 4,6% ($p=0,28$), Р-селектина на 5,0% ($p=0,26$), VCAM-1 на 10,9% ($p=0,044$), ICAM-1 на 20,3% ($p=0,039$). На фоне лечения наблюдалось снижение аР на 6,0% ($p=0,055$), увеличение его концентрации на 7,1% ($p=0,053$), снижение концентрации АТ-II на 8,6% ($p=0,051$), повышение на 12,4% ($p=0,039$) уровня NO и на 0,46% ($p=0,67$) – hsCRP. Кроме того, отмечалось увеличение концентрации АПФ на 11,8% ($p=0,05$), рАТ-II на 2,4% ($p=0,61$), протекавшее при неизменном уровне эндотелина. Непосредственно после лечения отмечалось уменьшение концентрации ICAM-1 на 1,0 ($p=0,79$) и VCAM-1 на 0,7% ($p=0,8$), с повышением уровня Е- и Р-селектинов на 0,53 ($p=0,66$) и 0,1% ($p=0,9$) соответственно. Спустя месяц, выявлено повышение ренина на 8,7% ($p=0,1$), АПФ на 12,7% ($p=0,06$), эндотелина на 3,6% ($p=0,22$) и hsCRP на 3,3% ($p=0,25$). Данные изменения регистрировались на фоне снижения аР на 6,6% ($p=0,18$), уровня АТ-II на 2,2% ($p=0,6$), концентрации рАТ-II на 22,4% ($p=0,017$). Так же отмечено повышение уровня NO на 13,0% ($p=0,07$), Е-селектина на 1,1% ($p=0,77$), снижение ICAM-1 и VCAM-1 на 0,4% ($p=0,85$) и 1,6% ($p=0,73$) соответственно, при неизменном уровне Р-селектина. В группе пациентов, получавших физиотерапию, после проведенного курса отмечалось снижение концентрации ренина на 2,2% ($p=0,67$), аР на 19,3% ($p=0,021$), АПФ на 0,6% ($p=0,9$), АТ-II на 0,9% ($p=0,9$), рАТ-II на 18,8% ($p=0,023$), hsCRP на 5,2% ($p=0,19$). Выявленные изменения протекали на фоне неизменной концентрации эндотелина и NO. В данной группе отмечена тенденция к снижению уровня Е-селектина на 3,5% ($p=0,15$), Р-селектина на 1,4% ($p=0,33$), ICAM-1 и VCAM-1 на 6,9 ($p=0,08$) и 3,7% ($p=0,1$) соответственно. Спустя месяц после физиотерапии, концентрация ренина оставалась сниженной по сравнению с исходной на 11,5% ($p=0,05$), а его активность – на 12,1% ($p=0,044$). Уровень рАТ-II был снижен на 52,8% ($p=0,001$), АПФ на 12,3% ($p=0,037$), АТ-II на 13,4% ($p=0,033$), концентрация эндотелина на 10,7% ($p=0,051$), а hsCRP на 13,2% ($p=0,044$). Кроме этого, отмечалось снижение уровня Е-селектина на 9,1% ($p=0,062$), Р-селектина на 1,5% ($p=0,83$), ICAM-1 на 8,5% ($p=0,07$) и VCAM-1 на 8,9% ($p=0,069$). Уровень NO был выше на 11,4% ($p=0,05$).

Заключение. Комплексное использование физиотерапии в лечении АГ способствует снижению воспалительной активации эндотелия, уменьшению проявлений эндотелиальной дисфункции, активирует депрессорные механизмы сосудистой регуляции, приводит к снижению уровня рецепторов 1-го типа к АТ-II.

Возможности физических тренировок в коррекции дисфункции правого желудочка сердца у больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью

Ломакина Н.А., Кондакова Г.Б.

Алтайский медицинский университет, Барнаул

Цель: изучить дисфункцию правых и левых отделов сердца у больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-III функционального классов (ФК) и влияние на нее физических тренировок (ФТ) по методике свободного выбора нагрузки (СВН).
Материалы и методы: обследовано 122 больных с ХСН старше 60 лет (средний возраст $76,78 \pm 1,28$ лет). ХСН I ФК отмечена у 27, II – у 74 и III – у 21 (средний ФК – $1,85 \pm 0,06$). Всем больным до и после лечения проводились велоэргометрия и эхокардиография, где кроме стандартных показателей определяли объем крови в конце диастолы (Vкд) и остаточный объем крови в конце систолы (ООКС) для левого желудочка (ЛЖ) сердца. ФТ

осуществлялись на велотренажере в режиме СВН на фоне базисной медикаментозной терапии (МТ). Основные принципы физической реабилитации: свободный выбор пациентом частоты педалирования, мощности нагрузки и продолжительности велотренировки. Курс ФТ составлял 15–20 занятий по 10–30 минут в зависимости от исходной толерантности к физической нагрузке. Больные методом случайной выборки разделены на две группы: основная – 82 больных, получавших ФТ в сочетании с МТ; сравнения – 40 больных получавших только МТ. Результаты: у больных пожилого и старческого возраста с ХСН имеется дилатация правых и левых камер сердца с диастолической дисфункцией (ДДФ) правого желудочка (ПЖ), ухудшением его сократительной способности (фракционного изменения площади (ФИП) < 40%) и усугублением функциональных нарушений ЛЖ с развитием его ДДФ и формированием легочной гипертензии. Степень выраженности нарушений нарастала с увеличением ФК ХСН. Лечение с применением ФТ у лиц с ХСН I ФК пожилого возраста улучшало геометрию как правого, так и левого желудочков, что сопровождалось увеличением систолической функции сердца, при снижении ООКС ЛЖ, при неизменных ударном объеме (УО), Vкд и минутном объеме кровообращения (МОК). У больных с ХСН II ФК после лечения с ФТ в ПЖ не наблюдалось значимых изменений геометрии и функции. В ЛЖ произошло уменьшение его дилатации с ростом сократительной способности (фракции выброса (ФВ) и УО), при уменьшении ООКС ЛЖ и МОК, с сохранением прежнего объема крови в ЛЖ в конце диастолы, по сравнению с пациентами с ХСН I ФК. В группе больных с ХСН III ФК, имеющих изначально более тяжелую систолодиастолическую дисфункцию сердца, после медикаментозного лечения с применением ФТ отмечалось большее – по сравнению с пациентами с другими ФК ХСН – изменение геометрии правого и левого желудочков сердца, сопровождающееся увеличением ФИП ПЖ и ФВ, и УО ЛЖ, при снижении ООКС ЛЖ. Улучшение структурных показателей и систолической функции сопровождалось одновременным уменьшением ДДФ обоих желудочков сердца, в большей степени у больных с ХСН II–III ФК. После лечения ФТ среднее давление в легочной артерии снизилось у всех больных независимо от ФК ХСН, но в большей степени – у больных с III ФК (на 14,7%, $p \leq 0,0001$). Различия значений после лечения были статистически значимы по сравнению с группой МТ в подгруппах с одинаковым ФК ХСН при $p \leq 0,05$ – $0,001$, где наблюдалась положительная динамика в основном функциональных показателей. При оценке синергической работы правых и левых отделов сердца после лечения с применением ФТ отмечены положительные корреляционные взаимосвязи между ними, а также прямая связь между ФИП ПЖ и показателями физической работоспособности, в частности – пороговая мощность/толерантность к физическим нагрузкам (ПМ/ТФН) ($p < 0,05$).

Выводы: наиболее выраженное деремоделирование сердца на фоне лечения с применением ФТ происходит у больных с исходно более высоким ФК ХСН. Применение ФТ обуславливает прямую корреляционную связь между ПМ/ТФН и фракционным изменением площади ПЖ, что подтверждает зависимость повышения физической работоспособности от улучшения функции ПЖ.

Структура коморбидных профилей у пациентов с атеросклерозом брахиоцефальных сосудов

Лузина Т.В., Урванцева И.А., Ефимова Л.П., Милованова Е.В.

Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии, Сургутский государственный университет ХМАО-Югры, медицинский институт, Сургут, ХМАО-ЮГРА

Актуальность. Коморбидность является распространенным и актуальным, но недостаточно изученным явлением. Большинство современных пациентов

имеют множество сопутствующих заболеваний, что особенно важно учитывать для определения дальнейшего прогноза заболевания. Распространенность коморбидности, согласно исследованию M. Fotin, составляют: 69% у больных молодого возраста, 93% среди больных средних лет и до 98% у пациентов старшей возрастной группы. При этом индекс коморбидности варьирует от 2,8% у молодых до 6,4% у пожилых. Влияние же коморбидности на клиническое течение, диагностику, лечение и прогноз заболевания многогранно и индивидуально. Взаимодействие заболеваний, возраста и лекарственного патоморфоза значительно изменяет клиническую картину заболевания, течение основной нозологии, характер и тяжесть осложнений, ухудшает качество жизни, делает неблагоприятным прогноз дальнейшего заболевания. В настоящее время все большую актуальность приобретают изучение коморбидных профилей для оценки дальнейшего прогноза заболевания.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ медицинской документации 500 пациентов БУ «ОКД ЦД и ССХ» г. Сургута, находящихся на динамическом ангионеврологическом наблюдении с атеросклерозом брахиоцефальных сосудов.

Результаты. Пациенты разделены на 6 групп в зависимости от степени поражения брахиоцефальных сосудов. В структуре диспансерной группы преобладают прооперированные пациенты – 29%. На втором месте 23% – пациенты, имеющие асимптомные атеросклеротические бляшки >40%. На третьем месте 20% – пациенты, имеющие бляшки <50%, имеющие в анамнезе ОНМК или ТИА. Данным категориям больных определяется структура коморбидных профилей и разрабатывается индивидуальная программа вторичной профилактики неврологических осложнений. Установлено, что из общего количества пациентов, находящихся на динамическом ангионеврологическом наблюдении по поводу атеросклероза брахиоцефальных сосудов, – 72,6% наряду с терапией ведущей патологии требовалось коррекция сопутствующих заболеваний. Наибольший процент в структуре коморбидных профилей занимают заболевания сердечно-сосудистой системы – 65,9% и эндокринной системы – 28,7%, ревматологические заболевания – 5,4%. Среди отдельных нозологических групп лидирует: гипертоническая болезнь – 59,2%, ишемическая болезнь сердца – 36,4%, сахарный диабет 2 типа с различными осложнениями – 3,3%, приобретенные пороки сердца – 1,1%. У лиц с неблагоприятным коморбидным профилем отмечен высокий удельный вес конкурирующих заболеваний: 35,2% – имели 1 конкурирующее заболевание, 44,2% – 2 конкурирующих заболевания, 20,6% – 3 и более конкурирующих заболеваний. Заключение: оценка коморбидных профилей у неврологических больных с атеросклеротическим поражением брахиоцефальных артерий актуальна и необходима в клинической практике и требует разработки оптимизированных схем фармакологического лечения.

Особенности манифестации и течения системной красной волчанки

Лушпаева Ю.А., Витик А.А., Гвоздева Д.Д.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Цель. Оценить характер дебюта и течения системной красной волчанки. **Материалы и методы.** Обследовано 37 пациентов (33 (89%) женщин и 4 (11%) мужчин) с системной красной волчанкой (СКВ), средний возраст 35 [23,5; 38,5] лет, находившихся под наблюдением в Тюменском ревматологическом центре в течение последних 10 лет (период 2004–2014 гг.) – «современная» группа. Наряду с этим проведена ретроспективная оценка историй болезни 39 пациентов с СКВ 37 (94,9%) женщин и 2 (5,1%) мужчин, средний возраст которых составил 33 [19,5; 36,5] лет, наблюдавшихся в Тюменском ревматологическом центре в период с 1993–2003 гг. – «ретроспективная»

группа. Диагноз СКВ устанавливался на основании диагностических критериев Американского Колледжа Ревматологов – ACR (1997), и международных критериев SLICC (2012); активность и характер течения болезни оценивалась по классификации В.А. Насоновой (1989г.) и индексу активности SLEDAI в модификации SELENA (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index SELENA modification).

Результаты и их обсуждение. В «современной» группе преобладали пациенты с подострым по началу 13 (35%) и хроническим 17 (46%) течением заболевания, острое течение СКВ наблюдалось у 7 (19%). В большинстве случаев 26 (70%) активность заболевания соответствовала II степени по классификации В.А. Насоновой, а по шкале SLEDAI медиана активности составила 15 [10; 41] баллов. Наиболее распространенными клиническими проявлениями СКВ в «современной» группе пациентов были: патология опорно-двигательного аппарата 34 (92%), нефрит 14 (38%) и кожный синдром 10 (27%). Чаще было характерно поражение мелких суставов кистей, лучезапястных и коленных суставов. У большинства больных с кожным синдромом наблюдались элементы эритемы лица и зоны декольте, изъязвления слизистых оболочек полости рта и носа, у 7 (19%) регистрировался синдром Рейно. Поражение центральной и периферической нервной системы встречалось у 7 (19%) больных. Поражение системы крови включало: лейкопению, обусловленная активностью заболевания – 23 (62%), тромбоцитопения – 5 (14%). Практически у всех пациентов выявлялась высокая иммунологическая активность: у 36 (97%) определялся антинуклеарный фактор (АНФ Нер2), у 29 (78%) больных обнаружен высокий уровень антител к ДНК – а-дсДНК (89,3 [31; 198] Ед/мл. Летальный исход в дебюте СКВ был зарегистрирован у 3-х (8%) пациентов. 2-е из них умерли от полиорганной недостаточности, вследствие «молниеносного» течения основного заболевания. Один пациент – в результате СКВ, течение которой осложнилось сепсисом. В «ретроспективной» группе пациентов СКВ манифестировала остро у 9 (28%), с подострым по началу 23 (59%) и хроническим 7 (13%) течением заболевания. по шкале SLEDAI медиана активности составила 29 [18; 61] баллов. В клинике чаще всего встречались: артриты – у 35 (90%); кожный синдром – у 21 (54%); у 23 (59%) регистрировался нефрит, поражение нервной системы наблюдалось у 15 (39%) пациентов и серозит у 9 (23%). Оценить достоверность иммунологической активности не представляется возможным, в связи с несостоятельностью серологической диагностики на период дебюта СКВ в данной группе. Летальный исход в дебюте заболевания регистрировался у 6-ти (15%) пациентов: у 4-х из них наблюдался тяжелый сепсис, у 2-х – «катастрофическое» течение болезни. Заключение. В результате исследования установлено, что на современном этапе дебют СКВ характеризуется в большей степени поражением опорно-двигательного аппарата, изменением со стороны системы крови – лейкопенией, и в меньшей степени поражением «классических» для СКВ систем – почек, нервной системы и серозных оболочек. В большинстве случаев наблюдается выраженная иммунологическая активность. Течение основного заболевания у большинства пациентов характеризуется первично-хроническим характером с малосимптомной клинической картиной.

Особенности периферического кровообращения у практически здоровых женщин в до- и постменопаузальном периоде

Магкая О.В., Автандилов А.Г.

Российская медицинская академия последиplomного образования, Москва

Многочисленные исследования показывают, что риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у женщин в период постменопаузы резко

возрастает, что может объясняться не только дефицитом эстрогенов, но и физиологическими изменениями, наблюдающимися при старении. Известно, что старение связано с анатомическими и функциональными изменениями в сосудистой стенке артерий, включая повышение сосудистой жесткости.

Цель. Изучить динамику некоторых показателей периферического кровообращения у практически здоровых женщин в до- и постменопаузальном периоде, характеризующих структурно-функциональные изменения сосудистой стенки.

Задачи. Оценка состояния эластичности сосудистой стенки у практически здоровых женщин в зависимости от возраста с помощью определения индекса жесткости (SI, м/с), индекса отражения (RI, %), периода времени между систолическим и диастолическим пиками цифровой волны (PPT, мс), с помощью фотоплетизмографа «Pulse Trace PCA 2» («Mikro Medical», UK, 2000).

Материалы и методы. Обследовано 49 практически здоровых женщин в возрасте 30–55 лет, которые были разделены на 2 группы: 1 группа (25 человек) – 30–35 лет, без нарушений менструального цикла, 2 группа (24 человек) – женщины в возрасте 50–55 лет, находящиеся в постменопаузе, не получающие менопаузальную гормональную терапию. Критериями исключения из исследования являлись: ожирение, гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия и другие заболевания сердечно-сосудистой системы, органов внутренней секреции, почек. Статистический анализ проводился при помощи пакета статистических программ STATISTICA 6,0 для Windows (StatSoft, USA) и Microsoft Excel (Microsoft office 2003, USA) с представлением данных в виде средней величины и стандартного отклонения ($M \pm sd$).

Результаты. Индекс жесткости в 1-й группе составил $5,27 \pm 0,11$ м/с, во 2-й группе наблюдается тенденция к увеличению до $6,06 \pm 0,4$ м/с. Индекс отражения в группе женщин 30–35 лет составил $43,07 \pm 2,6\%$, во 2-й группе – $54,1 \pm 5,5$. При исследовании PPT в 1-й группе женщин определен показатель $309,9 \pm 6,6$ мс, во 2-й группе PPT составил $268, \pm 17,5$ мс.

Выводы. Согласно результатам фотоплетизмографии, в изучаемых группах установлены повышение индекса жесткости и индекса отражения и уменьшение периода времени между систолическим и диастолическим пиками цифровой волны у практически здоровых женщин с возрастом. Полученные данные свидетельствуют о влиянии фактора возраста на процессы структурно-функциональной перестройки сосудистой стенки.

Аскаридоз в практике терапевта. Клинический случай

Мадоян М.А.

Лечебно-диагностический центр «Мария», Рязань

Для врача-терапевта типичны ситуации, когда приходится проводить дифференциальный диагноз между различными заболеваниями, в т.ч. нетерапевтического профиля, среди которых нередко гельминтозы с характерным многообразием клинических проявлений. В качестве иллюстрации рассмотрим два клинических случая.

Случай 1. Больная Л., 1989 г.р., ведущая телевидения, обратилась 19.02.14 г. к терапевту с жалобами на обезображивающую угревую сыпь на коже лица, затрудняющую профессиональную деятельность, общую слабость, похудание. Из анамнеза: 5 месяцев прогрессирующая угревая сыпь, 4 неэффективных курса лечения у косметолога, 3 месяца общая слабость и похудание, что связывает с переживаемым стрессом.

Объективно: множественные угри на коже лица, эритема на коже шеи, ЧСС 96 в мин., живот болезненный в эпигастрии, чувствительный в других отделах. С учетом наличия длительного стресса, данных пальпации живота, кожных проявлений, у больной были заподозрены стрессовая язва желудка и сопутствующий патологический процесс в кишечнике. Результаты обследований: ФГДС 21.02.14 г.: поверхностный нормацидный пангастрит, острые эрозии антрума; копрологическое исследование 21.02.14 г.: яйца аскарид. Поставлен клинический диагноз. Осн.: острый эрозивный гастрит. Соп.: аскаридоз. Назначено лечение, в т.ч. антигельминтное. Контрольные анализ кала на яйца глист (я/г) 04,05,06.03.14: отрицательно, ФГДС 13.03.14: поверхностный гастрит. При явке 27.03.14 жалобы отсутствуют, объективно: регресс угревой сыпи, патологии не выявлено.

Случай 2. Больной А., 1987 г.р., обратился 03.03.15 г. к терапевту с жалобами на снижение либидо, раздражительность, общую слабость. Из анамнеза: в августе 2014 г. во время похода несколько дней беспокоили насморк и ослабление стула, прошедшие самостоятельно, после – эпизодически потливость и головная боль, в октябре заметил похудание, что связал с началом занятий спортом, с ноября беспокоит снижение либидо, что сам пациент считает началом заболевания и по поводу чего с ноября по февраль обращался к врачам различных специальностей. Проводимое лечение без эффекта, появились и нарастают раздражительность и общая слабость. При обращении к терапевту предъявлены результаты не зафиксировавших патологию анализов крови (общие, биохимический, гормональный, ВИЧ, RW, маркеры гепатитов В,С), мочи, спермы, мазков из уретры (ПЦР на ИППП, посев на флору), рентгенограмм легких и поясничного отдела позвоночника, МРТ головного мозга, заключения эндокринолога, невролога, психиатра. Объективно: эмоционально лабилен, ЧСС 100 в мин., болезненность живота в околопупочной области. Принимая во внимание начало заболевания на фоне возможного нарушения гигиенических норм питания в условиях похода, клиническую картину хронической интоксикации, болезненность при пальпации живота, было сделано предположение о возможном наличии у больного глистной инвазии. В анализе кала на я/г 04.03.15 г. – яйца аскарид. Поставлен клинический диагноз: аскаридоз. Назначена антигельминтная терапия, после которой анализ кала на я/г 19,20,21.03.15 г. отрицательный. При контрольной явке 02.04.15 г. жалоб нет, объективно патологии не выявлено. Умение ориентироваться в смежных дисциплинах, комплексный подход к больному и вдумчивый анализ данных опроса и осмотра помогают выбрать кратчайший диагностический маршрут. В частности, при опросе необходимо учитывать, что в качестве ведущей жалобы пациент часто называет отдельные симптомы, угрожающие его социальной значимости. Так, главной проблемой в 1 случае считалось ухудшение внешности, а во 2 – снижение либидо, а такие тревожные симптомы, как потеря массы тела и прогрессирующая общая слабость упоминались как несущественные. Тщательный сбор анамнеза может выявить связь начала заболевания с эпидемиологически значимым фактором, как во 2 случае. При выборе методов диагностики не стоит забывать о самых простых: в 1 и 2 случаях диагноз был установлен посредством анализа кала, отсутствие которого на предыдущих этапах ведения значительно увеличило финансовые затраты пациентов и сроки заболевания, отсрочило назначение адекватной терапии. Таким образом, приведенные клинические случаи наглядно демонстрируют необходимость бдительности врача-терапевта в отношении гельминтозов, важности тщательного сбора анамнеза и использования в диагностическом поиске таких рутинных методов обследования, как копрограмма и анализ кала на я/г.

Выявление и оценка рисков развития атеросклеротических изменений сосудов у пациенток с синдромом постовариоэктомии в зависимости от коррекции хирургической менопаузы

Майчук Е.Ю. Воеводина И.В., Передерко А.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Цель: оценить развитие доклинических проявлений атеросклероза при помощи определения скорости пульсовой волны (СПВ) и УЗДГ МАГ(толщины КИМ ОСА) у пациенток с факторами риска на фоне длительного течения дефицита половых гормонов.

Материал и методы. 87 женщин с хирургической менопаузой, возникшей в репродуктивном возрасте вследствие билатеральной овариоэктомии по поводу доброкачественных заболеваний половой системы, были разделены на 2 группы в зависимости от коррекции менопаузы: 50 пациенток (основная группа) в течение 12,7±5,6 лет наблюдались и принимали заместительную гормонотерапию (ЗГТ), 37 (группа сравнения) пациенток – не принимали ЗГТ, не обследовались и не наблюдались у врачей. Пациентки обеих групп были сопоставимы по возрасту проведения операции (39,4±7,1 лет – основная группа и 42,6±2,4 лет – группа сравнения) и возрасту на момент исследования (51,9±5,6 лет и 53,5±3,5 лет, соответственно). Проводилось определение СПВ на участке между сонной и бедренной артериями, ультразвуковая доплерография брахиоцефальных сосудов с измерением толщины комплекса интима-медиа общей сонной артерии (КИМ ОСА) с расчетом стандартных отклонений.

Результаты: оценивались изменения (увеличение) значений СПВ и толщины КИМ ОСА у пациенток в зависимости от наличия артериальной гипертензии, ожирения, курения, нарушений показателей липидного спектра, т.е. от основных факторов риска (ФР) и их сочетаний. Только у 9 пациенток основной группы отсутствовали ФР, толщина КИМ ОСА не превышала нормальных значений (0,82±0,14мм), результаты СПВ соответствовали 10,4±2,6м/сек. У двух пациенток группы сравнения, не имеющих ФР, по данным ЭКГ покоя были выявлены признаки гипертрофии и увеличения СПВ (12,5±2,8м/сек). Наличие у пациенток (n=16- основная и n=4 – группа сравнения) одного ФР (чаще ожирения, артериальной гипертензии или увеличение показателей липидного профиля) в обеих группах приводило к увеличению КИМ ОСА (0,93±0,11мм и против 0,90±0,12мм), появлению утолщения, извитости и атеросклеротических бляшек у пациенток группы сравнения. Показатели СПВ были достоверно выше у пациенток группы сравнения (10,8±4,0м/сек и 15,3 ±5,9м/сек). Анализ полученных результатов у пациенток в обеих группах с наличием двух ФР выявил увеличение показателей СПВ и толщины КИМ ОСА без достоверных различий в группах (11,5±4,4 против 12,0±2,8м/сек и 0,94±0,66 мм против 0,95±0,14мм, соответственно). Следует подчеркнуть, что у пациенток группы сравнения достоверно в 1,5 раза чаще встречалась извитость (37,5% против 76,9%), а также утолщение (53,8%), которое отсутствовало у пациенток основной группы. У пациенток с наличием 3-х и более ФР выявлено значимое увеличение показателей СПВ и толщины КИМ ОСА (12,3±5,3 против 15,3±7,8м/сек, p<0,05 и 0,91±0,1 мм против 1,04±0,16мм, соответственно, p<0,05). У пациенток группы сравнения помимо утолщения и извитости, которые встречались в достоверно большем проценте, в 17,6% были выявлены атеросклеротические бляшки. Выводы: показана значимость использования неинвазивных методов исследования (определение СПВ и УЗДГ МАГ) с целью раннего доклинического выявления атеросклеротических процессов. Риски развития атеросклероза значительно увеличиваются по мере увеличения

и сочетанной встречаемости факторов риска, что важно учитывать при ведении данного контингента пациенток. Коррекция менопаузы в виде приема ЗГТ замедляет развитие атеросклеротических поражений.

Роль факторов риска в ремоделировании сосудистого русла

Макеева Т.Г., Потехин Н.П., Фурсов А.Н., Заславская М.А., Гурина А.М.

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко, Москва

Актуальность. Изменение эластических свойств сосудистой стенки является мощным предиктором развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Цель настоящего исследования – провести сравнительный анализ структурно-функциональных показателей сосудистого русла у лиц с наличием и отсутствием традиционных факторов риска (ФР) развития ССЗ. Материалы и методы. Обследовано 56 человек (24 мужчин, 32 женщины), средний возраст которых составил 35,2±1,3 лет. У 25 отсутствовали ФР развития ССЗ (1 группа), у 31 (2 группа) – имели место избыточная масса тела (индекс массы тела 28,4±1,3), табакокурение (в 36,8% случаев), гиподинамия (в 35,2% случаев), отягощенная по сахарному диабету и артериальной гипертензии наследственность (в 56,4% случаев). Всем обследованным наряду с общеклиническим исследованием проводилось измерение показателей центрального АД (цАД) и параметров артериальной жесткости.

Результаты. Наибольшие показатели цАД отмечались у обследованных с ФР ССЗ (2 группа) в сравнении с лицами без ФР (1 группа), так уровни систолического (112,6±7,5 и 108,1±5,1 мм рт.ст. соответственно) и диастолического (78,1,6±6,3 и 75,6,6±4,1 мм рт.ст. соответственно) АД в аорте были наибольшими, как и показатель пульсового АД в аорте (34,9±3,5 и 32,3±3,4 мм рт.ст. соответственно) (p<0,05). Суточный индекс аугментации в 1 группе сравнения соответствовал – 16,4±4,5%, во 2 группе – 16,9±6,3% (p=0,05), однако его дневные (-16,1±7,3% и -15,1±6,3%) и ночные значения (-6,6±3,1% и -1,7±0,1%) достоверно различались, как и показатели артериальной жесткости: скорость пульсовой волны в аорте (PWVao) и время распространения отраженной волны (RWTT) у лиц 2 группы были наибольшими, по сравнению с 1 группой (10,6±0,9 и 9,94±0,8 м/с и 140,9±7,9 и 135,6±4,9 мс соответственно) (p<0,05). Индекс ригидности артерий (ASI) во 2 группе сравнения составлял 135,5±10,8 против 131,4±13,6 мм рт.ст. в 1 группе (p<0,05).

Заключение. Таким образом, наличие традиционных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний способствует раннему развитию ригидности артериального русла, что необходимо учитывать при разработке лечебно-профилактических мероприятий.

Оценка функциональной значимости и степени развития коллатерального кровотока сердца

Малов А.А. Фейсханова Л.И.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Атеросклероз эпикардиальных коронарных артерий на сегодняшний день является наиболее частой причиной ишемии и некроза миокарда вследствие критической ишемии, вызванной окклюзией или выраженным стенозом коронарной артерии. В этом случае минимальное поддержание кровотока дистальнее места окклюзии может осуществляться за счет коллатеральных сосудов – гипертрофированных мелких ветвей, выполняющих роль

шунтов между функционирующими коронарными артериями. В норме в коллатеральных артериях присутствует лишь минимальный поток крови, что не позволяет визуализировать их при ангиографии. При обструкции крупной артерии, в коллатеральных, которые соединяют дистальный сегмент пораженной артерии с проксимальным отделом той же артерии либо с близлежащими сегментами других артерий, возникает градиент давления, что ведет к увеличению диаметра этих шунтов более чем в 10 раз. Этот процесс ремоделирования критически важен при адаптации сердца к ишемии, потому что сопротивление кровотоку обратно пропорционально диаметру сосуда. Таким образом, изменение их диаметра позволило бы реваскуляризовать ишемизированный участок миокарда, и обеспечить кардиопротективную функцию коллатералей. Неоспорима роль и других факторов: размера и состояния просвета дистального сегмента сосуда, сопротивления в системе сосудов коронарного русла, вязкости крови, сократимости миокарда и степени физической активности человека. Исследования показывают, что ухудшение коронарной микроциркуляции является независимым предиктором плохого прогноза у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Особую ценность данные о функциональной значимости коллатералей представляют при принятии решения о проведении оперативных вмешательств у пациентов с критическими стенозами эпикардиальных артерий, поскольку есть данные об обратном развитии коллатеральной сети вследствие исчезновения градиента давления в стенозированной артерии во время реваскуляризирующих вмешательств. Существует несколько вариантов оценки коллатерального кровотока и гемодинамической значимости стенозов, таких как измерение фракционного резерва кровотока (ФРК) при проведении ангиографии коронарных сосудов, внутрисосудистого ультразвукового исследования (ВСУЗИ), однако вопрос их доступности в клинической практике остается актуальным. Наше исследование заключается в проведении сцинтиграфии миокарда в покое и при выполнении физической нагрузки у пациентов со стенозами эпикардиальных артерий с целью выявления и установления степени влияния коллатерального кровотока на перфузию миокарда. Выбрана группа из пациентов из 12 пациентов кардиологического отделения ГАУЗ РКБ МЗ РТ г. Казани, у которых в анамнезе отмечается многолетнее течение ИБС, стенокардия напряжения II-III ФК, артериальная гипертензия 2-3 стадии с умеренной гипертрофией левого желудочка по данным эхокардиоскопии. У пациентов отмечались нарушения ритма по типу частых полиморфных желудочковых экстрасистол, пробежек желудочковой тахикардии и наджелудочковых экстрасистол. По данным коронарографии выявлены множественные стенозы коронарных артерий: стеноз ствола левой коронарной артерии (ЛКА) до 50%, стеноз передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) более 50%, стеноз правой коронарной артерии (ПКА) более 50%. Для оценки перфузии миокарда пациентам проведена стандартная двухдневная ЭКГ-синхронизированная однофотонная эмиссионная компьютерная томография с ^{99m}Tc -технетрилом в покое и нагрузке с использованием велоэргометрической пробы. По результатам протокола исследования признаков стресс индуцированного нарушения перфузии ни у одного пациента из группы не выявлено. У 9 пациентов (75%) отмечаются признаки умеренно-выраженного нарушения перфузии верхушечной области в покое с признаками хорошо развитого коллатерального кровотока в бассейне ПМЖВ. Таким признаком является регрессия дефекта перфузии в ответ на нагрузку до 10–15%, который отмечался в покое и расценивался как полустабильный. Регрессия обусловлена ростом градиента давления в стенозированной артерии во время физической нагрузки вследствие чего происходит открытие коллатералей дистальнее стенозированной артерии. У 3 пациентов (25%) не выявлена регрессия дефекта перфузии. Несмотря на многососудистое поражение эпикардиальных артерий, в исследуемой группе наиболее значимое развитие коллатералей происходит в бассейне ПМЖВ. Исследование позволило дать объективную оценку перфузии миокарда в покое и при физической нагрузке, оценить функциональную значимость коллатерального русла и степень его развития.

Роль гипотензивной терапии у больных с геморрагическим инсультом

Маль Г.С., Хамед А.А., Кувшинова Ю.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск

В мире мозговой инсульт развивается примерно у 6 млн чел., в России примерно у 400 тыс. Показатели смертности от инсульта в России за последние 15 лет возросли и достигли 280 человек на 100 000 населения, что вывело мозговой инсульт на 2 место в структуре общей смертности населения и на 1 место как причину инвалидизации.

Цель исследования: сравнение клинической эффективности гипотензивной терапии у пациентов в раннем и позднем восстановительном периодах геморрагического инсульта на фоне гипертонической болезни.

Материалы и методы исследования. Обследованы 80 историй болезни мужчин (41–59 лет), находившихся на лечении в неврологическом отделении бюджетного муниципального учреждения «Курская областная клиническая больница».

Результаты исследования. Гипотензивный эффект комбинации эналаприла (20 мг в сутки) и бисопролола (10 мг в сутки) в раннем восстановительном периоде составил по уровню систолического артериального давления (САД) – 22,2%, по уровню диастолического артериального давления (ДАД) – 10,0%, в позднем восстановительном периоде по уровню САД – 12,5%, по уровню ДАД – 5,6%. Гипотензивный эффект сочетания лозартана (100 мг в сутки) и бисопролола (10 мг в сутки) в раннем восстановительном периоде составил по уровню САД 27,8%, по уровню ДАД – 20,0%, в позднем восстановительном периоде по уровню САД – 25,0%, по уровню ДАД – 11,1%. Ожидаемая частота развития повторного инсульта, оцененная по шкале CHADS₂, у 90% больных составила 8,5%, у 10% пациентов – 12,5%. Риск возможной смерти от сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE у всех 100% пациентов составил 5% и более, что позволило интерпретировать риск как высокий.

Таким образом гипотензивный эффект комбинации лозартан (100 мг в сутки) и бисопролол (10 мг в сутки) более выражен по сравнению с сочетанием эналаприл (20 мг в сутки) и бисопролол (10 мг в сутки) у пациентов как в раннем, так и в позднем восстановительном периодах геморрагического инсульта. Комбинация лозартан (100 мг в сутки) и бисопролол (10 мг в сутки) характеризовалась большей комплаентностью с минимум побочных эффектов.

Комплексное лечение остеоартроза коленных суставов с включением локальной стероидной терапии

Маманазарова Д.К., Искандерова С.Дж.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Введение/цель. Остеоартроз – хроническое прогрессирующее заболевание у лиц пожилого и старческого возраста с полиморбидностью старческой патологии. Это осложняет терапию системными средствами и придает значение локальной терапии.

Цель исследования: определить эффективность и безопасность повторных курсов локального применения глюкокортикостероидов (ГКС) при 5-летнем наблюдении при остеоартрозе (ОА) коленных суставов (КС).

Материалы и методы. В исследование включены 66 амбулаторных больных с достоверным диагнозом ОА КС II-III стадии по Kellgren – Lawrence в

соответствии с критериями Американской Коллегии Ревматологов (ASR, 1991). Возраст больных 53,8±9,1 лет, женщин 54 (80,4%), мужчин 12 (18,2%), длительность болезни 11,2±2,1 лет, индекс массы тела 32,3±3,1. У 45 (69,7%) больных была II, у 20 (30,3%) – III рентгенологическая стадия. Функциональная недостаточность 1,7±0,2. У всех больных был первичный ОА, моно-олигоартроз – у 30 (45,4%), полиостеоартроз узелковый – у 25 (39,7%), полиостеоартроз безузелковый – у 11 (16,7%). В зависимости от методов лечения больные разделены на 2 группы: основную (ОГ) и контрольную (КГ). Объективизация болевого синдрома при движении проведена по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – 63,5±14,7 мм; по индексу Лекена – 11,7±3,4 балла; по индексу Womac – 15,8±4,2 балла; по индексу тяжести гонартроза по Лекену – ОГ 75 баллов, 51 балл для КГ. Больные ОГ (n=42, 63,6%) принимали локальную стероидную терапию (ЛСТ) с ГКС – с интраартикулярными инъекциями в коленный сустав (вводилось 2,0 мл бетаметазона натрия фосфат (дипроспан) с 1,0 мл 2% р-ра лидокаина 1 раз в неделю, всего 2-3 раза, в среднем 2,3 раз, в наиболее болезненную точку, с учетом показаний и противопоказаний к ЛСТ. КГ составили 24 больных (36,4%), не получавших ЛСТ. Больные обеих групп получали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и хондропротекторы (структурно-модифицирующие препараты) по стиханию гонита. Оценка эффективности проводимой терапии определялась по критериям: значительное улучшение, улучшение, без перемен, ухудшение и функциональным критериям. Принималось во внимание следующее: интенсивность болевого синдрома (уменьшение боли более чем на 50%, до 50%, без изменений или увеличение), уменьшение окружности сустава, увеличение амплитуды сгибания, уменьшение дозы принимаемого НПВП. Динамика индексов ВАШ, Лекена, Womac оценивалась через 1, 4, 12 и 24 недель от начала терапии.

Результаты/обсуждение. Осложнений или ухудшения состояния у больных ОГ за весь период наблюдения не было. Значительное улучшение и улучшение отмечено у 37 (87,1% больных, леченных комплексной терапией, с применением ЛСТ. Ремиссия гонита более 1 года отмечалась у 26 (61,9%) больных. Данные клинко-инструментальных исследований свидетельствовали о достоверной положительной динамике: снижение индексов Лекена к концу I года до 5,4±1,2 балла ($\Delta=-53,9\%$), ВАШ – до 42,8 мм ($\Delta=-32,6\%$), Womac – до 5,7 балла ($\Delta=-63,1\%$), $P<0,001$. Доза приема НПВП до лечения составляла рекомендуемую среднюю терапевтическую дозу, во время проводимого лечения уменьшилась на 50-75%. Пятилетнюю программу лечения выполнили 23 больных ОГ и 16 больных КГ. У больных ОГ индекс тяжести гонартроза по Лекену несколько вырос – с 75 до 83 баллов (112,2%, $\Delta=12,2\%$). У больных КГ индексы Лекена, ВАШ, Womac не претерпели достоверной положительной динамики, дозы принимаемых НПВП осталась в прежнем объеме, что негативно сказалось на состоянии желудочно-кишечного тракта. Индекс тяжести гонартроза увеличился с 51 до 67 баллов (131,4%, $\Delta=31,4\%$).

Выводы/заключение. Локальная стероидная терапия является эффективным методом комплексной терапии остеоартроза коленных суставов в стадии обострения (гонита), не имеет нежелательных явлений, хорошо переносится даже больными пожилого возраста.

Анализ назначения двойной дезагрегантной терапии участковыми терапевтами и кардиологами амбулаторно-поликлинического звена больным, перенесшим острый инфаркт миокарда в период одного года и менее в рамках регистра РЕКВАЗА

Марцевич С.Ю., Загребельный А.В., Лукьянов М.М., Якушин С.С., Воробьев А.Н., Переверзева К.Г., Бойцов С.А.

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Москва, Рязань

Цель. Оценить качество медикаментозной терапии больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ) за последний год в рамках амбулаторно-поликлинического регистра РЕКВАЗА, обратив особое внимание на назначение участковыми терапевтами и кардиологами двойной дезагрегантной терапии в соответствии с современными клиническими рекомендациями.

Материал и методы. Из 3690 больных старше 18 лет, обратившихся в 2012–2013 гг. в одну из трех поликлиник г. Рязани и Рязанской области с наличием в диагнозе ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии, хронической сердечной недостаточности и фибрилляции предсердий и включенных в регистр были отобраны 421 пациент с ОИМ в анамнезе. Из них у 43 развился ОИМ за период 1 год и менее до момента включения в регистр. Таким больным показано назначение двойной антиагрегантной терапии (ААТ) согласно современным клиническим рекомендациям. Проведен анализ назначения ААТ, а также наличие в анамнезе абсолютных и относительных противопоказаний к назначению ААТ этим больным и соответствие этого назначения в зависимости от наличия противопоказаний к назначению двойной ААТ аспирином и клопидогрелем.

Результаты. Использование участковыми врачами и кардиологами амбулаторно-поликлинического звена двойной ААТ при лечении 43 больных, перенесших острый инфаркт миокарда за период один год и менее до включения в регистр соответствовало современным клиническим рекомендациям в 15 случаях (34,9%) (13 – назначено и 2 не назначены при наличии противопоказаний). 22 пациентам (51,1%) не назначена двойная ААТ при отсутствии противопоказаний, а 6 (14%) – назначены при наличии противопоказаний.

Выводы. Врачи не всегда делают выбор двойной ААТ в соответствии с современными клиническими рекомендациями. При этом отмечаются случаи не использования двойной ААТ при явных показаниях к назначению и, соответственно, наоборот, при наличии противопоказаний – назначают.

Оценка вероятности неблагоприятного исхода хронической сердечной недостаточности у больных артериальной гипертонией пожилого возраста

Медведев Н.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) и смертность от нее увеличиваются с возрастом, в группе 65–74-летних она составляет 4–5%, старше 75 лет – около 10%. Основными этиологическими факторами развития ХСН у людей старшего возраста признана АГ как наиболее распространенная патология после 40 лет, которая по мере прогрессирования заболевания вызывает диффузное распространение интерстициального миокардиального фиброза. В международной практике широко применяют Сизтлскую модель ХСН (Seattle Heart Failure Model, SHFM), позволяющую прогнозировать выживаемость, смертность, среднюю продолжительность жизни пациента. При ее разработке авторы считали основной задачей использование для построения прогноза только доступных в ежедневной медицинской практике клинко-инструментальных и лабораторных параметров: систолическое

артериальное давление (САД), фракцию выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), уровня гемоглобина, мочевины, общего холестерина и других с учетом назначенной медикаментозной терапии и применения вспомогательных устройств. Определение индивидуального прогноза пожилых больных ХСН необходимо для выработки рациональной тактики ведения пациентов, сокращения вероятности госпитализаций, улучшения качества их жизни.

Цель исследования — установить вероятность неблагоприятного исхода хронической сердечной недостаточности у больных АГ пожилого возраста.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное клинико-эхокардиографическое и лабораторное обследование 198 пациентов пожилого возраста, страдающих гипертонической болезнью II стадии, средний возраст которых составил $68,3 \pm 1,8$ лет, длительность АГ — $8,6 \pm 1,4$ года. Для расчета величины индивидуального риска смерти пациентов от ХСН использовали Сиэтлскую модель (Seattle Heart Failure Model (SHFM)). Толерантность к физической нагрузке и функциональный класс (ФК) ХСН определяли по результатам теста шестиминутной ходьбы. Статистический анализ полученных результатов проведен с помощью параметрических методов описательной статистики. Достоверность различий между сравниваемыми группами оценена по критерию Стьюдента при $p < 0,05$. Сопряженность связи между исследуемыми показателями оценивали по критерию χ^2 .

Результаты. На основе результатов расчета индивидуального риска смерти по модели SHFM все пациенты были разделены на 3 подгруппы. В подгруппу низкого риска смертности в ближайшие 5 лет ($< 25\%$) включены 58 пациентов, среднего ($25-50\%$) — 94 и высокого риска ($> 50\%$) — 46 больных. Оценка риска смерти, ассоциированного с выраженностью функциональных нарушений кровообращения, дает возможность практическому врачу лучше ориентироваться в определении индивидуального прогноза ХСН больных АГ старшего возраста и выборе рациональной тактики их ведения. Установлено, что ФК ХСН с высокой степенью достоверности сопряжен с величиной риска смертности ($\chi^2 = 168,2$; $p < 0,001$), что позволяет рассматривать снижение толерантности к физической нагрузке в качестве достоверного предиктора повышения вероятности сердечно-сосудистой смертности. Выводы. Оценка вероятности неблагоприятного исхода ХСН у больных старшего возраста тесно сопряжена с выраженностью нарушений толерантности к физической нагрузке, повышает точность индивидуального прогноза пациента, что необходимо учитывать при выборе рациональной тактики его ведения.

Роль эритропоэтина сыворотки крови в ранней диагностике и прогнозировании острого повреждения почек у больных с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности

Мензоров М.В., Шутков А.М., Макеева Е.Р., Ларионова Н.В., Морозова И.В., Голубчиков А.Ю.

Ульяновский государственный университет, Центральная городская клиническая больница, Ульяновск

Цель и задачи работы. Повышение уровня биохимических маркеров острого повреждения почек (ОПП) наблюдается при повреждении паренхимы почек и позволяет прогнозировать ОПП. Вместе с тем, в случае, когда в развитии ОПП важное значение имеет гемодинамический фактор, как в ситуации с острой декомпенсацией

хронической сердечной недостаточности (ОДХСН), роль биомаркеров менее очевидна. Уровень эритропоэтина сыворотки крови (ЭПО) тесно связан с развитием гипоксии, которая наблюдается при острой сердечной недостаточности.

Целью работы явилось исследование возможностей использования ЭПО в ранней диагностике и прогнозировании ОПП у больных с ОДХСН. Материалы и методы. Обследовано 83 пациента с ОДХСН. Мужчин 55 (66%), женщин — 28 (34%), средний возраст составил 65 ± 11 лет. Причинами хронической сердечной недостаточности (ХСН) были: ишемическая болезнь сердца (ИБС) — у 3 (4%), артериальная гипертензия (АГ) — у 4 (5%), сочетание АГ и ИБС — у 63 (76%), порок сердца — у 5 (6%), дилатационная кардиомиопатия — у 5 (6%), хроническая обструктивная болезнь легких — у 2 (2%), тромбоэмболия легочной артерии в анамнезе — у 1 (1%) больного. Диагностику ОДХСН осуществляли согласно Рекомендаций ОССН. ОПП диагностировали и классифицировали согласно Рекомендаций KDIGO (2012). Для исключения развития контраст-индуцированного ОПП, в исследование не включались больные, которым в период госпитализации или в течение 7 дней до нее, вводились рентген-контрастные препараты. У всех пациентов при поступлении в стационар определяли концентрацию ЭПО в сыворотке крови иммуноферментным методом с использованием набора «Erythropoietin ELISA Biomedica, Inc» и NT-proBNP, с использованием набора «NT-proBNP ELISA Biomedica, Inc». Результаты. Уровень ЭПО у больных с ОДХСН составил $32,9$ ($17,4-79,8$) МЕ/мл. Обнаружена прямая связь между концентрацией ЭПО в крови и стадией тяжести ХСН ($p < 0,001$), функциональным классом (ФК) ХСН ($p = 0,01$), частотой дыхания в момент госпитализации ($p = 0,01$) и уровнем NT-proBNP в крови ($p < 0,001$). Уровень ЭПО был достоверно выше у больных с гепатомегалией ($43,2$ ($23,3-102,0$) и $14,8$ ($7,3-23,0$) МЕ/мл, $p < 0,001$), гидротораксом ($44,4$ ($28,0-102,0$) и $16,2$ ($7,3-25,5$) МЕ/мл, $p < 0,001$), асцитом ($54,8$ ($31,3-124,6$) и $32,9$ ($19,6-50,6$) МЕ/мл, $p = 0,03$). ОПП наблюдалось у 18 (22%) из 83 пациентов, при этом 10 (12%) имели госпитальное, а 8 (10%) — догоспитальное ОПП. У 13 (16%) больных диагностирована I стадия, у 4 (5%) — 2 стадия, у 1 (1%) — 3 стадия ОПП. Содержание ЭПО было сопоставимо у пациентов с ОПП в целом и без данного осложнения ($32,3$ ($12,5-107,4$) и $32,9$ ($18,1-79,8$) МЕ/мл, $p = 0,89$). Не выявлено различий в уровне ЭПО у больных с ОПП 1, 2, 3 стадий ($p = 0,44$). Концентрация эритропоэтина в крови не отличалась у пациентов с догоспитальным ОПП и при его отсутствии ($28,2$ ($16,0-122,3$) и $33,3$ ($17,4-79,8$) МЕ/мл, $p = 0,86$), госпитальным ОПП и без него ($36,6$ ($11,3-107,4$) и $32,9$ ($18,1-79,8$) МЕ/мл, $p = 0,99$). При проведении оценки клинической значимости ЭПО в ранней диагностике и прогнозировании ОПП, были получены неудовлетворительные результаты, как в отношении ОПП в целом (отрезная точка: ЭПО $> 13,5$ МЕ/мл, чувствительность — 33%, специфичность — 84%, AUC = 0,51, $p = 0,88$), так и для госпитального (ЭПО $> 13,5$ МЕ/мл, чувствительность — 40%, специфичность — 83%, AUC = 0,50, $p = 0,98$) и догоспитального ОПП (ЭПО $> 35,8$ МЕ/мл, чувствительность — 75%, специфичность — 49%, AUC = 0,52, $p = 0,85$). В период госпитализации умерло 4 (5%) больных. Двое из четырех умерших пациентов имели ОПП, причем, в одном случае — госпитальное, в другом — догоспитальное.

Выводы. Концентрация эритропоэтина в сыворотке крови, взятой у больного с ОДХСН при поступлении, отражает тяжесть имеющейся сердечной недостаточности. Содержание эритропоэтина в крови не зависело от наличия как ОПП в целом, так и госпитального, догоспитального ОПП. ЭПО сыворотки крови не позволяет осуществлять раннюю диагностику и прогнозировать ОПП у больных с ОДХСН. Работа выполнена при поддержке Минобрнауки России в рамках государственного задания на НИР.

Использование N-концевого предшественника мозгового натрийуретического гормона (NT-proBNP) сыворотки крови для ранней диагностики и прогнозирования острого повреждения почек у больных с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности

Мензоров М.В., Шутков А.М., Макеева Е.Р., Ларионова Н.В., Шевченко С.В., Бубнова Т.В.

Ульяновский государственный университет, Центральная городская клиническая больница, Ульяновск

Цель и задачи работы. Повышение уровня биохимических маркеров острого повреждения почек (ОПП) наблюдается при повреждении паренхимы почек, что дает возможность прогнозировать ОПП. Вместе с тем, у больных с кардиоренальным синдромом, когда в развитии ОПП важное значение имеет гемодинамический фактор, увеличение креатинина сыворотки крови и/или изменение диуреза не всегда сопровождается повышением биохимических маркеров ОПП. Уровень N-концевого предшественника мозгового натрийуретического гормона (NT-proBNP) является маркером сердечного стресса и отражает нарушение гемодинамики у больных с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ОДХСН).

Целью работы явилось уточнение возможностей NT-proBNP в ранней диагностике и прогнозировании ОПП у больных с ОДХСН.

Материалы и методы. Обследовано 83 пациента с ОДХСН. Мужчин 55 (66%), женщин – 28 (34%), средний возраст составил 65±11 лет. Причинами хронической сердечной недостаточности (ХСН) были: ишемическая болезнь сердца (ИБС) – у 3 (4%), артериальная гипертензия (АГ) – у 4 (5%), сочетание АГ и ИБС – у 63 (76%), порок сердца – у 5 (6%), дилатационная кардиомиопатия – у 5 (6%), хроническая обструктивная болезнь легких – у 2 (2%), тромбоэмболия легочной артерии в анамнезе – у 1 (1%) больного. Диагностику ОДХСН осуществляли согласно Рекомендаций ОССН (2013). ОПП диагностировали и классифицировали согласно Рекомендаций KDIGO (2012). Для исключения развития контраст-индуцированного ОПП, в исследование не включались больные, которым в период госпитализации или в течение 7 дней до нее, вводились рентген-контрастные препараты. У всех пациентов при поступлении в стационар определяли концентрацию NT-proBNP в крови иммуноферментным методом с использованием набора «NT-proBNP ELISA Biomedica, Inc».

Результаты. Концентрация NT-proBNP в сыворотке крови у больных с ОДХСН составила 278,4 (155,0–441,6) пг/мл. ОПП наблюдалось у 18 (22%) из 83 пациентов, при этом 10 (12%) имели госпитальное, а 8 (10%) – догоспитальное ОПП. У 13 (16%) больных диагностирована 1 стадия, у 4 (5%) – 2 стадия, у 1 (1%) – 3 стадия ОПП. Содержание NT-proBNP в крови было достоверно выше у пациентов с ОПП в целом, по сравнению с остальными больными (429,1 (278,4–637,4) и 244,6 (141,6–392,6) пг/мл, $p=0,008$). Обнаружена прямая связь между концентрацией NT-proBNP в крови и стадией тяжести ОПП ($p=0,002$). Не выявлено различий в уровне NT-proBNP у пациентов с госпитальным ОПП и без (443,0 (266,4–546,2) и 266,9 (155,0–421,9) пг/мл, $p=0,14$). В то же время, отмечалось более высокая концентрация NT-proBNP у больных с догоспитальным ОПП, по сравнению с остальными пациентами (429,1 (278,4–738,8) и 266,4 (114,1–425,3) пг/мл, $p=0,04$). NT-proBNP показал хорошие диагностические возможности, как при прогнозировании ОПП в целом (отрезная точка: NT-proBNP > 267 пг/мл, чувствительность – 78%, специфичность – 57%, AUC=0,70, $p=0,003$), так и в ранней диагностике догоспитального ОПП (NT-proBNP > 267 пг/мл, чувствительность – 87%, специфичность – 53%, AUC=0,72, $p=0,02$).

Следует отметить, что в обоих случаях статистическая модель была хорошего качества. Использование NT-proBNP с целью прогнозирования развития госпитального ОПП продемонстрировало неудовлетворительный результат (NT-proBNP > 248 пг/мл, чувствительность – 80%, специфичность – 49%, AUC=0,65, $p=0,13$). При этом, следует отметить, что у больных с госпитальным и догоспитальным ОПП содержание NT-proBNP было сопоставимым (443,0 (266,4–546,2) и 429,1 (278,4–738,8) пг/мл, $p=0,56$). При проведении логистического регрессионного анализа, установлено, что увеличение NT-proBNP более 267 пг/мл было ассоциировано со значимым ростом риска развития ОПП (ОР 4,3; 95% ДИ 1,27–14,90; $p=0,02$). В период госпитализации умерло 4 (5%) больных. Двое из четырех умерших пациентов имели ОПП, причем, в одном случае – госпитальное, в другом – догоспитальное.

Выводы. Содержание NT-proBNP в сыворотке крови более 267 пг/мл ассоциировано с увеличением риска развития ОПП. Работа выполнена при поддержке Минобрнауки России в рамках государственного задания на НИР.

Предикторы падений и переломов у женщин пожилого возраста с остеопорозом

Мешалкина Л.Ю., Ли Е.Д.

Многофункциональный медицинский центр банка России, Москва

Цель: изучить влияние сопутствующих заболеваний на частоту падений и переломов у пациенток пожилого возраста с остеопорозом.

Задача: выявление больных с высоким риском падений и переломов. Материалы и методы: исследовались 200 пациенток, в возрасте 60–86 лет (средний возраст 75,1±7,3) с остеопорозом, установленным на основе денситометрического, рентгенологического, биохимического, иммунологического обследования. Предшествующие переломы, и переломы, развившиеся во время 5-летнего наблюдения, учитывались по данным медицинской документации и результатам рентгенографии. В исследование не включались: женщины с нормальной минеральной плотностью костной ткани, онкологические больные, с ревматоидным артритом, хронической почечной недостаточностью, хроническим гепатитом, циррозом печени, синдромом мальабсорбции, сахарным диабетом I типа, хронической сердечной недостаточностью 2–3 стадии, легочной недостаточностью 3 степени. В течение всего периода наблюдения регистрировались частота падений, переломов и их локализация. Для анализа риска падений и переломов больные были разделены на 2 группы: с переломами 68 человек и без переломов 132 человека. Статистическая обработка результатов проводилась прикладными программами «Statistika 6.0», «Biostat», KRelRisk 1.1.

Результаты: для изучения влияния сопутствующих заболеваний на частоту падений и риск переломов были изучены заболевания, диагностированные в исследуемых группах больных за 5-летний период наблюдения. При проведении статистического анализа установлено, что у больных ишемической болезнью сердца – стабильной стенокардией, аутоиммунным тиреоидитом и гипотиреозом отмечается достоверное снижение риска переломов и числа падений. У больных с дисциркуляторной энцефалопатией 2–3 степени отмечалось достоверное увеличение риска переломов и значительный риск падений, так 21 из 52 случаев падения в течение 5 лет приходилось на данную категорию больных, при котором относительный риск падений составил 3,99 (индекс достоверности 95%). Относительный риск переломов для пациентов с ишемической болезнью сердца составил 0,53, с аутоиммунным тиреоидитом 0,46, с гипотиреозом 0,21, в то время как, у больных с дисциркуляторной энцефалопатией риск перелома увеличивался до 1,4.

Выводы. Наличие ишемической болезни сердца и снижение функции щитовидной железы у женщин в пожилом возрасте не является факторами риска падений и переломов (относительный риск >1,0), у больных с высокой степенью дисциркуляторной энцефалопатией достоверно увеличивается риск падений и переломов, возможно это связано с выраженным изменением вестибулярной функции, повышением чувствительности вегетативной нервной системы, изменением тонуса церебральных сосудов, а в ряде случаев ортостатической гипотензией.

Дисметаболическое состояние при острой коронарной недостаточности в оценке ее течения и прогноза

Михайлис А.А.

Нижнеломовская межрайонная больница, Пензенский государственный университет, Пенза

Одной из актуальнейших проблем современной внутренней медицины является проблема острой коронарной недостаточности (ОКН). С патофизиологических позиций, ОКН являет собой типичный стрессорный фактор, а стресс, сопровождающий ОКН, обозначается как коронарогенный (КС). От его выраженности исход заболевания может зависеть в той же степени, что и от размера очага инфаркта миокарда (ИМ), что диктует необходимость оценки не только объема поврежденной и погибшей ткани, но и уровня КС. Особое значение в этой связи приобретает оценка обмена веществ, поскольку ОКН может сопровождаться дисметаболическим состоянием (ДМС) в виде гиперстимуляции катаболизма и угнетения анаболизма, вызванным развитием ответа острой фазы, который представляет собой совокупность системных эффектов стресса и воспаления. В более ранних статьях мы опубликовали результаты изучения влияния КС на метаболизм, где отдельно представили различные его метаболические индексы (урикемический, гликемический, холестериновый и др.).

Целью настоящей работы являлось определить прогностические возможности полиметрического мониторинга метаболизма у больных острой ИБС с разным уровнем КС.

В исследование включены 300 больных с ОКН, которые были распределены на 3 группы по 100 человек, поровну обоего пола, от 33 лет до 91 года, без предшествующих нарушений метаболизма: 1) нестабильная стенокардия (НС) – острый коронарный синдром (ОКС) без подъема и депрессии ST, с отрицательным тестом на тропонин; 2) Q-негативный (с положительным тестом на тропонин) ИМ; 3) Q-позитивный (с положительным тестом на тропонин) ИМ. Наличие ОКН верифицировалось с помощью анамнестических, симптоматологических, патохимических и ЭКГ-критериев. Лечение проводили в соответствии с утвержденными порядками и стандартами медицинской помощи. В крови определяли общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, общий белок, альбумины, глобулины, сахар, мочевую кислоту, электролиты. Кровь исследовалась при поступлении пациента в 1-е сутки от момента манифестации заболевания, а затем ежедневно утром в одно и то же время на протяжении недели. Для сравнения использовалась кровь здоровых добровольцев (группа № 4). Тяжесть течения ИМ оценивалась по частоте проявления и степени выраженности болевого, аритмического и декомпенсационного синдромов, нуждающихся в экстренном купировании, во время нахождения больного в стационаре. Прогноз оценивался по госпитальной смертности. Для обобщенной оценки степени метаболических расстройств использовался выведенный нами интегральный метаболический индекс коронарогенного стресса (ИМИКС). Его формула выглядит следующим

образом: $ИМИКС = (10C + 10L + 10Gl + Gb + 0,1U + Na + 100Ca) : (10H + P + A + 10K + 100Mg)$, где C – содержание общего холестерина, L – ЛПНП, Gl – глюкозы, Gb – глобулинов, U – мочевой к-ты, Na – натрия, Ca – кальция, H – ЛПВП, P – общего белка, A – альбуминов, K – калия, Mg – магния, а 100, 10 и 0,1 – коэффициенты, подобранные эмпирическим путем.

Результаты. Во всех группах пациентов средний уровень Gl, Gb, C, U, ЛПНП, Na, Ca был выше, чем в группе №4, тогда как средние значения содержания P, A, ЛПВП, K, Mg – ниже. Максимальный подъем позитивных маркеров КС (1-я «команда») с параллельным максимальным падением содержания негативных маркеров КС (2-я «команда») отмечен в группе №3 (там же была наибольшая летальность – 10 человек). В группе №1 изменения были наименее выражены (погиб 1 пациент). Наивысшими показатели 1-й команды (на фоне минимальных значений показателей 2-й команды) были на протяжении первых 24–72 часов, на фоне осложненного течения и накануне гибели больных. Значение ИМИКС менее 2,0 говорит об отсутствии стресса как общей реакции организма на повреждение миокарда – S0. ИМИКС 2,0–2,5 говорит о КС 1-й степени (легкий) – S1. ИМИКС 2,5–3,0 говорит о КС 2-й степени (умеренный) – S2. ИМИКС 3,0–3,5 говорит о КС 3-й степени (тяжелый) – S3. ИМИКС более 3,5 говорит о КС 4-й степени (крайне тяжелый) – S4.

Выводы. 1. КС характеризуется наличием ДМС, степень выраженности которого прямо пропорциональна уровню КС и может быть определена интегральным индексом. 2. Тяжелый и крайне тяжелый КС ассоциирован с осложненным течением ОКН и неблагоприятным исходом. 3. Предложенный ИМИКС может быть использован для оценки течения и прогноза ОКН. 4. Для ограничения КС и его негативных последствий, вызванных ДМС, необходимо более широко использовать стресс-протекторные и противовоспалительные средства, а также препараты, влияющие на обмен веществ, но такое лечение должно быть строго индивидуальным.

Комплексная терапия больных язвенной болезнью желудка с применением магнитолазерной терапии

Михеева Е.С., Никитин А.В., Малюков Д.А.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, Воронеж

Язвенная болезнь в России остается важной нозологией, поэтому и вопросы этиопатогенеза, и вопросы лечения будут оставаться приоритетными в ближайшие годы. Повышенный интерес к магнитолазерной терапии обусловлен все возрастающей лекарственной аллергизацией населения, привыканием к медикаментозным препаратам, что требует поиска новых способов патогенетического воздействия на организм пациента.

Цель работы: повышение клинической эффективности и улучшение качества жизни больных язвенной болезнью желудка с помощью магнитолазерной терапии.

Материалы и методы. Всего в исследовании приняли участие 80 больных с язвенной болезнью желудка, составивших 3 группы по методам воздействия. Первую группу составили больные, получавшие в составе комплексного лечения магнитолазерную терапию. Общее число больных в группе 30 человек. Вторую группу составили больные, получавшие только медикаментозную терапию. Всего в группе было 29 больных. Третью группу составил 21 больной, которым кроме медикаментозного лечения проводилась имитация физиотерапевтических процедур выключенным аппаратом без предварительного информирования пациентов (плацебо). Больные сравниваемых групп были сопоставимы по полу, возрасту, длительности заболевания, основным клинико-лабораторным показателям и тяжести эндоскопической картины. Наличие

Н. pylogi устанавливалось двумя методами – биопсийным методом и серологическим исследованием крови. Процедуры магнитолазерной терапии проводились в комплексе с медикаментозной терапией с помощью полупроводникового аппарата «МИЛТА-Ф-8-01», ЗАО «НПО Космического приборостроения». Для облучения были выбрана область эпигастрия под мечевидным отростком и область язвенного дефекта на передней брюшной стенке. Длительность процедуры 2 мин. на каждую область, излучатель матричного типа, длина волны 0,89 мкм, импульсная мощность 5 мВт, частота 8 Гц, постоянное магнитное поле 30 мТл. Также проводились сеансы надвенозного лазерного облучения крови в области проекции промежуточной вены локтя или предплечья в вертикальном положении. Длина волны 0,89 мкм, мощность 1 Вт, частота 1500 Гц, экспозиция 240 с. В ходе исследования проводилась оценка качества жизни с помощью вопросника SF-36, оценивающего общее здоровье. Достоверных различий по психологическому и физическому компонентам качества жизни на основе вопросника SF-36 выявлено не было. Оценка общей выраженности болей выражалась в балах по ВАШ. Результаты исследования и их обсуждение. Быстрее всего нормализация основных клиничко-эндоскопических признаков наблюдалась в группе больных, которые получали стандартное медикаментозное лечение в комплексе с магнитолазерной терапией по предлагаемой методике. В I группе наблюдается купирование и уменьшение интенсивности болевого синдрома по ВАШ у 25 больных (83,3%), что больше, чем во II группе – 15 больных (51,7%) и в группе плацебо – 12 (57,1%). Достоверных различий по данному показателю между группой II и группой плацебо не выявлено. На 1–3-й день наблюдалось уменьшение диспептического синдрома (изжога, отрыжка, тошнота) – различий между исследуемыми группами не было выявлено. К 13–15-м суткам в I группе в большей степени наблюдалось уменьшение и полное купирование болевого синдрома (93,3%), чем в контрольной группе (72,4%) и в группе плацебо (76,2%). Различий между контрольной группой и группой контроля по данному показателю не выявлено. Также наблюдается различие в купировании диспептического синдрома на 13–15-е сутки между основными группами и контрольной группой и группой плацебо. Кроме того, к 15-му дню лечения наблюдалось рубцевание язвенного дефекта у 28 больных (93,3%) I группы, соответственно у 22 больных (75,9%) в контрольной группе и у 16 пациентов (76,2%) в группе плацебо. При этом происходило заживление язвенного дефекта эпителизацией или образованием негрубого рубца. У пациентов первой группы по данным вопросника SF-36 наблюдалось улучшение качества жизни по шкалам жизненной активности и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием. Через 6 и 12 месяцев пациентам проводилось повторное клиническое обследование. В I группе рецидивов не было, во II группе – 4 пациента (13,79%), в группе плацебо – 2 больных (9,52%). Выводы. Применение комбинированной магнитолазерной терапии в комплексной терапии больных язвенной болезнью желудка оказывает положительное влияние на клинические показатели, улучшает качество жизни и может быть рекомендовано для лечения этой группы больных.

Эффективность терапии остеопороза бисфосфонатами в комбинации с активными метаболитами витамина д у больных ревматоидным и псориатическим артритом

Мишина Ю.В., Горбатов М.Ф., Барсукова Н.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Актуальность. В настоящее время актуальность проблемы остеопороза не вызывает сомнений в связи с высокой распространенностью и тяжелыми

медицинскими и социально-экономическими последствиями, к которым приводит данная патология, вызывая низкоэнергетические переломы костей. ОП – одно из наиболее тяжелых и часто встречающихся осложнений течения большинства хронических ревматических заболеваний, а также противоревматической терапии, в частности глюкокортикоидами (ГК). Эффективными средствами при глюкокортикоидном остеопорозе являются бисфосфонаты – мощные ингибиторы костной резорбции. Имеются данные о том, что механизмы действия некоторых эффективных антиостеопоретических препаратов (бисфосфонаты, активные метаболиты витамина Д, кальцитонин и др.) также могут быть частично опосредованы их влиянием на воспалительные и иммунные процессы, имеющие отношения к патогенезу как остеопороза, так и воспалительных ревматических болезней.

Цель. Изучить влияние и эффективность лечения остеопороза бисфосфонатами в комбинации с активными метаболитами витамина Д у больных ревматоидным и псориатическим артритом.

Задачи. Доказать терапевтическую эффективность комбинированных препаратов алендроновой кислоты с активным метаболитом витамина Д колекальциферолом: увеличение минеральной плотности костной ткани в позвоночнике и проксимальном отделе бедра у больных ревматоидным и псориатическим артритом, положительное влияние на показатели костного метаболизма и кальций – фосфорного обмена, а также хорошую переносимость препаратов в терапевтических дозах.

Материалы и методы. В исследование включены 38 женщин в возрасте от 33 до 77 лет с установленным диагнозом ревматоидного артрита и 15 женщин в возрасте от 27 до 73 лет с установленным диагнозом псориатического артрита. Обе группы получали болезнь модифицирующую терапию (метотрексат). Экспериментальная группа (20 больных ревматоидным артритом и 8 больных псориатическим артритом) получала терапию комбинированным препаратом алендроновой кислоты с колекальциферолом (прекурсором активного кальций-мобилизирующего гормона 1,25-дигидровитамина Д-кальцитриол) в терапевтической дозировке 70 мг в неделю. В контрольную группу вошли 18 больных ревматоидным артритом и 6 больных псориатическим артритом, получавших только болезнь модифицирующую терапию. Группы были сопоставимы по основным параметрам. Остеопороз диагностировался на основании критериев ВОЗ (Т-критерий от -2,5) методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Минеральная плотность костной ткани оценивалась по результатам лабораторных показателей кальций – фосфорного обмена в крови до и после лечения: в плазме определяли уровни ЩФ, общего и ионизированного кальция и неорганического фосфора.

Результаты. В экспериментальной группе отмечалось увеличение минеральной плотности костной ткани в позвоночнике через 12 месяцев на 7,4% у больных ревматоидным артритом и 6,8% у больных псориатическим артритом, в шейке бедра – на 2% и 1,8% соответственно; в контрольной группе – на 1,1% (у больных ревматоидным артритом) и 0,7% (у больных псориатическим артритом) и 0,6% (у больных ревматоидным артритом) и 0,7% (у больных псориатическим артритом) соответственно. В крови отмечалось значимое снижение уровня ЩФ в основной группе, а также повышение уровней общего и ионизированного кальция и снижение уровня неорганического фосфора. В контрольной группе значимого изменения уровней ЩФ, кальция (общего и ионизированного) и неорганического фосфора не наблюдалось. Субъективно все пациенты основной и контрольной групп отмечали уменьшение болей в костях. Переносимость препарата: у 6 больных (4 – ревматоидным артритом и 2 – псориатическим артритом) отмечались неприятные ощущения в эпигастральной области, у 3 пациенток с ревматоидным артритом отмечались головокружение, тошнота, некоторое ухудшение общего самочувствия. У 44 пациенток побочных эффектов не было обнаружено.

Выводы. Препараты аллендроновой кислоты в комбинации с активным метаболитом витамина Д колекальциферолом достоверно увеличивают минеральную плотность костной ткани в позвоночнике и проксимальном отделе бедра у больных ревматоидным и псориатическим артритом, положительно влияет на показатели костного метаболизма и кальций-фосфорного обмена, хорошо переносится в терапевтических дозах, являясь, таким образом, эффективными и безопасными препаратами выбора для лечения и профилактики остеопороза у больных ревматоидным и псориатическим артритом.

ЭХОКГ в оценке кардиального риска при абдоминальных операциях

Мозжухина Н.В., Чомахидзе П.Ш., Полтавская М.Г.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Цель работы: определение прогностического значения современных параметров эхокардиографии (ЭХОКГ), включая тканевую доплерографию и методику оценки деформации миокарда по методике Speckle Tracking (STE) в прогнозировании сердечно-сосудистых осложнений (ССО) при абдоминальных хирургических вмешательствах.

Материал исследования В работу было последовательно включено 179 пациентов перед различными плановыми абдоминальными операциями. Всем пациентам выполнено кардиологическое обследование, включая указанные параметры ЭХОКГ непосредственно перед операцией.

Результаты исследования. У 15,6% больных возникли ССО, 8,8% пациентов перенесли инфаркт миокарда, 6,7% – умерли от сердечно-сосудистой причины. В группе пациентов с ССО осложнениями несколько ниже была систолическая функция миокарда: фракция выброса левого желудочка (ЛЖ) ($p=0,08$), показатель VTI на выносящем тракте ЛЖ ($p=0,003$) и STE ($p=0,004$). Доля пациентов с диастолической дисфункцией миокарда по данным тканевой доплерографии достоверно не отличалась между группами ($p>0,05$). У пациентов с ССО было достоверное снижение показателя E' (скорость диастолического движения фиброзного кольца митрального клапана). Были рассчитаны прогностические значения различных методов диагностики у всех пациентов и у подгрупп больных с более высоким риском периоперационных ССО. У пациентов без анемии и со скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) более 60 дополнение базовой модели обследования (анамнез, анализы крови и электрокардиограмма) ЭХОКГ достоверно не меняло прогностического значения обследования. У пациентов со снижением уровня исходного гемоглобина для исходов ишемического характера и летальных исходов большой вклад вносит показатели ЭХО-КГ (VTI, снижение параметров STE, снижение E').

Коррекция сахарного диабета 2 типа у пациентов с печеночной недостаточностью

Моргунов Л.Ю.

Российский университет дружбы народов, медицинский институт, Москва

Цель: оценить эффективность применения ингибитора дипептидилпептидазы-4 саксаглиптина в сравнении с терапией инсулином у пациентов с печеночной недостаточностью.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 18 пациентов с

циррозом печени, печеночно-клеточной недостаточностью и сахарным диабетом, разделенных на 2 группы. Средний возраст пациентов группы 1 (10 человек) составил $53,3\pm3,2$ года, группы 2 (8 человек) – $47,9\pm3,9$ года, средняя длительность сахарного диабета типа 2 (СД) в группе 1 – $6,8\pm2,3$ года, во группе 2 – $8,1\pm2,6$ года. Функциональное состояние печени оценивалось по шкале Чайлд-Пью; в группе 1 сумма баллов составила $9,25\pm1,5$, в группе 2 – $10,1,5\pm2,5$. У всех пациентов отмечался асцит (от легкого до напряженного). Степень энцефалопатии в обеих группах расценивалась как легкая. Средний уровень билирубина в группе 1 составил $66\pm9,8$ мкмоль/л, протромбиновый индекс (ПТИ) $54,8\pm5,3\%$, уровень альбумина – $32,7\pm5,8$ г/л; в группе 2 – средний уровень билирубина – $60,2\pm8,4$ мкмоль/л, ПТИ $59,0\pm4,5\%$, уровень альбумина – $28,9\pm3,9$ г/л. Уровень гликированного гемоглобина в группе 1 составил $8,1\pm0,9\%$, в группе 2 – $8,6\pm2,2\%$. Пациентам группы 1 был назначен саксаглиптин в дозе 10 мг однократно утром, пациентам группы 2 – инсулин короткого действия в режиме многократных инъекций. Все пациенты получали необходимую диету, сорбенты и гепатопротекторы. Результаты: через 6 месяцев от начала лечения функциональное состояние печени по шкале Чайлд-Пью существенно не изменилось. Уровень гликированного гемоглобина в группе 1 снизился до $7,4\pm1,3\%$, в группе 2 – до $7,1\pm0,9\%$ ($p<0,05$). Количество лабораторно подтвержденных гипогликемических состояний в группе 1 составило 2 за 6 мес., в группе 2 – 13 (из них 10 – легкой степени, 3 – тяжелой) ($p=0,007$). Выводы: у пациентов с циррозом печени, печеночно-клеточной недостаточностью и сахарным диабетом типа 2 в качестве препарата выбора может использоваться саксаглиптин. Недостаточно хорошая компенсация углеводного обмена при высокой частоте гипогликемий у пациентов, получающих инсулинотерапию, оставляет право выбора сахароснижающего препарата в каждом конкретном случае.

Ремоделирование миокарда у пациентов с сахарным диабетом 1 типа и артериальной гипертензией

Моргунов Л.Ю.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Цель: выявление особенностей изменений миокарда у пациентов с сахарным диабетом 1 типа и артериальной гипертензией.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 68 пациентов в возрасте от 27 до 47 лет (средний возраст $35,1\pm3,4$ года), страдающих сахарным диабетом 1 типа и артериальной гипертензией. Средняя длительность сахарного диабета 1 типа – $6,7\pm1,7$ года, средний уровень гликированного гемоглобина $7,1\pm0,3\%$, длительность артериальной гипертензии – $2,8\pm0,6$ года. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД, ЭКГ, ЭХОКГ, определение индекса массы миокарда левого желудочка с поправкой на размеры тела, а также расчет относительной толщины стенки левого желудочка (RWT).

Результаты: оказалось, что индекс массы миокарда левого желудочка у пациентов с сахарным диабетом 1 типа и артериальной гипертензией составил от 104,3 до 187,7 г/кв.метр. Индекс массы миокарда левого желудочка у пациентов с сахарным диабетом 1 типа и артериальной гипертензией превысил нормальные значения в 53,7% случаев. Относительная толщина стенки левого желудочка варьировала в пределах от 0,368 до 0,599.

Выводы: у пациентов с сахарным диабетом 1 типа и артериальной гипертензией выявляется высокая частота ремоделирования миокарда левого желудочка по типу гипертрофии. Это свидетельствует о

необходимости своевременного выявления пациентов с данной патологией и раннего назначения адекватной гипотензивной и сахароснижающей терапии с целью профилактики поздних кардиальных осложнений.

Влияние терапии гелем тестостерона на факторы риска кардиоваскулярной патологии у пожилых мужчин с андрогенным дефицитом

Моргунов Л. Ю.

Российский университет дружбы народов, медицинский институт, Москва

Цель работы. Изучение эффективности и безопасности терапии гелем тестостерона у пожилых мужчин с факторами риска кардиоваскулярной патологии и андрогенным дефицитом.

Материалы и методы исследования: в исследование приняли участие 42 пациента в возрасте $78,2 \pm 4,7$ года с такими факторами риска кардиоваскулярной патологии, как артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, нарушение липидного обмена. Средний уровень систолического АД (САД) составил $17,7 \pm 8,2$ мм рт.ст, диастолического (ДАД) – $89,6 \pm 3,7$ мм рт.ст. Все пациенты страдали сахарным диабетом типа 2 с длительностью СД $11,8 \pm 2,6$ года. У всех мужчин имелся лабораторно подтвержденный андрогенный дефицит; уровень общего тестостерона до начала терапии составил $7,2 \pm 0,5$ нмоль/л. До начала терапии средние уровни составили: гликированного гемоглобина (HbA1c) – $8,8 \pm 1,5\%$, холестерина – $5,9 \pm 0,4$ ммоль/л, триглицеридов $2,2 \pm 0,5$ ммоль/л, ЛПНП – $3,1 \pm 0,6$ ммоль/л, ЛПВП – $1,0 \pm 0,2$ ммоль/л, гликемии натощак – $7,9 \pm 0,8$ ммоль/л. Индекс массы тела до начала лечения составил $33,2 \pm 3,1$ кг/м². Гипотензивная терапия оставалась неизменной в течение всего периода наблюдения. Все пациенты получали сахароснижающую терапию, которая не менялась в течение 1,5 лет. Всем назначена терапия гелем тестостерона в дозе 5 мг. Полученные результаты: через 1,5 года терапии гелем тестостерона отмечалось статистически значимое снижение уровня САД до $133,2 \pm 5,4$ мм. рт. ст, ДАД – до $85,2 \pm 2,8$ мм рт. ст. Уровень HbA1c снизился до $6,4 \pm 0,8\%$, холестерина до $5,1 \pm 0,6\%$, триглицеридов до $1,7 \pm 0,3$ ммоль/л, ЛПНП – до $2,1 \pm 0,5$ ммоль/л, ЛПВП – до $1,2 \pm 0,1$ ммоль/л, гликемии натощак до $6,4 \pm 0,4$ мм/л. Индекс массы тела через 1,5 года от начала лечения составил $30,8 \pm 0,7$ кг/м². Уровень общего тестостерона через 1,5 года составил $15,1 \pm 1,1$ нмоль/л. Заключение. Терапия гелем тестостерона в терапевтических дозах у пожилых пациентов с андрогенным дефицитом оказывает несомненный положительный эффект на уровень артериального давления, углеводный и липидный обмен, снижает степень ожирения, является безопасной в отношении предстательной железы и позитивно воздействует на факторы риска развития кардиоваскулярной патологии.

Структурно-функциональные изменения миокарда левого желудочка у больных с впервые выявленным сахарным диабетом 1 типа, осложненным кетоацидозом

Муха Н.В., Говорин А.В., Перевалова Е.Б., Суворова Т.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель: изучение морфометрических показателей миокарда левого желудочка у больных с впервые выявленным сахарным диабетом 1 типа (СД-1), в дебюте которых диагностирован кетоацидоз.

Материалы и методы. Обследовано 11 пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом 1 типа. Диагноз СД-1 выставлялся на основании национальных рекомендаций по диагностике и лечению СД, базирующихся на терапевтических стандартах. Средний возраст больных составил $29,2 \pm 8,9$ лет. Контрольную группу составили 15 здоровых лиц. Эхокардиографическое исследование проводилось у больных СД-1 в 1-е сутки кетоацидоза по методике Американской ассоциации эхокардиографии на аппарате «VIVID-3 EXPERT», в шести последовательных сердечных циклах с последующим усреднением полученных данных. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием электронных таблиц «EXCEL-2007» и «Biostat». Для всех видов анализа статистически значимыми считали значения $P < 0,05$.

Результаты. Выявлено, что у пациентов с СД-1, осложненным кетоацидозом, отмечалось увеличение размеров левого предсердия на 22% и полости правого желудочка на 60,1% по сравнению с лицами контрольной группы ($p < 0,001$). При сравнении кардиогемодинамических показателей выявлены различия минутного объема кровообращения (МОК), который составил в среднем у пациентов исследуемой группы $8,3 \pm 4,99$ мл/мин, и был выше на 58,4% по сравнению с таковыми показателями контрольной групп. При сравнении абсолютных показателей межжелудочковой перегородки отмечено достоверное увеличение массы миокарда левого желудочка на 70,1% по сравнению с таковыми контрольной группы. Выводы. Таким образом, у пациентов с СД-1, осложненным кетоацидозом выявлены структурные изменения миокарда левого желудочка, которые могут являться основой для раннего развития сердечной недостаточности у этой категории больных.

Эхокардиографические критерии диастолической дисфункции левого желудочка у больных сахарным диабетом 1 типа, осложненным кетоацидозом

Муха Н.В., Говорин А.В., Перевалова Е.Б., Филев А.П., Цырендоржиева В.Б.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Диастолическая функция левого желудочка, в отличие от систолической, является более динамическим показателем, и от нее в большей степени зависят функциональное состояние, толерантность к физической нагрузке, выраженность симптомов сердечной недостаточности и даже прогноз больных.

Цель исследования. Изучение доплеровских показателей потоков диастолического наполнения в глубине левого желудочка у больных сахарным диабетом (СД) 1 типа при кетоацидозе.

Материалы и методы. Обследованы 12 человек обоего пола с сахарным диабетом 1 типа с кетоацидозом (1 группа) и 15 больных сахарным диабетом 1 типа в стадию декомпенсации без кетоацидоза (2 группа). Средний возраст составил $22,7 \pm 4,5$ года. С помощью ультразвукового аппарата Acuson «Sequoja»-512 (США) больным проводилось эхокардиографическое исследование. Для оценки диастолической функции левого желудочка проводилось исследование трансмитрального потока методом доплеровской эхокардиографии из апикального доступа в 4-камерном сечении при положении контрольного (стрибуемого) объема между створками митрального клапана.

Определялись следующие величины:

- Максимальная скорость потока быстрого наполнения (Е), м/с;
- Максимальная скорость потока артериального наполнения (А), м/с;
- Отношение Е/А, усл.ед.

На основании полученных данных определяли тип спектра потока: нормальный тип: $E/A=1,0-2,0$; ВИВР ЛЖ=50–60 мс; ФМН ЛЖ>170 мс; гипертрофический тип: $E/A<1,0$; ВИВР ЛЖ>60 мс; ФМН ЛЖ <170 мс; псевдонормальный тип: $E/A=1,0-2,0$; ВИВР ЛЖ>50мс; ФМН→0; декомпенсированный или рестриктивный тип: $E/A>2,0$; ВИВР ЛЖ<50 мс; ФМН→0.

Результаты. При изучении эхокардиографических показателей у больных сахарным диабетом с кетоацидозом выявлено снижение пика Е на 18% и соотношения доплеровских скоростей трансмитрального кровотока Е/А на 24% по сравнению с пациентами 2 группы ($P<0,05$). Максимальная скорость потока предсердной систолы (А) достоверно меньше была у пациентов сахарным диабетом 1 типа без кетоацидоза по сравнению с пациентами 1 группы на 20% ($P<0,05$). Из всех типов спектра потока встречались нормальный и гипертрофический типы.

Выводы. У больных сахарным диабетом 1 типа с кетоацидозом выявлено достоверное ухудшение функции расслабления левого желудочка по сравнению с пациентами с сахарным диабетом 1 типа в стадию декомпенсации без кетоацидоза.

Психологические особенности проявлений агрессивности у больных ревматоидным артритом

Мякишев М.В., Грехов Р.А., Рогаткина Т.Ф., Красильников А.Н., Хортиева С.С., Левкина М.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Введение. Ревматоидный артрит (РА) относится к заболеваниям с недостаточно изученным патогенезом. В связи с этим, актуальным является изучение не только иммунобиологических, но и психосоматических предпосылок развития данного заболевания. Большое значение в формировании психосоматических симптомов, отводится психодинамике эмоций. Эмоция становится патогенной, если она не находит выражение в открытом поведении.

Цель. Изучение показателей и форм агрессивности у больных с РА. Материалы и методы исследования. Исследование было проведено в отделении ревматологии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи №25 г. Волгограда. В нем приняли участие 56 пациентов с достоверным диагнозом РА, из них женщин – 42 (75%), мужчин – 14 (25%) в возрасте 42–66 лет. Для диагностики показателей и форм агрессии был применен опросник А. Баса и А. Дарки. Результаты и обсуждение. По данным проведенного исследования было выявлено специфическое проявление форм агрессивности у больных с РА. Показатели индекса агрессивности у 56,75% обследованных оказались ниже нормы, у 40,55% была выявлена норма агрессивности и только у 2,7% испытуемых выявлены высокие показатели агрессивности. Не выраженными оказались такие проявления агрессии, как вербальная агрессия, подозрительность, физическая агрессия и негативизм. Отсюда следует, что данная группа пациентов не склонна к внешним проявлениям агрессивности. Показатели аутоагрессии, напротив, оказались высокими. Индекс враждебности у 59,45% обследуемых был в пределах нормы, у 32,43% выявлена высокая враждебность, у 8,1% обследуемых враждебность оказалась низкой. Согласно одному из определений, понятие «враждебность» – это качество личности индивида воспринимать нейтрально или доброжелательно настроенных к нему людей своими личными врагами, лицами, представляющими непосредственную угрозу собственной безопасности. Полученные данные указывают на то, что пациенты с РА достаточно враждебны, но

внешне не агрессивны, следовательно, враждебные тенденции у них остаются неотраженными. Наиболее частой для больных РА формой проявления агрессии является чувство вины (в среднем – 76,1 баллов), что может указывать на определенную аналогию между психологическими и соматическими механизмами развития и течения заболевания, в основе которых лежит как психологическое (опосредованное чувством вины), так и аутоиммунное саморазрушение. Психосоматические симптомы, могут проявлением бессознательного самонаказания, призванного облегчить чувство вины. Также высокими оказались показатели косвенной агрессии (в среднем – 59,7 балла), проявляемой в скрытой и, что примечательно, более безопасной форме: сплетни, шутки, направленные против других людей. Среднее значение по показателям обиды составило 55,2 баллов, что говорит о характерном для данной группы больных сочетании чувства гнева к обидчику и жалости к самому себе. Чувство обиды не способствует отреагированию агрессивных импульсов и ведет к подавлению и накоплению эмоционального напряжения.

Выводы. Результаты исследования указывают на то, что для больных РА свойственна определенная специфика проявления агрессии, которые можно точнее охарактеризовать как аутоагрессивные. Само заболевание также можно рассматривать как специфическую бессознательную форму выражения аутоагрессии. Внешне такие больные не выглядят агрессивными, вместо открытого выражения агрессивных эмоций, у них прослеживается склонность к накоплению гнева в виде обиды, чувства вины, негативизма, враждебности. Выражать агрессию данным пациентам проще косвенно, замещая опасные объекты проявления агрессии на более безопасные. Данные выводы свидетельствуют о необходимости оказания больным РА не только медикаментозной, но и психологической помощи. Психологическая коррекция должна быть направлена на преодоление тенденций к саморазрушению, чувству вины и обиды, на снижение враждебности и развитие чувства безопасности, а также на развитие навыков конструктивного отреагирования агрессивных импульсов.

Гендерные аспекты нарушений сна больных с ишемической кардиомиопатией

Мясоедова Е.И., Сарбасов Г.И., Копнин И.Г.

Приволжская районная больница, Астрахань

В настоящее время нарушения сна стали одной из ведущих общемедицинских проблем. Являясь проявлением основного заболевания, они могут, в свою очередь, усугублять и осложнять его течение, тем самым формируя порочный замкнутый круг.

Цель: изучить особенности нарушения сна у пациентов с ишемической кардиомиопатией в зависимости от пола.

Материалы и методы. Обследовано 85 больных с кардиомиопатией ишемической этиологии (ИКМП), из них 27 женщин (средний возраст $58,6\pm 2,5$ года) и 58 мужчин (средний возраст $57,2\pm 2,1$ года). Диагноз ИКМП выставлялся на основании жалоб, анамнеза заболевания, физикального обследования, инструментальных (ЭКГ, ЭХО-КГ, ХМЭКГ, коронарографии и др.) и лабораторных данных согласно Рекомендаций по диагностике и лечению стабильной стенокардии ВНОК, 2008 г., Рекомендаций по диагностике и ведению больных стабильной ИБС Американского кардиологического колледжа (АСС) и Американской ассоциации сердца (АНА) 2012 г., Рекомендаций по ведению стабильной коронарной болезни сердца Европейского общества кардиологов, 2013г.; Клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической ишемической болезни сердца МЗРФ 2013 г. и формулировали по Международной Классификации Болезней (Х пересмотра). Пациенты были сопоставимы

по длительности заболевания и тяжести ее проявлений. Исследование проводилось с информированного согласия пациентов. Сомнологический статус обследуемых оценивался на основании субъективной оценки ночного сна с использованием «Анкеты балльной оценки субъективных характеристик сна» (модификация анкеты Шпигеля). Отклонением от нормы считали сумму баллов ≤ 22 . Статистическая обработка данных проводилась при помощи статистической программы STATISTICA 11.0. Результаты. Нарушения сна были выявлены у 21 (78%) женщины и 42 (72%) мужчин с ИКМП, средний балл составил $17,3 \pm 0,9$ и $16,4 \pm 0,6$ соответственно. Это отразилось в характерных проявлениях инсомии: женщин больше беспокоили интрасомнические нарушения (поверхностный сон), а мужчин трудность засыпания и недостаточная продолжительность сна (пре- и интрасомнические расстройства). Представленность таких расстройств, как множественные сновидения и ощущение «невыспанности», сонливости и усталости по утрам (постсомническая астения), в обеих группах достоверно не различались. Таким образом, в одинаковой степени и мужчины, и женщины, страдающие ИКМП, подвержены нарушениям сна, что целесообразно учитывать при их комплексном обследовании и лечении.

Совершенствование методики выявления и коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в центре здоровья

Найденова Н.Е.

Томская областная клиническая больница, Томск

Цель исследования – разработка новой методики действий врача при первичном и повторном посещении пациентом Центра здоровья (ЦЗ) на основе существующих технологий выявления и коррекции факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и принципов профилактического консультирования.

Методы исследования – аналитический, экспериментальный и системный анализ. Источник получения информации – литературные данные, результаты собственных исследований. Результаты исследования. Разработана методика действий врача при первичном и повторном посещении пациентом ЦЗ. Методика представлена в виде алгоритмов. Составляющие компоненты методики: контроль врача за качеством управления пациентом факторами риска; самоконтроль пациента (дневник контроля уровня АД, пульса, веса, питания, получаемой терапии). При первичном посещении пациентом ЦЗ действия врача выстраиваются в соответствии с алгоритмом: сбор анамнеза, анализ полученных результатов комплексного обследования в ЦЗ, оценка степени артериальной гипертензии, ИМТ, окружности талии, уровня глюкозы и холестерина в крови; оценка уровня физической активности, статуса курения, структуры и режима питания по результатам анкетирования; определение суммарного сердечно-сосудистого риска; заключение по выявленным изменениям и нарушениям; обсуждение полученных результатов, выяснение основной проблемы, требующей коррекции (немедикаментозной и медикаментозной); проведение профилактического консультирования в зависимости от степени готовности пациента к решению выявленных(ой) проблем(ы); завершение беседы с пациентом, предполагающее формирование конкретных заданий, которые должны быть выполнены пациентом к повторному посещению, уточнение объема мониторинга перед повторным посещением, определение объема обследования при повторном посещении ЦЗ, согласование и назначение даты повторного посещения. В каждом конкретном случае необходимо составлять программу изменения образа жизни и коррекции факторов ФР ССЗ, определять модель конечного

результата профилактического наблюдения, проводить обучение пациента ведению дневника самоконтроля АД, пульса, веса; дневника питания, соответственно, выдавать соответствующий раздаточный материал. При повторном посещении оценивается правильность выполнения рекомендаций врача, включая ведение дневника самоконтроля пациента: АД, веса, питания и вносятся соответствующие коррективы, составляется план и объем мониторинга перед повторным посещением (ведение дневника самоконтроля АД, пульса, веса; дневника питания), формируются конкретные задания, которые должны быть выполнены пациентом к следующему посещению. По достижению пациентом целевых уровней ФР ССЗ и хорошей или удовлетворительной степени коррекции ФР врачом составляется план дальнейшего ведения пациента с установлением даты следующего визита. Предложенная методика апробировалась и внедрена в ЦЗ ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница», где осуществлялась отработка всех элементов алгоритма.

Выводы. 1. Данная методика является доступной и эффективной, не требует дополнительных финансовых затрат. 2. В представленной методике используются компоненты профилактического консультирования (информирование—обучение—мотивирование), которые позволяют повысить его результативность в отношении формирования мотивации у пациента и в конечном итоге приверженности к выполнению врачебных рекомендаций. 3. Максимальное использование способности пациента управлять ФР (самоконтроль) и контроль врача за действиями пациента главные условия, обеспечивающие достижение целевых уровней ФР ССЗ.

Современные возможности методов дуплексного сканирования с цветным картированием кровотока и соноэластографии вен нижних конечностей в ранней диагностике тромбозов глубоких вен

Ненарочнов С.В., Куделькина Н.А., Новикова Я.В.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины, Дорожная клиническая больница ст. Новосибирск, Центр новых медицинских технологий в Академгородке Си, Новосибирск

Тромботическое поражение магистральных вен нижних конечностей является одной из актуальных социально значимых проблем сосудистой патологии, которое нередко приводит к инвалидизации трудоспособного населения и ухудшению их качества жизни. Цель: максимально снизить фактор субъективизма исследователя в оценке критериев эмбологенности и эмболоопасности тромбов глубоких вен нижних конечностей (Н/К), с помощью использования метода ультразвукового ангиосканирования и соноэластографии.

Методы. Обследовано 86 человек – мужчин и женщин, в возрасте от 21 до 78 лет (средний возраст – 40,6 лет) методами дуплексного ангиосканирования венозной системы с цветным картированием кровотока (ЦДК) и соноэластографии на аппаратах Hitachi и Voluson и методики определения гистограммы распределения эхосигналов структуры тромбомасс. Для подтверждения критериев эмбологенности и эмболоопасности тромбов глубоких вен Н/К, диагно-стированные тромбомассы, по характеру эхоструктуры, разделяли: на «свежие» (наиболее эмболоопасные), в «стадии организации» и «консолидированные тромбы». «Свежие» тромбомассы (метод ЦДК) имеют анэхогенную структуру по эхоплотности, равную структуре протекающей по вене крови или равную 4 единицам эхоплотности по шкале гистограммы распределения эхосигнала. По методу соноэластографии «свежие» тромбомассы оцениваются, как равные индексу эластичности

жидкостной среды. Тромбы в «стадии организации» имеют изоэхогенную структуру, равную эхоплотности сосудистой стенки, или 7 единицам эхоплотности по шкале гистограммы распределения эхосигнала, или равны индексу эластичности мягких тканей. «Консолидированный тромб» обладает повышенной эхоплотностью, равной эхоплотности окружающих тканей – 12 единицам эхоплотности по шкале гистограммы распределения эхосигнала, что соответствует индексу эластичности соединительной ткани. Результаты. Распространенность тромбозов глубоких вен Н/К установлена в 14,9%, из них в 2,3% тромбозы протекали «ассимптомно». Мужчины с диагностированными тромбозами вен Н/К составили 59,4%, женщины – 40,1% ($p < 0,01$). С нарастанием возраста, как у мужчин, так и у женщин, увеличивается частота распространенности тромбозов. Однако в возрасте 20–30 лет флеботромбоз у женщин встречался достоверно чаще, чем у мужчин ($p < 0,01$). Распространенность первичного тромбоза глубоких вен голени среди респондентов достигает 70% от общего числа случаев поражения глубоких вен; изолированное поражение глубоких вен голени (ЗББВ, суральной вены) достигает 45,4%. Изолированное поражение подколенной вены (ПКВ) встречалось довольно редко, и по нашим наблюдениям, данное состояние является следствием восходящего тромбоза из глубоких вен голени с последующим распространением в поверхностные бедренные вены (ПБВ). Наиболее эмболоопасен – флотирующий тромб из-за возможности его легкого отрыва и миграции в легочное русло, и его разновидность – отшнуровавшийся флотирующий тромб, имеющий одну точку фиксации в дистальном отделе, значительно меньшую по диаметру (в несколько раз), чем основная масса, и имеющую форму шнура. Наличие же тромбов с широкой точкой фиксации в дистальном отделе и свободной верхушкой на протяжении, не связанной с венозной стенкой, по результатам исследования, в 61,2% не являются эмбологенными, т.к. наличие широкого основания и функционирующего клапанного аппарата дистальных вен значительно снижает скорость кровотока в пораженном сосуде. По нашим данным, при наличии распространенного тромбоза скорость кровотока уменьшается в среднем до 65% от начального уровня. Следовательно, большая протяженность тромба составляет значительные препятствия для возможности его отрыва. Заключение. Установлен достаточно высокий уровень распространенности тромбозов глубоких вен Н/К среди исследуемой популяции Западной Сибири с преимущественным поражением мужчин. Применение совокупности новейших ультразвуковых ангиологических методик (ЦДК, гистограмма распределения эхоплотности и сонная эластография) на сегодняшний день по-прежнему является единственным широко доступным, наиболее чувствительным и специфическим методом ранней диагностики тромбозов глубоких вен нижних конечностей. Предлагаемые совокупные эхокритерии эмбологенности и эмболоопасности тромбов, на наш взгляд, способствуют снижению субъективизма врача УЗ-диагностики в оценке результатов исследования, что в свою очередь, приведет к лучшему выбору тактики действия ангиохирургов в лечении и профилактике тромбозов легочной артерии.

Роль провоспалительных цитокинов и нарушений липидного обмена у пациентов с нарушениями углеводного обмена

Нефедова А.Б., Хасанова Ю.В., Нелаева А.А., Южакова А.Е.

Тюменский государственный медицинский университет, Эндокринологический диспансер, Тюмень

Цель. Изучить роль уровня провоспалительных цитокинов (гомоцистеина (ГЦ), интерлейкина-8 (ИЛ-8), фактора некроза опухолей- α (ФНО- α)) и

показателей липидного обмена у пациентов с нарушениями углеводного обмена.

Методы исследования. На базе ГАУЗ ТО «Эндокринологический диспансер» было обследовано 140 человек в возрасте от 40 до 60 лет. Группу контроля составили 70 здоровых человек без нарушения углеводного обмена, с избыточной массой тела (индекс массы тела (ИМТ) – $28,0 \pm 0,6$ кг/м²) и уровнем артериального давления (АД) – 129/79 мм.рт.ст. 2 группа – 70 пациентов с нарушением гликемии натощак (НГН) и нарушением толерантности к углеводам (НТГ). Уровень гликемии натощак составил $5,9 \pm 1,19$ ммоль/л. 3 группа – 70 пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом (СД) типа 2. Уровень гликемии натощак – $7,35 \pm 1,21$ ммоль/л. Пациенты с НГН и НТГ и СД типа 2 имели артериальную гипертензию (АГ) I степени (АД – 145/86 мм.рт.ст.) и ожирение I степени (ИМТ – $33,67 \pm 0,61$ кг/м²). Содержание в сыворотке крови триглицеридов (ТГ) определяли на автоматическом биохимическом анализаторе «SAPHIRE 400» ферментативным методом. Уровень ГЦ, ИЛ-8 и ФНО- α определялся хемолюминесцентным методом на иммуноферментном анализаторе («Immuline 1000», США).

Полученные результаты. Показатели провоспалительных цитокинов ИЛ-8 и ФНО- α были достоверно выше в группе пациентов с СД типа 2 ($14,51 \pm 1,20$ пг/мл и $13,18 \pm 0,98$ пг/мл, соответственно $p < 0,0001$) по сравнению с группой контроля ($8,54 \pm 0,26$ пг/мл и $6,99 \pm 0,86$ пг/мл, соответственно). В группе с НТГ и НГН показатели составили – ИЛ-8 – $12,0 \pm 0,44$ пг/мл, ФНО- α – $10,15 \pm 0,95$ пг/мл ($p < 0,0001$). Нами установлена положительная корреляционная связь между уровнями ИЛ-8 и ФНО- α ($r = 0,56$). Наличием положительной корреляционной связи между уровнем ТГ и ИЛ-8 ($r = 0,47$) указывает на взаимосвязь этих процессов. Установлено достоверное изменение уровня ТГ в обследуемых группах: в группе с СД типа 2 уровень ТГ составил $1,79 \pm 0,11$ ммоль/л, в группе с НТГ и НГН – $1,96 \pm 0,20$ ммоль/л, в контрольной группой $0,93 \pm 0,12$ ммоль/л ($p < 0,0001$). Во 2-й группе пациентов установлен достоверный рост уровня ГЦ по сравнению с группой контроля ($9,15 \pm 0,51$ мкмоль/л и $7,89 \pm 0,28$ мкмоль/л, соответственно ($p < 0,0001$)), причем при диагностировании СД типа 2 повышение уровня ГЦ достигало $11,34 \pm 0,65$ мкмоль/л, в сравнении с 1-й и 2-й группами ($p < 0,0001$).

Выводы. Установлено, что изменение уровня маркеров воспаления более выражены при прогрессировании нарушений углеводного обмена. Повышение концентрации провоспалительных цитокинов происходит одновременно с повышением уровня ТГ, что подтверждается наличием положительной корреляционной связи ($r = 0,47$). Таким образом, у пациентов с СД типа 2 и НТГ и НГН повышения уровня провоспалительных цитокинов взаимосвязано и взаимообусловлено с изменениями липидного обмена крови.

Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц молодого возраста

Никитин А.В., Васильева Е.М., Булат А.А., Жемчужников С.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Ухудшение показателей здоровья лиц молодого возраста, на фоне «омоложения» таких заболеваний, как ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, цереброваскулярные расстройства, требует разработки комплекса мероприятий по выявлению факторов риска и профилактики данных заболеваний.

Цель. Изучение распространенности модифицируемых и немодифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у молодых лиц.

Материалы и методы. Обследовано 576 человек в возрасте от 16 до 26 лет, проходивших профилактические осмотры в центре здоровья ГП№10 и поликлиники №20 г.Воронежа. Анамнестические данные получены с помощью разработанной анкеты. Исследование включало оценку антропометрических данных (ОТ, ОБ, ОТ/ОБ, ИМТ), показателей углеводного обмена (глюкоза крови натощак, пероральный тест толерантности к глюкозе (ПТТГ), HbA1c), липидного обмена (холестерин (ХС), и содержание резистина (Р). Инструментальное обследование включало измерение АД и использование компьютеризованной системы «поли-спектр». Статистическая обработка проведена с помощью пакета программ Staiistica 7,0.

Результаты. Среди обследуемых 576 человек было 256 мужчин (44,4%) и 320 женщин (55,6%). Наследственную отягощенность по ИБС имели 20,5%, по инсульту – 4,0%, по артериальной гипертензии – 37,2%, по сахарному диабету – 13,0%. С помощью прибора смокелайзер выявлено, что 27% людей курящих, относятся к группе умеренных курильщиков (что соответствует концентрации монооксида углерода в выдыхаемом воздухе СО 11–20 мм). Также отмечается низкая физическая активность и нерегулярное питание. Сравнительный анализ антропометрических данных показал, что ИМТ у 32,8% соответствовал повышенной массе тела, у 21,4% – ожирению 1 степени и у 17,1% – ожирению 2 степени. В группе с повышенным ИМТ было больше женщин (56,6%) и у них был выше показатель ОТ (94,3±4,8 см, $p<0,05$), а индекс ОТ/ОБ составил $0,95\pm0,01$ ($p<0,05$). У мужчин с повышенным ИМТ было достоверно выше значение ОТ/ОБ ($0,96\pm0,03$, $p<0,05$), что свидетельствовало о наличии у них абдоминального типа ожирения. Сопоставляя результаты исследования на биоимпедансметре между жировой массой, активной клеточной массой, безжировой массой и количеством общей воды, преобладающим фактором являлась жировая масса с повышенным содержанием жира в организме. При офисном определении уровня АД повышенные значения отмечены у 39,1%. При этом средние значения АДс составили $138,4\pm8,8$ мм рт ст и АДд – $87,4\pm5,8$ мм рт ст. Повышение АД I степени выявлено у 78,7% обследуемых, 2 степени – у 21,3%. Большинство лиц с повышенным АД составили мужчины (83,6%). 43,6% обследуемых с повышенным уровнем АД имели ИМТ более 25 кг/м^2 , 16,0% – более 30 кг/м^2 . Были выявлены и случаи дефицита массы тела: у 11,8% ИМТ был менее 18 кг/м^2 . Среди лиц с нормальным уровнем АД в момент осмотра у 19% в анамнезе были отмечены эпизоды подъема АД. Выявлено статистически значимое отличие уровня резистина в группе с нарушенной гликемией: при нарушении глюкозы натощак – $10,8\pm1,2 \text{ нг/мл}$ ($p<0,05$), при нарушении толерантности к глюкозе – $12,8\pm2,1 \text{ нг/мл}$ ($p<0,05$) по сравнению с лицами с нормальным уровнем глюкозы – $6,61\pm0,83 \text{ нг/мл}$. Среди лиц с повышенным уровнем резистина преобладали женщины – 58,4%. Заключение. Проведенное исследование позволило определить распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у молодых лиц и сформировать группу для комплексного проведения оздоровительных мероприятий.

Структурные и функциональные особенности миокарда у больных ревматоидным артритом в зависимости от эффективности противовоспалительной терапии

Никитина Н.М., Афанасьев И.А., Романова Т.А., Лукьянова Л. В., Ребров А.П.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Областная клиническая больница, г. Саратов

Введение. Известно, что системное воспаление, ассоциированное с ревматоидным артритом (РА), обуславливает повышение риска развития

кардиоваскулярной патологии у этой категории больных. До настоящего времени недостаточно исследованы взаимосвязи между эффективностью терапии ревматоидного артрита (РА) и структурно – функциональными характеристиками миокарда у больных ревматоидным артритом (РА). Цель исследования. Изучить взаимосвязь эффективности базисной противовоспалительной терапии и изменений показателей эхокардиографии у больных РА в процессе динамического наблюдения.

Материалы и методы. Обследовано 74 больных РА, находящихся на лечении в ревматологическом отделении ГУЗ «Областная клиническая больница» г. Саратова – исходно и повторно через год на фоне проводимой терапии по поводу РА. Эффект терапии оценивался по индексу активности артрита – DAS28. Для установления наличия кардиоваскулярной патологии и оценки структурных и функциональных особенностей миокарда проведены анкетирование больных, объективный осмотр, двухмерная эхокардиография и доплерэхокардиография (оценивались масса (ММ) и индекс массы миокарда (ИММ) левого желудочка (ЛЖ), конечные диастолические и систолические размеры (КДР, КСР) и объемы (КДО, КСО), фракция выброса (ФВ), толщина задней стенки (ЗС), размеры полостей левого (ЛП) предсердия, правых предсердия (ПП) и желудочка (ПЖ), систолическое давление в легочной артерии (СДЛА), наличие диастолической функции ЛЖ).

Результаты. У 71,6% больных РА выявлялась артериальная гипертензия и ИБС. ММЛЖ, ИММ, КСР, ЗСЛЖ этих пациентов были достоверно выше ($p<0,05$), чем у больных РА без сердечно-сосудистой патологии. У всех больных ФВ была более 50%. В то же время у 32,7% обследованных больных отмечено нарушение диастолической функции ЛЖ, что согласуется с данными литературы. Хороший эффект от базисной противовоспалительной терапии артрита через год наблюдался у 12,2%, удовлетворительный – у 43,2% больных. У 44,6% пациентов эффект от терапии не был достигнут. В группах больных с высокой и умеренной активностью РА значения ММЛЖ, ИММ, КДР, ПЖ через год наблюдения были достоверно выше, чем в группе больных с хорошим эффектом терапии и достижением ремиссии и низкой активности РА ($p<0,05$).

Среди пациентов, достигших ремиссии или низкой активности, по мере увеличения длительности анамнеза РА отмечено нарастание ММЛЖ ($r=0,5$, $p<0,05$), ИММ ($r=0,76$, $p<0,05$), ЗСДЖ ($r=0,55$, $p<0,05$), СДЛА ($r=0,45$, $p<0,05$). С увеличением продолжительности анамнеза РА отмечено нарастание размеров ЛП ($r=0,31$) у больных с умеренным ответом на терапию. С ростом уровня С-реактивного белка (СРБ) отмечается увеличение размеров ЛЖ ($r=0,36$, $p<0,05$) и ЛП ($r=0,31$, $p<0,05$) у больных с низкой активностью заболевания. Выводы. Функциональные нарушения миокарда у больных РА чаще появляются диастолической дисфункцией. Недостаточный эффект базисной противовоспалительной терапии у больных РА и сохранение высокой активности артрита ассоциируется с увеличением частоты встречаемости гипертрофии миокарда желудочков и предсердий. Длительность РА, активность воспаления коррелирует с увеличением размеров предсердий и левого желудочка у больных РА.

Влияние уровня тиреотропного гормона на состояние фильтрационной функции почек у больных первичным гипотиреозом в сочетании с артериальной гипертензией

Николаева А.В.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Целью исследования явилось сравнение фильтрационной функции почек у пациентов с субклиническим и компенсированным первичным гипотиреозом в сочетании с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Было обследовано 40 женщин, страдающих первичным гипотиреозом различного генеза (аутоиммунный тиреоидит, послеоперационный гипотиреоз) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) в возрасте от 50 до 77 лет. Пациентки были разделены на 2 группы: группу из 21 человек с субклиническим гипотиреозом в сочетании с АГ (1-я группа, значение ТТГ 8,17 [4,89, 10,9]) и группу из 19 человек с компенсированным гипотиреозом в сочетании с АГ (2-я группа, значение ТТГ 2,55 [2,09, 3,2]), получавших адекватную заместительную терапию. Группы были сопоставимы по возрасту, стадии АГ (1-2 стадии), антигипертензивной терапии, причине гипотиреоза, но достоверно различались по уровню ТТГ крови, у всех пациенток отсутствовали в анамнезе заболевания почек. Всем пациентам проведено обследование, включавшее физикальное обследование, офисное измерение артериального давления, анализ креатинина крови, мочевой кислоты, уровня ТТГ крови и подсчитана скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле CKD-EPI и MDRD. Статистический анализ включал использование непараметрических методов оценки (медиана и 25-й и 75-й процентиля), критерия Манна-Уитни, коэффициента корреляции Спирмена. Межгрупповые различия считали статистически значимыми при вероятности справедливости нулевой гипотезы об отсутствии различия между группами $p < 0,05$.

Результаты. Различий по клиническим симптомам и уровню офисного систолического и диастолического давления между группами не отмечалось, в 1-й группе САД составило 138,4 [130,0; 150,0] мм рт. ст., ДАД – 83,44 [80; 90] мм рт.ст., во 2-й группе САД – 154 [145,0; 171,0] мм рт.ст., ДАД – 89,72 [84,0; 99,0] мм рт.ст. Также не было выявлено достоверных различий между группами по уровню мочевой кислоты (274,3 [242,0, 318,0] ммоль/л и 257,4 [218,0, 300,0] ммоль/л, соответственно) и креатинина крови (79,5 [70,5, 91,85] мкмоль/л и 79,7 [72,7, 86,7] мкмоль/л). При сравнении СКФ при подсчете по формуле CKD-EPI медиана СКФ в группах составила 80,0 [72, 94] мл/мин/1,73 м² и 80,29 [73, 88] мл/мин/1,73 м², по формуле MDRD 69,85 [59, 78] мл/мин/1,73 м² и 67,5 [61, 73] мл/мин/1,73 м² соответственно, различия недостоверны. Достоверных взаимосвязей между уровнем ТТГ, уровнем артериального давления, скоростью клубочковой фильтрации, уровнем креатинина и мочевой кислоты обнаружено не было.

Таким образом, у пациентов с компенсированным и субклиническим первичным гипотиреозом в сочетании с артериальной гипертензией не отмечается существенного снижения скорости клубочковой фильтрации, наличие субклинического гипотиреоза у пациентов с артериальной гипертензией существенно не влияет на фильтрационную функцию почек у таких больных.

Участие антигенов системы HLA класса I в развитии псориатического артрита

Нуритдинова С.К., Алиахунова М.Ю., Хакимова Р.А., Исламова Д. Н.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель – изучение ассоциативной связи антигенов класса I (локусов А и В) системы HLA с ПсА, тяжестью его течения, а также с вариантами суставного синдрома.

Материал и методы. Включено 59 больных ПсА (26 женщин и 33 мужчины) в возрасте 41,5±1,3 лет и с длительностью заболевания 2 года. Олигоартритический вариант наблюдался у 17 больных, полиартритический – у 18, дистальный – у 16, спондилоартритический – у 8. Сформированы две группы больных в зависимости от возраста возникновения псориаза: до 40 лет (n=36) и после 40 лет (n=23).

Результаты. У больных по сравнению с контрольной группой было выявлено повышение частоты HLA-B13, B16(38) и B27 (23,2; 23,2 и 20,2%; в группе контроля – соответственно 10; 4,7 и 7,3%), наблюдается также тенденция к снижению частоты антигена В7 у больных ПсА по сравнению с контролем (12,1 и 21,3% соответственно; $p=0,09$). Отдельные клинические варианты ПсА были связаны с различными HLA-антигенами. Полиартритический вариант суставного синдрома был положительно ассоциирован с HLA-B16(38) и B27, при этом частота их выявления составила 36 и 20,5% соответственно. Антигены B13 и B16(38) выявлялись с частотой 27,3 и 18,1% соответственно и были положительно ассоциированы с дистальным вариантом ПсА. Также выявлена положительная ассоциация спондилоартритического варианта – с HLA-B27, при этом данный антиген имел место у половины больных с признаками спондилоартрита. Олигоартритический вариант характеризовался низкой частотой выявления В7 (3,7%) и, соответственно, отрицательной ассоциативной связью с данным антигеном. В группах больных незрозивным и эрозивным ПсА не было обнаружено различий в частотах встречаемости антигенов B13 и B27. В то же время в группе больных незрозивным ПсА частота обнаружения антигенов B13 и B27 была выше, чем в группе контроля (ОШ 3,20 [1,37; 7,50], $p<0,005$, и ОШ 4,12 [1,64; 10,44], $p<0,001$ соответственно). Повышение частоты антигена B16(38) было характерно для всех рентгенологических стадий ПсА: 1-я подгруппа (I-IIA стадия) – 16,4%, 2-я подгруппа (IIB стадия) – 25%, 3-я подгруппа (III-IV стадия) – 40,9% по сравнению с 8,7% в группе контроля, при этом сила ассоциативной связи увеличивалась с увеличением степени выраженности деструкции в суставах. Так, в группе больных с III-IV стадией ПсА по сравнению с группой больных с I-IIA стадией ассоциативная связь антигена B16(38) с эрозивным процессом была достоверно выше (ОШ=14,14 [3,98; 51,75] и ОШ 4,01 [1,32; 12,40], $p=0,02$ соответственно). Среди больных с ранним и поздним началом псориаза было обнаружено повышение встречаемости B16 примерно с одинаковой частотой в обеих группах, однако выше, чем в группе контроля. Группа больных с началом псориаза в молодом возрасте отличалась положительной ассоциативной связью с антигеном B13 (ОШ 3,29; $p<0,001$), тогда как в группе больных с более поздним началом псориаза наблюдалась связь с B27 (ОШ 5,53; $p<0,001$). Выявлены положительные и отрицательные ассоциации отдельных HLA-антигенов локуса В не только с ПсА в целом, но и с его клиническими вариантами.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование выявило различное участие антигенов системы HLA в развитии ПсА и формировании клинических вариантов суставного синдрома и позволило уточнить влияние наследственной предрасположенности на развитие ПсА в нашем регионе, а также выявлена четкая ассоциация заболевания и его клинических вариантов с антигенами системы HLA.

Профилактика кардиоваскулярных осложнений у женщин пожилого возраста с эстрогендефицитным состоянием

Нурмухамедов А.И., Абдуллаев А.Х., Туляганова Д.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Дефицит эстрогенов (ДЭ), развивающийся в постменопаузальном периоде (ПМ), ведет к появлению различных вазомоторных симптомов, урогенитальных расстройств и, к сожалению, к сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ) и остеопорозу. К наиболее частым и грозным

осложнениям этого периода жизни женщин являются ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь (ГБ), кардиоцеребральные заболевания, являющиеся нередкими причинами смерти и инвалидизации женщин.

Цель исследования – сравнительная оценка эффективности заместительной гормонотерапии (ЗГТ) и фитоэстрогенотерапии у женщин с ССЗ в ПМ.

Материал и методы. Под наблюдением были пациентки 46–60 лет с климактерическим синдромом (КС) с давностью заболевания от полугода до 10-ти лет. Пациентки I группы (50) получали ЗГТ, II группы (50) – фитоэстрогены. Препараты назначали в течение 12 месцев. По основным жалобам, терапевтическим диагнозам, возрасту и давности заболевания группы были идентичны. Определяли липидный спектр, показатели свертывающей системы крови, гормоны. Проводили необходимые инструментальные исследования. Результат оценивали по ближайшему (1–3 месяца) и отдаленному (6–12 месяцев) срокам лечения.

Результаты. До лечения все больные жаловались на кардиалгии, сердцебиение, одышку, чувство страха, бессонницу и приливы жара до 10–15 раз в сутки. Артериальное давление: среднее систолическое 160–170 и среднее диастолическое 90–100 мм рт.ст. Ведущим фактором являлось резкое уменьшение или отсутствие положительного влияния эстрогенов на организм. ДЭ способствует развитию комплекса тесно взаимосвязанных обменно-метаболических нарушений, в том числе атерогенной дислипотеидемии и триглицеридемии. Уровень холестерина повышается на 20%, выявляется повышение индекса массы тела, содержания фибриногена и глюкозы. Установлено, что у 89% больных, принимавших ЗГТ, наступило улучшение общего самочувствия, исчезновение большинства жалоб и восстановление трудоспособности уже в первые 3 месяца лечения. В этот же срок фитоэстрогены оказали благоприятное действие у 71% обследованных. Отдаленные результаты выявили усиление эффекта фитоэстрогенов. А изученные показатели (липиды, коагулограмма, гормоны, данные ЭКГ, ЭхоКГ, ВЭМ) в обеих группах отличались не столь выражено. Гестагенный компонент препарата ЗГТ не должен изменять благоприятное воздействие эстрогенов на метаболизм липидов и липопротеидов. При наличии противопоказаний к применению ЗГТ (опухоли репродуктивных органов, тяжелые поражения печени и почек, нарушения свертывающей системы крови) назначается препарат растительного происхождения – фитоэстрогены.

Заключение. Следовательно, применение ЗГТ или фитоэстрогенов после физиологического или хирургического выключения функции яичников оказывает кардиопротективный эффект, наряду с положительным влиянием их на другие органы и системы. При этом должна соблюдаться индивидуализация в выборе препарата в кооперации пациент, терапевт, гинеколог.

Оценка роли биомаркеров стресс-реализующих систем и липидного спектра крови в разных возрастных группах

Ойроткина О.Ш., Ермакова Е.Ю., Емельянов В.В., Поддубская Е.А., Шкловский Б.Л., Бакшеев В.И., Литвиненко А.А., Никулин А.И.

3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского, Красноярск

Цель. Оценить значение биомаркеров стресс-реализующих систем и липидный спектр у пациентов разного возраста.

Материалы и методы исследования. Обследовано 980 пациентов с ИБС, артериальной гипертонией, хронической болезнью почек. Все пациенты

были разделены по возрасту на 3 группы: группа 1 включала в себя пациентов от 20–39 лет, группа 2 – от 40 до 59 лет, группа 3 – от 60–80 лет. Состояние липидного обмена определяли у энзиматическими методами. Стресс-реализующие системы исследовали в суточной экскреции в моче. Концентрацию кортизола, мелатонина сульфата, метанефрина и норметанефрина в моче, а также BDNF в плазме крови методом ИФА наборами фирмы «DRG» на автоматическом иммуноферментном (комби) анализаторе «Chemwell» (модель 2910, производитель Awareness Technology, Inc, США), показатели гемореологии на лазерном агреометре деформометре.

Результаты исследования. Среди молодых женщин статистически значимо преобладал IIa тип ДЛП и изолированное снижения ХС ЛПВП ($p \chi^2 = 0,025$), по сравнению с женщинами старше 40 лет. Напротив, у женщин в подгруппах 40–59 и 60–80 лет увеличивалась доля лиц с гипертриглицеридемией, чаще диагностируется IIb и IV тип ДЛП. У женщин зрелого, пожилого и старческого возраста не отличались между собой по соотношению типов ДЛП. У мужчин как молодого, так и зрелого возраста преобладал IIb тип, в то время как у пожилых и старых мужчин увеличивалась доля лиц с IIa типом ДЛП, а доля лиц с гипертриглицеридемией сокращалась ($p \chi^2 = 0,001$). С возрастом наблюдается существенное увеличение показателей вязкости крови, пределе текучести и агрегации эритроцитов, снижение содержания в крови BDNF, суточной экскреции кортизола и метилированных метаболитов катехоламинов, а также увеличение экскреции мелатонин сульфата с мочой. Обнаружены статистически значимые сильные корреляционные связи между суточной экскрецией кортизола с мочой и концентрацией ХС ЛПНП ($r = 0,95$, $p < 0,05$), коэффициентом агрегации эритроцитов ($r = 0,64$, $p < 0,05$); КА ($r = 0,99$, $p < 0,05$); суточной экскрецией метанефрина и КА ($r = 0,75$, $p < 0,05$). Также суточная экскреция метанефрина обнаруживала обратную корреляцию с возрастом ($r = -0,93$, $p < 0,001$) и прямую – с уровнем BDNF ($r = 0,75$, $p < 0,05$) и показателями гемореологии и микроциркуляции.

Выводы. Пациенты трех возрастных групп (молодого, среднего, пожилого и старческого возрастов) характеризуются различной выраженностью атерогенной ДЛП, наибольший уровень ОХС, ХС ЛПНП, ТГ, КА характерен для лиц среднего возраста. Для пациентов разного возраста и пола характерны отличия в частоте встречаемости различных фенотипов ДЛП. В молодом и среднем возрасте у женщин чаще встречается IIa тип ДЛП, а у мужчин – IIb и IV тип ДЛП, в то время как в пожилом и старческом возрасте подобные отличия не обнаруживаются. Биомаркеры стресс-реализующих систем (суточная экскреция с мочой кортизола, метаболитов катехоламинов и мелатонина), а также уровень BDNF в крови обнаруживают возрастные различия и взаимосвязь с показателями липидного спектра крови, гемореологии, микроциркуляторных и транскпиллярных нарушений. Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ 130600402.

Роль психотропной и антиоксидантной терапии в реабилитации кардиохирургических пациентов

Ойроткина О.Ш., Паценко М.Б., Шкловский Б.Л., Бакшеев В.И., Баранов А.П., Кушнарева Ю.Б., Корниенко Е.А.

3 Центральный военный клинический госпиталь им.А.А. Вишневского, Красноярск

С развитием хирургических методов лечения ишемической болезни сердца (ИБС) и приобретенных пороков сердца все большее значение приобретает

проблема психической и церебральной дисфункции с неприемлемым уровнем послеоперационной заболеваемости. Психопатология является уязвимым звеном кардиохирургии, поскольку операции на сосудах и клапанном аппарате, особенно в условиях искусственного кровообращения, обладают мультифакторным риском для нервной системы, вызывающих повреждения с изменением личностных или интеллектуальных способностей. В комплексную коронаролитическую, антиагрегантную терапию включали антиоксидант мексидолом. Препарат вводился по 200 мг внутривенно 1 раз в день в течение 7 дней до операции и по 200 мг внутримышечно 15–20 дней в послеоперационном периоде. Пароксетин назначался в дозе 10–20 мг в сут в утренние часы на фоне стандартной схемы лечения сердечно-сосудистых расстройств начиная с 5 дня послеоперационного периода. Длительность лечения составляла 15–20 дней.

Результаты и обсуждение. У больных всех трех групп диагностированы нозогенные депрессии, в клинической картине которых доминирующее положение занимала ипохондрическая и тревожная симптоматика, проявляющаяся обостренным самонаблюдением, фиксацией на своем состоянии с тщательной регистрацией малейших признаков физического дискомфорта, пессимистической оценкой тяжести основного заболевания и эффективности предстоящего лечения. Для большинства пациентов были характерны тревожные опасения по поводу возможной инвалидизации, связанной с оперативным вмешательством или течением заболевания. В процессе терапии пароксетином и мексидолом к исходу 2-й недели лечения клинически отмечалась отчетливая тенденция к уменьшению выраженности психопатологической симптоматики: выравнивалось настроение, редуцировались тревожно-ипохондрические и вегетативные проявления, повышалась активность, появлялось ощущение бодрости, уменьшалось чувство бесперспективности и пессимистическая оценка своего физического состояния, улучшился сон и аппетит. К 20-му дню терапии часть синдромов (депрессивный, гипернозогнозический, истерический, агрипнический) была купирована полностью, частота проявления и выраженность остальных существенно редуцировалась, а по данным последующего наблюдения известно, что через 3 месяца у 85% пациентов они полностью исчезли. У 67% больных появилась уверенность, что по завершении реабилитации они смогут приступить к прежней трудовой деятельности, у 89% – улучшилось качество жизни, измененное в связи с болезнью и оперативным вмешательством, сформировались новые цели и установки. По данным нейропсихологического и психофизиологического исследования, в ходе лечения наблюдалось улучшение оперативной памяти, концентрации внимания, скорости реакции, увеличение объема запоминаемой информации. Сочетание мексидола и пароксетина позволяет снизить терапевтическую дозу психотропных препаратов.

Выводы. Включение антиоксидантных и антидепрессорных препаратов в комплексную терапию кардиохирургических больных с целью профилактики психосоматических осложнений, способствует повышению церебропротекции и снижению выраженности проявлений клинических цереброваскулярных, вегето-сосудистых и психических симптомов. Сочетание мексидола и пароксетина позволяет снизить терапевтическую дозу психотропных препаратов, как в пред-, так и в послеоперационном периодах. В послеоперационном периоде реабилитационные мероприятия наиболее эффективны, на фоне адекватного назначения антидепрессантов в сочетании с антиоксидантами (мексидола и пароксетина) для коррекции возникающих метаболических, дисциркуляторных, психопатологических, тревожно-депрессивных расстройств.

Оценка С-пептида предиктора сердечно-сосудистых осложнений при инсулинорезистентности у пациентов с метаболическим синдромом

Ойроткинова О.Ш., Шкловский Б. Л., Паценко М.Б., Бакшеев В.И., Баранов А.П., Кушнарева Ю.Б., Карнеев Е.А.

3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского, Красногорск

Цель. Оценить значение С-пептида и инсулина в оценке степени выраженности инсулинорезистентности у пациентов с метаболическим синдромом. ИБС и ИНСД.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное клиническое обследование 54 больных с метаболическим синдромом, ИБС и с ИНСД. В качестве метода скрининга применяли оценку С-пептида, инсулина и гликированного гемоглобина.

Полученные результаты. С-пептид является продуктом расщепления проинсулина и рассматривается как активный пептид со многими различными капиллярными эффектами и макрососудистыми осложнениями. Так, повышенный уровень С-пептида в крови коррелирует с гиперреологическим синдромом – вязкостью крови и коэффициентом агрегации эритроцитов, пределом текучести ($r = +0,64$), показателем ХС ЛПНП ($r = +0,84$) у пациентов с метаболическим синдромом, ИБС и ИНСД, что подчеркивает его важное значение в развитии атеросклероза. У больных ИБС с метаболическим синдромом (МС) отмечались более высокие уровни С-пептида ($3,56 \pm 1,45$ нмоль/л), нежели у больных только с ИБС ($1,37 \pm 0,58$ нмоль/л) или только с МС ($1,44 \pm 0,36$ нмоль/л). При этом установлены положительные корреляционные взаимосвязи между содержанием оксида азота после физической нагрузки и суммарным интегралом ишемии миокарда, функциональными классами сердечной недостаточности, фракцией выброса и индексом массы миокарда левого желудочка (ЛЖ).

Выводы: С-пептид, в отличие от инсулина является наиболее скрининговым предиктором развития инсулинорезистентности, преддиабета и сосудистых осложнений у пациентов с метаболическим синдромом, ИБС и ИНСД. Целесообразно включение С-пептида в перечень обязательных клинических исследований для осуществления контроля за действием медикаментозных средств, способствующих повышению его уровня в крови. Определение целевого уровня С-пептида позволит улучшить исходы сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с метаболическим синдромом в сочетании с ИБС. Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ 130600402.

Частота выявления психоэмоциональных расстройств у больных активным ревматоидным артритом

Октябрьская И.В., Беляева И.Б., Ташлыков В.А.

Клиническая ревматологическая больница №25, Санкт-Петербург

Цель исследования: выявление психоэмоциональных расстройств у больных РА и влияние клинко-лабораторной активности РА на частоту этих расстройств.

Материал и методы. Проведено клинко-лабораторное обследование 200 пациентов с достоверным по критериям ACR (1987) РА. Длительность заболевания $7,82 \pm 3,57$ года. Средний возраст пациентов $58,2 \pm 5,5$

года. Индекс активности DAS 28 ($6, 12 \pm 0,09$). Все пациенты получали в качестве базисной терапии метотрексат (MT) в дозе 15–20 мг/неделю. 38% пациентов получали глюкокортикоиды (ГКС) per os. Длительность приема ГКС составила $5,87 \pm 0,50$ лет, а доза принимаемых ГКС – $8,86 \pm 0,26$ мг. Методом случайной выборки обследованные больные были распределены на две группы. В группе I (60 пациентов) продолжали получать терапию MT (15–20 мг/нед); в группе II (60 пациентов) на фоне сохраняющейся высокой клинико-лабораторной активностью дополнительно назначался инфликсимаб (ИФ) из расчета 3 мг/кг внутривенно капельно по схеме введения 0, 2 и 6 недель, затем через каждые 8 недель. Группы были сравнимы по полу, возрасту, длительности течения заболевания, активности РА по DAS 28 и рентгенологической стадии. Длительность наблюдения составила 24 недели. Осуществлялась оценка суставного синдрома с помощью визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ), определялось число болезненных суставов (ЧБС) и припухших суставов (ЧПС), применялся индекс Health Assessment Questionnaire (HAQ). Оценивались показатели качества жизни с помощью опросника SF-36, определялась стрессоустойчивость и социальная адаптация по опроснику Холмса и Раге, степень астенического состояния, тревоги и депрессии по шкале Цунга, госпитальной шкале тревоги и депрессии. Эффективность лечения оценивалась с использованием индекса активности DAS 28.

Результаты и обсуждение. На первом этапе проведена оценка психосоматического статуса у 120 обследованных пациентов с РА из обеих групп. Тревожно-депрессивные расстройства регистрировались у 66,2% (80 пациентов). Выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между длительностью течения РА и степенью выраженности тревоги и депрессии. При длительности РА ≥ 9 лет умеренно выраженная и тяжелая депрессия по шкале Цунга выявлялись у 40% и 26,6% пациентов, что достоверно превышало эти показатели у пациентов с длительностью РА ≤ 5 лет (23,7% и 9,30%, $p < 0,05$). Аналогичная закономерность выявлена при оценке депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии. При длительности РА ≥ 9 лет высокая стрессоустойчивость выявлялась в 3 раза реже, чем у больных с длительностью болезни ≤ 5 лет (13,33% и 39,5%), а пороговая стрессоустойчивость регистрировалась в 1,5 раза чаще (53,33% и 39,5%, $p < 0,05$). У больных с длительностью РА ≥ 9 лет отмечен достоверно более высокий уровень астении по шкале астении, чем в группе больных с длительностью болезни ≤ 5 лет ($101,22 \pm 3,9$ и $85,28 \pm 2,90$ баллов, $p < 0,05$). Отмечено, что у больных РА, принимавших ГКС в связи с активным течением заболевания, отмечалось снижение стрессоустойчивости по методике определения уровня стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге, что свидетельствовало о возможном развитии побочных центральных эффектов преднизолона при его длительном применении. Установлена прямая корреляционная зависимость между количественными характеристиками суставного синдрома и уровнем астении по шкале астении. Так, коэффициент корреляции между уровнем астении по шкале астении в баллах и индексом DAS 28 составил $r = 0,32$ ($p < 0,05$), продолжительностью утренней скованности $r = 0,46$ ($p < 0,001$), СРБ – $r = 0,29$ ($p < 0,05$) и уровнем ЦИК – $r = 0,26$ ($p < 0,01$). Отмечены прямые корреляционные зависимости между количеством пациентов с высокой степенью депрессии и длительностью РА ($r = 0,4$, $p < 0,01$), дозой преднизолона ($r = 0,37$, $p < 0,01$) и HAQ ($r = 0,29$, $p < 0,05$).

Выводы: 1. При оценке психологического статуса у больных РА с развернутой стадией заболевания тревожно-депрессивные расстройства выявлены у 66,2% пациентов. 2. Выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между длительностью течения РА и степенью выраженности тревоги и депрессии. 3. Установлена прямая корреляционная взаимосвязь между длительностью течения РА и низкой стрессоустойчивостью. 4. Прием ГКС способствует снижению стрессоустойчивости. 5. Выявлена прямая корреляционная зависимость между количественными характеристиками суставного синдрома и уровнем астении по шкале астенического состояния (методика Л.Д. Малковой).

Влияние остеокальцина на течение остеоартроза и при его сочетании с сахарным диабетом 2 типа

Олейник М.А., Журавлева Л.В.

Харьковский национальный медицинский университет,
Харьков, Украина

В последнее время пристальное внимание исследователей вызывает роль субхондральной кости (СХК) в развитии остеоартроза (ОА). В исследованиях было продемонстрировано, что развитие субхондрального остеосклероза и формирование остеофитов часто проявляются раньше, чем первые изменения в суставном хряще и дальнейшее сужение суставной щели. Установлено, что ускорение метаболических процессов в СХК при ОА приводит к неполноценной минерализации кости и к снижению ее биомеханических свойств. Активный процесс ремоделирования СХК неизбежно сопровождается сосудистой инвазией в глубокие слои суставного хряща с необратимой деградацией матрикса хряща, ремоделирование которого ухудшает его механические свойства, усиливает упругоэластические свойства СХК. Значительное влияние на обменные процессы в костной ткани оказывает целый ряд метаболических факторов риска, в частности, гипергликемия. Золотым стандартом среди маркеров костеобразования признают исследование остеокальцина. Цель. Изучение влияния остеокальцина на течение ОА и при его сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. В условиях эндокринологического и ревматологического отделений КУОЗ «Областная клиническая больница – центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» г. Харькова было обследовано две группы больных: 1-я группа – 21 больной с ОА, 2-я группа – 28 больных с ОА в сочетании с СД 2 типа. Средний возраст пациентов составил $57,03 \pm 0,69$, группы были сопоставимы по полу и возрасту. Средняя продолжительность ОА составила $8,04 \pm 0,32$ года, СД 2 типа – $9,07 \pm 0,62$ года. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Для всех больных обследование включало измерение антропометрических показателей: рост, масса тела, окружности талии и бедер; вычисление индекса массы тела (ИМТ) и соотношения окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ). Исследование суставов включало осмотр, пальпацию, объективную оценку боли в покое и при движении по ВАШ. Симптомы ОА оценивали также по индексам Lequensne и WOMAC. Определялся уровень С-реактивного белка (СРБ). Рентгенологические стадии ОА оценивали в соответствии с классификацией Kellgren и Lawrens. Проводилось определение состояния углеводного обмена: исследование уровня глюкозы в сыворотке крови натощак (ГНН), HbA1c, концентрации иммунореактивного инсулина (ИРИ). Рассчитывался индекс HOMA-IR. Уровень остеокальцина определялся иммуноферментным методом. Результаты и обсуждение. У больных с изолированным течением ОА были определены отрицательные корреляционные связи между уровнем остеокальцина и ИМТ ($r = -0,44$; $p < 0,05$), СРБ ($r = -0,59$; $p < 0,05$), рентгенографическими изменениями по Kellgren ($r = -0,44$; $p < 0,05$), а также клиническими проявлениями ОА, а именно, с «болью» по WOMAC ($r = -0,63$; $p < 0,05$) и суммарным баллом по WOMAC ($r = -0,47$; $p < 0,05$). У больных с сочетанным течением ОА и СД 2 типа была определена отрицательная корреляция между уровнем остеокальцина и ИМТ ($r = -0,73$; $p < 0,05$) и соотношением ОТ/ОБ ($r = -0,55$; $p < 0,05$). При анализе связи между уровнем остеокальцина и показателями углеводного обмена определялись его отрицательные корреляции с ГНН ($r = -0,50$; $p < 0,05$) и индексом HOMA ($r = -0,52$; $p < 0,05$). На наличие связи остеокальцина с ОА у больных с сочетанным течением заболеваний указывает его отрицательная связь с уровнем СРБ ($r = -0,53$; $p < 0,05$), а также клинико-рентгенологическими показателями, а именно с рентгенологическими изменениями по Kellgren ($r = 0,42$; $p < 0,05$),

«болью при движении» по ВАШ ($r=-0,56$; $p<0,05$), «болью» по WOMAC ($r=-0,62$; $p<0,05$) и суммарным баллом по WOMAC ($r=0,37$; $p<0,05$).

Выводы. У больных с изолированным течением ОА было выявлено отрицательные связи остеокальцина с ИМТ, СРБ и клинко-рентгенологическим изменениями. У больных с сочетанным течением ОА и СД 2 типа было выявлено снижение уровня остеокальцина и отрицательная связь его с показателями углеводного обмена, уровнем СРБ и клинко-рентгенологическим изменениями. Эти данные могут свидетельствовать об определенном влиянии недостаточности остеокальцина на развитие и течение как ОА, так и СД 2 типа, однако оценка этого еще требует дальнейшего изучения.

Корреляции показателей сосудистой стенки общей сонной артерии по данным ультразвукового исследования методом эхотрекинг у больных ишемической болезнью сердца

Олейников В.Э., Гусаковская Л.И., Мельникова Е.А., Хромова А.А.

Пензенский государственный университет, Пенза

Цель: установить корреляционные взаимосвязи показателей, характеризующих структурно-функциональные свойства магистральных артерий по данным ультразвукового исследования методом эхотрекинг, с возрастом, антропометрическими данными (рост, индекс массы тела (ИМТ)), длительностью анамнеза заболевания, уровнем глюкозы, фракций холестерина, креатинина крови у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: в исследование включено 63 человека, страдавших ИБС (48 мужчин и 15 женщин). Средний возраст обследуемых составил 53 (44; 66,2) года, уровень САД – 125 (120; 145) мм рт.ст.; ДАД – 80 (70; 85) мм рт.ст.; длительность анамнеза ИБС – 4 (0,5; 8,0) года. Структурно-функциональные свойства магистральных артерий изучали с помощью ультразвукового исследования общих сонных артерий с использованием технологии эхотрекинг прибором My Lab 90 («Esaote», Италия) по показателям: QIMT – толщина комплекса интима-медиа, Loc P sys – локальное систолическое давление в сонной артерии, Loc P dia – локальное диастолическое давление, P (T1) – давление в локальной точке, индекс жесткости β , DC – коэффициент поперечной растяжимости, CC – коэффициент поперечной податливости, индекс аугментации Aix, локальная скорость распространения пульсовой волны в сонной артерии PWV. Для определения корреляций применяли ранговый коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты: выявлена достоверная взаимосвязь между возрастом и большинством параметров сосудистой ригидности общей сонной артерии по данным эхотрекинга: положительная – с QIMT ($R=0,42$, $p<0,01$), Loc P sys ($R=0,40$, $p<0,01$), Loc P dia ($R=0,37$, $p<0,01$), PWV ($R=0,43$, $p<0,01$), индексами β ($R=0,38$, $p<0,01$) и Aix ($R=0,54$, $p<0,01$); отрицательная – с DC ($R=-0,39$, $p<0,01$) и CC ($R=-0,33$, $p<0,05$). Рост коррелировал с показателями локального давления (с Loc P sys $R=-0,27$ ($p<0,05$), Loc P dia $R=-0,31$ ($p<0,05$), P (T1) $R=-0,37$ ($p<0,01$)) и индексом прироста Aix ($R=-0,38$, $p<0,01$). Кроме того, значения ИМТ коррелировали с уровнем давления в общей сонной артерии (Loc P dia $R=0,28$, ($p<0,01$) и P(T1) $R=0,30$, ($p<0,01$)). Была выявлена достоверная прямая взаимосвязь между длительностью анамнеза ИБС и показателями Loc P sys ($R=0,47$, $p<0,01$), Loc P dia ($R=0,52$, $p<0,01$), Aix ($R=0,51$, $p<0,05$) и PWV ($R=0,38$, $p<0,01$). Со значениями триглицеридов крови достоверно коррелировали QIMT ($R=0,37$, $p<0,05$), Loc P sys ($R=0,51$, $p<0,05$), Loc P dia ($R=0,47$, $p<0,05$), P(T1) ($R=0,43$, $p<0,05$) и PWV ($R=0,33$, $p<0,05$). Взаимосвязь показателей артериальной ригидности с другими фракциями холестерина, глюкозой, креатинином не достигала уровня статистической значимости.

Выводы: большинство показателей локального давления и артериальной жесткости по данным ультразвукового исследования общих сонных артерий методом эхотрекинг коррелировали с возрастом, некоторыми антропометрическими параметрами, длительностью анамнеза ИБС и уровнем триглицеридов.

Изменение резерва вегетативного обеспечения у больных артериальной гипертонией, ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа

Ораева Б.Н., Ходжакулиев Б.Г.

Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, госпитальной терапии и клинической фармакологии с курсом эндокринологии Туркменского государственного медицинского университета, Ашхабад, Туркменистан

Сочетание артериальной гипертонии (АГ) и диабетической кардиомиопатии приводит к биохимическим, морфофункциональным повреждениям клеток сердца, что во многом определяет нарушение вариабельности ритма сердца (ВРС).

Цель исследования – оценить состояние вегетативной нервной системы у больных АГ, ассоциированной с сахарным диабетом (СД) 2 типа по данным анализа ВРС. В исследование были включены 69 больных в возрасте от 33 до 61 года (средний возраст $\pm$ лет). Больные были разделены на 2 группы: 1-ую группу составили 30 больных с АГ и 2-ая группа – 39 больных АГ, ассоциированной с СД 2 типа. Спектральный анализ изучали по 5-минутной записи ЭКГ в покое и при активной ортостатической пробе (АОП) и в зависимости от длительности СД (менее и более 5 лет). При длительности АГ и СД 2 типа менее 5 лет достоверных различий между группами по показателями ВРС в покое не было. АОП выявило низкие значения низкочастотного компонента спектра (LF) – $585,26 \pm 57,1$ и $751,72 \pm 65,8$ мс² соответственно ($p=0,04$). У пациентов АГ и СД 2 типа длительностью более 5 лет между группами выявлены различия в уровне симпатического и парасимпатического компонентов вегетативного обеспечения как в покое (в 1-ой группе – LF $601,23 \pm 57,2$ и HF – $357,86 \pm 43,0$ мс², в 2-ой группе – LF – $291,83 \pm 23,7$ и HF – $98,75 \pm 10,0$ мс², $p<0,05$), так при АОП в 1 группе LF – $872,36 \pm 75,7$ и HF – $253,0 \pm 29,5$ мс², во 2 группе – LF $504,68 \pm 51,7$ и HF – $84,68 \pm 9,3$ мс²; $p<0,01$).

Таким образом, у пациентов АГ, ассоциированной СД 2, типа снижение резерва симпатического обеспечения сердечно-сосудистой деятельности отмечается уже на ранних стадиях. По мере увеличения длительности заболевания отмечается снижение спектральной мощности во всех частотных диапазонах, свидетельствующие о нарушении симпатической и парасимпатической регуляции.

Уровень тревожности у больных анкилозирующим спондилитом под влиянием хрономаннитотерапии

Оросс И.В., Ненашева Н.В., Черкашина И.В., Александров А.В., Никитин М.В.

Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии, Филиал Российского научного центра медицинской реабилитации и курортологии «Санаторно-курортный комплекс «Вулан», Волгоград, Геленджик

Цель исследования: изучение влияния реабилитационно-восстановительного лечения с включением метода хрономаннитотерапии

(комплекс «Мультимаг», Касимовский приборный завод, г. Рязань, Россия) на уровень тревожности у больных анкилозирующим спондилитом (АС). Задачи исследования: 1. Изучить исходные уровни тревожности у больных анкилозирующим спондилитом до применения хрономагнитотерапии. 2. Изучить динамику состояния тревожности у больных анкилозирующим спондилитом после проведения хрономагнитотерапии.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе ФГБНУ «НИИ КиЭР» (г. Волгоград) и Филиала «Санаторно-курортный комплекс «Вулан» ФГБУ «РНЦ МРНК» (г. Геленджик). В исследование были включены 35 больных с достоверным диагнозом АС (30 мужчин и 5 женщин в возрасте от 29 до 66 лет). Продолжительность заболевания менее 5 лет выявлена у 9 больных (25,7%), от 5 до 10 лет – у 12 (34,3%) и более 10 лет – у 14 (40,0%). Структура стадий АС у изучаемых больных выглядела таким образом: начальная стадия у 4 больных (11,4%), развернутая стадия у 21 пациента (60,0%), поздняя – у 10 (28,6%). Внеаксиальные проявления имели 24 пациента (68,6%). Нами наблюдалось следующее распределение пациентов по активности патологического процесса в зависимости от индекса BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index): низкая (<2,0) – у 2 пациентов (5,7%); умеренная (2,0-4,0) – у 12 больных (34,3%); высокая (4,0-7,0) – у 14 (40,0%); очень высокая (>7,0) – у 7 пациентов (20%). Больные АС были разделены на три группы, сопоставимые по половому составу, возрасту, длительности и активности заболевания: основную (n=13), группу сравнения (n=12) и контрольную (n=10). После стационарного лечения пациенты двух первых групп для прохождения ранней реабилитации (в сроки от 2 до 6 недель после выписки) направлялись на климатобальнеологический курорт (Санаторно-курортный комплекс «Вулан», Геленджик, Краснодарский край), где больные АС из группы сравнения получали стандартную терапию, а пациенты основной группы – дополнительно 10 ежедневных сеансов хрономагнитотерапии бегущими магнитными полями на 8-канальном аппаратно-программном комплексе «Мультимаг» (Касимовский приборный завод, г. Рязань, Россия) по методике лечения болезней опорно-двигательного. Больные АС из контрольной группы получали на постгоспитальном этапе только сеансы хрономагнитотерапии (на базе ФГБНУ «НИИ КиЭР», Волгоград). Для определения уровня тревожности была использована шкала самооценки Spielberger, адаптированная Ю.Л. Ханиным. Исследование проводилось в соответствии с принципами Хельсинкской декларации Международной медицинской ассоциации и рекомендациями по этике биомедицинских исследований. Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с использованием пакета «STATISTICA 6.0 for Windows». В качестве порогового уровня статистической значимости было принято значение 0,05.

Результаты и обсуждение. Для пациентов АС всех трех групп характерны высокие уровни как реактивной тревожности (РТ), так и личностной тревожности (ЛТ), причем ЛТ более выражена по сравнению с РТ. Развитие АС сопровождается формированием повышенной тревожности как реального психологического состояния и как устойчивой личностной особенности. Повышение реактивной тревожности больных АС связана с осознанием болезни, формированием фиксации на болезнь, принятием ее как предопределенности и ведет, как правило, к возникновению депрессивных переживаний. В ходе восстановительного лечения показатели ЛТ и РТ имели тенденцию к снижению. Однако достоверная положительная динамика указанных показателей отмечалась в группе пациентов, получавших санаторно-курортное лечение в комплексе с низкочастотной хрономагнитотерапией (ЛТ $p=0,039$; РТ $p=0,028$). В контрольной группе, пациенты которой также получали сеансы хрономагнитотерапии, отмечалась достоверная положительная динамика РТ ($p=0,048$). В группе сравнения снижение показателей тревожности не носило достоверный характер.

Выводы. Положительное влияние, оказываемое реабилитационными методами лечения, в том числе методом хрономагнитотерапии, на параметры психологического статуса больных АС, проявляется в снижении тревожности, как личностной, так и реактивной. Воздействие хрономагнитотерапии на возможный морфологический субстрат опосредованно, через снижение боли и воспаления, влечет за собой позитивное изменение психологического статуса больных АС.

Сравнительная оценка распространенности различных форм диабетической полинейропатии в амбулаторно-поликлинической практике

Осепьянц В.Г., Санеева Г.А., Карпов С.М.

Городская клиническая консультативно-диагностическая поликлиника, Ставрополь

Диабетическая полинейропатия (ДПН) – наиболее часто развивающееся хроническое осложнение сахарного диабета (СД). Медико-социальная значимость ДПН определяется повышенной инвалидизацией и смертностью населения и связанными с этим затратами системы здравоохранения. По данным различных авторов, ДПН встречается у 10–90% больных СД в зависимости от методологии и используемых критериев. Несмотря на современные достижения в области диагностики, проблема своевременного выявления ДПН чрезвычайно актуальна. Длительное бессимптомное течение и разнообразные, неспецифические клинические проявления зачастую приводят к поздней диагностике ДПН, что увеличивает расходы на лечение, снижает эффективность проводимой терапии и негативно влияет на продолжительность и качество жизни больных. Данные о распространенности ДПН в амбулаторно-поликлинических группах больных СД, опубликованные в Государственном регистре сахарного диабета, демонстрируют практически четырехкратное занижение по сравнению с фактической распространенностью, особенно при СД 2 типа.

Целью исследования явилась оценка распространенности диабетической полинейропатии и анализ частоты ее выявления на уровне амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения.

Материалы и методы. Анализ распространенности фактически зарегистрированной ДПН проведен по данным амбулаторных карт и статистических талонов кабинета эндокринолога ГБУЗ СК «ГКДП» г. Ставрополя. Ретроспективно и по обращаемости изучено 286 карт пациентов (163 женщин и 122 мужчин) с СД 2 типа, состоящих на диспансерном учете у врача-эндокринолога. Возраст исследуемых пациентов составлял от 29 до 65 лет (средний возраст $56,23 \pm 5,03$ лет). Целенаправленный поиск неврологических осложнений у пациентов с СД 2 на амбулаторном приеме проведен в соответствии с действующими критериями и с использованием количественного сенсорного тестирования. Для комплексной оценки клинических симптомов применялась шкала неврологических симптомов – Neurological Symptoms Score (NSS), для верификации невропатического характера боли – визуальная аналоговая шкала (ВАШ). Лица с СД 1 типа, а также СД 2 типа на инсулинотерапии в исследование не включались. Полученные результаты статистически обработаны. Количественные данные представлены в виде средней и стандартной ошибки средней. Достоверность различий качественных признаков оценивали с помощью критерия χ^2 . Достоверными считали различия при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. Установленный диагноз типичной дистальной симметричной ДПН верифицирован на первичном приеме врача-эндокринолога у 28 (9,79%) пациентов, стаж СД которых был равен в

среднем 5,33±3,16 лет. Из них активно за медицинской помощью к врачам первичного звена обращались больные с жалобами на онемение пальцев ног – 16 человек (57,2 %) и судорогами в икроножных мышцах – 12 человек (42,8%). Как правило, данные жалобы возникали или усиливались ночью, в ряде случаев (7,6%) сопровождалась гипералгезией или аллодинией, а также были связаны с физическими нагрузками и длительным пребыванием в положении стоя. Диагностика и раздельный анализ различных форм ДПН проведен с учетом балльных показателей по шкале неврологических симптомов (NSS). По результатам целенаправленного обследования с использованием данной шкалы и количественного сенсорного тестирования с помощью монофиламента и неврологической иглы диагноз типичной дистальной симметричной ДПН установлен у 97 (33,91%) пациентов. Таким образом, фактическая распространенность ДПН оказалась достоверно ($\chi^2=6,635$, $p<0,01$) выше зарегистрированной ранее по активной обращаемости. Безболевого формы ДПН выявлены у 16 больных (5,6%).

Выводы. Использование скрининговых шкал, опросников, а также элементов неврологического осмотра позволит своевременно выявить наличие ДПН уже на этапах амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения и в последующем поможет оптимизировать лечебно-диагностические мероприятия по предотвращению развития тяжелых форм полинейропатии.

Артериальная гипертензия и сердечно-сосудистые осложнения при ревматоидном артрите

Осипова И.В., Стародубова Ю.Н., Сопотова И.В.

Алтайский государственный медицинский университет,
Городская больница №4, Барнаул

Цель: оценить особенности артериальной гипертензии и факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых осложнений у женщин с ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы: 1-я группа с РА (n=152), 2-я (группа сравнения) без него (n=149). Диагноз РА был верифицирован на основании классификационных критериев ACR/EULAR (2010). Группы были сопоставимы по возрасту: 1-я – 19 (54,9) 77, 2-я – 20 (55,1) 77 лет, ($p<0,005$). Средняя продолжительность РА составила – 4 (107) 381 месяца. В 100% пациентки с РА принимали базисную противовоспалительную терапию, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) ситуационно, 26% принимали глюкокортикостероиды (ГКС). Статистическая обработка полученных результатов с помощью пакета программ «Statistica» v 6.1. **Результаты:** у пациенток с РА артериальная гипертензия (АГ) выявлена в 73%, при этом у 18% она впервые; во 2-й группе АГ установлена лишь у 42% ($p<0,05$). Уровни АД у пациенток с РА: САД 100 (142) 214/ДАД 60 (83) 122 мм рт ст, во 2-й группе САД 98 (130) 174/ДАД 56 (78) 109 мм рт ст ($p<0,05$). У пациенток с РА в 36% повышение АД было впервые зафиксировано после установления диагноза, у 34% – до РА; в 35% случаев они регулярно принимают гипотензивную терапию. У пациенток с РА и АГ следующие ФР встречались чаще, чем без РА: снижение физической активности на 12% (94 и 82%), абдоминальное ожирение (ОЖ) в 1,3 раза (81 и 64%), тахикардия в 2,6 раза (70 и 27%), повышенный уровень общего холестерина (ОХС) в 1,4 раза (68 и 48%), нарушение сна в 1,5 раза (30 и 20%), гипергликемия в 2,6 раза (13 и 5%). Среди поражения органов мишеней и ранних маркеров атеросклероза: гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) у пациенток с РА встречалась чаще в 1,7 раза (73 и 42%), кальцинированность артерий нижних конечностей (лодыжечно-плечевой индекс >1,3) в 5,8 раз (35 и 6%, $p<0,05$), стеноз сосудов нижних конечностей (ПЛИ <0,9) с РА 12%.

Выводы: АГ значительно чаще в 1,7 раз встречается у женщин с РА и можно предполагать, что РА влияет на развитие АГ (до РА 34%, после 36%) ($p<0,05$). Кроме того, она ассоциирована с наличием традиционных факторов риска: снижение физической активности ($p<0,05$), тахикардия ($p<0,05$), повышенный уровень ОХС ($p<0,05$), нарушение сна ($p<0,05$), гипергликемия ($p<0,05$) и поражением органов мишеней (ГЛЖ, $p<0,05$), и ранних маркеров атеросклероза (лодыжечно-плечевой индекс >1,3), $p<0,05$. АГ при РА характеризуется более высокими цифрами САД\ДАД ($p<0,05$).

Кардиоваскулярный риск у женщин с высокой активностью ревматоидного артрита

Осипова И.В., Стародубова Ю.Н., Сопотова И.В.

Алтайский государственный медицинский университет,
Городская больница №4, Барнаул

Цель: проанализировать факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний и выявить взаимосвязь с активностью системного воспалительного процесса и кардиоваскулярным риском у женщин с ревматоидным артритом.

Материалы и методы: в исследование включены 190 женщин. Средний возраст 55,8±9,2 лет. Диагноз РА установлен на основании критериев ACR/EULAR 2010г. Средний возраст начала РА 49,6±8,9 лет. Средняя продолжительность РА составила 9,5±4,6 лет. Активность РА по DAS28 высокая (>5,1) 100%, оценка боли пациентками по ВАШ (мм) – среднее значение 65±9,8. Статистическая обработка полученных результатов с помощью пакета программ «Statistica» v 6.1.

Результаты. У 100% пациенток с РА имелись ФР сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Среднее число ФР, приходящееся на 1 пациента, – 7,6 (0;13) в возрасте 55,8±9,2 лет. После 55 лет, на каждые 10 лет, число ФР увеличивается в 1,8 раза ($p<0,05$). По частоте встречаемости ФР: нерациональное питание 90%, абдоминальное ожирение (ОЖ) 81%, артериальная гипертензия 74%, тревога/депрессия 74%, повышенный уровень общего холестерина 70%, тахикардия 70%, ранний семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний 61%, менопауза до 45 лет 56%, ожирение 52%, нарушение сна 50%, снижение физической активности 38%, патология беременности 29%, мочевая кислота 21%, гипергликемия 12%, курение 5%, алкоголь 1%. Среди поражений органов-мишеней гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) 74%; кальцинированность артерий нижних конечностей (лодыжечно-плечевой индекс 1,4) 35%, стеноз сосудов нижних конечностей (0,8) 18%. Среди ассоциированных клинических состояний ХБП-20%, ИБС-13%, ТИА-6%. Повышенное СОЭ у 97% (38,4 (16;77) мм/ч); СРБ у 84% (20,1 (0;86) мг/л); РФ 80% (112,3 (0; 701) мг/л); АЦЦП (антитела к циклическому цитруллинированному пептиду) 65% (214 (100; 507) е/мл); ОХС у 70%; средний уровень 5,4 (3,1; 10,2) ммоль/л. Риск сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE очень высокий 35%, высокий 36%, средний 14%, низкий 15%. При обследовании установлено наличие корреляционных связей между уровнем ОХС и СРБ ($r=0,4$; $p<0,001$), СОЭ ($r=0,6$; $p<0,003$), серопозитивность по РФ ($r=0,9$; $p<0,001$), DAS28 ($r=0,5$; $p<0,004$), ВАШ ($r=0,3$; $p<0,005$).

Выводы. Таким образом, у пациенток с РА имеется увеличение риска сердечно-сосудистых осложнений (71%), которое определяется большим количеством ФР (в среднем 7,6), при среднем возрасте 55,8±9,2 лет, атеросклеротическим поражением сосудов (18%) и патогенетическими механизмами развития самого заболевания, факторы риска (нерациональное питание, снижение физической активности, артериальная гипертензия, стресс\депрессия, курение, ОЖ, тахикардия)

коррелируют ($p < 0,05$) с активностью системного воспалительного процесса.

Значимость различных неинвазивных критериев в диагностике миокардита: сопоставление с биопсией миокарда

Осипова Ю.В., Благова О.В., Недоступ А.В., Коган Е.А., Сулимов В.А.

Факультетская терапевтическая клиника им. В.Н. Виноградова, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Цель: провести количественную оценку значимости различных клинических, лабораторных и инструментальных признаков в диагностике латентного миокардита у больных с «идиопатическими» аритмиями, синдромом ДКМП и в группе сравнения в сопоставлении с морфологическим исследованием сердца.

Материал и методы: 100 больным (35 женщин, ср. возраст $44,7 \pm 12,5$ лет) с «идиопатическими» аритмиями ($n=20$) и синдромом ДКМП ($n=80$) выполнены эндомикардиальная биопсия ($n=71$), интраоперационная биопсия ($n=13$), исследование эксплантированного сердца ($n=5$) и аутопсия ($n=11$), а также определение уровня антикардиальных антител (АТ) непрямым методом ИФА, вирусного генома в крови и миокарде методом ПЦР, коронарография ($n=47$), МСКТ сердца ($n=45$), МРТ ($n=25$), сцинтиграфия миокарда ($n=26$). Группу сравнения составили 50 больных (26 женщин, средний возраст $53,3 \pm 11,9$ лет) с невоспалительными заболеваниями сердца (КДР левого желудочка $< 6,0$ см, ФВ $> 50\%$), которым проводилась операция на открытом сердце.

Результаты: активный/пограничный миокардит диагностирован у 76,0% больных основной группы (75,0% в группе аритмий и 76,3% в группе ДКМП) и у 24,3% больных группы сравнения ($p < 0,001$). Проведена оценка чувствительности, специфичности, положительной и отрицательной предсказательной ценности следующих неинвазивных маркеров миокардита: вирусный геном в крови (21,6, 82,2, 66,7 и 38,9%), вирусный геном в миокарде (51,3, 59,6, 65,0 и 45,6%), антитела к ядрам кардиомиоцитов (45,7, 80,0, 80,4 и 45,0%), антитела к антигенам эндотелия (50,6, 66,7, 73,2 и 42,9%), антитела к антигенам кардиомиоцитов (43,2, 73,3, 74,5 и 41,8%), антитела к антигенам проводящей системы сердца (81,5, 51,1, 75,0 и 60,5%), кластеры АТ 3-8 (88,9, 44,4, 74,2 и 69,0%), связь с инфекцией (55,3, 65,2, 84,0 и 30,6%); данные признаки оценивались как в основной группе, так и в группе сравнения. В основной группе установлена диагностическая значимость следующих признаков: анамнестическая триада (26,3, 95,7, 95,2 и 28,2%), ангины/тонзиллит в анамнезе (22,4, 87,0, 85,0 и 25,3%), системные иммунные проявления (31,6, 91,3, 92,3 и 28,8%), микроваскулярная стенокардия/ишемия (21,1, 78,3, 76,2 и 23,1%), лейкоцитоз (18,6, 76,2, 72,2 и 21,9%), повышение уровня АСЛО (15,7, 83,3, 80,0 и 18,9%), повышение уровня СРБ (33,3, 73,3, 84,0 и 20,8%), зубцы Q/ комплексы QS на ЭКГ (18,2, 83,3, 80,0 и 21,7%), локальные гипокинезы по данным ЭхоКГ (12,0, 91,3, 81,8 и 24,1%), выпот в полости перикарда (20,0, 87,0, 83,3 и 25,0%), очаговые изменения перфузии по данным сцинтиграфии (41,7, 100, 100 и 12,5%), отсроченное накопление по данным МСКТ (54,1, 62,5, 87,0 и 22,7% и отсроченное накопление по данным МРТ (50,0, 62,5, 75,0 и 35,7%).

Выводы: наибольшей значимостью в диагностике миокардита у больных с «идиопатическими» аритмиями и синдромом ДКМП обладают антикардиальные антитела. Разработано диагностическое правило, основанное на подсчете количества баллов (по 2 балла – большие критерии и по 1 баллу – малые критерии диагноза), которое позволяет

индивидуально устанавливать вероятность миокардита, а также определять показания к проведению биопсии миокарда.

Клиническое течение сочетанной кардиопульмональной патологии в зависимости от программы ведения пациентов

Павленко В.И., Нарышкина С.В.

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

Согласно современным представлениям, терапия больных с сочетанной патологией должна быть ранней, комплексной, рациональной и требовать индивидуального подхода, то есть учета возможного влияния препаратов на бронхиальную проходимость, легочную гемодинамику и сердечно-сосудистую систему.

Цель исследования: проанализировать клиническое течение хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) II стадии, сочетанной с ишемической болезнью сердца (ИБС), на фоне комплексной медикаментозной терапии и терапии дополненной физиолечением на стационарном этапе.

Материал и методы. Обследовано 2 группы больных ХОБЛ II стадии, сочетанной со стабильной стенокардией II ФК, в возрасте от 50 до 57 лет, сопоставимых по половому составу, продолжительности ХОБЛ и ИБС: 1-я группа ($n=27$) дополнительно к комплексной медикаментозной терапии получала ЭФ с солевым осадком минеральной воды «Амурская-2» с помощью аппарата «Поток-1» на область грудной клетки, с поперечным наложением электродов, силой тока 8–12 мА, длительностью 10–20 минут, курсом 10–12 процедур, в среднем с $2,76 \pm 1,2$ дня пребывания больного в стационаре, во 2-ой группе ($n=28$) данный метод лечения исключался. У всех пациентов в исходном состоянии и через 10–12 дней лечения анализировали балльную выраженность респираторных (кашель, мокрота, одышка) и кардиальных жалоб (эпизоды стенокардии), потребность в приеме нитроглицерина (НТГ), а также клинический эффект от лечения (хороший, удовлетворительный, неудовлетворительный). Диагностику ХОБЛ и ИБС проводили согласно международных стандартов и национальных рекомендаций. Статистическая обработка выполнена с помощью программы Statistica 6.0. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: отмечено, что как комплексная медикаментозная терапия, так и терапия, дополненная физиолечением, позитивно влияла на клиническое течение ХОБЛ и ИБС, что нашло свое отражение в достоверной положительной динамике изучаемых показателей. Наряду с этим у лиц, получавших дополнительно ЭФ, отмечена более существенная регрессия большинства респираторных симптомов. Так в 1-й группе, по сравнению со 2-й группой, выраженность кашля была меньше на 21,3% ($p < 0,01$), мокроты на 22,5% ($p < 0,01$) и отмечалась тенденция к уменьшению выраженности одышки, числа эпизодов стенокардии и потребности в приеме НТГ. При оценке результатов лечения к моменту выписки установлено, что в 1-й группе достоверно чаще ($\chi^2=6,278$; $p < 0,01$) чем во 2-й группе отмечался хороший эффект от лечения. Следует считать, что более выраженное улучшение клинического состояния пациентов с коморбидной патологией и лучший лечебный эффект на фоне комплексной медикаментозной терапии, дополненной ЭФ с солевым осадком минеральной воды «Амурская-2», обусловлено ближайшим терапевтическим эффектом последнего. Возможно, это обусловлено наличием в его составе эссенциальных микроэлементов (медь, цинк, марганец, никель и др.), которые являются необходимой частью физиологического течения многих тканевых и внутриклеточных обменных процессов.

Заключение: с целью повышения терапевтического эффекта стационарного этапа лечения больных ХОБЛ II стадии, сочетанной с ИБС в комплексное медикаментозное лечение целесообразно включать ЭФ солевого осадка минеральной воды «Амурская-2».

Изучение спектра сенсibilизации больных аллергическим ринитом по данным лабораторного исследования уровня специфического иммуноглобулина Е

Панина А.А., Белан Э.Б.

Волгоградский государственный медицинский университет, Консультативно-диагностическая поликлиника №2, Волгоград

Изучение спектра сенсibilизации при аллергических заболеваниях имеет важное практическое значение. Выявление причиннозначимого аллергена позволяет грамотно проводить элиминационные мероприятия. Кроме того, точное определение спектра сенсibilизации является основой планирования аллергенспецифической иммунотерапии. Известно, что «золотым стандартом» определения повышенной чувствительности к аллергенам является постановка кожных тестов. Однако в ряде случаев (наличие противопоказаний к проведению кожных проб, гиперреактивность кожи, сезонные особенности, отсутствие аллергена для проведения пробы) кожное тестирование не представляется возможным. В этом случае спектр сенсibilизации может быть выявлен посредством проведения лабораторных тестов по определению уровня специфического IgE.

Целью данной работы было изучение спектра сенсibilизации больных аллергическим ринитом по данным лабораторного исследования уровня специфического иммуноглобулина Е. Первый диагностический этап включал оценку жалоб и проведение первичного лабораторного обследования (исследование общего анализа крови с определением эозинофилов и определение уровня общего IgE). Проведению углубленной лабораторной диагностики подлежали пациенты, предъявляющие типичные для аллергического ринита жалобы и имеющие повышенный уровень IgE и/или эозинофилов крови. Данные пациенты были разделены на 2 группы, первую составили 65 пациентов с персистирующим ринитом, вторую группу 80 пациентов с сезонным аллергическим ринитом (поллинозом). Количественное определение специфического иммуноглобулина Е (спецIgE) проводилось с использованием реагентов Specific IgE EAST (производитель – Dr.Fooke, Германия) – иммобилизованных на нитроцеллюлозных дисках аллергенов. Перечень специфических IgE для диагностики определялся по результатам оценки взаимосвязи жалоб с воздействием вероятного аллергена. Общее количество доступных для диагностики позиций составило 59, из них 24 позиции, значимые для диагностики персистирующего ринита, 35 позиций, значимых для диагностики сезонного ринита. В группе больных с персистирующим аллергическим ринитом было выполнено 293 определения специфических IgE, из них в 183 (62,45%) получен положительный результат (сенсibilизация подтверждена). Следует отметить, что каждому пациенту назначалось исследование по нескольким позициям. Среди тестов, назначаемых пациентам с персистирующим ринитом, наиболее востребованными были такие, как микст клещей домашней пыли, шерсть кошки, шерсть собаки, смесь плесневых грибов. В группе больных с поллинозом было выполнено 345 тестов, из них в 262 (75,9%) получен положительный результат. Среди тестов, назначаемых пациентом с поллинозом, наиболее часто встречались микст деревьев, микст луговых, сорных трав, а также моноварианты тестов для сорных трав (полынь, циклахена, лебеда). Среди пациентов с персистирующим аллергическим ринитом наиболее часто

регистрировались положительные результаты при определении специфических IgE к миксту клещей домашней пыли (64,6% положительных тестов), а также к шерсти кошки (38,4% положительных тестов), к миксту плесневых грибов (10,9% положительных тестов). Среди пациентов с поллинозом наиболее часто положительные результаты регистрировались при определении специфических IgE к микстам сорных трав (76,2%) и моновариантам сорных трав (циклахена – 27,5%), что соответствует особенностям пыления растений в регионе.

Таким образом, количественное определение специфического IgE является современным, доступным и высокоинформативным методом выявления сенсibilизации у пациентов с аллергическим ринитом. Можно рекомендовать включение в алгоритмы диагностики персистирующего аллергического ринита определение специфических IgE к смеси клещей домашней пыли, шерсти кошки и смеси плесневых грибов; в алгоритмы диагностики поллиноза (с учетом региональных особенностей) – определение специфических IgE к миксту сорных трав, моновариантам сорных трав.

Суточные профили сосудистой ригидности и центрального аортального давления у коморбидных больных

Панченкова Л.А., Хамидова Х.А., Шелковникова М.О., Юркова Т.Е., Рассудова Н.В., Устинова М.Р., Зиновьева С.Ю., Казанцева Е.Э., Бычкова Е.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Дорожная клиническая больница им. Н.А. Семашко, Москва

Цель: оценить параметры скорости пульсовой волны (СПВ) и центрального аортального давления (АД_{ао}) в течение суток у больных АГ, ассоциированной с метаболическим синдромом (МС), МС и ишемической болезнью сердца (ИБС), сахарным диабетом 2 типа (СД) и гипотиреозом (ГТ).

Материалы и методы: в исследование включено 76 пациентов, мужчин – 47, женщин – 29. Средний возраст больных – 49,6±12,9 лет. Было представлено 4 основные группы: 1 – больные с МС (n=21), 2 – больные с МС и ИБС (n=21), 3 – больные с ГТ и АГ (n=13), 4 – больные СД 2 типа и АГ (n=21). Контрольную группу (КГ) составили 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Всем больным проводилось исследование среднесуточных показателей скорости пульсовой волны (PWV, м/с) и центрального аортального давления (АД_{ао}): систолическое (САД_{ао}), диастолическое (ДАД_{ао}), пульсовое (ПАД_{ао}), мм.рт.ст.; индекс аугментации в аорте (А_{ао}); амплификация пульсового давления (РРА, %) с помощью комплекса для суточного мониторингирования показателей АД и состояния жесткости сосудов (BPLab Vasotens ООО «Петр Телегин», Россия).

Результаты. Анализ показателей сосудистой ригидности выявил статистически достоверные изменения значений СПВ, САД_{ао}, ПАД_{ао}, А_{ао}, РРА в основных группах больных по сравнению с КГ. Наиболее высокие показатели СПВ отмечены в группах: СД 2 типа и АГ (9,7±1,9), ГТ и АГ (9,7±1,4) по сравнению с КГ (8,1±1,2). Достоверное повышение уровня САД_{ао} отмечено у больных МС (124,7±14,6) и ГТ и АГ (124,3±13,8) по сравнению с КГ (112,7±8,0). ДАД_{ао} достоверно выше у больных АГ с МС (84,8±7,8) по сравнению с КГ (78,4±6,3); в остальных группах получены недостоверные различия с КГ. Наибольшее значение ПАД_{ао} отмечено у пациентов ГТ и АГ (43,2±12,5) по сравнению с КГ (34,4±4,7). Значение индекса аугментации в аорте достоверно выше у пациентов с ГТ и АГ (32,6±17,8) по сравнению с КГ (11,8±11,5). Также выявлено достоверно низкое значение показателя амплификации пульсовой волны в группах

больных ГТ и АГ (122,3±6,9), МС и ИБС (124,2±8,9) и СД 2 типа и АГ (128,8±6,3) по сравнению с КГ (134,6±7,7). Достоверное снижение РРА наблюдалось у больных с ГТ и АГ (122,3±6,9) по сравнению с группой МС (130,6±9,7) и группой СД 2 типа и АГ (128,8±6,3), а также в группе МС и ИБС (124,2±8,9) по сравнению с группой МС.

Выводы: суточный мониторинг показателей скорости пульсовой волны и центрального аортального давления у коморбидных больных выявил патологические изменения, свидетельствующие об уменьшении эластичности артерий, во всех группах, особенно в группе больных с гипопункцией щитовидной железы.

Клинико-лабораторные особенности и цитокиновый профиль при псориатическом артрите

Паньшина Н.Н., Шилова Л.Н., Красильников А.Н., Рогаткина Т.Ф.

Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград

Цель: изучить особенности содержания интерлейкина (ИЛ)-1, фактора некроза опухоли-α (ФНО-α) в сыворотке крови больных псориатическим артритом (ПсА) в зависимости от степени активности ПсА и клинико-анатомического варианта болезни.

Материалы и методы. Обследовано 72 больных псориатическим артритом (ПсА), из них 38 мужчин (52,8%) и 34 женщины (47,2%) и 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Активность ПсА оценивали при помощи индекса DAS4: высокая активность – >3,7; умеренная – >2,4<3,7; низкая – ≤ 2,4. Болевой синдром, длительность утренней скованности и показатель собственного здоровья пациента оценивались по визуальной аналоговой шкале (ВАШ от 0 до 100, в мм.) самими пациентами. Возраст больных колебался от 21 до 60 лет (средний возраст составил 47,6±1,5 лет), длительность псориаза составила от 1 до 57 лет (средняя длительность – 17,6±1,8), продолжительность суставного синдрома – от 0,5 до 34 лет (средняя продолжительность – 8,8±1,2). У большинства больных 59 человек (82%) кожный псориаз предшествовал развитию суставного синдрома. У 9 пациентов кожный и суставной синдромы развились одновременно (12,5%), у 4 больных ПсА дебютировал с суставного синдрома (5,5%). Преобладал полиартритический вариант суставного синдрома. Степень активности ПсА с учетом индекса активности DAS4 низкая – у 20 (27,8%) пациентов, умеренная – у 39 (54,2%), высокая – у 13 (18%) больных. Все больные получали комплексную терапию с учетом тяжести ПсА: сульфасалазин в дозе от 2 до 4 г. в сутки – 28 человек (38,9%), метотрексат от 10 до 20 мг в неделю – 35 (48,6%); а также все больные получали нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в пересчете на диклофенак 150 мг в сутки, продолжительность приема 7–10 дней, глюкокортикостероиды от 5 до 15 мг в день. Не получали базисную терапию 9 (12,5%) пациентов. Уровни интерлейкина-1 бета (ИЛ-1 β) и фактора некроза опухоли-альфа (ФНО-α) в сыворотке крови определялся методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием наборов реагентов «Интерлейкин-ФНО-ИФА-Бест» код А-8756, «Интерлейкин-1 бета-ИФА-Бест» код А-8766 (ЗАО «Вектор-Бест», г. Новосибирск) по стандартной методике, единицей измерения служил пг/мл. Статистический анализ данных выполнялся с помощью программных пакетов «Statistica 6.0». Критический уровень значимости р при проверке статистических гипотез в исследовании принимался за 0,05.

Результаты и обсуждения. Содержание ФНО-α и ИЛ-1 β в сыворотке крови больных ПсА было достоверно выше, чем в группе контроля (р<0,05). Среднее значение содержания ФНО-α в сыворотке крови у больных ПсА -24,9±1,8 пг/

мл, в контроле – 3,41±0,2 пг/мл (р=0,023). Среднее значение содержания ИЛ-1β в сыворотке крови у больных ПсА составило 4,21±0,12 пг/мл, в контроле – 0,63±0,1 пг/мл (р=0,041). В зависимости от клинико-анатомического варианта выявлены статистически значимые различия в содержании ФНО-α: при полиартритическом варианте ПсА среднее значение ФНО-α составило 12,1±1,3 пг/мл, при спондилоартритическом варианте – 4,5±0,2 пг/мл (р<0,05). В содержании ИЛ-1 β в зависимости от клинико-анатомического варианта ПсА значимых различий не выявлено. Проведен анализ распределения цитокинов в зависимости от активности воспалительного процесса. Пациенты с высокой активностью ПсА в сравнении с пациентами с низкой/умеренной активностью ПсА имели достоверно более высокий уровень ФНО-α (р=0,027). Не выявлено достоверных различий в содержании уровня ИЛ-1β в зависимости от степени активности ПсА. Наблюдались корреляции уровня ФНО-α с DAS4 (r=0,37, р=0,043), с ВАШ (r=0,32, р=0,012), с числом болезненных суставов (ЧБС) (r=0,34, р=0,034). Уровень ФНО-α коррелировал с титром ИЛ-1β (r=0,35, р=0,023). Выявлено наличие статистически значимой умеренной корреляции ИЛ-1 с длительностью суставного синдрома (r=0,33, р=0,037), с DAS4 (r=0,23, р=0,155).

Выводы. Таким образом, в работе выявлено, что сывороточные уровни ФНО-α и ИЛ-1β у больных ПсА статистически значимо выше, чем в контрольной группе. Высокий титр ФНО-α определялся у больных с высокой активностью болезни. Уровень ФНО-α коррелировал со степенью активности ПсА, ВАШ и ЧБС. Уровень ИЛ-1β коррелировал с DAS4 и с продолжительностью суставного синдрома.

Взаимосвязь показателей липидного спектра и секреции инсулинпродуцирующих клеток у больных сахарным диабетом 2 типа в зависимости от его длительности

Парамонова О.В., Коренская Е.Г., Черкесова Е.Г., Бондаренко Е.А.

Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград

Сахарный диабет (СД) является наиболее распространенным хроническим эндокринным заболеванием. При СД 2 типа гипергликемия натощак и после пищевой нагрузки, несомненно, является независимым фактором риска ИБС, но воздействие дислипидемии на риск ИБС в общей структуре факторов риска, по-видимому, доминирует.

Цель: изучить влияние состояния липидного обмена на уровень С-пептида у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) в зависимости от длительности СД 2 типа.

Материалы и методы: нами было обследовано 40 пациентов с СД2 в возрасте 58±9 лет. Длительность СД 2 типа 12±4 года. Стаж болезни до 10 лет имели 16 пациентов (40%) и более 10 лет – 24 больных (60%). На диетотерапии было 3 пациента, 30 пациентов получали различные пероральные сахароснижающие препараты, 7 пациентов находились на инсулинотерапии. Среди обследованных было 11 мужчин и 29 женщин. Средний индекс массы тела (ИМТ) у больных составил 30,7±4,7 кг/м² (22,6–45,7 кг/м²). Нормальную массу тела (ИМТ<25 кг/м²) имели 16,0% больных, избыточный вес (ИМТ 25–30 кг/м²) – 28,0%, ожирение (ИМТ≥30 кг/м²) – 56,0% пациентов. Средний показатель окружности талии составил 98,2±10,4 см (74–120 см). Показатель гликогемоглобина был равен 7,3±1,8% (6,6–14,0%). Определение уровня общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) проводили в условиях лаборатории ГУЗ ГКБ СМП №25 г. Волгограда по общепринятым методикам. Содержания С-пептида в плазме крови

определяли иммуноферментным методом с использованием коммерческих тест-систем фирмы Рош-Москва (Россия) и Roche Diagnostics (Германия). Результаты: средние показатели липидограммы составили: ОХС $5,74 \pm 1,43$ ммоль/л, ТГ $2,15 \pm 2,12$ ммоль/л, ЛПВП $1,11 \pm 0,31$ ммоль/л, ЛПНП $4,51 \pm 1,11$ ммоль/л, средний показатель С-пептида $2,66 \pm 1,84$ нг/мл. Анализ Спирмена позволил выявить отрицательную корреляцию между уровнями ОХС, ЛПНП и С-пептида ($R = -0,29$, $p = 0,044$; $R = -0,25$, $p = 0,073$ соответственно). При исследовании уровня С-пептида в зависимости от стажа заболевания, было выявлено, что его содержание резко снижается при длительности диабета более 15 лет, по сравнению с длительностью до 10 лет: $2,61 \pm 2,01$ нг/мл против $1,14 \pm 0,85$ нг/мл, $p = 0,0467$. Для исключения влияния длительности диабета на взаимосвязь между дислипидемией и функцией бета-клеток, был проведен корреляционный анализ Спирмена в группе пациентов со стажем СД2 до 10 лет (28 человек). Данный анализ показал, что отрицательная корреляция между уровнями ОХС, ЛПНП и С-пептида более выражена, чем в общей группе пациентов ($R = -0,45$, $p = 0,033$; $R = -0,22$, $p = 0,047$ соответственно). Показатели липидного статуса в группе пациентов со стажем диабета менее 10 лет составили: ОХС $5,47 \pm 1,50$ ммоль/л, ТГ $2,89 \pm 2,35$ ммоль/л, ЛПВП $1,04 \pm 0,31$ ммоль/л, ЛПНП $4,20 \pm 1,33$ ммоль/л. Выводы: состояние липидного обмена оказывает более выраженное влияние на функцию бета-клеток в первые годы после манифестации СД2, в связи с чем актуально проводить коррекцию дислипидемии непосредственно при установлении диагноза, что в будущем будет способствовать более длительному сохранению секреции инсулина.

Полиморфизм Т174М гена ангиотензиногена у больных артериальной гипертензией и бронхообструктивной патологией

Пахомя Н.С., Урясьев О.М.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, Рязань

Цель – изучить распределение Т174М полиморфизма гена ангиотензиногена (AGT) у лиц европеоидной расы с бронхообструктивной патологией в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) в сравнении с категорией больных бронхиальной астмой (БА) без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии.

Материалы и методы. Обследовано 63 пациента, страдающих БА, из которых у 44 человек (средний возраст $56,27 \pm 3,2$ лет) диагностирована АГ II-III степени и 19 пациентов (средний возраст $38,6 \pm 7,4$ лет) с БА, не имеющих синдром АГ. Всем больным проведены ЭКГ, биохимический анализ крови, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), исследование функции внешнего дыхания. Генотипирование для определения частот генотипов и аллелей анализируемых полиморфизмов проводилось с использованием полимеразной цепной реакции.

Результаты. Распределение частот генотипов Т174М полиморфизма AGT у пациентов с БА в сочетании с АГ в сравнении с контрольной группой было следующим: ТМ-генотип встречался у 16 (36,4%) пациентов и 6 (31,6%) без АГ; ТТ-генотип – у 24 (54,5%) пациентов и 12 (63,2%) в группе сравнения; ММ-генотип – у 4 (9,1%) пациентов и 1- в группе сравнения (5,3%) ($p < 0,05$). Для анализа ассоциации изучаемого полиморфизма Т174М гена AGT с АГ был рассчитан относительный риск развития заболевания при носительстве патологического ММ генотипа с учетом сопоставимых по возрастной и гендерной характеристикам группы пациентов с БА с сопутствующей АГ и контрольной группы. При носительстве патологического ММ генотипа Т174М полиморфизма гена AGT относительный риск развития АГ составил 1,66 (ДИ=1,2 - 2,28; $p < 0,05$)

Заключение. При проведении сравнительного молекулярно-генетического исследования по полиморфизму Т174М гена AGT было установлено, что мутантный гомозиготный ММ генотип встречался в 4 раза чаще у пациентов с сопутствующей АГ в отличие от здоровых по сердечно-сосудистой патологии лиц, и относительный риск развития АГ при носительстве данного генотипа увеличивался в 1,66 раза.

Липидный профиль, артериальное давление и частота сердечных сокращений: интеграции, современные взгляды

Пелло Е.В., Кузнецова Т.В., Никитин Ю.П., Staessen J.A.

Научно-исследовательский институт терапии
и профилактической медицины, Новосибирск

Цель. В мировой литературе пристальное внимание привлечено к проблемам долголетия и влияния возраста на формирование заболеваний. Важно тщательно рассматривать роль изменений липидного спектра, сочетания факторов риска, особенно в плане развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Так, специалисты зарубежных стран, отдавая предпочтение значимости нарушений липидного обмена в изучении риска кардиоваскулярных событий, помимо предшествующего констатирования экспрессии внутриклеточной регуляции липидных интеграций, протекционировали надежды в математическом моделировании общего липидного метаболизма с целью изучения возрастной динамики ХС-ЛНП, способствуя выявлению вклада диетических факторов и стиля жизни, оправдывая доказательства относительно небольшой альтернативы числа гепатических рецепторов к представленному липидному объекту, механистических колебаний абсорбции холестерина и устранения из плазмы атерогенного компонента, в свою очередь ответственных за дифференциацию липидных взаимодействий с повышением возрастных категорий. Известно доминирующее значение отношений липидных составляющих в атерогенном поражении сосудистого русла по сравнению с обстоятельствами реализаций изолированных липидных показателей. Вполне очевидно, что воздействие градиента давления закономерно гетерогенно, структурно и функционально, вовлекается в процесс возникновения и прогрессирования ССЗ.

Методы. Выполняли EPOGH; использовали часовой-зависимый метод узкий подход для оценки суточного профиля АД; определяли: клиническое (К), домашнее (Д), 24-часовое (24-ч), дневное (Дн), ночное (Н) АД и ЧСС; рассчитывали отношения липидных показателей: ОХ, ТГ, ХС-ЛНП, ХС-ЛВП; проводили парциальный корреляционный анализ с включением возрастного контроля ($n = 300$).

Результаты. Высказаны предположения в рамках насущных проблем атеросклероза: такие липидные составляющие, как ОХ и ХС-ЛНП, приобретающие тенденцию к росту с возрастом, являются факторами риска неблагоприятных исходов ССЗ; свидетельства последних исследований указывают на предиктивность ТГ и ОХ, атерогенных индексов с участием данных липидов в комбинации с ХС-ЛВП для консолидирования метаболического синдрома; низкий уровень ХС-ЛВП предрасполагает к поражению коронарных артерий и развитию инфаркта миокарда. Следует подчеркнуть привилегии связи ХС-ЛНП/ХС-ЛВП с КСАД ($r = 0,094$, $p = 0,108$), КДАД ($r = 0,164$, $p = 0,005$), ДСАД ($r = 0,120$, $p = 0,039$), ДДАД ($r = 0,147$, $p = 0,012$), 24-чСАД ($r = 0,253$), 24-чДАД ($r = 0,231$), ДнСАД ($r = 0,251$), ДнДАД ($r = 0,223$), ($p < 0,001$), НСАД ($r = 0,193$, $p = 0,001$), НДАД ($r = 0,161$, $p = 0,006$), КЧСС ($r = -0,023$), ДЧСС ($r = 0,040$), 24-чЧСС ($r = -0,0005$), ДнЧСС ($r = -0,044$), НЧСС ($r = 0,020$). Необходимо напомнить, что особое место в общей патогенетической картине атеросклероза отведено ассоциации ТГ/ХС-ЛВП

с КСАД ($r=0.115$, $p=0.050$), КДАД ($r=0.209$, $p<0.001$), ДСАД ($r=0.148$, $p=0.011$), ДДАД ($r=0.133$, $p=0.023$), 24-чСАД ($r=0.249$), 24-чДАД ($r=0.208$), ДнСАД ($r=0.233$), ($p<0.001$), ДнДАД ($r=0.189$, $p=0.001$), НСАД ($r=0.241$, $p<0.001$), НДАД ($r=0.191$, $p=0.001$), КЧСС ($r=0.016$), ДЧСС ($r=0.017$), 24-чЧСС ($r=0.102$, $p=0.082$), ДнЧСС ($r=0.041$), НЧСС ($r=0.139$, $p=0.017$), ТГ и ХС-ЛВП обозначают как факторы риска ССЗ и инсульта, приведенное отношение является ценным фактором риска атеросклероза. Несомненными преимуществами наделена взаимосвязь не-ЛВП-ХС/ХС-ЛВП с КСАД ($r=0.104$, $p=0.074$), КДАД ($r=0.184$, $p=0.002$), ДСАД ($r=0.134$, $p=0.022$), ДДАД ($r=0.153$, $p=0.009$), 24-чСАД ($r=0.268$), 24-чДАД ($r=0.241$), ДнСАД ($r=0.264$), ДнДАД ($r=0.230$), НСАД ($r=0.215$), ($p<0.001$), НДАД ($r=0.177$, $p=0.002$), КЧСС ($r=-0.016$), ДЧСС ($r=0.038$), 24-чЧСС ($r=0.021$), ДнЧСС ($r=-0.029$), НЧСС ($r=0.047$). Номинально, многие исследования подтвердили строгую ассоциацию не-ЛВП-ХС с фатальными и нефатальными ишемическими инсультами среди пациентов без верифицированного сахарного диабета. Достаточно убедительно выглядит корреляция ОХ/ХС-ЛВП с КСАД ($r=0.104$, $p=0.074$), КДАД ($r=0.184$, $p=0.002$), ДСАД ($r=0.134$, $p=0.022$), ДДАД ($r=0.153$, $p=0.009$), 24-чСАД ($r=0.268$), 24-чДАД ($r=0.241$), ДнСАД ($r=0.264$), ДнДАД ($r=0.230$), НСАД ($r=0.215$), ($p<0.001$), НДАД ($r=0.177$, $p=0.002$), КЧСС ($r=-0.016$), ДЧСС ($r=0.038$), 24-чЧСС ($r=0.021$), ДнЧСС ($r=-0.029$), НЧСС ($r=0.047$), показывая дополнительные негативные свойства факторов в комплексной системе риска ССЗ.

Выводы. Несмотря на все достижения, с позиции современных представлений тонкие спорные вопросы атерогенеза с развернутой дискуссией непосредственно согласно приоритетам атерогенных дислипидемических индексов продолжают оставаться не раскрытыми в полной мере.

Оптимизация диспансеризации жителей Крайнего Севера

*Петров И.М., Шоломов И.Ф., Петрова Ю.А., Исаев Я.В.,
Медведева И.В.*

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Цель. Оценить эффективность выявления факторов сердечно-сосудистого риска у жителей Крайнего Севера по результатам диспансеризации населения.

Материалы и методы. Обследовано 10 258 жителей Крайнего Севера (г. Новый Уренгой, отчетная форма 131/о), относящихся к категории пришлового населения, в возрасте 21–60 лет. Группу сравнения составили 456 человек, которым дополнительно проведено: определение уровня физической активности – вопросник «7-day PAR» в сокращенной версии G. Godin и R.J. Sheppard; оценка нутриционного статуса – вопросник для оценки особенностей пищевого рациона – метод анализа частоты потребления пищи. Диагностические критерии факторов риска (ФР) соответствовали приложению №2 к порядку проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения утвержденному приказом Министерства здравоохранения от 03.12.2012, № 1006н, за исключением методики расчета низкой физической активности (НФА). Под опасным уровнем потребления алкоголя подразумевалось среднесуточное потребление ≥ 28 грамм чистого этанола для мужчин ≥ 14 грамм для женщин.

Результаты. При проведении сравнительного анализа структуры факторов риска в обследуемой когорте с результатами диспансеризации установлено, что в группе мужчин различий не наблюдалось только по количеству лиц с повышенным уровнем артериального давления (АД) и повышенным уровнем глюкозы в крови. Такой ФР как НФА, по нашим данным, регистрировалась в 6 раз чаще и в группе мужчин ($p<0,0001$) и в группе женщин ($p<0,0001$),

нерациональное питание превалировало в 2,5 раза, также и в группе мужчин ($p<0,0001$) и в группе женщин ($p<0,0001$). При этом по доле курильщиков отличия отмечены только среди респондентов мужского пола ($p<0,0001$). Различия отмечены и по распространенности избыточной массы тела, доля респондентов с которой в обследованной нами когорте мужчин в 6 раз превышала аналогичные параметры, зафиксированные в рамках диспансеризации населения ($p<0,0001$), тогда как в группе женщин разница составляла 2,5 раза ($p<0,0001$). Скорее всего, именно данный фактор детерминировал выявленное 2-х кратное повышение доли респондентов с дислипидемией как в группе мужчин ($p<0,0001$), так и в группе женщин ($p<0,0001$). На фоне этого в группе лиц старше 40 лет количество пациентов с НФА практически в 2,5 раза было выше среди обследованных нами лиц ($p<0,0001$), также в обследованной нами когорте значительно чаще регистрировались такие ФР как нерациональное питание ($p=0,0002$), опасный уровень потребления алкоголя ($p=0,0002$), дислипидемия ($p<0,0001$) и более чем в 4 раза было больше мужчин с избытком массы тела и ожирением ($p<0,0001$), тогда как количество пациентов с повышенным АД в 1,5 раза меньше, чем по данным диспансерных осмотров ($p=0,0087$). В группе женщин старше 40 лет различий не получено только по количеству лиц с повышением уровня глюкозы, при этом в 3 раза чаще регистрировалась НФА ($p<0,0001$) и нерациональное питание ($p<0,0001$), почти в 2 раза было больше пациентов с опасным уровнем потребления алкоголя ($p=0,0009$). На фоне этого в 4 раза чаще регистрировалось наличие избыточной массы тела ($p<0,0001$), в 2 раза чаще дислипидемия ($p<0,0001$) и на 10% больше был процент женщин с повышением АД ($p=0,016$). Перечисленные выше особенности структуры ФР, по данным диспансеризации, привели к тому, что I группа здоровья установлена 66% мужчин и 55,9% женщин младше 40 лет, тогда как в возрастном интервале 40–60 лет количество таких пациентов составляло 19,8% и 16% соответственно. Полученные данные свидетельствуют о недооценке данных ФР методиками используемыми в ходе диспансеризации. Наиболее выраженная недооценка данных ФР регистрируется у пациентов молодого возраста, так несмотря на имеющиеся ФР, более 60% респондентов данной группы были отнесены к I группе здоровья.

Выводы. При активном выявлении поведенческих факторов риска, не исследуемых в рамках утвержденной программы диспансеризации, установлен недостаточный уровень выявления низкой физической активности, нарушений состава суточного рациона и опасного уровня потребления алкоголя, особенно в группе моложе 40 лет. При проведении диспансеризации трудоспособного населения Крайнего Севера для полной оценки распространенности таких ФР, как низкая физическая активность и нарушения состава суточного рациона в программу обследования рекомендуется включить методики комплексного анализа нутриционного статуса (частотный метод) и вопросник «7-day PAR».

Оценка переносимости физической нагрузки и особенности реабилитационного потенциала лиц с постинфарктным кардиосклерозом на фоне абдоминального ожирения

*Петрова Е.Б., Митьковская Н.П., Статкевич Т.В., Авдей Л.Л.,
Прибыльская В.В., Шкребнева Э.И., Скороход М.М.*

*Белорусский государственный медицинский университет,
9-я городская клиническая больница, Минский консультационно-
диагностический центр, Минск, Беларусь*

Целью данного исследования явилось изучение влияния абдоминального ожирения (АО) на реадaptацию к физической нагрузке и эффективность

применения в клинической практике расчётного метода определения максимального потребления кислорода (МПК) с поправкой на вес мышечной ткани по модифицированной формуле Карпмана (МПКм) у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом в ранние сроки реабилитации и через 12 месяцев перенесенного Q-инфаркта миокарда (ИМ).

Методы. Обследовано 55 лиц с Q-ИМ в возрасте 40–63 года: 29 из них с АО и 26 без АО. Для оценки переносимости физической нагрузки использована расчётная методика определения МПК на кг массы тела по формуле В.Л. Карпмана для субмаксимальных тестов: $MПК = [(1,7 \times W \times 6) + 1240] / P$, где W – мощность последней ступени ВЭП (Вт), P – вес пациента (кг). Дополнительно выполнен перерасчёт МПК с поправкой на вес работающей мышечной ткани, полученный методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (iDXA) по модифицированной формуле Карпмана: $MПКм = [(1,7 \times W \times 6) + 1240] / P_m$, где МПКм – величина максимального потребления кислорода, рассчитанная за минуту времени на кг массы мускулатуры, P_m – вес мышечной ткани в кг.

Результаты. На 10-день ИМ расчёт МПК по формуле Карпмана был произведён 29 пациентам с АО и 26 без АО. Через 12 месяцев наблюдения – 20 пациентам с АО и 26 без АО. Среднегрупповой вес выполнявших пробу пациентов с АО был статистически значимо выше аналогичного показателя группы сравнения: 90,0 (84,0–94,8) кг против 70,5 (67,5–73,0) кг при ранней ВЭП ($U=5,5; p<0,001$) и 84,0 (81,5–94,6) кг против 70,5 (65,0–78,0) кг ($U=28,5; p<0,001$) через 12 месяцев. Внутригрупповой анализ массы тела за 12 месяцев продемонстрировал снижение данного показателя с 90,0 (84,0–94,8) кг до 84,0 (81,5–94,6) кг в группе лиц с АО ($T=34,0; p<0,05$). Статистически значимой динамики веса в группе сравнения за 12 месяцев не было. В группе с ИМ и АО МПК было достоверно ниже аналогичного показателя группы сравнения: 19,9 (17,9–21,2) мл/мин/кг против 27,4 (24,6–29,1) мл/мин/кг ($U=14,0; p<0,001$) и 20,1 (18,4–26,2) мл/мин/кг против 31,8 (26,2–35,8) мл/мин/кг ($U=40,0; p<0,001$) в острый период и через 12 месяцев Q-ИМ. Внутригрупповой анализ МПК у пациентов с ИМ без АО продемонстрировал увеличение через 12 месяцев данного показателя в сравнении с острым периодом: с 27,4 (24,6–29,1) мл/мин/кг до 31,8 (26,2–35,8) мл/мин/кг ($T=6,0; p<0,001$). Для изучения влияния АО на физическую работоспособность выполнен перерасчёт МПКм обследованных пациентов по модифицированной формуле Карпмана с поправкой на вес скелетной мускулатуры. Определение массы мышечной ткани в острый период ИМ осуществлено 19 лицам с АО и 23 группы сравнения: 55342 (49828–57837) гр. и 52855 (49623–55727) гр. ($p>0,05$). Через 12 месяцев наблюдения – 13 пациентам с АО и 15 без АО: 54400 (52844–56087) гр. и 53127 (48321–57134) гр. ($p>0,05$). Статистически значимой разницы массы мышечной ткани получено не было в отличие от достоверных в течение года среднегрупповых различий веса обследованных лиц. Перерасчёт величины МПКм по данным ранней ВЭП и через 12 месяцев продемонстрировал более высокие значения МПКм в группе без АО: 33,2 (29,9–34,9) мл/мин/кг против 37,0 (32,5–39,5) мл/мин/кг ($U=19,0; p<0,01$) и 31,5 (30,5–32,2) мл/мин/кг против 45,1 (36,5–48,8) мл/мин/кг ($U=16,0; p<0,001$). Сравнительный анализ внутригрупповой динамики МПКм у пациентов с ИМ на фоне АО в отличие от результата МПК – снижение величины максимального потребления кислорода на кг работающей мышечной ткани с 33,2 (29,9–34,9) мл/мин/кг до 31,5 (30,5–32,2) мл/мин/кг через 12 месяцев наблюдения ($T=17; p<0,05$). Внутригрупповой анализ данного показателя за 12 месяцев у лиц без АО продемонстрировал прирост МПКм с 37,0 (32,5–39,5) мл/мин/кг до 45,1 (36,5–48,8) мл/мин/кг ($p<0,01$), что соответствовало положительной динамике классической величины МПК.

Выводы. 1. У лиц с Q-ИМ на фоне АО, рассчитанная по формуле В.Л. Карпмана величина максимального потребления кислорода на кг массы тела демонстрирует завышенный результат адаптации пациентов к физической нагрузке, а их истинные реабилитационные возможности

снижены и не будут соответствовать полученному результату уровня МПК; 2. Для пациентов с АО с целью наиболее достоверной оценки переносимости физической нагрузки в ранние сроки ИМ и составления индивидуальной программы реабилитации с учетом особенностей конституции, дальнейшего решения вопросов годовой реадaptации к трудовой деятельности – предпочтительно уточнение массы работающей мышечной ткани методом iDXA и применение этих данных в модифицированной формуле Карпмана для расчета МПКм.

Сравнительный анализ продолжительности артрита и воспаления суставов у пациентов с подагрой и нефролитиазом в Якутске

Петрова М.Н.

Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, Якутск

Подагра представляет собой нарушение обмена веществ и входит в число заболеваний, связанных с ожирением, таких как артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), инсульт и сахарный диабет 2 типа (СД типа 2) (ВОЗ, 2000). Гиперурикемия (ГУ) является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, поэтому диагностика и лечение подагры, ГУ, а также осложнений заболевания являются актуальной проблемой терапии. Помимо непосредственного патологического влияния повышенного уровня мочевой кислоты (МК) на стенку сосудов, важное значение у больных подагрой приобретает воздействие повышенного артериального давления (АД), которое часто встречается у этих пациентов. АГ, в свою очередь, значительно увеличивает риск кардиоваскулярных катастроф.

Цель. Изучить ассоциированные клинические состояния и метаболические нарушения, встречаемые у пациентов с подагрой, проходивших стационарное лечение в ревматологическом отделении ГБУ «ЯГКБ» г. Якутска в 2007–2012 гг. в рамках многоцентрового обследования по подагре.

Методы: анкетирование пациентов согласно опроснику, разработанному в ФГБУ «НИИ Ревматологии имени В.А. Насоновой», который включал в себя следующие разделы: паспортная часть, приверженность пациентов вредным привычкам, анамнез заболевания подагрой, число пораженных суставов, сопутствующая патология, эффект от проводимой терапии. Лабораторные методы исследования: клинический анализ крови; биохимический анализ крови: глюкоза, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ХС, ТГ, креатинин, мочевина, МК, общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, гамма-ГТП, ЩФ, креатинкиназа; общий анализ мочи; суточный анализ мочи (объем выделенной за сутки мочи, креатинин, белок, мочевая кислота), в день выполнения биохимического анализа крови; инструментальные методы: рентгенографическое исследование дистальных отделов стоп, кистей; УЗИ почек. Клиническая диагностика ИБС, АГ, СД типа 2, ХПН, ХСН. Результаты: наблюдали 42 пациента с подагрой, из них с нефролитиазом n=9; без нефролитиаза n=33. Средний возраст 56,6 [52; 60] и 51,2 [35; 77] лет соответственно; возраст дебюта составил 48 лет [34–61] и 44 года [34–51]. Продолжительность последнего обострения суставов составила 7 [1; 18] и 5,5 [1; 6] недель. Воспаление суставов в 1-й группе у 55% пациентов vs. 40% в группе пациентов без нефролитиаза. Продолжительность артрита составила 46 дней (6–140) vs. 32 дня (2–77) у пациентов без нефролитиаза. У всех обследованных, включенных в исследование, выявлена следующая сопутствующая патология: ИБС у 12 больных (44% в первой группе vs. 24% во второй группе), АГ у 28 (100% vs. 58%), ХСН у 6 пациентов (22% vs. 12%), ХПН у 3 пациентов (22% vs. 3%).

Выводы. У пациентов с подагрой и сопутствующим нефролитиазом более длительное обострение и воспаление суставов, чаще наблюдается осложнение коморбидного фона в виде ИБС, АГ, ХСН, ХПН. Исследование продолжается. Результаты будут использованы для стандартизации руководств по ведению пациентов с подагрой в Республике Саха (Якутия).

Прогнозирование повторного инфаркта миокарда

Пинчук А.Ф., Митьковская Н.П., Статкевич Т.В., Балыш Е.М.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Цель исследования: провести комплексное изучение состояния сердечно-сосудистой системы пациентов с постинфарктным кардиосклерозом и определить наиболее вероятные предикторы повторного инфаркта миокарда (ИМ).

Материалы и методы. В исследование включено 318 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, перенесших первый Q-инфаркт миокарда, средний возраст пациентов составил $59,9 \pm 6,7$ лет. Использовались клинические, лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования.

Результаты исследования. На момент включения пациентов в исследование (28–35 день после перенесенного Q-ИМ), нами проведено комплексное обследование состояния сердечно-сосудистой системы, а так же оценка психологического статуса. В зависимости от развившихся исходов заболевания в течение года, были сформированы 3 группы исследования. В первую группу вошли 241 (75,8%) пациент с постинфарктным кардиосклерозом без повторного ИМ, во вторую группу 56 (17,6%) пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, с развившимся повторным ИМ и третью группу составил 21 (6,6%) пациент со смертельным исходом. Детальный анализ клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования позволил выделить наиболее вероятные признаки, которые могли выступать в качестве классификационных предикторов. Оценка психологического статуса включала в себя выявление расстройств тревожно-депрессивного спектра и наличие типа личности Д среди обследуемых контингентов, а так же оценку связанного со здоровьем качества жизни, имеющих доказанную прогностическую роль у данной категории пациентов. Для разработки прикладной методики, позволяющей прогнозировать возможные исходы, нами использованы модели логистической регрессии. На основании результатов групповых оценок признаков нами выбрана регрессионная модель с целью выделения наиболее информативных признаков, значимо влияющих на развитие повторного ИМ, в которую были включены следующие показатели: уровень САД, триглицеридов крови, конечно-систолический размер левого желудочка (КСР), наличие многососудистого поражения коронарных артерий (по данным коронароангиографии) и «психический компонент здоровья» (МН) по данным шкалы качества жизни. Значение $\chi^2 = 170,98$, а также малая величина $p=0,0000 < 0,05$ свидетельствовали о том, что анализируемые признаки оказывают влияние на классификацию пациентов и прогнозирование исхода. В качестве группирующей переменной нами принят такой категориальный показатель, как развитие повторного ИМ. На основании расчета нами установлено, что оптимальным является порог отсека на уровне 0,82, когда будет обеспечена специфичность $Sp=90\%$, а чувствительность $Se=92,8\%$.

Выводы. В результате проведенного нами исследования установлены следующие предикторы, позволяющие прогнозировать вероятность развития повторного инфаркта миокарда у пациентов с постинфарктным

кардиосклероз в течение года: уровень САД, триглицеридов крови, конечно-систолический размер левого желудочка (КСР), наличие многососудистого поражения коронарных артерий (по данным коронароангиографии) и «психический компонент здоровья» (МН) по данным шкалы качества жизни, анализ и своевременная коррекция которых позволит индивидуализировать подходы к ведению у данной категории пациентов.

Характеристика процессов липидпероксидации и неспецифической ферментативной антиоксидантной защиты у больных железодефицитной анемией на фоне лечения карбоксимальтозатом железа

Платицын В.А., Юмачиков А.Н., Платицына С.В., Медведева И.В.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Одним из проявлений токсичности препаратов железа является подтвержденная многочисленными экспериментальными исследованиями активация процессов свободнорадикального окисления липидов мембран клеток, которое приводит к их деструкции, повреждению нуклеиновых кислот в различных клетках организма и сопровождается нарушением их функции. Это обуславливает развитие нежелательных побочных реакций, особенно при применении низкомолекулярных солей двухвалентного железа, достигающее 40%. В последние годы все большее распространение получает внутривенный препарат на основе высокомолекулярного карбоксимальтозного комплекса, что также требует уточнения его воздействия на свободнорадикальные процессы и состояние антиоксидантной защиты при железодефицитной анемии (ЖДА).

Материалы и методы: обследовано 24 больных ЖДА. Из них – 21 женщина и 3 мужчин. Возраст варьировал от 27 до 68 лет, в среднем $44,6 \pm 10,4$ лет. Структура причин ЖДА: синдром полименорреи (11), послеродовая анемия (3), рецидивирующие геморроидальные кровотечения (5), синдром мальабсорбции (2), воспалительные заболевания кишечника (3). Критериями включения больных в протокол исследования являлись: снижение гемоглобина (Hb) менее 90 г/л, снижение средней концентрации гемоглобина в эритроците менее 26 pg, снижение сывороточного железа менее 6,6 мкмоль/л у женщин и 10 мкмоль/л у мужчин, снижение концентрации ферритина сыворотки менее 10 мкг/л у лиц обоего пола. Всем больным внутривенно капельно в виде 15-минутной инфузии вводился карбоксимальтозат железа (Феринджект) в разовой дозе 1000 мг 1 раз в неделю. Кумулятивная доза препарата определялась по формуле Ганзони с учетом веса пациента, исходного и целевого показателей концентрации гемоглобина, уровня депонированного Fe и составляла от 1000 до 2000 мг на курс. Оценка прироста концентрации Hb проводилась 1 раз в 7 дней от начала лечения. Активность процессов липидпероксидации и антиоксидантной защиты проводилась в липидных экстрактах мембран эритроцитов до начала терапии, на 2-й день после первого введения препарата и через неделю после последней инфузии. Для исследования свободнорадикальных процессов применялось определение концентрации начальных продуктов липидпероксидации – диеновых конъюгатов (ДК), промежуточных – малонового диальдегида (МДА) и конечных – оснований Шиффа. Для оценки ферментативного антиоксидантного профиля определялась активность глутатион-S-трансферазы (G-S-T) в эритроцитах.

Результаты: у всех больных на фоне введения Феринджекта отмечена положительная динамика в виде повышения концентрации Hb, ретикулоцитов, уровня ферритина сыворотки крови и % насыщения

трансферрина. Целевой уровень Hb (120 г/л у женщин и 130 г/л у мужчин) был достигнут у 19 пациентов (79%). Отмечено, что на фоне лечения кратковременно возрастает активность G-S-T ($p<0,05$), которая участвует в процессах детоксикации широкого спектра электрофильных соединений, включая мутагены и канцерогены окружающей среды. Вместе с тем уровень продуктов липидпероксидации на фоне лечения статистически достоверно не отличался от исходного уровня ($p>0,05$). Более того, в конечной точке исследования у подавляющего большинства пациентов отмечена тенденция к снижению ($p>0,03$) активности свободнорадикальных процессов (снижение уровня ДК, МДА), что, по-видимому, связано с коррекцией дефицита Fe и анемического синдрома в целом.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют об отсутствии активации свободнорадикального окисления липидов мембран клеток при лечении карбоксимальтозатом Fe в максимально допустимых терапевтических дозах. Повышение активности неспецифической ферментативной антиоксидантной защиты носит кратковременный характер и приходит к исходному уровню без какой-либо дополнительной медикаментозной коррекции.

Особенности когнитивных нарушений при артериальной гипертензии у больных с пострадиационной хронической ишемией мозга

Подсонная И.В., Ефремушкин Г.Г.

Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн, Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Есть мнение, что когнитивные нарушения служат одним из первых проявлений хронического сосудистого поражения головного мозга у больных артериальной гипертензией. Наличие у пациентов повышенного систолического и диастолического артериального давления сопровождается низкими возможностями выполнения нейропсихологических тестов.

Цель исследования – изучить варианты когнитивной дисфункции при артериальной гипертензии у больных с хронической ишемией мозга, подвергавшихся в анамнезе воздействию ионизирующего излучения в период аварийных работ на Чернобыльской АЭС.

Материал и методы. Обследовано 427 ликвидаторов последствий аварии (ЛПА) на Чернобыльской АЭС в возрасте на момент облучения от 18 до 50 лет, имеющих признаки хронической ишемии мозга (ХИМ), из них 380 ЛПА с АГ (основная группа) и 47 ЛПА без АГ (группа сравнения). Всем пациентам проводилось нейропсихологическое тестирование, использовали краткую шкалу оценки психического статуса (MMSE), тесты «Серийный счет», «проба Шульте», «заучивание 10 слов» по методике А.Р. Лурия, «Батарея лобной дисфункции» (FAB), шкалу тревоги Спилбергера (STAI), опросник депрессии Бека (BDI), тест «Самочувствие. Активность. Настроение» (САН).

Результаты. При ХИМ ЛПА с АГ испытывали головные боли в 99,2% случаев, головокружение в 77,9%, шум и тяжесть в голове в 72,6%, эмоциональную неустойчивость в 88,7%, быструю утомляемость в 82,9%, нарушение формулы сна в 84,5%, снижение памяти отмечали все ликвидаторы. У ЛПА без АГ головные боли наблюдались реже на 9,8% случаев ($p<0,05$), головокружение на 25,8% ($p<0,001$), шум в голове на 15,2% ($p<0,05$), снижение памяти на 8,5% ($p<0,05$), нарушение сна на 18,6% ($p<0,01$), эмоциональная лабильность на 18,5% ($p<0,01$), снижение умственной работоспособности на 14,9% ($p<0,05$). По данным нейропсихологического тестирования у ЛПА с ХИМ наличие

АГ ассоциировалось с более худшим состоянием психического статуса по суммарному баллу MMSE (на 3,6%; $p<0,01$) и FAB (на 13,7%; $p<0,001$); с большим (на 27,4%; $p<0,001$) снижением объема кратковременной и долговременной памяти, что подтверждалось меньшим количеством запоминаемых слов; более замедленным темпом психической деятельности со сниженной возможностью концентрации внимания и скорости мышления, большим количеством допускаемых ошибок при выполнении заданий по таблицам Шульте (на 11,6%; $p<0,001$) и «Серийного счета» (на 8,6%; $p<0,01$). У ЛПА с АГ в отличие от ЛПА с нормальным АД определялся более высокий уровень депрессии (на 22,5% $p<0,001$), реактивной (на 10,9%; $p<0,001$) и личностной (на 7,2%; $p<0,001$) тревожности. У ЛПА с ДЭ и АГ 1 степени (стп) общий суммарный балл по шкале MMSE составлял $26,8\pm 2,2$ баллов, по FAB (лобная дисфункция) $13,2\pm 2,8$ баллов, они могли запомнить в среднем до $6,1\pm 1,2$ слов, выполнить «Серийный счет» за $61,4\pm 4,2$ секунды, допуская при этом до $2,4\pm 1,0$ ошибки, в правильном порядке отыскивать числа по таблицам Шульте за $47,2\pm 9,8$ секунды. Уровень депрессии у ЛПА с ДЭ и АГ 1 стп по опроснику BDI соответствовал средней тяжести ($23,4\pm 1,6$ баллов), состояние тревожности по шкале Спилбергера – от умеренной реактивной ($44,2\pm 2,2$ баллов) до выраженной личностной ($47,8\pm 2,5$ баллов). По мере повышения степени АГ у пациентов с ХИМ, имеющих в анамнезе контакт с ионизирующим излучением, значимо ($p<0,001$) снижался общий суммарный балл оценки состояния психического статуса по шкале MMSE (при АГ II стп на 9,7%, АГ III стп на 13,4%) и лобной дисфункции (на 10,6% и 16,7% при АГ I и АГ II стп соответственно); уменьшалась способность ЛПА свободно воспроизводить предлагаемые для запоминания слова (на 31,1% - 44,3%), замедлялся темп выполнения тестов «Серийный счет» (на 17,7% - 35,0%) и «проба Шульте» (на 20,2% - 31,4%), прогрессировала депрессия (на 10,7% и 19,3%), увеличивалась реактивная (на 12,6% и 18,1%) и личностная (на 15,2% и 19,3%) тревожность, снижалось общее самочувствие, активность и настроение ликвидаторов (на 56,9% и 40,7%).

Выводы. У большинства ликвидаторов последствий Чернобыльской аварии с артериальной гипертензией и хронической ишемией мозга выявлена значительная выраженность нарушений высших психических функций (внимания, памяти, мышления, концентрации, умственной работоспособности), сопровождающаяся повышенной психомоциональной лабильностью, тревожно-депрессивными реакциями, нарастающих по мере прогрессирования степени артериальной гипертензии.

Патогенетическая роль фракталкинемии в ремоделировании миокарда при артериальной гипертензии

Полунина Е.А., Тарасочкина Д.С., Полунина О.С., Севостьянова И.В., Гусейнов Г.Т.

Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань

Цель работы. Изучить уровень плазменного фракталкина и проанализировать влияние гиперфракталкинемии на ремоделирование миокарда у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 75 человек, из них 45 пациентов с артериальной гипертензией II стадии 3 степени и 30 соматически здоровых лиц в качестве группы контроля. Средний возраст обследованных больных составил $56,4 [42; 63]$ года. Ультразвуковое исследование сердца осуществляли на сканерах «ALOKA-5500 Prosaund»

(Япония) и «G-60» фирмы «Siemens» (Германия). Были исследованы следующие параметры: передне-задний, медиально-латеральный и верхне-нижний размеры левого предсердия, конечный систолический размер левого желудочка, конечный диастолический размер левого желудочка, конечный систолический объем левого желудочка, конечный диастолический объем левого желудочка, ударный объем, фракция выброса, толщина межжелудочковой перегородки в систолу и диастолу, толщина задней стенки левого желудочка в систолу и диастолу, масса миокарда левого желудочка, индекс массы миокарда левого желудочка, фракция укорочения волокон миокарда, относительная толщина стенок левого желудочка, скорость раннего диастолического наполнения левого и правого желудочка (V_e ЛЖ, V_e ПЖ), скорость позднего диастолического наполнения левого и правого желудочка (V_a ЛЖ, V_a ПЖ), соотношение скоростей раннего и позднего диастолического наполнения левого желудочка (V_e/V_a ЛЖ), время замедления раннего диастолического наполнения левого и правого желудочка (Dte ЛЖ, Dte ПЖ), продолжительность раннего диастолического наполнения левого желудочка (Eta ЛЖ), время выброса крови из левого предсердия в левый желудочек (ET ЛЖ), время выброса крови из правого предсердия в правый желудочек (ET ПЖ), время изоволюмического расслабления левого желудочка и левого предсердия, время изоволюмического сокращения левого желудочка и левого предсердия, продольный и поперечный размеры правого предсердия (ПП продольн., ПП попереч.), толщина стенки правого желудочка (ПЖ толщ. ст.), размер полости правого желудочка в диастолу, продольный размер правого желудочка в систолу и диастолу (ПЖ дл. диаст., ПЖ дл. сист.), средняя скорость кровотока, время ускорения потока на аорте и легочной артерии (АТ Ао, АТ ЛА), время изгнания крови из аорты, из легочной артерии, среднее давление в легочной артерии, градиент давления в аорте, скорость аортального потока, диаметр аорты, диаметр легочной артерии, индекс Tei . Определение уровней фракталкина в образцах плазмы осуществлялось с помощью иммуноферментного набора «RayBio® Human Fractalkine» фирмы «RayBiotech, Inc.», США. Статистическая обработка данных проводилась при помощи статистической программы STATISTICA 12.0, Stat Soft, Inc.

Результаты. Медиана и интерпроцентильные (5; 95) размахи уровня фракталкина при АГ составили 55,4 [29,6; 1414,0] пг/мл против 31,8 [22,6; 465,2] пг/мл в группе соматически здоровых лиц ($p=0,0134$), что подтверждало наличие системной воспалительной активации при АГ. В группе больных АГ пациентов с нормофракталкинемией (16 человек, 36%), было статистически значимо ($p=0,0217$) меньше, чем пациентов с гиперфракталкинемией (29 человек, 64%). В группе пациентов с АГ была выявлена сильная положительная корреляционная взаимосвязь между уровнем плазменного фракталкина и верхне-нижним размером левого предсердия ($r=0,74$; $p<0,001$), указывающая на определенный вклад системного воспаления в ремоделирование левого предсердия. У пациентов с АГ были выявлены слабые, однако, статистически значимые взаимосвязи между уровнем плазменного фракталкина и показателями, отражающими диастолическую функцию левого желудочка: V_a ЛЖ ($r=0,24$; $p=0,032$), Dte ЛЖ ($r=0,38$; $p=0,012$), Eta ЛЖ ($r=0,38$; $p=0,011$), ET ЛЖ ($r=0,46$; $p=0,002$); между уровнем фракталкина и размерами правого предсердия и правого желудочка: ПП попереч. ($r=0,26$; $p=0,029$), ПЖ толщ. ст. ($r=0,23$; $p=0,043$), ПЖ дл. сист. ($r=0,28$; $p=0,015$); показателями, отражающими диастолическую функцию правого желудочка: V_a ПЖ ($r=0,22$; $p=0,045$), АТ ЛА ($r=0,36$; $p=0,018$), давлением в легочной артерии ($r=0,25$; $p=0,034$), а также градиентом давления в аорте ($r=0,24$; $p=0,039$), скоростью аортального потока ($r=0,23$; $p=0,042$) и диаметром аорты ($r=0,34$; $p=0,022$).

Выводы. У пациентов с АГ имеет место активация системного воспаления.

Констатировано влияние гиперфракталкинемии на ряд структурных и гемодинамических характеристик сердца у больных артериальной гипертензией.

Антибактериальная терапия инфекционного эндокардита: рекомендации и реальная практика

Пономарева Е.Ю.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского, Саратов

Актуальность проблемы инфекционного эндокардита (ИЭ) определяется не снижающимися заболеваемостью и смертностью, несмотря на применение антибактериальной терапии (АБТ) и успехи кардиохирургического лечения. Цель настоящей работы: изучить реальную практику выбора антибиотиков и режимов антибактериальной терапии при ИЭ на различных этапах лечения пациентов.

Материалы и методы. Изучены истории болезни 300 пациентов с ИЭ, госпитализированных в областную клиническую больницу г. Саратова с 2001 по 2014 гг. и 210 амбулаторных карт этих больных.

Результаты и обсуждение. На амбулаторном этапе антибиотики назначались 149 из 210 больным (71%), очевидно, вследствие ведущего симптома – лихорадки, но в большинстве случаев – без установленного диагноза ИЭ, по поводу иных предполагаемых причин: пневмонии, инфекции мочевыводящих путей и т.п. Антибиотики назначались короткими курсами: от 3 до 14 дней, повторный кратковременный прием антибиотиков на догоспитальном этапе имел место в 40% случаев. Преимущественно назначались амоксициллин (46%), макролиды (28%), фторхинолоны (18%) *per os*, цефтриаксон в/м (8%). На госпитальном этапе в условиях центральных районных больниц антибактериальная терапия назначалась 92% пациентам, в областном стационаре – всем больным. Наиболее часто использовались цефалоспорины 3-й генерации (46%), аминогликозиды (18%), фторхинолоны (11%). Антибиотики назначались в эмпирическом режиме, с учетом вероятных возбудителей, т.к. частота положительной гемокультуры не превышала 41%, и ни разу возбудитель не был выделен в ранние сроки заболевания. В 49% случаев антибиотик назначался в режиме монотерапии в отличие от рекомендованных режимов комбинации антибактериальных препаратов, изложенных в руководствах. Полученные результаты совпадают с опубликованными данными многоцентрового исследования МАЭСТРО, изучавшего реальную практику применения антибиотиков при ИЭ. Рекомендуемая для эффективной эрадикации микроорганизмов из вегетаций продолжительность АБТ ИЭ не менее 4–6 недель в наших наблюдениях оказалась выдержанной лишь в половине случаев. Побочные эффекты АБТ различной выраженности регистрировались у 69% пациентов, преимущественно на первой неделе лечения, при этом необходимость отмены/смены антибиотика возникла у 20% больных.

Таким образом, практическая реализация принципов АБТ ИЭ на амбулаторном и стационарном этапах лечения пациентов затруднена из-за низкого качества ранней диагностики заболевания, включая расшифровку этиологического фактора. Частые повторные короткие курсы АБТ на амбулаторном этапе способствуют формированию устойчивости микроорганизмов и снижают частоту выделения возбудителя. В практике лечения больных ИЭ сохраняется преимущественно эмпирический характер антибактериальной терапии, не полностью выдерживаются рекомендованная продолжительность и режимы комбинированного назначения антибиотиков.

Обоснование ограничения приема поваренной соли у больных как важнейшего метода первичной и вторичной профилактики артериальной гипертензии

Поселюгина О.Б.

Тверской государственный медицинский университет, Тверь

Цель – изучить значение ограничения потребления поваренной соли с пищей, как метода первичной и вторичной профилактики артериальной гипертензии (АГ). Обследовано 230 больных АГ и 128 студентов 1-го и 102 студента 6-го курса медакадемии.

Методы – у всех изучался порог вкусовой чувствительности (ПВЧПС) к поваренной соли (ПС), определялась суточная экскреция натрия с мочой и изучался психологический статус (методика СМОЛ), проводилось эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ). У больных АГ средний ПВЧПС составил $0,35 \pm 0,02\%$ раствора хлорида натрия, высокий ПВЧПС имелся в 52%, а низкий – в 22%; $p < 0,01$ случаям. Досаливали пищу всегда 15% лиц с высоким ПВЧПС, тогда как среди больных с низким порогом – таковых не было. Суточная экскреция натрия у больных с высоким ПВЧПС составила $300 \pm 5,0$, при низком – $250 \pm 4,7$ Мм/сут, ($p < 0,01$). Оказалось, что у больных АГ с высоким ПВЧПС по сравнению с низким чаще имелись головные боли, кардиалгии, нарушения сна (все $p < 0,05$), в 4 раза чаще встречались гипертонические кризы и в 3 раза – отягощенная наследственность (все $p < 0,05$). У больных с высоким ПВЧПС артериальное давление (АД) при первом измерении в стационаре также было выше (все $p < 0,05-0,01$) и чаще встретилась гипертрофия левого желудочка (по данным ЭКГ, и ЭхоКГ, $p < 0,05-0,02$). Психологический профиль у них оказался выше по 1-ой, 3-ей и 9-ой шкалам (все $p < 0,05-0,02$). У студентов 1-го курса в среднем ПВЧПС составил $0,21 \pm 0,01\%$ раствора хлорида натрия, а у студентов 6-го курса – $0,2 \pm 0,03\%$, ($p > 0,05$). Следует отметить, что у первокурсников низкий, средний и высокий ПВЧПС встретились соответственно в 14%, 52% и 34% (по отношению к низкому порогу все $p < 0,001-0,05$), тогда как у студентов 6-го курса – в 37%, 40% (по сравнению с 1-м курсом $p < 0,001$, $p < 0,05$) и 23% ($p > 0,05$, $p < 0,01$). Пищу досаливали всегда 8% студентов 1-го курса, тогда как среди 6-го таковых не было. Лишь 14% студентов 1-го курса знали о ПС как факторе риска АГ, тогда как 6-го – 90%, ($p < 0,01$). Систолическое и диастолическое АД у студентов 1-го курса составило соответственно – $118,7 \pm 1,3$ и $75,9 \pm 0,9$, а на 6-ом – $113,2 \pm 1,3$ и $72,4 \pm 1,1$ мм рт.ст. (все $p < 0,05-0,01$).

Таким образом, повышенное потребление ПС больными АГ существенно отягощает течение болезни, что проявляется усилением жалоб сердечно-сосудистого характера, возникновением невротических изменений в психологическом статусе, повышением АД, значительным учащением гипертонических кризов, более частым развитием гипертрофии левого желудочка. Повышение уровня медицинских знаний здоровыми лицами приводит к снижению у них ПВЧПС, уменьшению потребления ПС и существенному снижению АД. Следовательно, ограничение потребления ПС с пищей может рассматриваться как важнейший метод первичной и вторичной профилактики АГ.

Цереброкардиальный синдром при ишемическом инсульте

Прекина В.И., Самолькина О.Г., Ефремова О.Н., Есина М.В.

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, медицинский институт, Саранск

Цель работы. Изучить особенности биоэлектрической активности сердца у больных артериальной гипертензией в остром периоде ишемического инсульта.

Материал и методы. В основную группу (ОГ) включено 108 больных с артериальной гипертензией и ишемическим инсультом, из них 51% мужчин и 49% женщин (средний возраст $61,6 \pm 1,1$ года). Группу контроля (ГК) составили 78 больных артериальной гипертензией без инсульта: мужчин – 50%, женщин – 50% (средний возраст – $58,2 \pm 1,2$ года). Группы были сопоставимы по тяжести артериальной гипертензии и сопутствующим заболеваниям. Холтеровское мониторирование проводилось в течение 24 часов на 2–3 сутки инсульта. Оценивали вариабельность ритма сердца (BPC) по временным показателям и интегральному заключению, интервал QTc и аритмии.

Результаты. У больных ОГ наблюдалось уменьшение BPC: показатель SDNN был ниже, чем в ГК на 11,4% ($P < 0,01$), а количество пациентов с резко сниженной BPC было в 1,6 раза больше ($P < 0,05$), что может свидетельствовать о снижении адаптационных возможностей организма. Тяжесть снижения BPC коррелировала с тяжестью инсульта ($r = 0,189$, $P < 0,05$), возрастом ($r = 0,285$, $P < 0,005$), окружностью талии ($r = 0,251$, $P < 0,05$) и содержанием калия в сыворотке крови ($r = -0,377$, $P < 0,05$). Транзиторные эпизоды удлинения интервала QTc более 460 мс встречались на 16,6% чаще ($P < 0,05$). Суммарная продолжительность эпизодов удлиненного интервала QTc более 460 мс за сутки в ОГ была больше в 9 раз ($P < 0,05$). Эпизоды удлиненного интервала QTc регистрировались преимущественно в период бодрствования, что может свидетельствовать о тахизависимой форме удлинения интервала вследствие активации симпатoadренальной системы на фоне острого церебрального поражения. Суммарная продолжительность эпизодов удлиненного интервала QTc коррелировала с тяжестью инсульта ($r = 0,207$; $P < 0,05$; $r = 0,211$; $P < 0,05$). Распространенность частых наджелудочковых экстрасистол и желудочковых экстрасистол (ЖЭС) была в 3,1 ($P < 0,05$) и 3,6 ($P < 0,05$) соответственно выше. Количество ранних ЖЭС превышало в 21,8 раз ($P < 0,05$), прослеживалась отчетливая тенденция к увеличению количества и средней продолжительности эпизодов желудочковой тахикардии. Количество желудочковых аритмий достоверно коррелировало с продолжительностью интервала QT, тяжестью инсульта, уровнем глюкозы крови, возрастом.

Заключение. Основными проявлениями цереброкардиального синдрома при ишемическом инсульте являются снижение BPC, увеличение продолжительности интервала QT, повышение наджелудочковой и желудочковой эктопической активности. Наряду с тяжестью инсульта, дополнительными факторами риска электрической нестабильности миокарда являются возраст, гипергликемия, абдоминальное ожирение, гипокалиемия, что следует учитывать при выборе тактики ведения пациентов.

Прогностическая оценка эндотелиальной дисфункции и состояние эпикардального жира у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ

Прибылов С.А., Прибылова Н.Н., Шабанов Е.А., Махова О.Ю.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Цель: установить взаимосвязь толщины эпикардального жира, диастолической и эндотелиальной дисфункции сердца у больных с коморбидной патологией ИБС, постинфарктным кардиосклерозом в сочетании с ХОБЛ.

Методы: обследовано 72 пациента с ИБС, постинфарктным кардиосклерозом и ХОБЛ. Определяли ЭТ-1 в крови методом ИФА, выполняли манжеточную пробу плечевой артерии, ЭхоКГ с исследованием внутрисердечной гемодинамики и определением величины эпикардального жира.

Результаты. У больных с ИМТ>30 (n=27) при проведении ЭхоКГ по передней стенке ПЖ были документированы эпикардиальные отложения от 0,4 до 0,74 см (0,58±0,33 см). Толщина жирового слоя эпикарда прямо коррелировала с параметрами ИМТ (r=0,65), индексом ОТ/ОБ ((r=0,78) и показателями артериальной дислипидемии (r=0,57) с величиной уровнем ЭТ-1 в крови (r=0,68), тестом 6 минутной ходьбы (r=0,72). У этой категории больных преобладала недостаточная вазодилатация ПА и постокклюзии особенно у курильщиков с уровнем ЭТ-1 до 1,3±0,01 фмоль/мл по сравнению с группой больных с нормальным ИМТ < 25 (ЭТ-1=0,42±0,001 фмоль/мл) и у некурящих (0,25±0,001). Констатируется корреляционная зависимость между диастолической дисфункцией ПЖ и ЛЖ, СДЛА, и толщиной эпикардиального жира. При включении аторвастатина (липтонорм, Фармстандарт) в дозе 20 мг в сутки в комплексную терапию больных в течении 12 недель установлены плейотропные эффекты препарата в виде достоверного улучшения эндотелиальной функции, диастолической функции правого и левого желудочка сердца, снижение толщины эндотелиального жира.

Вывод: показатели диастолической дисфункции сердца, толщина эпикардиального жировой прослойки, эндотелиальная дисфункция могут рассматриваться как информационные предикторы ЛГ, ХСН, особенно у больных с высокими показателями ИМТ и требуют длительного применения статинов.

Окончательный сравнительный анализ динамики температурной реакции в раннем поствакцинальном периоде при применении конъюгированной и полисахаридной пневмококковых вакцин у пациентов с бронхиальной астмой

Протасов А.Д., Костинова Т.А.

*Самарский государственный медицинский университет,
Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток
им. И.И. Мечникова, Самара, Москва*

По современным рекомендациям вакцинация взрослых против пневмококковой инфекции включает два этапа: введение конъюгированной 13-валентной пневмококковой вакцины (Превенар-13, ПКВ13), а через 2 мес. – 23-валентной полисахаридной пневмококковой вакцины (Пневмо-23, ППВ23). Необходимость двухэтапной вакцинации обусловлена разным механизмом действия этих вакцин. Это должно способствовать формированию выраженного, длительного иммунитета. Приведен анализ температурной реакции в раннем поствакцинальном периоде (первые 7 дней) при применении ПКВ13 или ППВ23 у больных с бронхиальной астмой (БА).

Цель: сравнить динамику температурной реакции в раннем поствакцинальном периоде при применении ПКВ13 или ППВ23 при БА. Материалы и методы: 79 пациентов с БА привиты ПКВ13 (I гр.), 52 пациента с БА получили вакцину ППВ23 (II гр.). Средний возраст пациентов I гр. составил 51,4±14,8 лет, II гр. – 49,6±12,1 лет. Приведены количество и процент пациентов с нежелательным явлением (НЯ) в поствакцинальном периоде (п/%). Достоверность различий оценивалась с помощью точного критерия Фишера (ТКФ).

Результаты: 37,0–37,5°C: 1 день ПКВ13 n=14 (17,7%), ППВ23 n=10 (19,2%), ТКФ 0,501; 2 день ПКВ13 n=14 (17,7%), ППВ23 n=7 (13,5%), ТКФ 0,813; 3 день ПКВ13 n=7 (8,9%), ППВ23 n=3 (5,8%), ТКФ 0,838; 4 день ПКВ13 n=4 (5,1%), ППВ23 n=3 (5,8%), ТКФ 0,576; 5 день ПКВ13 n=7 (8,9%), ППВ23 n=4 (7,7%), ТКФ 0,706; 6 день ПКВ13 n=6 (7,6%), ППВ23 n=5 (9,6%), ТКФ 0,458; 7

день ПКВ13 n=1 (1,3%), ППВ23 n=2 (3,8%), ТКФ 0,286. 37,6–38,5°C: 1 день ПКВ13 n=2 (2,5%), ППВ23 n=2 (3,8%), ТКФ 0,498; 2 день ПКВ13 n=2 (2,5%), ППВ23 n=2 (3,8%), ТКФ 0,498; 3 день ПКВ13 n=2 (2,5%), ППВ23 n=1 (1,9%), ТКФ 0,724; 4 день ПКВ13 n=1 (1,3%), ППВ23 n=2 (3,8%), ТКФ 0,286; 5 день ПКВ13 n=0, ППВ23 n=1 (1,9%), ТКФ 0,397; 6 день ПКВ13 n=1 (1,3%), ППВ23 n=0, ТКФ 0,603; 7 день ПКВ13 n=1 (1,3%), ППВ23 n=1 (1,9%), ТКФ 0,482. 38,6 и более °C: не отмечалось.

Выводы. Применение ПКВ13 и ППВ23 у больных с БА безопасно, характеризуется сопоставимой динамикой температурной реакции в раннем поствакцинальном периоде (первые 7 дней).

Окончательный сравнительный анализ безопасности применения конъюгированной и полисахаридной пневмококковых вакцин у пациентов с бронхиальной астмой (общее состояние и местные реакции)

Протасов А.Д., Костинова Т.А.

*Самарский государственный медицинский университет,
Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток
им. И.И. Мечникова, Самара, Москва*

По современным рекомендациям вакцинация взрослых против пневмококковой инфекции включает два этапа: введение конъюгированной 13-валентной пневмококковой вакцины (Превенар-13, ПКВ13), а через 2 мес. – 23-валентной полисахаридной пневмококковой вакцины (Пневмо-23, ППВ23). Необходимость двухэтапной вакцинации обусловлена разным механизмом действия этих вакцин. Это должно способствовать формированию выраженного, длительного иммунитета. Приведен анализ безопасности применения ПКВ13 и ППВ23 у больных с бронхиальной астмой (БА).

Цель: сравнить безопасность применения ПКВ13 и ППВ23 при БА.

Материалы и методы: 79 пациентов с БА привиты ПКВ13 (I гр.), 52 пациента с БА получили вакцину ППВ23 (II гр.). Средний возраст пациентов I гр. составил 51,4±14,8 лет, II гр. – 49,6±12,1 лет. Приведены количество и процент пациентов с нежелательным явлением (НЯ) в первые 7 дней поствакцинального периода (п/%). В разделах «Покраснение» и «Уплотнение» результаты представлены в виде Медиана [Q1; Q3] для величин с распределением, отличным от нормального, и в виде Среднее значение [min; медиана; max] для нормально распределенных величин и отражают размер в см. Достоверность различий оценивалась с помощью точного критерия Фишера (ТКФ).

Результаты. Неудовлетворительное общее состояние. 1 день: ПКВ13 n=9 (11,4%), ППВ23 n=3 (5,8%), ТКФ 0,923; 2 день: ПКВ13 n=18 (22,8%), ППВ23 n=7 (13,5%), ТКФ 0,943; 3 день: ПКВ13 n=10 (12,7%), ППВ23 n=8 (15,4%), ТКФ 0,422; 4 день: ПКВ13 n=7 (8,9%), ППВ23 n=5 (9,6%), ТКФ 0,557; 5 день: ПКВ13 n=5 (6,3%), ППВ23 n=3 (5,8%), ТКФ 0,684; 6 день: ПКВ13 n=3 (3,8%), ППВ23 n=0, ТКФ 0,216; 7 день: ПКВ13 n=2 (2,5%), ППВ23 n=0, ТКФ 0,362. Болезненность. 1 день: ПКВ13 n=54 (68,4%), ППВ23 n=24 (46,2%), ТКФ 0,009; 2 день: ПКВ13 n=48 (60,8%), ППВ23 n=22 (42,3%), ТКФ 0,029; 3 день: ПКВ13 n=35 (44,3%), ППВ23 n=12 (23,1%), ТКФ 0,997; 4 день: ПКВ13 n=22 (27,8%), ППВ23 n=9 (17,3%), ТКФ 0,947; 5 день: ПКВ13 n=13 (16,5%), ППВ23 n=4 (7,7%), ТКФ 0,962; 6 день: ПКВ13 n=7 (8,9%), ППВ23 n=4 (7,7%), ТКФ 0,706; 7 день: ПКВ13 n=4 (5,1%), ППВ23 n=2 (3,8%), ТКФ 0,765. Покраснение. 1 день: ПКВ13 n=13 (16,5%), 1 [1; 4,5], ППВ23 n=12 (23,1%), 1 [1; 5], ТКФ 0,236; 2 день: ПКВ13 n=12 (15,2%), 2,8 [1; 2; 6], ППВ23 n=12 (23,1%), 3,5 [1; 6], ТКФ 0,181; 3 день: ПКВ13 n=13 (16,5%), 3,9 [1; 3; 11], ППВ23 n=7 (13,5%), 5,7 [1; 4; 15], ТКФ 0,760; 4 день: ПКВ13 n=10 (12,7%), 3,5 [2,5; 6],

ППВ23 n=6 (11,5%), 4,2 [1; 4; 7], ТКФ 0,674; 5 день: ПКВ13 n=7 (8,9%), 4,1 [1; 3; 8], ППВ23 n=3 (5,8%), 2 [1; 2; 3], ТКФ 0,838; 6 день: ПКВ13 n=4 (5,1%), 2 [2; 10], ППВ23 n=1 (1,9%), ТКФ 0,916; 7 день: ПКВ13 n=1 (1,3%), ППВ23 n=1 (1,9%), ТКФ 0,482. Уплотнение. 1 день: ПКВ13 n=29 (36,7%), 1 [1; 3; 75], ППВ23 n=14 (26,9%), 2 [1; 6; 5], ТКФ 0,913; 2 день: ПКВ13 n=32 (40,5%), 2 [1; 5], ППВ23 n=17 (32,7%), 3 [1,25; 5,75], ТКФ 0,862; 3 день: ПКВ13 n=24 (30,4%), 2 [1; 5], ППВ23 n=11 (21,2%), 3 [1; 6], ТКФ 0,916; 4 день: ПКВ13 n=16 (20,3%), 3 [2; 5], ППВ23 n=6 (11,5%), 3,8 [1; 3,5; 7], ТКФ 0,941; 5 день: ПКВ13 n=11 (13,9%), 2 [1; 4,5], ППВ23 n=2 (3,8%), 1 [1; 1; 1], ТКФ 0,989; 6 день: ПКВ13 n=8 (10,1%), 1,5 [1; 4], ППВ23 n=1 (1,9%), ТКФ 0,991; 7 день: ПКВ13 n=1 (1,3%), ППВ23 n=1 (1,9%), ТКФ 0,482.

Выводы: у больных с БА вакцинация «Превенар-13» приводит к достоверно более частому возникновению болезненности в месте инъекции в первые 2 дня по сравнению с пациентами с БА, получившими вакцину «Пневмо-23». Об этом необходимо обязательно предупреждать пациентов перед проведением процедуры вакцинации во избежание конфликтных ситуаций. В отношении остальных анализируемых параметров применение ПКВ13 и ППВ23 у больных с БА безопасно, характеризуется сопоставимой частотой возникновения местных нежелательных явлений.

Системные реакции в раннем поствакцинальном периоде при применении конъюгированной и полисахаридной пневмококковых вакцин у пациентов с бронхиальной астмой (окончательный анализ)

Протасов А.Д., Магаршак О.О.

*Самарский государственный медицинский университет,
Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток
им. И.И. Мечникова, Самара, Москва*

По современным рекомендациям вакцинация взрослых против пневмококковой инфекции включает два этапа: введение конъюгированной 13-валентной пневмококковой вакцины (Превенар-13, ПКВ13), а через 2 мес. – 23-валентной полисахаридной пневмококковой вакцины (Пневмо-23, ППВ23). Необходимость двухэтапной вакцинации обусловлена разным механизмом действия этих вакцин. Такая вакцинация должна способствовать формированию выраженного, длительного иммунитета. Цель: сравнить динамику системных реакций при применении ПКВ13 и ППВ23 при бронхиальной астме (БА).

Материалы и методы: 79 пациентов с БА привиты ПКВ-13 (I гр.), 52 пациента с БА – ППВ-23 (II гр.). Средний возраст пациентов I гр. составил 51,4±14,8 лет, II гр. – 49,6±12,1 лет. Приведены количество и процент пациентов с нежелательным явлением (НЯ) в поствакцинальном периоде (п/в). Достоверность различий оценивалась с помощью точного критерия Фишера.

Результаты: в течение первых 7 дней после вакцинации ПКВ13 или ППВ23 проведена оценка частоты возникновения системных реакций, а именно головной боли, недомогания, боли в суставах, боли в мышцах, боли в горле, насморка и кашля у вакцинированных пациентов с БА. Анализ не выявил достоверных различий по анализируемым системным реакциям в течение первых 7 дней после иммунизации между пациентами, получившими ПКВ13 или ППВ23 (ТКФ>0,05 для всех сравнений). Ниже приведены подробные описания показателей. Головная боль. 1 день: ПКВ13 n=17 (21,5%), ППВ23 n=4 (7,7%), ТКФ 0,993; 2 день: ПКВ13 n=19 (24,1%), ППВ23 n=6 (11,5%), ТКФ 0,980; 3 день: ПКВ13 n=14 (17,7%), ППВ23 n=4 (7,7%), ТКФ 0,974; 4 день: ПКВ13 n=15 (18,9%), ППВ23 n=5 (9,6%), ТКФ 0,959; 5 день: ПКВ13 n=5 (6,3%), ППВ23 n=5 (9,6%), ТКФ 0,355; 6 день: ПКВ13 n=6 (7,6%), ППВ23 n=5 (9,6%), ТКФ

0,458; 7 день: ПКВ13 n=3 (3,8%), ППВ23 n=4 (7,7%), ТКФ 0,278. Недомогание. 1 день: ПКВ13 n=36 (45,6%), ППВ23 n=18 (34,6%), ТКФ 0,924; 2 день: ПКВ13 n=39 (49,4%), ППВ23 n=18 (34,6%), ТКФ 0,968; 3 день: ПКВ13 n=32 (40,5%), ППВ23 n=13 (25%), ТКФ 0,979; 4 день: ПКВ13 n=21 (26,6%), ППВ23 n=11 (21,2%), ТКФ 0,819; 5 день: ПКВ13 n=14 (17,7%), ППВ23 n=7 (13,5%), ТКФ 0,813; 6 день: ПКВ13 n=14 (17,7%), ППВ23 n=6 (11,5%), ТКФ 0,889; 7 день: ПКВ13 n=11 (13,9%), ППВ23 n=5 (9,6%), ТКФ 0,844. Боль в суставах. 1 день: ПКВ13 n=18 (22,8%), ППВ23 n=7 (13,5%), ТКФ 0,943; 2 день: ПКВ13 n=23 (29,1%), ППВ23 n=8 (15,4%), ТКФ 0,980; 3 день: ПКВ13 n=20 (25,3%), ППВ23 n=6 (11,5%), ТКФ 0,988; 4 день: ПКВ13 n=29 (36,7%), ППВ23 n=8 (15,4%), ТКФ 0,998; 5 день: ПКВ13 n=15 (18,9%), ППВ23 n=6 (11,5%), ТКФ 0,919; 6 день: ПКВ13 n=12 (15,2%), ППВ23 n=4 (7,7%), ТКФ 0,944; 7 день: ПКВ13 n=10 (12,7%), ППВ23 n=5 (9,6%), ТКФ 0,791. Боль в мышцах. 1 день: ПКВ13 n=19 (24,1%), ППВ23 n=7 (13,5%), ТКФ 0,959; 2 день: ПКВ13 n=21 (26,6%), ППВ23 n=9 (17,3%), ТКФ 0,928; 3 день: ПКВ13 n=15 (18,9%), ППВ23 n=7 (13,5%), ТКФ 0,857; 4 день: ПКВ13 n=14 (17,7%), ППВ23 n=6 (11,5%), ТКФ 0,889; 5 день: ПКВ13 n=9 (11,4%), ППВ23 n=6 (11,5%), ТКФ 0,595; 6 день: ПКВ13 n=10 (12,7%), ППВ23 n=3 (5,8%), ТКФ 0,949; 7 день: ПКВ13 n=7 (8,9%), ППВ23 n=3 (5,8%), ТКФ 0,838. Боль в горле. 1 день: ПКВ13 n=6 (7,6%), ППВ23 n=4 (7,7%), ТКФ 0,616; 2 день: ПКВ13 n=8 (10,1%), ППВ23 n=4 (7,7%), ТКФ 0,780; 3 день: ПКВ13 n=6 (7,6%), ППВ23 n=5 (9,6%), ТКФ 0,458; 4 день: ПКВ13 n=5 (6,3%), ППВ23 n=4 (7,7%), ТКФ 0,511; 5 день: ПКВ13 n=4 (5,1%), ППВ23 n=4 (7,7%), ТКФ 0,396; 6 день: ПКВ13 n=2 (2,5%), ППВ23 n=2 (3,8%), ТКФ 0,498; 7 день: ПКВ13 n=2 (2,5%), ППВ23 n=1 (1,9%), ТКФ 0,724. Насморк. 1 день: ПКВ13 n=13 (16,5%), ППВ23 n=9 (17,3%), ТКФ 0,539; 2 день: ПКВ13 n=16 (20,3%), ППВ23 n=11 (21,2%), ТКФ 0,535; 3 день: ПКВ13 n=11 (13,9%), ППВ23 n=10 (19,2%), ТКФ 0,283; 4 день: ПКВ13 n=10 (12,7%), ППВ23 n=9 (17,3%), ТКФ 0,311; 5 день: ПКВ13 n=10 (12,7%), ППВ23 n=7 (13,5%), ТКФ 0,547; 6 день: ПКВ13 n=4 (5,1%), ППВ23 n=6 (11,5%), ТКФ 0,152; 7 день: ПКВ13 n=4 (5,1%), ППВ23 n=6 (11,5%), ТКФ 0,152. Кашель. 1 день: ПКВ13 n=21 (26,6%), ППВ23 n=7 (13,5%), ТКФ 0,979; 2 день: ПКВ13 n=24 (30,4%), ППВ23 n=10 (19,2%), ТКФ 0,949; 3 день: ПКВ13 n=21 (26,6%), ППВ23 n=11 (21,2%), ТКФ 0,819; 4 день: ПКВ13 n=29 (36,7%), ППВ23 n=10 (19,2%), ТКФ 0,991; 5 день: ПКВ13 n=14 (17,7%), ППВ23 n=8 (15,4%), ТКФ 0,719; 6 день: ПКВ13 n=15 (18,9%), ППВ23 n=7 (13,5%), ТКФ 0,857; 7 день: ПКВ13 n=11 (13,9%), ППВ23 n=6 (11,5%), ТКФ 0,743.

Выводы. Применение ПКВ13 и ППВ23 у больных с БА безопасно, характеризуется сопоставимой динамикой частоты системных реакций в раннем поствакцинальном периоде.

Анализ серьезных нежелательных явлений в течение года после применения конъюгированной или полисахаридной пневмококковых вакцин у пациентов с бронхиальной астмой

Протасов А.Д., Пахомов Д.В.

*Самарский государственный медицинский университет,
Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток
им. И.И. Мечникова, Самара, Москва*

Цель: провести анализ серьезных нежелательных явлений в течение 12 мес. при применении 13-валентной конъюгированной пневмококковой вакцины (ПКВ13) или 23-валентной полисахаридной пневмококковой вакцины (ППВ23) при бронхиальной астме (БА).

Материалы и методы: 79 пациентов с БА привиты ПКВ13 (I гр.), 52 пациента с БА – ППВ23 (II гр.). Средний возраст пациентов I гр. составил 51,4±14,8 лет, II гр. – 49,6±12,1 лет. Достоверность различий оценивалась с помощью точного критерия Фишера.

Результаты: к СНЯ относили смерть пациента, угрозу для жизни, стойкую инвалидность/нетрудоспособность, врожденные аномалии или пороки развития, иные важные с медицинской точки зрения явления. К СНЯ мы не относили критерий «Госпитализация или продление госпитализации», т.к. данный параметр оценивался отдельно. В течение года у пациентов с БА нами были зарегистрированы следующие СНЯ: 1. Привитые «Превенар-13»: – прогрессирующая стенокардия у пациентки с ИБС на 2 день после вакцинации «Превенар-13», купировавшаяся увеличением дозы нитратов (n=1). – лимфаденопатия левого подмышечного узла (10 x 6 см, 8 x 5 см) с 12 по 27 дни и с 15 по 24 дни, соответственно, после вакцинации «Превенар-13», купировавшаяся на фоне приема антигистаминных препаратов (n=2). – острая распространенная крапивница на 4 день после вакцинации «Превенар-13», купировавшаяся приемом антигистаминных препаратов (n=1). 2. Привитые «Пневмо-23»: – впервые возникший судорожный припадок на 5 день после вакцинации «Пневмо-23» у пациентки с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе, потребовавший госпитализации в неврологический стационар. ТКФ для всех сравнений >0,05.

Выводы. Применение ПКВ13 или ППВ23 у больных с БА безопасно. СНЯ характеризуются низкой частотой возникновения, в большинстве своем обусловлены сопутствующей патологией, и, по мнению исследователя, не имеют причинно-следственной связи с исследуемыми препаратами.

Патогенетические риски у пациентов с ХОБЛ стадии В (GOLD 2014)

Пустоветова М.Г., Чикинев Ю.В., Пионтковская К.А., Дробязгин Е.А., Самсонова Е.Н.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Введение. Хронические обструктивные заболевания легких была описана как болезнь с частыми сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Развитие сердечно-сосудистых заболеваний при ХОБЛ поддерживается системным воспалением, которое характеризуется наличием неспецифических провоспалительных цитокинов и факторов роста и оценивается течением хронической воспалительной реакции, связанной с активацией макрофагов и эндотелиальных клеток в легких. Легочное сердце рассматривается как следствие эмфиземы легких у человека и в исследованиях его развитие было связано с отсутствием тромбоцитарного ростового фактора-A PDGF-A. И на мышиных моделях было обнаружено, что PDGF-B (тромбоцитарного ростового фактора – В) нулевые фенотипы имели сердечно-сосудистые, гематологические и почечные дефекты.

Материалы и методы. Мы исследовали PDGF-AB и PDGF-BB у пациентов с ХОБЛ и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией. Комитет по этике Института утвердил дизайн настоящего исследования. Информированное согласие было подписано до включения пациента в исследование. Были включены 34 пациента с ишемической болезнью сердца и хронической обструктивной болезнью легких В (GOLD 2014). Материал был взят в асептических условиях из лучевой артерии, сразу после сбора был доставлен в лабораторию при комнатной температуре, центрифугирован при 2800 об/мин. Плазма была измерена на содержание PDGF-AB и PDGF-BB.

Результаты. Статистическая значимость результатов оценивалась с помощью двухстороннего теста для парных образцов Уилкинсона. Пороговый уровень значимости α (альфа) был установлен на уровне 0,05. Данные представлены в виде $M \pm SD$. Средний уровень PDGF-AB

(1483,97 $\pm$ 614,79 пг / мл против 28,55- 4888 пг / мл) был сопоставим с нормальными величинами ($P < 0,001$). Средний уровень PDGF-BB, по крайней мере в три раза выше (306,91 $\pm$ 139,33 пг / мл против 113–137 пг / мл, $p < 0,001$).

Выводы. Больные ХОБЛ с сопутствующей патологией могут иметь нормальные уровни PDGF-AB, но значительное увеличение PDGF-BB, который связан с кровоизлиянием, анемиями, тромбоцитопениями, расширением кровеносных сосудов, дилатационными мальформациями сердца, дефицитом мезангиальной клеток. В этой популяции измерение содержания данного цитокина может предсказать исходы некоторых пациентов, особенно во время операции и в послеоперационном периоде. Работа выполнена при поддержке гранта Президента РФ молодым ученым МД-3312.2014.7.

Эндотелиальные факторы в патогенезе спонтанного пневмоторакса и буллезной болезни легких

Пустоветова М.Г., Чикинев Ю.В., Пионтковская К.А., Дробязгин Е.А., Самсонова Е.Н.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Введение. Идиопатический легочный фиброз затрагивает приблизительно 5 миллионов людей во всем мире. Механизм инициации данного заболевания и механизм прогрессирования изучен не до конца, при этом заболевание рефрактерно к современной терапии. Механизмы профибротических и антифибротических процессов применимы к такой патологии, как буллезная болезнь легких с манифестацией спонтанным пневмотораксом. Одним из недавно выявленных маркеров легочного фиброза является эндотелиальный фактор роста VEGF, антифибротическим маркером является простагландин J2 Pg J2.

Цель исследования. Определить характер нарушения и специфику внутриэндотелиальных соотношений у пациентов, оперированных по поводу спонтанного пневмоторакса до и после оперативного лечения. Материалы и методы. Критериями включения в исследование были: наличие данных компьютерной томографии органов грудной клетки с характерной рентгенологической картиной поражения легких и плевры и/или наличие спонтанного пневмоторакса в анамнезе и/или рецидивирующих пневмотораксов, выполненное оперативное лечение в объеме торакоскопии или торакотомии, плеврэктоми и иссечения булл в отделении торакальной хирургии. Исследована плазма 38 оперированных пациентов. Все пациенты по способу оперативного лечения были разделены на 2 группы. 1 группа – торакоскопия с плеврэктомией, 20 пациентов, 2 группа – торакотомия с плеврэктомией, 18 пациентов. В группу контроля вошли 32 здоровых волонтеров. Средний возраст в контрольной группе составил 54,2 $\pm$ 4,3 лет.

Результаты и их обсуждение. У исследуемых пациентов уровень VEGF был достоверно выше до оперативного лечения. После оперативного лечения в 1 группе – VEGF выше в 4 раза ($p < 0,05$), в 1,5 раза меньше, чем у пациентов во 2 группе ($p < 0,05$). Во 2 группе VEGF в 4,5 раза выше, чем в группе контроля ($p < 0,05$) после оперативного лечения. Среди большого количества цитокинов, связанных с ангиогенезом, эндотелиальный сосудистый фактор роста был выделен как важный регулятор ангиогенеза и главный усилитель проницаемости сосудов и в нескольких видах воспалительных изменений. Концентрация в группах Pg J2 была выше контроля в 1,25 раза ($p < 0,05$). Во второй группе пациентов показатели Pg J2 в плазме крови превышали значения контроля в 1,3 раза ($p < 0,05$). Также

была выявлена статистическая достоверность при сравнении уровней изучаемого показателя между группами ($p < 0,05$). После выполненного оперативного лечения произошло снижение концентрации Pg J2 в плазме крови обследуемых пациентов, в среднем на 15 % ($p < 0,05$), при этом в группе 2 этот показатель оставался достоверно выше контрольных значений ($p < 0,05$). Таким образом, максимальное увеличение уровня Pg J2 в плазме крови наблюдается во второй группе, и после проведенного оперативного лечения уровень Pg J2 по-прежнему остается высоким. Выводы. 1. Уровень VEGF плазмы крови пациентов с буллезной болезнью легких достоверно выше, чем в группе контроля, что указывает на активно протекающий процесс фиброобразования легочной ткани у этих пациентов. 2. У пациентов, которым выполнялась торакотомия с плеврэктомией, показатели VEGF были выше после оперативного лечения, что указывает на вероятно более активно протекающий процесс фиброобразования легочной ткани. 3. Однако уровень Pg J2 в группе пациентов, которым была выполнена торакотомия с плеврэктомией, был достоверно выше до оперативного лечения и его уровень оставался высоким на 3 сутки после оперативного лечения, что указывает на то, что в данной группе пациентов противифибротические процессы носят более выраженный характер. Работа выполнена при поддержке гранта Президента РФ молодым ученым МД-3312.2014.7.

Изучение факторов риска для здоровья человека

Рашид М.А., Арина Е.Е., Угрехелидзе Д.Т., Ягудина Р.И., Хабриев Р.У.

Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, Москва

Цель. Изучение характера и особенностей образа жизни россиян, а также получения актуальной информации о рисках здоровья человека. Методы. Массовый опрос населения России в июле-августе 2015 года по формализованной анкете проведенный совместно с Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ). Сформирована многоступенчатая стратифицированная территориальная случайная выборка, включавшая 1 695 респондентов в возрасте старше 11 лет из 9 Федеральных округов, 46 субъектов страны, 130 населенных пунктов. Ошибка выборки составила $\pm 3,5\%$.

Результаты. Респонденты женского пола составили 54%, экономически активная часть населения в возрасте 21–60 лет составила 71%, 62% опрошенных имели среднее или среднее специальное образование. Нормальную массу тела имеют 40% россиян, избыточную – 31% (чаще мужчины в возрасте 41–60 лет), страдают ожирением – 21% (чаще женщины в возрасте старше 60 лет) и дефицит массы тела имеют 8% граждан. О повышенном артериальном давлении в ходе опроса говорили чуть менее половины россиян – 47%, преимущественно это женщины и респонденты старше 41 года. В отношении содержания глюкозы крови 65% опрошенных считают его нормальным, 31% – не могут оценить, а 4% страдают сахарным диабетом. Повышенный уровень общего холестерина отметили 11% респондентов, нормальный – 53%, более трети опрошенных (36%) ничего не знают об этом. Наследственный анамнез отягощен наличием артериальной гипертензии (33%), инсульта (24%), онкологических заболеваний (19%), инфаркта миокарда (19%) и сахарного диабета (20%). Более четверти опрошенных (28%) не осведомлены о наследственном анамнезе. Порядка 22% россиян отметили, что в их семье были случаи внезапной смерти родственников до 50 лет (чаще других об этом говорили жители сельской местности). При изучении особенностей питания лишь 15% россиян потребляют достаточное количество свежих овощей и фруктов (более 400 грамм в сутки). С учетом характера работы,

длительности ежедневных пеших прогулок и частоты занятия физической культурой в свободное время средний уровень физической активности имеют 38%, высокий – 25%, низкий – 18% респондентов, при этом 13% являются физически неактивными лицами. Доля курильщиков среди россиян составляет порядка 40%, то есть чуть более трети населения (37%) являются постоянными курильщиками (курят ежедневно), еще 3% – курят время от времени. Уровень потребления алкогольной продукции составляет порядка 76% от населения в возрасте 11 лет и старше. Половина респондентов (48%) отметили, что чаще всего употребляют слабоалкогольные напитки (особенно женщины и участники в возрасте до 30 лет). Каждый пятый россиянин, употребляющий алкоголь (19%), предпочитает напитки средней крепости. Крепкий алкоголь потребляют 27% населения (преимущественно мужчины и респонденты старше 40 лет). При этом треть респондентов (34%), как правило, ограничиваются одной порцией напитка. Каждый четвертый (25%) выпивает две порции алкоголя за один раз. Еще треть (32%) потребляют не менее 3-х порций алкоголя за один раз.

Заключение. Результаты проведенного исследования демонстрируют необходимость разработки комплексного подхода для модификации факторов риска здоровья населения РФ.

Сравнительная оценка антиишемической, кардиопротективной и эндотелиопротективной эффективности стандартной терапии ИБС с включением никорандила и изосорбида динитрата

Резванова Ю.А., Адамчик А.С.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Цель. Сравнить антиишемическую, кардиопротективную и эндотелиопротективную эффективность стандартной терапии ИБС с включением препарата группы активаторов калиевых каналов никорандила и препарата группы пролонгированных нитратов изосорбида динитрата у пациентов со стенокардией напряжения 2–3 функционального класса (ФК) при долгосрочном приеме.

Материалы и методы. В исследовании 93 пациента со стенокардией напряжения 2–3 ФК были рандомизированы на 3 группы по 31, 30 и 32 человека. Средний возраст больных составил $69,9 \pm 8,1$ года, из них 38 мужчин и 55 женщин. Пациенты всех 3 групп в течение 24 недель получали стандартную терапию ИБС, включавшую бисопролол, аспирин, валсартан и розувастатин. Больные 1-й группы принимали препараты стандартной терапии, а для купирования приступов стенокардии пользовались таблетками нитроглицерина. Во 2-й группе в дополнение к стандартной терапии больные получали изосорбид динитрат 20–40 мг 2 раза в сутки. К основной терапии пациентам 3-й группы был добавлен никорандил 20 мг 2 раза в сутки. Исследование пациентов включало проведение эхокардиографии (ЭХО-КГ), Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), ультразвуковую доплерографию (УЗДГ) сонных артерий, пробу реактивной гиперемии, а также определение высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ), фибриногена, липидов крови до и после 24 недель лечения. Статистическая обработка была проведена с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.1 Windows, StatSoft, Inc.

Результаты. Через 24 недели в трех группах исследования было отмечено значительное снижение средней частоты ангинозных приступов в неделю (ЧАП) и потребности в приеме нитроглицерина (ПНГ), с усилением эффекта при добавлении изосорбида динитрата и никорандила. Антиангинальная эффективность терапии у пациентов II и III групп была сравнима и статистически не отличалась. Однако при регулярном приеме

изосорбида динитрата в течение 6 месяцев 4 больных (13,3% из группы II) прекратили прием препарата из-за развития головной боли, а по антиангинальной эффективности показатели 2-й группы практически сравнялись с таковыми из 1-й, из чего можно сделать выводы о возможной развившейся потере эффективности изосорбида динитрата у части больных со стенокардией. Через 24 недели наблюдения по данным Эхо-КГ у больных трех групп было отмечено достоверное снижение индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), конечно-диастолического размера ЛЖ (КДР ЛЖ), увеличение показателя диастолического кровенаполнения, а также тенденция к возрастанию фракции выброса ЛЖ. Концентрация липидов через 24 недели лечения в трех группах достоверно снизилась, без значимых отличий между группами. В группе с никорандилом снижение фибриногена превосходило более чем 2 раза по сравнению с показателями группы стандартной терапии (-8,05% и -16,46%, $p=0,042$), а концентрация вч-СРБ значимо снизилась в третьей группе как в сравнении с первой (-37,08% и -22,16%, $p=0,003$), так и со второй (-37,08% и -23,38%, $p=0,04$). На УЗИ сонных артерий по прошествии 24 недель терапии у пациентов в трех группах было отмечено значимое уменьшение толщины эндотелия, увеличение процента прироста диаметра плечевой артерии при проведении пробы реактивной гиперемии. Прослеживалась тенденция к уменьшению процента стенозирования диаметра сонных артерий, достигшая значения 16,5% в группе III ($p=0,028$).

Выводы. Полученные нами данные свидетельствуют о высокой антиангинальной и антиишемической эффективности стандартной терапии ИБС, включающей бисопролол, валсартан, аспирин и статины, у пациентов со стенокардией напряжения, усиливающейся с добавлением изосорбида динитрата и никорандила. Также прием комбинаций данных препаратов в течение 6 месяцев уменьшает выраженность диастолической дисфункции и замедляет ремоделирование сердца, уменьшает дисфункцию эндотелия сосудов. Однако никорандил, сочетая в себе свойства агониста АТФ-зависимых калиевых каналов и нитратоподобный вазодилатирующий эффект, активирует процессы ишемического preconditionирования, способен более активно, чем пролонгированные нитраты, редуцировать оксидативное повреждение и системное воспаление, что в конечном итоге приводит к замедлению прогрессирования атеросклероза и процессов ремоделирования миокарда, обеспечивая длительную эндотелио- и кардиопротекцию.

Формирование метаболического синдрома у пациентов с нарушенной чувствительностью к инсулину (итоги пятилетнего наблюдения)

Ройтберг Г.Е., Дорош Ж.В., Шархун О.О.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

По данным проведенных в последнее десятилетие исследований, встречаемость метаболического синдрома (МС) в средней возрастной группе составляет от 20 до 30%. Полученные в экспериментальных работах результаты позволяют предположить решающую роль инсулинорезистентности (ИР) в развитии и прогрессировании МС. Являясь пусковым механизмом, ИР может возникать в одном органе, но при прогрессировании изменений поражения приобретают системный характер, что определяет разнообразие клинических проявлений МС.

Цель исследования: по результатам 5-летнего исследования определить влияние инсулинорезистентности на формирование МС.

Материалы и методы. В 2006-2007 годах проведено обследование 1 985 клинически здоровых пациентов (1 090 мужчин и 895 женщин) в возрасте от 20 до 65 лет. Через пять лет повторно были приглашенные пациенты, обследованные на первом этапе работы. Перед включением в исследование все пациенты подписали информированное согласие. Исследование лабораторных показателей осуществлялось натощак после восьми часового периода голода в период от 08 до 10 часов. Исследование сыворотки венозной крови проводили на автоанализаторе «Konelabj20» (Финляндия) наборами реактивов «Thermo ClinicalLabsystems». Определяли показатели липидного и углеводного спектра крови. ИР оценивали при помощи модели оценки гомеостаза – HOMA-IR по формуле: глюкоза натощак (ммоль/л) $\times$ инсулин натощак (мкЕд/мл) / 22,5. Пороговое значение резистентности к инсулину, выраженной в HOMA-IR, обычно определяется как 75 перцентиль его кумулятивного популяционного распределения. В нашем исследовании на первом этапе наблюдения пороговое значение HOMA-IR составило 2,6 балла. ИР предполагалась при величине HOMA-IR > 2,6 баллов, значение HOMA-IR $\leq$ 2,6 баллов предполагалось у инсулиночувствительных (ИЧ) субъектов. Через пять лет от начала исследования (2011-2012гг.) проведено контрольное клинико-лабораторное исследование по программе первого этапа. «Точками контроля» на втором этапе являлись следующие состояния и заболевания: абдоминальное ожирение, нарушения углеводного и липидного обменов, ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия. Результаты исследования обрабатывались на персональном компьютере с помощью пакета программ для обработки данных – SPSS версии 20.0. Обработка полученного материала проведена с использованием стандартных математических методов. Оценка частоты встречаемости признаков в изучаемой группе проведена методом χ^2 . Достоверность различия частоты встречаемости компонентов МС в группах пациентов с сохраненной и нарушенной чувствительностью к инсулину представлена в виде относительного риска (ОР) и его 95% доверительного интервала (ДИ). Полученные результаты: В нашем исследовании нарушение чувствительности к инсулину на первом этапе выявлено в 17,02%. Через пять лет среди пациентов с диагностированной ИР на этапе включения при сравнении с ИЧ субъектами выявлена более частая встречаемость абдоминального ожирения (42,2% против 22,2%, $p<0,01$), нарушений углеводного обмена (36,4% против 13,6%, $p<0,01$), изменений липидного профиля (37,2% против 18,0%, $p<0,01$), артериальной гипертензии (35,5% против 18,0%, $p<0,01$) и ИБС (9,9% против 3,05%, $p<0,01$). Для изучения влияния ИР на формирование полного МС были сформированы фенотипические группы пациентов с различными сочетаниями его компонентов. Выявлено, что у пациентов с ИР достоверно чаще встречается сочетание трех и более составляющих МС ($P<0,01$). Для оценки значимости и достоверности влияния ИР на риск развития заболеваний и их сочетаний был использован метод расчета относительных рисков (ОР) и их 95% доверительных интервалов (ДИ).

Результаты показали, что через пять лет риск развития многокомпонентного метаболического синдрома у пациентов с исходной инсулинорезистентностью почти в 6 раз (ОР 5,85) выше, чем у пациентов с сохраненной чувствительностью к инсулину на этапе включения в исследование, с 95% доверительным интервалом от 1,81 до 18,86 ($P=0,0031$).

Выводы. Проведенное исследование показало, что метаболические изменения и клинически значимые заболевания, объединенные понятием МС чаще развиваются у пациентов с диагностированной ранее клинически незначимой ИР. Наличие нарушенной чувствительности к инсулину усиливает значимость каждой составляющей и определяет развитие многокомпонентного синдрома. Выявленные закономерности

определяют необходимость ранней коррекции ИР на доклинических этапах формирования МС.

Оценка эффективности гипотензивной терапии методом суточного мониторинга у лиц с метаболическим синдромом

Ройтберг Г.Е., Слатникова И.Д.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, ОАО «Медицина», Москва

Одним из основных компонентов метаболического синдрома является артериальная гипертензия (АГ), эффективная терапия которой значительно снижает риск сердечно-сосудистых осложнений и смертности. Получены данные, что у лиц с недостаточной эффективностью гипотензивного лечения риск осложнений сопоставим с полной неэффективностью терапии. Суточное мониторирование АД (СМАД) точнее по сравнению с офисным измерением отражает уровень АД и является более чувствительным предиктором риска сердечно-сосудистых исходов. К наиболее важным прогностическим показателями СМАД относятся уровень ночного АД и суточная динамика АД (диппинг). У пациентов с меньшим снижением ночного АД частота сердечно-сосудистых событий выше, чем у больных с его более выраженным снижением. У ряда больных офисное АД существенно отличается от показателей СМАД, поэтому сопоставление обоих методов представляется важным для оценки эффективности проводимой гипотензивной терапии и выработки наиболее оптимальной тактики ведения пациентов.

Целью работы было проведение анализа результатов СМАД у пациентов с АГ и метаболическим синдромом, получающих гипотензивную терапию и имеющих нормальные офисные показатели АД.

Материал и методы. В исследование включены 52 больных (28 женщин и 24 мужчины) с эссенциальной АГ, получающих гипотензивную терапию (1-2 препарата). Средний возраст составил $56,3 \pm 7,2$ (30-65) лет. У всех больных имелись признаки метаболического синдрома: окружность талии более 80 см у женщин и более 94 см у мужчин, нарушение углеводного и/или липидного обмена. Регистрировали следующие клинические показатели: индекс массы тела (ИМТ), наличие гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) по данным эхокардиографии. У всех пациентов при 2-х последовательных визитах в течение 2–3 недель были зарегистрированы нормальные офисные показатели АД ($<140/90$ мм рт.ст.) и выполнено СМАД (ТМ-2430, A&D, Япония) в амбулаторных условиях. При анализе показателей СМАД учитывали средние значения систолического и диастолического АД в дневное и в ночное время, а также суточную динамику АД. При выявлении усредненных показателей АД днем $\geq 135/85$ мм рт.ст. и/или в ночное время $\geq 120/70$ мм рт.ст. диагностировали скрытую неконтролируемую АГ (снАГ). При анализе диппинга адекватным снижением АД (дипперы) считали уменьшение ночного АД на 10%–20%, избыточным (овердипперы) – $>20\%$, недостаточным (нон-дипперы) – $<10\%$. Пациентов со средними значениями АД в ночное время, превышающими средние показатели в дневное время, относили к найт-пикерам.

Результаты. Из 52 больных нормальные показатели АД по данным СМАД наблюдались у 35 пациентов (67%) – контролируемая АГ (кАГ). У 17 чел (33%) – средние показатели СМАД были повышены (снАГ), причем превышение АД только в ночное время отмечалось почти в 3 раза чаще, чем повышенные показатели только в дневное время (8 чел и 3 чел соответственно). В группе пациентов со снАГ по сравнению с кАГ было больше мужчин (53% и 43%), выявлялись более высокие средние

показатели возраста ($59,1 \pm 7,8$ и $54,3 \pm 6,2$ лет), ИМТ ($31,8 \pm 4,8$ и $29,4 \pm 4,2$ кг/м²) и в 1,9 раза чаще отмечалась гипертрофия миокарда (76% и 40% соответственно). снАГ чаще выявлялась у пациентов старше 55 лет по сравнению с более молодыми больными (39% и 25% соответственно) и у больных с ИМТ ≥ 30 кг/м² по сравнению с пациентами с меньшим ИМТ (48% и 21%). При анализе суточной динамики АД у 19 чел (37%) зарегистрировано адекватное снижение АД в ночное время (дипперы), у 13 чел (25%) отмечалось избыточное снижение (овер-дипперы) и у 20 чел (38%) снижение АД в ночное время было недостаточным или отмечалось повышение АД (нон-дипперы и найт-пикеры). Частота выявления недостаточного ночного снижения АД увеличивалась с возрастом, составляя у больных старше 55 лет – 54%, а у больных ≤ 55 лет – 21%, а также при увеличении ИМТ: 52% – при ИМТ ≥ 30 кг/м² и 28% – при ИМТ <30 кг/м².

Выводы. Выявлена недостаточная эффективность гипотензивной терапии и сохранение высокого риска сердечно-сосудистых осложнений у трети больных с метаболическим синдромом, имеющих нормальные офисные показатели АД. снАГ и недостаточное снижение ночного АД чаще выявлялись у больных старше 55 лет с наличием ожирения и гипертрофии миокарда. Для осуществления эффективного контроля АГ на фоне гипотензивной терапии целесообразно дополнять офисные измерения АД проведением СМАД, особенно у пациентов высокого риска.

Глобальная продольная деформация левого желудочка у больных алкогольным циррозом печени

Романова В.А., Гончаров А.С., Аришева О.С., Гармаш И.В., Мусеев В.С.

Российский университет дружбы народов, Москва

Цирроз печени (ЦП) характеризуется развитием гипердинамического типа кровообращения с увеличением фракции выброса (ФВ) в покое и снижением сократительной способности миокарда в ответ на гемодинамический стресс.

Цель. Изучить систолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) у больных алкогольным ЦП в покое.

Методы. Исследовано 80 пациентов с алкогольным ЦП без анамнеза заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем (средний возраст $52,1 \pm 11,8$ лет), среди которых класс по Чайлд-Пью: А – 12 больных (15%), В – 22 (27,5%), С – 46 (57,5%). Всем больным, помимо стандартного клинического обследования, выполнялась эхокардиография (Эхо-КГ) с оценкой фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) и глобальной продольной деформации миокарда ЛЖ (GLS) по двумерному изображению speckle-tracking. Нормальным значением GLS ЛЖ принято $18,6 \pm 0,1\%$. (Marwick T. H, 2006 г.).

Результаты. ФВ ЛЖ у всех больных была удовлетворительной ($65,3 \pm 5,8\%$). Не было выявлено связи между ФВ ЛЖ и классом цирроза печени по Чайлд-Пью: А $62 \pm 3,4\%$, В $66 \pm 6\%$, С $66 \pm 6\%$ ($p=0,09$). У 27 больных (52,9%), несмотря на сохраненную ФВ ЛЖ, выявлено нарушение глобальной продольной деформации ЛЖ (GLS – $14,4 \pm 3\%$). Глобальная продольная деформация миокарда ЛЖ не зависела от тяжести цирроза печени: GLS класс А – $16,3 \pm 4,2\%$, класс В – $17,5 \pm 5\%$, класс С – $18,3 \pm 4,6\%$ ($p=0,52$).

Выводы. У больных алкогольным ЦП в покое не отмечалось изменений сократительной способности ЛЖ, оцененной по ФВ ЛЖ, однако более чем у половины больных с помощью speckle-tracking эхокардиографии выявлено нарушение глобальной продольной деформации ЛЖ, не зависящее от тяжести ЦП.

Оценка структурно-функциональных изменений миокарда у больных в зависимости от тяжести алкогольного цирроза печени

Романова В.А., Гончаров А.С., Аришева О.С., Гармаш И.В., Мусеев В.С.

Российский университет дружбы народов, Москва

Цель. Изучить характер структурно-функциональных изменений сердца у пациентов алкогольным циррозом печени в зависимости от тяжести заболевания.

Методы. Включено 80 пациентов с алкогольным циррозом печени (ЦП) без анамнеза заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем (средний возраст 53,1±12 лет), среди которых класс А по Чайлд-Пью составили 12 (14,8%) больных, В – 22 (27,2%) и С – 46 (59,2%). Всем больным выполнялась электрокардиография (ЭКГ) с оценкой QTc, эхокардиографическое исследование (ЭХО-КГ) с оценкой фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), диастолической функции ЛЖ, индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) и систолического давления в легочной артерии (СДЛА). У 60 больных определялся уровень плазменного NT-proBNP. Результаты. У всех больных (n=80) ФВ ЛЖ была удовлетворительной (65,3±5,8%). У 33 (40,7%) больных выявлена гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) (ИММЛЖ 149,8±20 г/м²). Нарушение диастолической функции ЛЖ наблюдалось у 58 пациентов (71,6%). Среднее значение СДЛА у всех больных 19,9±10,7 мм рт.ст. (min 5 мм рт.ст.; max 52 мм рт.ст.). Повышение СДЛА >30 мм рт.ст. отмечалось у 13 (16%) больных и составило 38,2±5,7 мм рт.ст. Удлинение QTc выявлено у 11 (13,6%) пациентов (0,46±0,08 с). Среднее значение уровня NT-proBNP составило 621,5 пг/мл (min 33 пг/мл, max 3849 пг/мл), повышение NT-proBNP >125 пг/мл наблюдалось у 47 (58%) пациентов. Уровень NT-proBNP положительно коррелировал с количеством баллов по Чайлд-Пью (R=0,27, p<0,05). Не было выявлено связи между тяжестью цирроза печени и ИММЛЖ (класс по Чайлд-Пью: А 121,2±22 г/м², В 114,6±36,6 г/м², С 119,9±33,2 г/м², p>0,05), СДЛА (класс по Чайлд-Пью: А 15,6±10,1 мм рт.ст., В 19,9±11,2 мм рт.ст., С 21,2±10,4 мм рт.ст., p>0,05) и QTc (класс по Чайлд-Пью: А 0,53±0,17с, В 0,45±0,04с, С 0,46±0,03с, p>0,05). Заключение. У больных алкогольным ЦП наблюдаются структурно-функциональные изменения сердца в виде ГЛЖ, диастолической дисфункции ЛЖ и удлинение интервала QTc. Не выявлено выраженного повышения СДЛА, незначительная легочная гипертензия имеется у 13% больных. Более чем у половины больных наблюдалось повышение уровня NT-proBNP, которое прямо коррелировало с тяжестью цирроза печени.

Ремоделирование эластиновых волокон в меди грудного и брюшного отделов аорты при трех вариантах хронического стресса в эксперименте

Рубанова М.П., Вебер В.Р., Лобзин Ю.В., Губская П.М., Карев В.Е., Жмайлова С.В., Атаев И.А., Румянцев Е.Е.

Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, Научно-исследовательский институт детских инфекций, Великий Новгород, Санкт-Петербург

Цель исследования: изучить особенности изменений эластиновых волокон в меди грудного и брюшного отделов аорты у крыс линии Вистар при моделировании трех вариантов хронического стресса.

Материалы и методы. Эксперимент проводился на крысах-самцах линии Вистар, сопоставимых по возрасту и массе (200±20 г). Животные содержались в помещении с температурой воздуха 22°C с 12-часовым циклом свет/

темнота. Животные имели свободный доступ к воде и пище. Моделирование хронического адренергического стресса (ХАС) производилось путем интраперитонеального введения 10 крысам на протяжении 2 недель три раза в сутки адреналина из расчета 50 мкг/кг. Моделирование хронического холинергического стресса (ХХС) – 10 крысам на протяжении 2 недель три раза в сутки интраперитонеально вводился антихолинэстеразный препарат прозерин из расчета 20 мкг/кг. Моделирование хронического смешанного стресса (ХСС) – 10 крысам на протяжении 2 недель три раза в сутки интраперитонеально одновременно вводились адреналин из расчета 50 мкг/кг и прозерин из расчета 20 мкг/кг. Контрольную серию составили 10 крыс, не подвергавшихся медикаментозным и стрессовым воздействиям. Декапитация животных производилась под эфирным наркозом. Кусочки стенки грудного и брюшного отделов аорты фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, дегидратировали в спиртах возрастающей концентрации и заливали в парафин по общепринятой методике с последующим изготовлением срезов ткани толщиной 4 мкм. Для исследования изменения эластинового каркаса аорты парафиновые срезы окрашивали орсеином по Шиката. Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных орсеином, проводилась с помощью сетки Г.Г. Автандилова. Измерения проводились в 11 полях зрения (1,08 x 0,81 мм, площадь кадра 0,87 мм²) при увеличении x400. Производился подсчет в объемных процентах (об.%) объемной плотности эластина в средней оболочке грудного и брюшного отделов аорты. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 99 (с) 1997 by Stat Soft, Inc.

Результаты исследования показали, что объемная плотность эластиновых волокон в грудной аорте контрольной серии крыс была значительно (на 41,1%) больше, чем в брюшной аорте (84,64±0,77 об.% и 49,87±1,25 об.%, соответственно; t=2,692, p=0,0001). При моделировании ХАС объемная плотность эластина в грудной аорте уменьшилась на 7,1% (с 84,64±0,77 об.% в контрольной серии до 78,91±1,06 об.% при ХАС; t=4,374, p=0,0001), а в брюшной аорте на 14,0% (с 49,87±1,25 об.% в контроле до 43,25±1,51 об.% при ХАС; t=3,038, p=0,003). При моделировании ХХС уменьшение объемной плотности эластина по сравнению с контрольной серией было более значительным как в грудной аорте (на 17,8% с 84,64±0,77 об.% в контроле до 72,21±1,94 об.% при ХХС; t=5,955, p=0,0001), так и в брюшной аорте (на 32,8% с 49,87±1,25 об.% в контроле до 40,99±0,84 об.%; t=5,896, p=0,0001). При моделировании ХСС через 2 недели одновременного введения адреналина и прозерина объемная плотность эластина в грудной аорте соответствовала значениям плотности эластина в серии крыс после двухнедельного введения адреналина (78,91±1,06 об.% при ХАС и 79,79±0,83 об.% при ХСС; p>0,05), а в брюшной аорте – значениям плотности эластина в серии крыс после двухнедельного введения прозерина (40,99±0,84 об.% при ХХС и 39,26±1,93 об.% при ХСС; p>0,05).

Таким образом, при сравнении изменений эластинового каркаса при моделировании ХАС и ХХС выявлена более значительная деградация эластиновых волокон при ХХС как в грудном, так и в брюшном отделах аорты. При ХСС в грудном отделе аорты объемная плотность эластиновых волокон уменьшалась как при моделировании ХАС, а в брюшном отделе аорты – как при моделировании ХХС.

Риск переломов и падений и эффективность его коррекции у пациентов ревматоидным артритом

Рубцова О.А., Мясоедова С.Е., Корягина Н.В., Васильева Н.В.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Цель. Обосновать эффективность ведения пациентов ревматоидным артритом (РА) на основе персонализированного подхода с коррекцией активности, риска переломов и падений.

Задачи. 1. Выявить изменения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и определить факторы риска переломов и падений у пациентов с РА. 2. Установить возможности коррекции выявленных изменений. Материалы и методы. Обследованы 90 женщин (средний возраст – 59,7 лет) с серопозитивным РА, 1–2 степени активности, II рентгенологической стадией, I–II функциональным классом. Группу сравнения составили 86 женщин без РА (средний возраст 57 лет). 80 пациенток получали метотрексат, остальные лечились сульфасалазином, плаквенилом, циклофосфаном. Глюкокортикоиды более 3 месяцев принимали 26 пациенток. МПКТ оценивалась на аппарате Lunar Prodigy. Факторы риска переломов и падений, повышенный риск падений выявлялись с помощью тестов по рекомендациям Российской ассоциации по остеопорозу (2012). Больные обследованы исходно и через год. Наблюдение и коррекция лечения осуществлялись ревматологом 1 раз в 3 месяца. Результаты. У пациентов РА в 2 раза чаще, чем в группе сравнения, встречался ОП ($p<0,05$). У них чаще выявлялись низкоэнергетические переломы ($p<0,05$) и высокий риск FRAX ($p<0,05$). Больные РА имели множественные факторы риска падений (нарушение зрения – 84%, нарушения сна – 72%, низкая физическая активность – 58%), которые сочетались с повышенным риском падений (в среднем 3 фактора риска падений на одного пациента). Показатели МПКТ поясничного отдела позвоночника не отличались от группы сравнения, но были ниже в области шейки бедра ($p<0,05$). Вместе с тем до начала нашего исследования только 10 пациенткам из 90 была проведена денситометрия и выявлен остеопороз (ОП), из них только 6 женщинам назначена алендроновая кислота в сочетании с препаратами кальция и витамина Д, 4 пациентки получали только препараты кальция. 80 из 90 женщин ранее не обследованы на ОП и не получали лечение. При денситометрии у 48 из 90 пациенток выявлены отклонения от нормы: ОП у 30 пациенток, им назначены препараты алендроновой кислоты, кальция и витамина Д; остеопения у 18 пациенток, им назначены препараты кальция и витамина Д. У 42 пациенток показатели остеоденситометрии соответствовали норме, однако эти женщины имели множественные факторы риска переломов и падений, поэтому в качестве профилактики им также назначены препараты кальция и витамина Д. К концу года наблюдения алендроновую кислоту принимали все 30 пациенток, которым она была назначена; еще 47 пациенток принимали кальций и витамин Д. 13 женщин не выполнили рекомендации по приему этих препаратов. Именно у 2 из них в течение года произошли переломы луча в типичном месте. В общей группе снизился риск переломов шейки бедра по FRAX ($p<0,05$), отмечено снижение количества падений и его риска ($p<0,05$). Следует отметить, что данная динамика отмечена на фоне коррекции антиревматической терапии, уменьшения активности РА ($p<0,05$) и повышения функционального класса до I у большинства больных ($p<0,05$). Выводы. Пациенты РА имеют высокий риск переломов и падений. Его снижение возможно при персонализированном подходе к пациенту на основе его систематического наблюдения ревматологом с коррекцией активности основного заболевания, факторов риска переломов и падений.

Сывороточные уровни TGFB у пациентов с синдромом марфана и «серологическая томография аорты

Рудой А.С., Урываев А.М.

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь

Актуальность. Синдром Марфана (СМ) – наследственное, аутосомно-доминантное заболевание, сопровождающееся нарушением

соединительной ткани, возникающее вследствие мутации гена FBN1, кодирующего фибриллин-1, с ожидаемой частотой 3–5/10 000 и долей неомутаций 20–25%. Фибриллин-1, наряду с другими большими суперсемействами многодоменных белков, обладает ТФРβ-сигнализирующими функциями во внеклеточном матриксе (ВКМ), выполняя наиважнейшую роль в модуляции физиологической биодоступности ТФРβ. Аномалии указанного матричного белка, приводят к повышению, а не к уменьшению, внеклеточного уровня ТФРβ («ТФРβ - парадокс»). В настоящее время доказано изменение ТФРβ-сигнализации при нарушении целостности основных компонентов ВКМ в стенке аорты с формированием аневризм / диссекций – основной причины смертности пациентов с СМ.

Цель: уточнить роль сывороточного ТФРβ, как серологического биомаркера для оценки расширения корня аорты у пациентов с СМ с оценкой возможности применения сывороточных концентраций ТФРβ в качестве «серологической томографии аорты».

Задачи: оценить уровень сывороточного ТФРβ-1 у пациентов с СМ в зависимости от размеров и степени реконструкции аневризмы грудного отдела аорты.

Методы. В исследование включены 50 человек (33±9,3 лет). Синдром Марфана диагностирован у 23 человек (Ж:М/7:16); 27 человек составили группу контроля без признаков ННСТ, сопоставимые по возрастным (30,2±8,6 лет) и гендерным (Ж:М / 7:21) характеристикам. Синдром Марфана диагностировался на основе Гентских критериев (2010г.). Для определения сывороточного уровня ТФРβ1 производился забор венозной крови с подготовкой сыворотки по стандартной методике. Применялся набор для иммуноферментной диагностики фирмы DRG TGF-β1 ELISA (EIA-1864). Диагностика расширения корня аорты проводилась на основании Z-критерия. В группе пациентов с СМ у 10 пациентов было проведено оперативное лечение по протезированию аорты, у 6 – отмечался нормальный размер аорты (Z критерий в пределах <1,96) и у 7 – диагностировано расширение корня аорты с Z>1,96. Достоверность различий оценивалась по t-критерию Стьюдента при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. В основной группе пациентов с СМ средняя концентрация ТФРβ1 в сыворотке крови имела тенденцию к повышению в сравнение с группой контроля (34,8 нг/мл и 29,15 нг/мл соответственно, $t=0,77$, $p=0,1$). В подгруппах пациентов с СМ с нормальным размером корня аорты ($n=6$), как и у пациентов, перенесших протезирование аорты ($n=10$) достоверных различий в концентрации ТФРβ1 в сыворотке крови с группой контроля выявлено не было ($p>0,05$). У пациентов с СМ ($n=7$), с диагностированным расширением корня аорты (Z>1,96) средняя концентрация ТФРβ1 в сыворотке крови составила 49,1 нг/мл, достоверно превышающая таковую в контрольной группе – 29,15 нг/мл ($t=2,01$, $p<0,05$). Также в группе пациентов с СМ с диагностированным расширением корня аорты отмечена слабая корреляция между размером аорты и уровнем ТФРβ1 в сыворотке крови ($R=0,34$, $p<0,05$). В других подгруппах положительных корреляционных связей не установлено ($p<0,05$).

Вывод. Сывороточный уровень ТФРβ1 не является уникальным признаком СМ, так как не превышает норму при нормальных размерах корня аорты, а также после протезирования аорты. При этом, повышенный уровень ТФРβ1 в сыворотке крои у пациентов с СМ может служить серологическим маркером, свидетельствующем о неблагоприятном прогнозе, сопровождающемся увеличением размеров корня аорты. Вместе с тем, следует отметить, что методические сложности определения сывороточного уровня ТФРβ1 иммуноферментным методом, включающие в т.ч. собственные нестандартизированные нормы (референсные диапазоны нормативных величин ТФРβ1) для каждой отдельной лаборатории, не дают возможность сравнивать абсолютные показатели, что делает определение ТФРβ в сыворотке крови больше научным исследованием, нежели методом, применим на практике.

Оценка профибротических иммуногистохимических показателей в слизистой оболочке желудка у пациентов с синдромом марфана

Рудой А.С., Урываев А.М.

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь

Актуальность. Синдрома Марфана (СМ) – наследственное нарушение соединительной ткани, проявляющееся поражением сердечно-сосудистой, зрительной, скелетно-мышечных систем, с частотой встречаемости 1:3000/5000. В патогенезе СМ ключевое значение придается белку фибриллин-1, который выполняет не только структурную, но и функциональную роль во внеклеточном матриксе (ВКМ), который играет важнейшую роль в модуляции биодоступности трансформирующего фактора роста β (ТФР β). ТФР β – это полипептидный фактор роста, регулирующий пролиферацию, дифференцировку, миграцию клеток, апоптоз, являясь наиболее мощным стимулятором фиброгенеза, участвующим в дифференцировке миофибробластов (МФБ) слизистой оболочки желудка (СОЖ). В тоже время ТФР β – является медиатором, концентрация которого в СОЖ линейно нарастает на последовательных стадиях опухолевой трансформации. Также при неопластических процессах в СОЖ нарастает и количество α -актина гладких миоцитов (α АГМ+) МФБ. Данные параллели увеличения числа МФБ при повреждениях и новообразованиях обусловлены ТФР β -опосредованной трансдифференцировкой фибробластов. Согласно собственных предыдущих исследований у пациентов с СМ выявлена высокая частота дисрегенераторно-дистрофических процессов в СОЖ, что предполагает онкологическую настороженность и дальнейшее изучение вопроса.

Цель: проверить гипотезу о наличии специфической взаимосвязи между наличием атрофии, метаплазии и профибротическими ИГХ-показателями в СОЖ у пациентов с СМ, имеющих аномальную активность ТФР β .

Задачи: установить взаимосвязь тканевой экспрессии α -SMA, TGF- β 1, коллагена III с гистологической характеристикой СОЖ и их отличительные характеристики в изучаемых группах.

Материал и методы. В исследование включено 50 человек (33 $\pm$ 9,3 лет). СМ диагностирован у 23 человек (Ж:М/7:16); группу контроля без признаков ННСТ составили 27 человек (Ж:М/7:21), сопоставимые по возрастным (30,2 $\pm$ 8,6 лет) и гендерным характеристикам. Синдром Марфана диагностировался на основе Гентских критериев (2010 г.). Морфологическая оценка СОЖ проводилась по системам OLGA, OLGIM (2008 г.). Иммуногистохимическая (ИГХ) оценка включала окрашивание препаратов с применением моноклональных антител к α АГМ (Abcam, ab7817), коллагену III (Biogenex, MU167-UC), поликлональных антител к трансформирующему фактору роста β -1 (Abcam, ab66043) с использованием системы визуализации (Biogenex, QD630-XAKE). Оценка проводилась с использованием программного обеспечения для морфометрии AperioImageScope, автоматически измеряющего распространенность и интенсивность коричневой окраски ДАБ (диаминобензидин). Рассчитывался показатель экспрессии (ПЭ), равный отношению числа позитивных пикселей к их общему числу на 5 микрофотографиях. Взаимосвязь между ПЭ и морфологической картиной СОЖ определялась при помощи непараметрического двустороннего коэффициента Спирмена (rs).

Результаты и их обсуждение. Атрофия СОЖ у пациентов с СМ выявлена в 39,1% (9/23) случаев (95% ДИ 19,71%–61,46%), в группе контроля – в 7,4% (2/27) случаев (95% ДИ 0,91%–24,29%). Метаплазия СОЖ у пациентов с

СМ встречалась в 30,4% (7/23) случаев (95% ДИ 13,2%–52,9%), в группе контроля – в 7,4% (2/27) случаев (95% ДИ 0,9%–24,3%). Отношение шансов составило 5,5 (95% ДИ 1,0%–29,7%), $\chi^2=4,5$ ($p<0,05$). Выявлена сильная связь между атрофией в СОЖ и α АГМ ($r=0,71$, $p<0,05$), умеренная – ТФР β 1 ($r=0,53$, $p<0,05$) и слабая – коллагеном III ($r=0,28$, $p<0,05$). Анализ взаимосвязи тканевой экспрессии α АГМ, ТФР β 1, коллагена III с наличием метаплазии в СОЖ показал в целом аналогичные результаты: умеренные ($r=0,68$, $p<0,05$), ($r=0,6$, $p<0,05$) и слабую ($r=0,33$, $p<0,1$) связи соответственно. Статистически значимых корреляций в группе контроля нами не обнаружено.

Выводы: результаты подтверждают схожие данные (полученные на других клинических моделях) о нарастании ПЭ ТФР β в СОЖ на этапах неопластического каскада Корреа, сопровождаемого синтезом α АГМ на фоне приобретения стрессового МФБ фенотипа и активацией экспрессии компонентов ВКМ, в частности коллагена III. Наличие СМ, в основе патогенетической модели которого лежит избыточная ТФР β сигнализация может являться сопутствующим (отягощающим) обстоятельством, который приводит к развитию таких предраковых состояний как атрофия и метаплазия в молодом возрасте (30,2 $\pm$ 8,6 лет). Одним из возможных объяснений высокой частоты атрофии (до 39,4%) может быть накопление белков ВКМ (коллагена III) в собственной пластинке СОЖ, что предоставляет возможности альтернативных медикаментозных стратегий.

Профибротические иммуногистохимические показатели в слизистой оболочке желудка у пациентов с синдромом марфана

Рудой А.С., Урываев А.М.

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь

Актуальность. Синдрома Марфана (СМ) – наследственное нарушение соединительной ткани, проявляющееся поражением сердечно-сосудистой, зрительной, скелетно-мышечных систем, с частотой встречаемости 1:3000/5000. В патогенезе СМ ключевое значение придается белку фибриллин-1, который выполняет не только структурную, но и функциональную роль во внеклеточном матриксе (ВКМ), который играет важнейшую роль в модуляции биодоступности трансформирующего фактора роста β (ТФР β). ТФР β – это полипептидный фактор роста, регулирующий пролиферацию, дифференцировку, миграцию клеток, апоптоз, являясь наиболее мощным стимулятором фиброгенеза, участвующим в дифференцировке миофибробластов (МФБ) слизистой оболочки желудка (СОЖ). В то же время ТФР β – является медиатором, концентрация которого в СОЖ линейно нарастает на последовательных стадиях опухолевой трансформации. Также при неопластических процессах в СОЖ нарастает и количество α -актина гладких миоцитов (α АГМ+) МФБ. Данные параллели увеличения числа МФБ при повреждениях и новообразованиях обусловлены ТФР β -опосредованной трансдифференцировкой фибробластов. Согласно собственных предыдущих исследований у пациентов с СМ выявлена высокая частота дисрегенераторно-дистрофических процессов в СОЖ, что предполагает онкологическую настороженность и дальнейшее изучение вопроса.

Цель: проверить гипотезу о наличии специфической взаимосвязи между наличием атрофии, метаплазии и профибротическими ИГХ-показателями в СОЖ у пациентов с СМ, имеющих аномальную активность ТФР β .

Задачи: установить взаимосвязь тканевой экспрессии α -SMA, TGF- β 1, коллагена III с гистологической характеристикой СОЖ и их отличительные характеристики в изучаемых группах.

Материал и методы. В исследование включено 50 человек (33±9,3 лет). СМ диагностирован у 23 человек (Ж:М/7:16); группу контроля без признаков ННСТ составили 27 человек (Ж:М/7:21), сопоставимые по возрастным (30,2±8,6 лет) и гендерным характеристикам. Синдром Марфана диагностировался на основе Гентских критериев (2010 г.). Морфологическая оценка СОЖ проводилась по системам OLGA, OLGIM (2008 г.). Иммуногистохимическая (ИГХ) оценка включала окрашивание препаратов с применением моноклональных антител к αАГМ (Abcam, ab7817), коллагену III (Biogenex, MU167-UC), поликлональных антител к трансформирующему фактору роста β-1 (Abcam, ab66043) с использованием системы визуализации (Biogenex, QD630-XAKE). Оценка проводилась с использованием программного обеспечения для морфометрии AperioImageScope, автоматически измеряющего распространенность и интенсивность коричневой окраски ДАБ (диаминобензидин). Рассчитывался показатель экспрессии (ПЭ), равный отношению числа позитивных пикселей к их общему числу на 5 микрофотографиях. Взаимосвязь между ПЭ и морфологической картиной СОЖ определялась при помощи непараметрического двустороннего коэффициента Спирмена (rs). Результаты и их обсуждение. Атрофия СОЖ у пациентов с СМ выявлена в 39,1% (9/23) случаев (95% ДИ 19,71%-61,46%), в группе контроля – в 7,4% (2/27) случаев (95% ДИ 0,91%-24,29%). Метаплазия СОЖ у пациентов с СМ встречалась в 30,4% (7/23) случаев (95% ДИ 13,2% - 52,9%), в группе контроля – в 7,4% (2/27) случаев (95% ДИ 0,9%-24,3%). Отношение шансов составило 5,5 (95% ДИ 1,0%-29,7%), $\chi^2=4,5$ ($p<0,05$). Выявлена сильная связь между атрофией в СОЖ и αАГМ ($r = 0,71$, $p<0,05$), умеренная – ТФРβ1 ($r = 0,53$, $p<0,05$) и слабая – коллагеном III ($r = 0,28$, $p<0,05$). Анализ взаимосвязи тканевой экспрессии αАГМ, ТФРβ1, коллагена III с наличием метаплазии в СОЖ показал в целом аналогичные результаты: умеренные ($r = 0,68$, $p<0,05$), ($r = 0,6$, $p<0,05$) и слабую ($r = 0,33$, $p<0,1$) связи соответственно. Статистически значимых корреляций в группе контроля нами не обнаружено. Выводы. Одним из возможных объяснений высокой частоты атрофии (до 39,4%) может быть накопление белков ВКМ (коллагена III) в собственной пластинке СОЖ. Представленные результаты подтверждают схожие данные (полученные на других клинических моделях) о нарастании ПЭ ТФРβ в СОЖ на этапах неопластического каскада Корреа, сопровождаемого синтезом αАГМ на фоне приобретения стрессового МФБ фенотипа и активацией экспрессии компонентов ВКМ, в частности коллагена III. Наличие СМ, в основе патогенетической модели которого лежит избыточная ТФРβ сигнализация может являться сопутствующим (отягощающим) обстоятельством, который приводит к развитию таких предракловых состояний как атрофия и метаплазия в молодом возрасте (30,2±8,6 лет).

Особенности изменений внеклеточного матрикса медиа грудного и брюшного отделов аорты крыс линии Вистар при моделировании хронического холинергического стресса

Румянцев Е.Е., Вебер В.Р., Рубанова М.П., Губская П.М., Прошина Л.Г., Карев В.Е., Жмайлова С.В., Атаев И.А.

Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, Научно-исследовательский институт детских инфекций, Великий Новгород, Санкт-Петербург

Цель исследования: изучить особенности изменений внеклеточного матрикса (ВКМ) среднего слоя грудного и брюшного отделов аорты у крыс линии Вистар при моделировании хронического холинергического стресса. Материалы и методы. Эксперимент проводился на крысах-самцах линии Вистар, сопоставимых по возрасту и массе (200±20г). Животные

содержались в помещении с температурой воздуха 22°C с 12-часовым циклом свет/темнота. Животные имели свободный доступ к воде и пище. Моделирование хронического холинергического стресса (ХХС) – 10 крысам на протяжении 2 недель три раза в сутки интраперитонеально вводился антихолинэстеразный препарат прозерин из расчета 20 мкг/кг. Контрольную серию составили 10 крыс, не подвергавшихся медикаментозным и стрессовым воздействиям. Декапитация животных производилась под эфирным наркозом. Кусочки стенки грудного и брюшного отделов аорты фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, дегидратировали в спиртах возрастающей концентрации и заливали в парафин по общепринятой методике с последующим изготовлением срезов ткани толщиной 4 мкм. Парафиновые срезы, окрашенные по Ван Гизону, исследовались с использованием светооптического бинокулярного микроскопа AxioscopeA1 (Carl Zeiss, Германия). В 9 полях зрения (0,42 x 0,32 мм, площадь кадра 0,13 мм²) при увеличении x400 у каждой крысы в медиа грудного и брюшного отделов аорты с помощью сетки Г.Г.Автандилова производился подсчет в объемных процентах (об.%) объемной плотности коллагена и внеклеточных пространств (ВКП). Для исследования изменения эластинового каркаса аорты парафиновые срезы окрашивали орсеином по Шиката. Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных орсеином, проводилась с помощью сетки Г.Г.Автандилова. Измерения проводились в 11 полях зрения (1,08 x 0,81 мм, площадь кадра 0,87 мм²) при увеличении x400. Производился подсчет в объемных процентах (об.%) объемной плотности эластина в средней оболочке грудного и брюшного отделов аорты. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 99 (с) 1997 by Stat Soft, Inc. Результаты исследования показали, что в грудной аорте под влиянием прозерина объемная плотность ВКП практически не изменилась (7,77±0,65 об.% в контроле и 6,94±0,62 об.%; $p>0,05$). Объемная плотность коллагена увеличилась на 24,9% с 15,72±0,83 об.% до 19,64±0,96 об.%, ($t=-3,003$, $p=0,003$). Объемная плотность эластина уменьшилась на 14,7% с 84,64±0,77 об.% до 72,21±1,94 об.%, ($t=5,955$, $p=0,0001$). В брюшной аорте, по сравнению с грудным отделом, через 2 недели введения прозерина значительно (на 71,7%) увеличилась объемная плотность ВКП с 7,17±0,87 об.% в контроле до 12,31±0,51 об.% через 2 недели ($t=-5,441$, $p=0,0001$). Коллаген так же увеличился на 39,0% с 10,17±0,92 об.% до 14,14±0,77 об.%, ($t=-3,292$, $p=0,002$), причем в большей степени, чем в грудной аорте. Так в медиа грудной аорты объемная плотность коллагена увеличилась на 24,9%. Объемная плотность эластина в брюшной аорте при моделировании ХХС уменьшилась (на 15,8%) так же, как в грудной аорте (на 14,7%; $p>0,05$).

Таким образом, под влиянием прозерина ремоделирование ВКМ медиа в брюшной аорте было более выраженным: значительно на 71,7% увеличилась объемная плотность ВКП, объемная плотность коллагена в брюшной аорте увеличилась в большей степени, чем в грудной (39,0% и 24,9%, соответственно, $\chi^2=7,869$; $p=0,005$). Полученные данные свидетельствуют о том, что при ХХС более значительно подвергается ремоделированию внеклеточный матрикс брюшного отдела аорты.

Особенности нарушений функции почек у больных сахарным диабетом 2 типа пожилого возраста

Рунова А.А., Жулина Н.И., Веселкова М.В., Калининкова Л.А., Шамова С.А.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижегородский гериатрический центр, Нижний Новгород

Целью работы было изучение возможностей раннего выявления нарушений функции почек у больных сахарным диабетом 2 типа пожилого возраста для своевременной коррекции терапии.

Материалы и методы. Методом случайной выборки в терапевтическом отделении Нижегородского гериатрического центра обследовано 92 больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) с длительностью заболевания от 5 до 15 лет и наличием в моче маркеров повреждения почек (лейкоцитурии, микроальбуминурии и протеинурии). В исследуемую группу вошли 22 мужчин и 70 женщин; средний возраст больных составил $63,6 \pm 2,9$ года. Для оценки функции почек исследовался уровень сывороточного креатинина и данные расчетной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по разработанным формулам MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study) и CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) согласно клиническим рекомендациям «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» (Москва, 2015 г.; 7-й выпуск.).

Полученные результаты. По уровню расчетной СКФ по формуле MDRD все больные распределены по стадиям хронической болезни почек (ХБП): - 57 больных составили 2-ю стадию ХБП (значение СКФ колебалось от 60 до 89 мл/мин/1,73м²), среднее значение СКФ составило $69,8 \pm 2,4$ мл/мин/1,73м²;

- 35 больных составили 3-ю стадию ХБП;

- 26 больных вошли в 3а стадию ХБП (значение СКФ колебалось от 45 до 59 мл/мин/1,73м²) со средним значением СКФ $51,8 \pm 3,2$ мл/мин/1,73м²;

- 9 больных отнесены в 3б стадию ХБП (значение СКФ колебалось от 30 до 44 мл/мин/1,73м²) со средним значением СКФ $37,6 \pm 1,8$ мл/мин/1,73м².

Повышение уровня креатинина в сыворотке крови выше нормы наблюдалось лишь у больных с 3б стадией ХБП и составило: для мужчин – $149,0 \pm 6,2$ мкмоль/л, для женщин – $123,0 \pm 16,2$ мкмоль/л. Для больных этой группы диабетическая нефропатия характеризовалась стадией протеинурии со средним значением $0,947 \pm 0,033$ г/л и сочетанием с артериальной гипертензией. Полученные данные по снижению СКФ ниже 45 мл/мин/1,73м² использовались для пересмотра противодиабетической терапии. Больным был отменен метформин и рекомендована комбинированная инсулинотерапия и постоянный прием нефропротективных препаратов (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, а при недостаточном гипотензивном эффекте: антагонисты кальция или индапамид). При определении расчетной СКФ по формуле CKD-EPI наблюдалась лишь тенденция к незначительному повышению показателя расчетной СКФ:

- у больных с ХБП 2 стадии до $71,2 \pm 3,4$ мл/мин/1,73м²;

- для больных ХБП 3а стадии до $53,8 \pm 2,9$ мл/мин/1,73м²;

- ХБП 3б стадии до $37,8 \pm 1,5$ мл/мин/1,73м².

Выводы. Для определения стадии ХБП у больных сахарным диабетом пожилого возраста можно использовать расчетную СКФ по разработанным формулам MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study) и CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration). Расчетная СКФ является более ранним показателем нарушения функции почек по сравнению с уровнем креатинина сыворотки крови и служит ориентиром для своевременной коррекции противодиабетической терапии.

Суточный профиль артериального давления у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени

Савельева Т.В., Чернышова Т.Е., Эшмаков С.В.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель исследования: оценить показатели суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗП).

Материалы и методы. Обследовано 35 пациентов 29–65 лет с ХДЗП и сопутствующей артериальной гипертензией (АГ) 1-3 степени с длительностью анамнеза АГ не менее 5 лет, получавших систематическую антигипертензивную терапию. 1-ю группу составили 12 пациентов с жировым гепатозом на фоне алиментарного ожирения 1–2 степени, 2-ю – 15 пациентов с ХГ, 3-ю – 8 пациентов с ЦП алкогольной и вирусной этиологии.

Результаты. У больных 1-й группы уровень систолического АД (САД) в течение суток, частота дневного и ночного повышения САД были достоверно выше, чем во 2-й и 3-й группах. Несмотря на систематический прием антигипертензивных препаратов АГ во всех группах носила стабильный характер – индекс времени (ИВ) составил 59%, 55% и 52% соответственно. Повышенная вариабельность САД в дневные часы наблюдалась у 56,3%, 47,5% и 45% больных, в ночные часы – у 40,9%, 30,3% и 36,3% пациентов соответственно. При АГ 1 и 2 степени благоприятный в прогностическом плане суточный ритм САД (dipper) имели 48%, 58,8% и 50% больных соответственно. При 3-й степени АГ во всех группах наблюдалось уменьшение числа лиц с нормальным суточным ритмом САД. Недостаточное ночное снижение САД чаще встречалось у больных 3-й группы (у 60% пациентов против 43,7% и 45,4%). Повышение САД в ночные часы регистрировалось у 12,5%, 9,1%, 10% больных соответственно. Чрезмерное снижение САД в ночной период выявлено у 12,5% больных 1-й, у 14,8% 2-й и у 5% пациентов 3-й группы. Нарушение циркадного ритма АД чаще имело место у пациентов 3-й группы. Показатели диастолического АД (ДАД) были выше у больных с ЦП. Следует отметить прогрессирующий рост значений ИВ ДАД от 1-й к 3-й группе больных. Превышение нормальных значений вариабельности ДАД в дневные часы было выявлено у 9,1% больных 1-й и 2-й групп, и у 15% пациентов 3-й группы. Повышение степени АГ вело к прогрессированию нарушений показателей ДАД. При 2-й степени АГ у больных с ЦП частота выявления пациентов с недостаточной степенью ночного снижения ДАД достоверно увеличивалась. Известно, что высокое пульсовое АД является маркером биологического возраста артерий и основной характеристикой изолированной систолической АГ. В 1-й группе больных по сравнению со 2-й и 3-й наблюдалось достоверное увеличение абсолютных значений среднесуточного пульсового АД, что говорило о преимущественно систолической гипертензии у больных этой группы.

Заключение. По результатам СМАД у пациентов с жировым гепатозом была выявлена преимущественно систолическая АГ, у больных с ЦП наблюдался более высокий уровень среднего ДАД за все интервалы мониторинга, что сопровождалось ростом нагрузки давлением, повышенной вариабельностью, снижением пульсового АД, нарушением циркадного ритма АД за счет недостаточного снижения ночного САД и ДАД. Несмотря на регулярный прием антигипертензивных препаратов лечение АГ у обследованных пациентов с ХДЗП нельзя признать эффективным.

Состояние духовного здоровья больных людей на курорте

Савченко В.М., Федоркина О.А., Шилина Д.А.

Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского, Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Цель исследования – оценить на курорте уровень духовного здоровья больных, страдающих хроническими болезнями.

Обследовано 149 больных, которые страдали хроническими болезнями и поступили на лечение на Южный берег Крыма. Все больные были жителями Республики Крым. Женщин было 116 (77,9%), мужчин – 33

(22,1%) человека. Средний ($M \pm \sigma$) возраст больных составил $59,2 \pm 10,8$ лет. Основными заболеваниями явились церебральный атеросклероз (17,4%), гипертоническая болезнь (17,4%), стенокардия (16,8%), диффузный кардиосклероз (16,1%) и бронхиальная астма (14,8%). В целом поражение органов кровообращения определено у 51,0%, органов дыхания – у 26,2% и нервной системы – у 19,5% больных. Распределение больных в зависимости от количества диагностированных у них болезней было следующим: одна болезнь – 5,4%, две болезни – 38,3%, три болезни – 25,5%, четыре болезни – 16,1%, пять болезней – 8,7% и шесть болезней – 6% случаев. Установленные диагнозы были проявлением поражения одного органа/системы в 34,2%, два органа/системы – в 33,6%, три органа/системы – в 17,4%, четыре органа/системы – в 10,1%, пять и более органов/систем – в 4,7% случаев. Осложнения не диагностированы в 49,7% случаев, в 30,9% случаев определены невыраженные проявления осложнений основного и сопутствующего заболеваний. Состояние духовного здоровья определяли при помощи специальной анкеты, когда респондентам предлагалось ответить на вопрос «Духовному человеку свойственны такие качества» путем выбора из перечисленных 20 человеческих качеств. На основании полученных ответов формировались заключения о высоком, среднем и низком уровнях духовного здоровья, а также формировалось единое интегральное заключение о духовном здоровье. В целом по группе больными было дано 1195 ответов на предложенные 20 вариантов человеческих качеств духовности. Из них ответов на 10 вариантов человеческих качеств, характеризующих высокий уровень духовности, даны в 909 случаях (76,1%), характеризующих средний уровень духовности – в 234 случаях (19,6%) и характеризующих низкий уровень духовности – в 52 случаях (4,4%). Интегральная оценка духовности (5 градаций от очень низкого до очень высокого уровня) показала, что с очень низким уровнем духовности было 16,8%, низким – 13,4%, средним – 26,8%, высоким – 26,8% и очень высоким уровнем – 16,1% больных. Сопоставлены средние значения показателей исследования в зависимости от уровня духовного здоровья больных. Больные с очень низким уровнем духовного здоровья были немногим старше ($61,8 \pm 8,73$ лет), чем больные с очень высоким уровнем духовного здоровья ($54,4 \pm 14,5$ лет; $p=0,0610$). Стаж работы больных с очень низким уровнем духовного здоровья был больше ($34,2 \pm 11,6$ лет), чем у больных с очень высоким уровнем духовного здоровья ($27,6 \pm 13,4$ лет; $p=0,0731$). При очень высоком уровне духовности частота сердечных сокращений (ЧСС) ($72,9 \pm 10,4$ ударов в минуту), систолическое ($127,6 \pm 21,5$ мм.рт.ст.) и диастолическое артериальное давление (АД) ($81,2 \pm 11,5$ мм.рт.ст.) у больных были ниже, чем при очень низком уровне духовности (соответственно $77,5 \pm 15,4$ ударов в минуту ($p=0,3279$), $135,9 \pm 23,7$ мм.рт.ст. ($p=0,2984$), $84,3 \pm 8,7$ мм.рт.ст. ($p=0,6231$)). Среди показателей функции внешнего дыхания (ФВД) установлено более высокое значение при очень высоком уровне духовности форсированной жизненной емкости (ФЖЕЛ) ($92,9 \pm 20,1\%$ от должной величины (ДВ)), объема форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1) ($87,2 \pm 20,2\%$ от ДВ) и ЖЕЛ ($90,7 \pm 15,7\%$ от ДВ) в сравнении с низким уровнем духовного здоровья больных, при котором ФЖЕЛ равнялось $81,9 \pm 18,6\%$ ($p=0,2017$), ОФВ1 – $82,6 \pm 22,7\%$ ($p=0,9444$) и ЖЕЛ – $82,9 \pm 16,1\%$ от ДВ ($p=0,3181$). Обращает на себя внимание более низкое значение при очень высоком уровне духовного здоровья показателя ОФВ1/ФЖЕЛ ($93,6\%$) в сравнении с низким его уровнем ($99,3 \pm 12,1\%$; $p=0,0409$).

Выводы. Изучение состояния духовного здоровья анкетным опросом показало, что хронические больные в 69,8% случаев отнесли себя к людям со средним и высоким уровнями духовности. Полученные результаты не в полной мере соответствуют существующим представлениям о явной связи духовного и физического («медицинского») здоровья. С другой стороны, выявлена тенденция к обратной зависимости между физическим и духовным здоровьем, что выражается преобладанием более низких значений рутинных функциональных показателей органов кровообращения (ЧСС, АД) и более высоких значений показателей ФВД

(ФЖЕЛ, ОФВ1, ЖЕЛ) у больных с высоким уровнем духовного здоровья в сравнении с больными с его низким уровнем.

Опыт применения найзилата в лечении пациентов с анкилозирующим спондилитом

Сагитова Э.Р., Багирова Г.Г.

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург

Введение. От появления первых симптомов анкилозирующего спондилита (АС) до установления диагноза нередко проходит 8–10 лет, что приводит к позднему назначению адекватной терапии. Согласно рекомендациям ASAS/EULAR нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются препаратами первой линии в лечении АС. Терапия ими должна быть длительной и непрерывной. Одним из новых представителей НПВП является найзилат (амтолметин гуацил), синтезированный на основе неселективного НПВП толметина, обладающий противовоспалительным, анальгезирующим и жаропонижающим действием. Найзилат обладает комплексом гастропротективных свойств, главным из которых является повышение концентрации NO в слизистой оболочке желудка, который является важнейшим компонентом эндогенной системы защиты слизистой оболочки желудка, 12-перстной и тонкой кишки, поддерживает структурную и функциональную целостность их за счет увеличения кровотока, слизиобразования и секреции бикарбоната, а также снижения провоспалительной активации клеточного состава.

Цель. Оценить клиническую эффективность и переносимость найзилата у больных анкилозирующим спондилитом.

Материал и методы. Обследовано 25 больных с достоверным диагнозом АС: 21 мужчина и 4 женщины в возрасте от 20 до 69 лет, средний возраст $50,28 \pm 12,65$ лет. Средняя длительность болезни – $10,35 \pm 8,09$ лет. При рентгенографии крестцово-подвздошных сочленений у них преобладали III и IV стадии изменений (72% случаев). В связи с длительным анамнезом все больные получали ранее различные НПВП, преимущественно диклофенак и мовалис. При включении в данное исследование им назначался найзилат в дозе 600 мг 2 раза в сутки до еды в течение 30 дней. Оценку эффективности терапии у больных АС осуществляли по следующим показателям: СОЭ, уровень С-реактивного белка (СРБ), индексам активности BASDAI, ASDAS-СОЭ, ASDAS-СРБ и функциональному индексу BASFI. Для оценки безопасности применения его использовали эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) и оценку симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта.

Результаты. Несмотря на то, что больные до включения в исследование длительно принимали различные НПВП, до начала лечения у 68% из них была выявлена высокая и очень высокая активность заболевания по индексу BASDAI (среднее значение $4,5 \pm 1,3$). У 76% пациентов была высокая и очень высокая активность по индексу ASDAS-СОЭ ($M=2,6 \pm 0,7$), и у 88% – по индексу ASDAS-СРБ ($M=2,9 \pm 0,7$). До начала лечения среднее значение СОЭ составило $16,4 \pm 13,6$ мм/час (по Вестергрену), СРБ – $9,2 \pm 16,1$ мг/л. После проведенного найзилатом лечения отмечена тенденция к снижению значений показателей СОЭ и СРБ с $16,4 \pm 13,6$ до $11,9 \pm 10,5$ мм/час и с $9,2 \pm 16,1$ до $4,04 \pm 3,9$ мг/л соответственно, ($p=0,1$). Среднее значение индекса BASDAI уменьшилось с $4,5 \pm 1,3$ до $3,9 \pm 1,1$ баллов ($p=0,08$). По динамике индексов активности ASDAS-СОЭ и ASDAS-СРБ установлено достоверное уменьшение числа больных с очень высокой активностью с 12% до 4% ($p=0,02$ и $p=0,00001$ соответственно) за счет увеличения числа больных с умеренной активностью. Определение среднего значения индекса ASDAS-СРБ также свидетельствует о его достоверном снижении с $2,9 \pm 0,7$ до $2,5 \pm 0,6$ ($p=0,03$). Отмечена тенденция к снижению индекса BASFI с $4,07 \pm 1,7$

до $3,88 \pm 1,6$ ($p=0,6$). Общая оценка самочувствия пациента по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) достоверно снизилась с $5,6 \pm 1,2$ до $4,6 \pm 1,4$ ($p=0,009$). До начала лечения найзилатом была проведена ЭГДС. У 64% больных были выявлены признаки поверхностного гастрита, у 4% – эрозивного гастрита, что могло быть следствием принимаемой ранее длительной терапии НПВП. Повторная ЭГДС через месяц лечения найзилатом показала, что ухудшения эндоскопической картины и симптомов диспепсии не отмечалось. Выводы. Применение найзилата в лечении АС позволило более эффективно влиять на некоторые клинические показатели: уменьшилось число больных с очень высокой степенью активности, снизилось среднее значение индексов активности, главным образом за счёт уменьшения СОЭ и СРБ, достоверно снизилась общая оценка самочувствия пациентов по ВАШ, отмечена положительная динамика индекса BASFI. Переносимость препарата была хорошей. Больные не предъявляли жалоб на какие-либо нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта. За месяц приема найзилата при ЭГДС не выявлено прогрессирования имевшихся до начала приема его изменений в слизистой желудка.

Частота выявления антител к Ro/SS-A и La/SS-B среди больных аутоиммунным гепатитом для диагностики синдрома Шегрена

Сагынбаева В.Э., Лазебник Л.Б.

Городская клиническая больница №70, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Типичным иммунологическим маркерам синдрома Шегрена (сухой синдром) является выявление антител к Ro/SS-A и La/SS-B, из которых anti-La/SS-B более специфичный. Anti-Ro/SS-A часто ассоциирован с другими аутоиммунными заболеваниями, такими как ревматоидный артрит, системная красная волчанка, системная склеродермия, первичный билиарный цирроз и аутоиммунный гепатит.

Цель исследования: изучить содержание антител к антигенам к Ro/SS-A (Anti-Ro/SS-A) и La/SS-B (Anti-La/SS-B) среди больных аутоиммунным гепатитом (АИГ) для диагностики синдрома Шегрена.

Материалы и методы: обследовано 10 больных (9 женщин, 1 мужчина) с АИГ. Возраст больных 33–59 лет, средний возраст – $46,7 \pm 3,6$ (M±σ). Диагноз верифицирован данными клинических, лабораторных, иммунологических, гистологических и инструментальных методов исследования. ANA, anti-Ro/SS-A и anti-La/SS-B и высокочувствительного С-реактивного белка (ВСРБ) определяли в сыворотке крови больных иммуноферментным методом с применением тест-систем «Orgentec», «Biomerica» (Германия). Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерной программы «STATISTICA 6.0».

Результаты: при анализе полученных результатов было установлено, что среди 10 больных АИГ, антитела к антигенам Ro/SS-A обнаружены у двух больных (20%). Концентрация anti-Ro/SS-A колебалась от 115,0 до 189,3 Ед/мл, достигая в среднем $152,1 \pm 37,1$ Ед/мл, при норме <25 Ед/мл, что сопровождалось увеличением содержания ANA в среднем до $2,91 \pm 0,4$ (норма <1,0) и высокочувствительного С-реактивного белка до $0,035 \pm 0,009$ мг/л (при минимальной концентрации <0,005 мг/л). Также anti-Ro/SS-A-позитивные больные жаловались на сухость в глазах. Из 10 больных АИГ антитела к антигенам La/SS-B не выявлены. Повышение содержания anti-Ro/SS-A выявлялось при АИГ с выраженным синдромом цитоллиза: АЛТ $341,4 \pm 52,4$ и АСТ $266,3 \pm 51,7$.

Заключение: таким образом, обнаружение anti-Ro/SS-A в сыворотке крови позволяет диагностировать синдром Шегрена среди больных АИГ. Уровни anti-Ro/SS-A коррелируют с биохимическими показателями и выраженностью аутоиммунных процессов при аутоиммунном гепатите.

Влияние адалимумаба на титр антител к Yersinia enterocolitica у больных болезнью Крона

Сагынбаева В.Э., Лазебник Л.Б.

Городская клиническая больница №70, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Цель исследования. Изучить титр антител к Yersinia enterocolitica на фоне приема адалимумаба (АДА) при болезни Крона (БК) для выявления вторичных иммунодефицитных состояний и риска инфекционных осложнений.

Материалы и методы. Обследовано 8 пациентов с болезнью Крона, получавших АДА. Возраст больных составлял 17–67 лет, средний возраст – $37,4 \pm 3,0$ (M±σ). Диагноз верифицирован данными клинических, лабораторных, иммунологических, гистологических и инструментальных методов исследования. Уровень титр антител IgM, IgG и IgA к Yersinia enterocolitica исследовался в сыворотке крови больных через 2 и 6 мес после введения АДА иммуноферментным методом с применением тест-систем «Mikrogen» (Германия). Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерной программы «STATISTICA 6.0», достоверность полученных величин определяли при помощи t-критерия Стьюдента.

Результаты: В группах больных, получавших АДА+ГКС/ЦТ, антитела класса IgA к Yersinia enterocolitica не обнаружены. Повышение концентрации антител класса IgM к Yersinia enterocolitica до введения АДА из 8 больных БК выявлено у 6 (75%), IgG к Yersinia enterocolitica обнаружено у 3 (37,5%). После достижения клинической ремиссии больным БК постепенно уменьшали дозы иммуносупрессивных препаратов. Титр антител класса IgM к Yersinia enterocolitica, у больных получавших АДА+ГКС/ЦТ, через 6 мес после снижения дозы иммуносупрессивных препаратов отмечалось снижение ($p=0,231$) с $47,0 \pm 8,6$ до $40,5 \pm 5,8$ Ед/мл (при норме <24 Ед/мл), что сопровождалось снижением индекса Беста с $249,0 \pm 18,0$ до $219,5 \pm 24,3$ баллов, урежением стула с $3,1 \pm 0,4$ до $2,3 \pm 0,6$ р в/сут ($p<0,03$). Титр антител класса IgG к Yersinia enterocolitica напротив отмечалось повышение с $27,0 \pm 8,1$ до $38,1 \pm 7,2$ Ед/мл (при норме <24 Ед/мл), однако они были статистически недостоверным ($p=0,183$).

Заключение: таким образом, в группе больных ВЗК, получавших длительную комбинированную иммуносупрессивную терапию: адалимумаб+ГКС/ЦК антитела IgM к Yersinia enterocolitica обнаружены 75%, титр антител IgG к Yersinia enterocolitica выявлен у 37,5% больных. Выявление IgM к Yersinia enterocolitica и высокий титр антител IgG к Yersinia enterocolitica свидетельствуют об обострении иерсиниоза кишечника, что возможно связано с проводимой комбинированной иммуносупрессивной терапией.

Лекарственное средство на основе панкреатической дезоксирибонуклеазы

Сальникова С.А., Мельникова Я.В., Дмитриева А.М., Фарбер Н.А., Арсениев Н.А., Глазова Н.В.

ООО «Самсон-Мед», Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия, Санкт-Петербург

Ключевые слова. Дезоксирибонуклеаза, липосомы, гликоферы, салфетка медицинская.

Цель. Лечение и профилактика заболеваний, вызванных ДНК-содержащими вирусами.

Задача. Разработка новой неинъекционной готовой лекарственной формы на основе фермента дезоксирибонуклеаза (ДНК-аза).

Материалы и методы. Материалы: ДНК-аза – панкреатический фермент, производимый ООО «Самсон-Мед»; липосомы и гликосомы производства фирмы «Simrise»; слабобушающие мембраны фирмы «Millipore» с диаметром пор 0,22нм, 0,45нм и 0,65нм; влажные медицинские салфетки. Методы исследования: определение активности ферментов в водных растворах и гелях, кинетика диффузии ферментов через пористые мембраны.

Результаты. В процессе работы изучили влияние антисептика (хлоргексидинабиглюконат), липосом и гликофер на ДНК-азу. Показали, что ни один из компонентов не оказывает ингибирующего влияния на общую активность ДНК-азы, а в присутствии некоторых компонентов (хлоргексидин, липосомы) происходит активация фермента. Установили, что активность фермента выше при использовании липосом, чем гликофер. Липосомы менее стабильны, более рыхлые по структуре, благодаря чему упрощается доступность субстрата для ДНК-азы, происходит активация. Для гликофер, у которых ядро состоит из плотно сшитого декстрана, проникновение такого высокомолекулярного субстрата как ДНК внутрь частицы затруднено вследствие более жестких связей в плотной сердцевине частицы, что не способствует активации. Как для гликофер, так и для липосом подобрали оптимальные соотношения (ДНК-аза: носитель), равное 2:1. Содержание хлоргексидинабиглюконата было выбрано равным 0,05%. Предложили поэтапный метод изготовления готовой формы: салфетка размерами 140*150 мм подвергается стерилизации методом облучения, складывается и упаковывается в пакетик, куда впрыскивается раствор антисептика, ДНКазы и носителя, упаковка запаивается. Выпустили опытную партию салфеток медицинских и установили, что при хранении в течение срока наблюдения (2 года) фермент не изменяет своей активности.

Вывод. На основе фермента дезоксирибонуклеаза (ДНК-аза) производства ООО «Самсон-Мед» разработана и предложена для постановки на производство новая готовая лекарственная форма, использование которой не требует инвазивного вмешательства. Лекарственное средство может быть эффективно использовано для лечения и профилактики заболеваний, вызванных ДНК-содержащими вирусами.

Сравнение влияния комбинаций препаратов эпросартана в сочетании с индапамидом и хинаприла в сочетании с индапамидом на суточный профиль артериального давления у больных гипертонической болезнью 2–3 степени

Самойленко Т.Н.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Цель: изучение антигипертензивной эффективности комбинаций препаратов эпросартана в сочетании с индапамидом и хинаприла в сочетании с индапамидом на суточный профиль артериального давления (АД) у больных гипертонической болезнью (ГБ) 2–3 степени. Материалы и методы: обследовано 40 пациентов с ГБ 2-3 в возрасте от 36 до 65 лет, по 20 человек в каждой группе. Возраст пациентов в каждой группе был сопоставим. Пациенты первой группы принимали препараты эпросартан (теветен «Solvay Pharma», Нидерланды) в дозе 600–1200 мг/сут в сочетании с индапамидом 1,5 мг/сут (ЗАО «АЛСИ Фарма», Россия). Пациенты второй группы принимали препараты хинаприл (аккупро «Pfizer», США) 20–80 мг в сочетании с индапамидом 1,5 мг/сут (ЗАО «АЛСИ Фарма», Россия). Всем пациентам исходно и через 6 месяцев было проведено исследование суточного мониторирования

артериального давления (СМАД) на суточных мониторах АД БиПиЛАБ (ООО «Петр Телегин», Россия).

Результаты: исследование СМАД в начале и через 6 месяцев у больных с ГБ 2–3 степени показало, что каждая из комбинаций вышеперечисленных антигипертензивных препаратов достоверно снижала АД у пациентов по сравнению с исходным. Эффект лечения был больше у первой группы пациентов с ГБ 2–3 степени, в которую входил эпросартан (больше снижалось САД днем и пульсовое АД), чем у второй группы пациентов, в которую входил хинаприл.

Выводы: комбинированная терапия препаратами эпросартана в сочетании с индапамидом у больных ГБ 2–3 степени несколько более эффективна, чем комбинированная терапия хинаприла в сочетании с индапамидом.

Клиническая эффективность хинаприла в сочетании с индапамидом у больных гипертонической болезнью

Самойленко Т.Н., Маркова Л.И.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Цель: изучение функционального состояния эндотелия, реологических и вязкостных свойств крови, липидного спектра у больных ГБ 2-3 степени на фоне длительной терапии хинаприлом в сочетании с индапамидом. Материал и методы. Обследовано 40 амбулаторных больных с ГБ II–III степени, (по классификации ВНОК 2010. Средний возраст больных составил 52,86±6,98 года (25 женщин, 15 мужчин), продолжительность заболевания – 14,5±3,5 года. В течение 6 месяцев больным однократно назначался хинаприл в суточной дозе 40-80 мг, в сочетании с индапамидом 1,5 мг в сутки. На начальном этапе лечения, через 3 и 6 месяцев проводилась проба с реактивной гиперемией, исследовались реологические свойства крови, липидный спектр.

Результаты и обсуждение. Завершили исследование 34 пациента (14 мужчин, 20 женщин). Переносимость препаратов у подавляющего числа больных была отличной. Отмечено улучшение клинического статуса всех обследованных больных. У включенных в исследование больных исходный уровень АД составил 174,20±8,98 мм рт. ст. для САД и 101,36±12,17 мм рт. ст. для ДАД. К концу исследования отмечено достоверное снижение клинического САД и ДАД на 22,3% и 19,2%, соответственно. Целевого уровня АД достигли 82% больных (28 чел). У обследованных больных в 95% случаев была констатирована дисфункция эндотелия, что подтверждено увеличением диаметра ПА на эндотелий – зависимый стимул менее 10% и более. На фоне терапии к 6-му месяцу терапии в покое отмечено достоверное увеличение диаметра ПА в покое на 0,036±0,030 см (p<0,05). При пробе с реактивной гиперемией ЭЗВД составила 13,62±2,1%. Исходные показатели липидного спектра у исследуемых больных были выше нормальных значений. Через 6 месяцев терапии ОХ, ХС ЛПНП, ТГ имели тенденцию к снижению. Намечалась также тенденция к увеличению ЛПВП. Положительная гемореологическая динамика к 6 месяцу исследования проявилось значительным улучшением показателей текучести крови. Достоверное снижение фибриногена, гематокрита способствовало значимому уменьшению агрегационных свойств эритроцитов. Отмечено достоверное повышение деформируемости эритроцитов, сопровождающееся значительным снижением вязкости плазмы. Выраженное уменьшение степени агрегации эритроцитов привело к тому, что показатель ИАЭ достоверно снизился на 12,57% (p<0,01). Таким образом, хинаприл (в сочетании с индапамидом) является высокоэффективным ИАПФ. Данную комбинацию можно рассматривать

как приоритетную для лечения больных ГБ с дисфункцией эндотелия в сочетании нарушенной гемореологией и дислипидемией.

Выводы. 1. Терапия хинаприлом (в сочетании с индапамидом) в дозе 40–80 мг в сутки к 6 месяцу лечения приводит к достижению целевых значений АД у 82% больных ГБ. 2. Длительное применение хинаприла (в сочетании с индапамидом) у больных гипертонической болезнью способствует улучшению эндотелиальной функции. 3. У больных гипертонической болезнью хинаприл (в сочетании с индапамидом) корректирует нарушенную реологию крови, улучшает липидный спектр крови.

Распространенность дефицита витамина D и его клиническое значение при синдроме гипермобильности суставов

Санеева Г.А.

Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь

Синдром гипермобильности суставов (СГМС) широко распространен в терапевтической и ревматологической практике среди пациентов молодого, трудоспособного возраста. Основной причиной обращения за медицинской помощью и снижения качества жизни при СГМС является суставной синдром в виде артралгий, поражения периартикулярных мягких тканей, дисторсий суставов. К развитию осложнений СГМС предрасполагает нарушение строения коллагена с повышением растяжимости и чувствительности к механическим нагрузкам соединительнотканых элементов сустава. Важную роль в поддержании функциональной способности и стабильности сустава имеют также мышечная сила и тонус периартикулярных мышц – их снижение, нарушение проприоцептивного суставно-мышечного чувства обуславливают возникновение подвывихов и вывихов у пациентов с СГМС, приобретающих зачастую упорное и рецидивирующее течение. Одним из основных регуляторов нейромышечной функции является витамин D. Классические эффекты активной формы витамина D (D-гормона) направлены на регуляцию метаболизма кальция, обеспечивающего контроль актов сокращения и расслабления мышц. Снижение концентрации D-гормона в крови, как и снижение плотности или аффинности рецепторов приводит к ослаблению мышечной силы и увеличивает риск падений. Немаловажным фактором, определяющим роль витамина D при СГМС, является его участие в метаболизме хрящевой ткани. Дефицит витамина D сопровождается ремоделированием суставного хряща и утолщением субхондральной костной ткани, что снижает амортизационные способности суставных поверхностей и ускоряет в них дегенеративные изменения.

Цель исследования: оценка распространенности дефицита витамина D как фактора влияния на формирование осложнений у пациентов с СГМС. Распространенность и характер вывихов, подвывихов, патологии околоуставных мягких тканей на момент обследования или в анамнезе исследованы у 214 пациентов (128 мужчин и 86 женщин) с СГМС в возрасте от 18 до 34 лет (средний возраст $22,8 \pm 3,6$ лет). Также с помощью иммунохемилюминисцентного анализа изучены сывороточные уровни витамина D (25(OH)D). Гипермобильный синдром диагностировали по шкале P. Beighton согласно действующим критериям. В исследование не включались больные с наследственными заболеваниями, ревматической патологией. В контрольную группу были включены 40 человек, сопоставимых по полу и возрасту, без внешних признаков дисплазии соединительной ткани. Полученные результаты статистически обработаны. Количественные данные представлены в виде средней и стандартной

ошибки средней. Различия качественных признаков оценивали с помощью критерия χ^2 . Достоверными считали различия при $p \leq 0,05$. Выраженность гипермобильности в суставах по шкале Beighton чаще всего (51,9%) соответствовала 5 баллам. У 24,3% обследуемых данный показатель составил 4 балла. Степени гипермобильности по 7 и 9 баллов, выявлены соответственно у 13,1% и 10,7% пациентов. У больных СГМС выявлена высокая распространенность вывихов и дисторсий в суставах – 41,6% ($\chi^2=8,563$, $p=0,003$), носивших в 27,1% ($\chi^2=9,115$, $p=0,003$) характер рецидивирующих (т.н. «привычных»). Мягкотканые периартикулярные поражения: тендиниты, бурситы, энтезиты отмечены у 36,4% ($\chi^2=5,516$, $p=0,019$) пациентов с СГМС. Оценка сывороточного уровня 25(OH)D продемонстрировала снижение средних показателей: $23,64 \pm 8,3$ нг/мл у пациентов с СГМС по сравнению с $27,07 \pm 6,93$ нмоль/л в контрольной группе ($p > 0,05$), что при целевом оптимальном уровне 25(OH)D выше 30 нг/мл не соответствовало критериям адекватного насыщения ни у больных СГМС, ни в контроле. Полученные данные характеризуют широкую распространенность гиповитаминоза D в общей популяции с повышением частоты D-дефицита среди лиц с СГМС. Распространенность дефицита D среди пациентов с СГМС оказалась достоверно высокой по сравнению с 4% в группе контроля ($\chi^2=3,782$, $p=0,048$). Показатели 25(OH)D менее 20 нг/мл, что является точкой разделения D-дефицитного состояния, имели 28,8% пациентов с СГМС, а выраженный, менее 10 нг/мл, дефицит отмечен у 4,1% больных.

Таким образом, распространенность дефицита витамина D обуславливает целесообразность включения пациентов с СГМС в группу скрининга. Своевременное выявление дефицита витамина D с адекватным его восполнением – важная составляющая профилактических мероприятий при СГМС.

Влияние комбинированной терапии на качество жизни пациенток с различными подтипами остеоартроза суставов кистей

Сарапулова А.В., Теплякова О.В.

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург

Актуальность: основным вектором развития современной медицины является повышение качества жизни пациентов. Одними из наиболее трудных для коррекции являются заболевания костно-мышечной системы, сопровождающиеся хроническим болевым синдромом и прогрессирующей функциональной недостаточностью, в частности – остеоартроз (ОА). Ключевым фактором, влияющим на качество жизни пациентов с ОА суставов кистей, является развитие внешней деформации суставов и связанного с этим эстетического дискомфорта. Существующие рекомендации никак не отражают данный вопрос и не предлагают каких-либо методов воздействия, а также не учитывают различные подтипы заболевания. Возможным вариантом лечения для таких пациентов представляется комбинированная терапия с включением не только медикаментозных методов, но и психологической коррекции.

Цель: оценить влияние комбинированной терапии на показатели качества жизни пациенток с различными подтипами ОА суставов кистей.

Материалы и методы: 90 женщин в возрасте 45–75 лет с ОА суставов кистей по результатам обследования были разделены на три группы – эрозивный ОА, ОА межфаланговых суставов и генерализованный ОА суставов кистей. Все они были обследованы с использованием опросника AUSCAN, им было задано несколько вопросов, касающихся эстетического дискомфорта, которые оценивались по 100-мм шкале. Далее с пациентками проводилась образовательная беседа длительностью

25–30 минут, которая затрагивала вопросы появления и прогрессирования внешних деформаций. После этого назначалась стандартная терапия в соответствии с рекомендациями EULAR. Через 3 месяца пациенткам проводилось подкрепление назначенной терапии, а через 6 месяцев повторно оценивался уровень качества жизни, в том числе – эстетического дискомфорта, а также – комплаентность пациенток к проводимой терапии по опроснику MMAS. Результаты представлены в виде медианы с указанием размаха значений от 25 до 75 перцентиля.

Результаты: на фоне проведенной терапии медиана уровня боли в суставах по ВАШ снизилась с 45,5(30; 57,5) до 35(22; 49)мм, $p=0,009$, уровня боли по AUSCAN – с 211(113,5; 280) до 142(71; 180)мм, $p=0,02$, скованности по AUSCAN – с 48(24; 72) до 39(18; 54)мм, $p=0,21$, функциональной недостаточности – с 323(148; 462,5) до 210(89; 356)мм, $p=0,38$. При анализе изменения восприятия пациентками эстетического дискомфорта уровень беспокойства изменился с 48(30,5; 81) до 41(26; 68) мм, $p=0,004$. Уровень неудобства при демонстрации кистей, напротив, повысился с 44(19,5; 77,5) до 49 (20; 67)мм, $p=0,92$, степень ухода за руками увеличилась с 66(35; 84) до 77(57; 90)мм, $p=0,32$, а страх прогрессирования – снизился с 77,5(54,5; 92) до 65(46; 85)мм, $p=0,26$. Достоверно уменьшилась вероятность проведения хирургической коррекции деформации пальцев кистей – с 0,5(0; 12,5) до 0(0; 0)мм, $p=0,04$. При анализе женщин в зависимости от подтипа ОА уровень боли наиболее значимо снижался при генерализованном варианте – с 47,5(34; 72) до 38(30; 68)мм, $p=0,04$, чуть менее – при эрозивном ОА и изолированном поражении межфаланговых суставов – с 4 (29; 49) до 35(20; 44)мм и с 52(30; 57) до 45(27; 54)мм соответственно. Уровень боли по AUSCAN при всех подтипах также достоверно изменился в сторону понижения, тогда как показатели скованности и функциональной недостаточности значимо снижались только при изолированном ОА – с 51(19; 80) до 29(15; 40) мм, $p=0,02$ и с 292(98; 485) до 145(70; 201)мм, $p=0,03$ соответственно. Уровень беспокойства из-за внешней деформации кистей значимо уменьшался во всех подгруппах примерно на 10 единиц по шкале ВАШ, однако это не сопровождалось снижением неудобства при демонстрации кистей. Степень ухода за руками повышалась во всех группах, а страх деформации, хотя и не статистически значимо, снижался при всех подтипах заболевания. При анализе комплаентности пациенток выяснилось, что низкая приверженность к лечению (1 балл) уменьшала вероятность снижения показателей боли по ВАШ и эстетического дискомфорта, а высокая комплаентность (3 балла) достоверно повышала шансы снижения уровня боли в суставах.

Выводы: использование комбинированной терапии с включением образовательной беседы значимо уменьшило уровень боли и функциональной недостаточности, а также – эстетический дискомфорт у пациенток с ОА суставов кистей. Мы полагаем, что именно образовательная беседа стала фактором, повлиявшим на степень эстетической неудовлетворенности, тогда как системное и локальное обезболивание снижало болевое восприятие.

Ревматоидный артрит и венозные тромбозмболические осложнения

Сатыбалдыева М.А., Середавкина Н.В., Кашникова Л.Н., Семенова М.Н., Решетняк Т.М.

Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва

Введение. Венозные тромбозмболические осложнения (ВТЭО), к которым относят тромбоз глубоких вен (ТГВ), подкожных вен (тромбофлебит)

и тромбозмболию легочных артерий (ТЭЛА), на протяжении многих десятилетий остаются важнейшей клинической проблемой, затрагивающей профессиональную сферу врачей всех без исключения специальностей. ВТЭО занимают одно из существенных мест в структуре общей смертности. У больных ревматоидным артритом (РА) необходимо оценивать риск тромбоза с учетом стандартных факторов риска тромбоза, а также факторов риска, ассоциированных с основным заболеванием. Золотым стандартом проведения профилактики тромбозов являются антагонисты витамина К (варфарин). Однако у варфарина имеется ряд недостатков. В последние годы были синтезированы новые пероральные антикоагулянты. В отличие от варфарина они применяются в фиксированных дозах, не требуют рутинного мониторинга, соблюдения диеты, взаимодействуют лишь с небольшим количеством препаратов.

Цель. Оценить встречаемость ВТЭО при РА, а также эффективность и переносимость дабигатрана этексилата (ДЭ) у пациентов с РА в лечении и профилактики ВТЭО.

Материалы и методы. 187 больных РА (Ж:152, М:35) с достоверным РА были последовательно опрошены при госпитализации в Институт на наличие ВТЭО и факторов риска их, средний возраст составил 53,8±12,8 лет, длительность заболевания 12,2±10,8 лет. 16 пациентов с достоверным РА (14 женщин, 2 мужчин) имели ВТЭО в возрасте 56,2±10,2 лет и длительности заболевания 5[2;14] лет. Диагноз РА выставлялся на основании критериев ACR/EULAR 2010г. Оценка активности заболевания проводилась по DAS28(COЭ). Оценивались факторы риска тромбоза, в том числе исследованы антитела к фосфолипидам (аФЛ), маркеры генетических тромбофилий. У всех больных имелись показания для назначения антикоагулянтной терапии, при назначении которых учитывались факторы риска кровотечений. ВТЭО проводилась препаратом ДЭ в дозе 110мг 2 раза в сутки. Срок наблюдения составил 1 год (48 недель). Контрольные визиты проводились на 0, 12, 24, 36, 48 неделях, во время которых производился осмотр пациентов, оценка активности РА, сдача анализов (клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма). Исследовались следующие показатели свёртывания крови: АЧТВ, протромбин по Квику, МНО, фибриноген, тромбиновое время, РКФМ. Контроль УЗДГ проводился на 0, 24, 48 неделях приёма препарата.

Результаты. У 13/16 пациентов ВТЭО развились на фоне РА, у 2/16 – до появления первых признаков заболевания. Длительность РА к моменту тромбоза составила 54 [16;180] месяца. У 1/16 пациентки с РА выявлялись высокие уровни аФЛ с акушерской патологией в анамнезе, что явилось поводом для профилактики ВТЭО. У 12/16 пациентов эпизод ВТЭО случился на фоне высокой активности РА. У 1/16 ВТЭО предшествовало оперативное лечение (артродез голеностопного сустава). У 11/16 выявилась генетическая тромбофилия: 2/16 в V факторе (Leiden), 2/16 в гене протромбина, 7/16 в гене фибриногена, 9/16 в гене МТГФР. На фоне приема ДЭ не отмечалось повышения уровня АЛТ, АСТ, креатинина, мочевины. Отмечалось удлинение АЧТВ (40±7,8 сек) и тромбинового времени (131±64 сек). Случаев кровотечения не зарегистрировано, имелся 1 рецидив тромбоза (подтвержденный при УЗДГ), провоцирующим фактором явилось длительное нахождение в положении сидя – более 12 часов.

Выводы. У пациентов, страдающих РА, необходимо оценивать риск ВТЭО, с учетом активности основного заболевания. При наличии риска ВТЭО – проводить профилактику антикоагулянтными препаратами. НОАК в сравнении с варфарином имеют ряд преимуществ - применяются в фиксированных дозах, не требуют рутинного мониторинга, соблюдения диеты. При применении ДЭ в дозе 220мг/сут у пациентов с РА несмотря на удлинение АЧТВ и тромбинового времени кровотечений зарегистрировано не было. Зарегистрирован 1 рецидив тромбоза, обусловленный длительным нахождением в положении сидя – более 12 часов.

Особенности развития инсулинорезистентности у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой груди

Сахин В.Т., Гордиенко А.В., Сотников А.В.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования: оценить сроки развития и длительность инсулинорезистентности (ИР) в зависимости от клинического исхода у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой груди.

Методы исследования. Обследованы 57 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой груди. Все они в зависимости от клинического исхода разделены на две группы. В 1-ю группу включены 34 пострадавших с благоприятным исходом. Во 2-ю группу включены 23 пострадавших с летальным исходом по причине прогрессирующей полиорганной недостаточности. Продолжительность лечения в этой группе составила $11 \pm 2,8$ суток, что соответствовало окончанию третьего периода травматической болезни согласно классификации И.И. Дерябина и Е.К. Гуманенко. Контрольную группу составили 30 практически здоровых добровольцев, ранее не имевших тяжелых механических повреждений. Тяжесть состояния и травмы при поступлении оценивали по шкале ВПХ – СП (ВПХ – военно-полевая хирургия, СП – состояние при поступлении) и ВПХ – П (МТ) (П – повреждение, МТ – механическая травма). Исследование инсулина в венозной крови проводили радиоиммунологическим методом с использованием стандартных тест-наборов - IMMUNOTECH Insulin IRMA kit. ИР оценивали с помощью расчета математической гомеостатической модели для оценки резистентности к инсулину (Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance – HOMA-IR, ед.), рассчитываемой из исходных концентраций иммунореактивного инсулина и глюкозы плазмы по формуле: $\text{инсулин плазмы натошак (мкМЕ/мл)} \times \text{глюкоза плазмы натошак (ммоль/л)} / 22,5$. Исследование выполняли через 4 часа, через 1 сутки, на 5 сутки от момента получения травмы. При оценке полученных числовых показателей определяли среднее (М), стандартную ошибку среднего (m), медиану (Me) и межквартильный интервал (LQ–UQ). Достоверность различий между показателями определяли с помощью U критерия Манна-Уитни. Его считали достоверным при статистической значимости (p) различий в рассматриваемых выборках менее 0,05.

Полученные результаты. Тяжесть состояния пострадавших из 1-й и 2-й групп по шкале ВПХ – СП при поступлении составила $24,5 \pm 7,5$ и $35,7 \pm 10,1$ баллов, что соответствует тяжелому и крайне тяжелому состоянию. Тяжесть травмы по шкале ВПХ – П (МТ) составила $5,1 \pm 4,2$ и $12,2 \pm 5,7$ баллов, что соответствует тяжелым и крайне тяжелым повреждениям. Значение HOMA-IR в контрольной группе составило $2,1(1,9–2,3)$ баллов. В 1-й группе через 4 ч и на 1-е сутки HOMA-IR выше значений в контрольной группе ($p < 0,05$) и составило $2,7(1,2–3,9)$ и $2,9(1,8–4,9)$ ед. и не отличался от значений во 2-й группе ($p > 0,05$) $1,77(1,6–7,2)$ и $5,6(3,6–6,2)$ ед. соответственно. На 5-е сутки для 1-й группы характерны нормальные значения HOMA-IR ($1,5(0,8–3,5)$ ед.). Для 2-й группы в этой временной точке HOMA-IR выше нормальных значений и значений в 1-й группе ($p < 0,05$) и составил $5,4(4,12–9,7)$ ед.

Выводы: для пострадавших с неблагоприятным исходом в конце третьего периода травматической болезни, в первые 5 суток после травмы, характерно наличие инсулинорезистентности, тогда как для пострадавших с благоприятным исходом инсулинорезистентность наблюдается только через 4 ч. и 1-е сутки после травмы. Таким образом, сохраняющаяся в течение 5 суток после травмы инсулинорезистентность является самостоятельным неблагоприятным предиктором летального исхода.

Клиническое значение и распространенность глюкокортикоидной недостаточности коры надпочечников у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой груди

Сахин В.Т., Гордиенко А.В., Сотников А.В.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Цель исследования: оценить распространенность, сроки развития и клиническое значение синдрома глюкокортикоидной недостаточности коры надпочечников (CIRCI – critical illness-related corticosteroid insufficiency) у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой груди в зависимости от клинического исхода.

Методы исследования. Обследованы 57 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой груди. Все они в зависимости от клинического исхода разделены на две группы. В 1 группу включены 34 пострадавших с благоприятным исходом. Во 2 группу включены 23 пострадавших с летальным исходом по причине прогрессирующей полиорганной недостаточности. Продолжительность лечения в этой группе составила $11 \pm 2,8$ суток, что соответствовало окончанию третьего периода травматической болезни согласно классификации И.И. Дерябина и Е.К. Гуманенко. Тяжесть состояния и травмы при поступлении оценивали по шкале ВПХ – СП (ВПХ – военно-полевая хирургия, СП – состояние при поступлении) и ВПХ – П (МТ) (П – повреждение, МТ – механическая травма). Определение кортизола (нмоль/л) в венозной крови выполняли хемилюминесцентным иммунным методом на анализаторе «Access-2» фирмы «Beckman Coulter» (США). В соответствии с рекомендациями 2008 года Американского колледжа неотложной медицины критерием диагностики CIRCI-синдрома принят уровень кортизола в крови менее 276 нмоль/л. Исследования выполняли через 4 часа, через сутки и на 5 сутки от момента получения травмы. При оценке полученных числовых показателей тяжести пострадавших определяли среднее (М), стандартную ошибку среднего (m). Достоверность различий между показателями определяли с помощью U критерия Манна-Уитни. Его считали достоверным при статистической значимости (p) различий в рассматриваемых выборках менее 0,05. Для оценки изменений уровней кортизола ориентировались по абсолютным величинам полученных значений и срокам исследований. Полученные результаты. Тяжесть состояния пострадавших из 1 и 2 групп по шкале ВПХ – СП при поступлении составила $24,5 \pm 7,5$ и $35,7 \pm 10,1$ баллов ($p < 0,05$), что соответствует тяжелому и крайне тяжелому состоянию. Тяжесть травмы по шкале ВПХ – П (МТ) составила $5,1 \pm 4,2$ и $12,2 \pm 5,7$ баллов ($p < 0,05$), что соответствует тяжелым и крайне тяжелым повреждениям. Несмотря на статистически значимые межгрупповые различия по тяжести состояния и травмы, в обеих группах выявлены пострадавшие с уровнем кортизола менее 276 нмоль/л. Существенным является отличие в сроках развития гипокортизолемии. У пострадавших 1 группы концентрация кортизола менее 276 нмоль/л выявлена у 10 пострадавших (17,5%), у 3 (5%) через 4 часа, а у 7 (12,5%) – через сутки после травмы. Следует отметить, что при следующем определении кортизола у всех обследуемых этой группы получено его кратное повышение. Во второй группе снижение кортизола менее 276 нмоль/л выявлено у 7 (12,2%) пострадавших. У 1 (1,7%) на первые сутки, у 6 (10,5%) на 5 сутки от момента получения травмы. У 1 пострадавшего с низким уровнем кортизола через 4 часа после травмы к 5 суткам лечения концентрация его уменьшилась почти в 2 раза (с 109,72 до 56,91 нмоль/л соответственно).

Выводы. Нельзя исключить, что низкий уровень кортизола в течение первых суток после травмы не является проявлением CIRCI-синдрома. Предположительно, это происходит вследствие недостаточной активации

гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы в ответ на травму, которая в дальнейшем компенсируется. С другой стороны, возможно, оно обусловлено погрешностью метода определения кортизола в крови. Ни один из пострадавших, у которых выявлено его снижение в течение первых суток после травмы, в дальнейшем не умер. Значительное снижение концентрации кортизола на 5 сутки после травмы имеет более серьезное прогностическое значение, так как все эти пострадавшие в ближайшее после травмы время (6–8 суток) погибли. Снижение уровня кортизола к 5 суткам после травмы или прогрессирующее его снижение являются проявлениями CIRCI-синдрома и должны рассматриваться как прогностически неблагоприятные. Частота развития CIRCI-синдрома, по нашим данным, составила 12,2%.

Профилактика кардиотоксичности антрациклиновых антибиотиков у больных лимфопролиферативными заболеваниями

Сванадзе А.М., Потешкина Н.Г.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Городская клиническая больница №52, Москва

Цель: оценить влияние доксорубина на клинический статус, состояние сердечной гемодинамики у больных лимфопролиферативными заболеваниями (ЛПЗ) и возможности профилактики кардиотоксичности триметазидином.

Методы исследования: обследовано 60 пациентов (26 мужчин, средний возраст $50,71 \pm 18,17$ лет) с верифицированным диагнозом ЛПЗ (неходжкинские лимфомы, лимфогранулематоз). Пациенты методом конвертов рандомизированы на две группы: I группа ($n=40$) – больные, получающие только курс полихимиотерапии (ПХТ), II группа ($n=20$) – курс ПХТ в сочетании с триметазидином (Предуктал МВ) в дозе 70 мг/сутки. Группы сопоставимы по полу, возрасту, схемам ПХТ и суммарной дозе доксорубина, полученной в ходе лечения ($p>0,05$). Больным выполнено ЭхоКГ до начала ПХТ (1 этап) и через 3 месяца ПХТ со средней кумулятивной дозой доксорубина $253,2 \pm 132,9$ мг/м² (2 этап). Клинический статус больных оценивался по шкале ШОКС.

Полученные результаты: на 1 этапе данные ЭхоКГ у больных обеих групп достоверно не отличались ($p>0,05$). За время наблюдения параметры систолической функции ЛЖ не изменились и достоверного отличия между группами выявлено не было. Анализ диастолической функции ЛЖ показал достоверное увеличение времени замедления кровотока раннего диастолического наполнения (DT) (от $214 \pm 54,59$ до $258 \pm 69,57$, $p=0,03$) у больных I группы при сравнении с исходными данными, в то время как у больных II группы имелась тенденция к уменьшению показателя DT (от $225 \pm 80,07$ до $221 \pm 47,94$, $p>0,05$). По шкале ШОКС достоверно увеличилась сумма баллов у больных I группы на 2 этапе (от $1,03 \pm 0,72$ до $2,58 \pm 1,03$, $p=0,004$), тогда как во II группе отмечено не достоверное снижение (от $1,41 \pm 1,44$ до $1,14 \pm 1,2$, $p>0,5$). При корреляционном анализе выявлена достоверная связь между показателями диастолической дисфункции ЛЖ DT с возрастом ($r=0,46$, $p=0,005$) наличием артериальной гипертензии ($r=0,38$, $p=0,02$), уровнем гемоглобина ($r=-0,43$, $p=0,009$), IVRT с возрастом ($r=0,61$, $p=0,001$), Е/А с возрастом ($r=-0,51$, $p=0,002$).

Выводы: через 3 месяца ПХТ с доксорубином у пациентов с ЛПЗ наблюдается ухудшение клинического статуса, усугубление диастолической дисфункции – отмечается увеличение DT ЛЖ. Факторами риска прогрессирования диастолической дисфункции ЛЖ являются возраст, артериальная гипертензия, анемия. Прием триметазидина в дозе 70 мг/сут

препятствует нарастанию диастолической дисфункции ЛЖ и ухудшению клинического статуса по данным шкалы ШОКС.

Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура: трудный диагноз

Сентякова Т.Н., Кузнецова Е.О., Савинова Н.И., Гричанова Е.С., Афонькина М.Н.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Актуальность/Цель. Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура (ТТП) – редкое, тяжелое, трудное для диагностики заболевание. Клиника болезни не имеет специфических черт, пациенты с ТТП могут госпитализироваться в хирургическое, неврологическое, инфекционное отделение, что осложняет своевременную диагностику. Активное информирование врачей об особенностях диагностики и принципах лечения этого опасного для жизни пациента заболевания должно способствовать раннему выявлению ТТП, обеспечению адекватности лечения.

Цель работы – описание случая ТТП. Материал и методы. Данные клинического, патоморфологического исследования больной с ТТП, наблюдавшейся в госпитальной терапевтической клинике.

Результаты. Больная Х., 39 лет, поступила в клинику 06.09.2014 г. в тяжелом состоянии с жалобами на боль в мышцах рук и ног, резкую общую и мышечную слабость, невозможность самостоятельно передвигаться, лихорадку. Считает себя больной с мая 2014 г., обращалась в поликлинику, принимала НПВС. Состояние резко ухудшилось в августе месяце. С 18.08.2014 г. на больничном листе с диагнозом дорсопатия. НПВС не оказывали эффекта. При обследовании выявлены анемия, тромбоцитопения, гепатоспленомегалия, увеличение парааортальных лимфоузлов. Направлена в стационар. При осмотре состояние тяжелое, температура $37,7^{\circ}\text{C}$, выраженные статодинамические нарушения. Кожа бледная, иктеричная. Подкожные кровоизлияния. Периферические лимфоузлы мелкие. Пальпация мышц болезненная. АД 120/80. Пульс 85, ЧДД 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное. Печень $16/4-10-8$ см. Селезенка 12×8 см. ОАК: эр. $2,84 \times 10^{12}/л$, тр. $45 \times 10^9/л$, лейкоц. $6,0 \times 10^9/л$, СОЭ 41 мм/ч. БАК: существенное повышение АЛТ, АСТ, ЩФ, КФК, ЛДГ, ГГТП; билирубин в норме при поступлении и повышение его уровня в динамике. ОАМ: следы белка, единичные эритроциты. Выставлен клинический диагноз полимиозит. В круг дифференциального диагноза включены: паранеопластический синдром, гемобластозы, хронический гепатит. Преднизолон в высоких дозах не оказывал эффекта. По результатам стеральной пункции лейкозы исключены. Вирусы гепатита В, С, ВИЧ не выявлены. Исключен иммунный характер анемии, тромбоцитопении. При биопсии кожно-мышечного лоскута и исследовании иммунограммы исключен полимиозит. В течение двух недель в стационаре прогрессировали анемия, тромбоцитопения, развились крупноочаговые повреждения миокарда, нефротический синдром, ишемический инсульт в правой теменной области. Заподозрены АФС, СКВ. Лабораторного подтверждения эти заболевания не нашли. Развитие развернутого симптомокомплекса: тромбоцитопении, гемолитической анемии, неврологических нарушений, поражения почек, лихорадки при отсутствии доказательств иммунной патологии позволили высказать предположение о ТТП. Была начата терапия плазмаферезом (ПАФ) и СЗП. Однако остановить прогрессирование болезни не удалось. Развились ТЭЛА, желудочное кровотечение. 02.10.2014 г. наступила смерть. При патологоанатомическом исследовании диагноз ТТП подтвержден. На вскрытии – множественные инфаркты (мозга, сердца, почек, селезенки,

надпочечников, легких), гемморогии и гематомы, эрозии и язвы желудка. При микроскопическом исследовании в сосудах мелкого калибра практически всех органов – геалиноз и эритроцитарные тромбы. Заключение. Клиническое наблюдение демонстрирует сложность диагностики ТТП. Для оптимизации диагностики ТТП у всех больных с тромбоцитопенией и гемолитической анемией помимо иммунной, онкологической патологии необходимо включать в дифференциальный диагноз это заболевание. Более ранняя диагностика и раннее осуществление ПАФ могут улучшить прогноз ТТП.

Динамика параметров функции эндотелия у больных сахарным диабетом 2 типа по данным потокозависимой вазодилатации на фоне СРАР-терапии

Сергацкая Н.В., Гусаковская Л.И., Борисова Н.А.

Пензенский государственный университет, Пенза

Цель: оценить влияние СРАР-терапии на функцию эндотелия у больных сахарным диабетом 2 типа (СД), страдающих средней и тяжелой формой синдрома обструктивного апноэ во сне (СОАС).

Материалы и методы: обследовано 42 человека с СД и средней и тяжелой формой СОАС согласно рекомендациям Американской академии медицины сна (AASM). 22 пациентам (1-я группа СРАР) помимо антигипертензивного лечения (АГТ) проводилась 12-недельная СРАР-терапия прибором «Somnolabance e» (Weinmann, Германия). Средний возраст в данной группе составил 58,3±7,3 лет, индекс массы тела (ИМТ) – 41,8±15,2 кг/м²; систолическое артериальное давление (САД) – 156,3±6,0 мм рт.ст., диастолическое артериальное давление (ДАД) – 95,0±5,6 мм рт.ст. Все аппараты были оснащены нагреваемым увлажнителем, обеспечивающим лучшую переносимость СРАР-терапии и снижение количества осложнений. Во 2-ю (контрольную – К) группу вошли 20 больных СД, находившихся на фармакотерапии без дополнительного лечения методом СРАР. Средний возраст пациентов составил 56,0±8,4 лет, ИМТ – 38,4±4,1 кг/м²; САД – 155,6±8,9 мм рт.ст., ДАД – 96,9±4,7 мм рт.ст. Обследуемые были сопоставимы по возрасту, полу, росту, офисным значениям АД. Важно подчеркнуть, что все включенные в исследование пациенты страдали АГ 1–2 степени согласно рекомендациям ВНОК. Оценка степени нарушения дыхания во сне проводилась с помощью аппарата для кардио-респираторного мониторинга SOMNOcheck2 (Weinmann, Германия). Функцию эндотелия исследовали методом потокозависимой вазодилатации на ультразвуковом аппарате MyLab 90 (Esaote, Италия). Определяли индекс реактивности (ИРе), показатель потокозависимой вазодилатации (ПЗВД). Кроме того, оценивали диаметр общей сонной артерии (ДОСА) и толщину комплекса интима-медиа (ТКИМ).

Результаты. До начала лечения не было выявлено достоверных различий между группами сравнения по всем параметрам, отражающим функцию эндотелия. В группе СРАР исходные значения ИРе составили 1,3±0,3, ПЗВД – 8,4±4,9%, ДОСА – 7±1,1 мм, ТКИМ – 1,1±0,2 мм. На фоне проводимой коррекции дыхательных нарушений отмечалось увеличение ИРе до 1,5±0,3 (на 15,7%; $p<0,05$) и показателя ПЗВД до 12,2±3,0% (на 45,2%; $p<0,05$). Значения ДОСА и ТКИМ через 12 недель снизились до 6,95±1,1 мм (нд) и 1,0±0,1 мм, соответственно ($p<0,05$). У пациентов группы К параметр ИРе исходно составил 1,2 (1,1; 1,4), ПЗВД – 7,5 (5; 9,52) %, ДОСА – 6,2 (5,45; 6,5) мм, ТКИМ – 1,0±0,1 мм. На фоне АГТ выявлена динамика по показателю ПЗВД с увеличением до 8,9±5,3 % (на 15,5 %; $p<0,05$). Значения ИРе, ДОСА и ТКИМ достоверно не изменились в группе К через 12-недель лечения и составили 1,5±0,4, 5,7±1,0 мм и 1,0±0,1 м/с, соответственно.

Выводы: применение СРАР-терапии у больных сахарным диабетом и синдромом апноэ способствует более выраженному улучшению функции эндотелия по данным потокозависимой дилатации.

Распространенность предгипертонии и оценка кардиоваскулярного риска у лиц молодого возраста

Силкина С.Б., Антропова О.Н.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Тенденция к «омоложению» сердечно-сосудистых заболеваний является предпосылкой к увеличению распространенности сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц трудоспособного возраста. Лица с высоким нормальным артериальным давлением (предгипертонией) имеют более высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний. Вероятность трансформации высокоуровневой предгипертонии в артериальную гипертензию значительно увеличивается при наличии факторов риска. Цель исследования. Определение распространенности высокого нормального артериального давления ассоциированного с ним факторов риска (ФР) и оценка кардиоваскулярного риска у лиц молодого возраста (по данным планового медицинского обследования лиц находящихся на государственной службе)

Методы. В исследовании участвовали лица, обратившиеся для прохождения планового медицинского обследования, всего 67 человек. Критериями включения были: возраст от 20–39 лет, отсутствие сахарного диабета, установленного диагноза артериальной гипертензии, онкопатологии. Из исследования исключались беременные женщины и женщины в периоде лактации. Данным критериям соответствовало 56 человек, из них 34 мужчин, 22 женщины. Выявлялись ФР сердечно-сосудистых заболеваний. Измерялись рост, вес, окружность талии, АД на обеих руках автоматическим тонометром. В анализ включали среднее значение из трех измерений систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД). Оценку уровней САД и ДАД (оптимальное, нормальное, высоконормальное и АГ) проводилась в соответствии с действующей классификацией уровней артериального давления (АД) Российского кардиологического общества. Лабораторное исследование включало измерение уровней глюкозы крови натощак, и уровня общего холестерина с показателями липидного профиля в образцах сыворотки крови. Относительный суммарный кардиоваскулярный риск был оценен согласно таблице SCORE для лиц моложе 40 лет.

Результаты. Средний возраст обследуемых составил 35±1,2 года для мужчин, 33±1,6 года для женщин. Курение выявлено у 11 человек (19,6%) из них у 2 женщин (3,5%), у 9 мужчин (16%). Отягощенный наследственный анамнез был установлен у 10 человек (17,8%). Высокое нормальное АД было выявлено у 32% исследуемых, у 14% женщин и 17% мужчин, без достоверно значимых различий. Избыточный вес диагностирован у 27 участников (48%), ожирение (во всех случаях ожирение 1 степени) – у 12,5%. Гиперхолестеринемия преобладала у мужчин по сравнению с женщинами (у 21,4% мужчин, 12,5% женщин). У всех лиц с высоконормальным АД был выявлен хотя бы 1 фактор риска. Все мужчины с ожирением имели высокое нормальное АД и 11, 7% с избыточными весом. Среди курящих мужчин предгипертония была выявлена у 44%, у 16% мужчин имеющих гиперхолестеринемию с атерогенной дислипидемией. Среди женщин высокое нормальное АД сочеталась с курением в 50% случаев, с избыточным весом в 40%, с ожирением в 50%, с гиперхолестеринемией в 33% случаях. Умеренный относительный кардиоваскулярный риск по SCORE был выявлен у 16% мужчин, и у 2% женщины, все остальные

участники имели низкий кардиоваскулярный риск по относительной шкале SCORE.

Выводы. Имеется высокая распространенность высоко нормального АД и модифицируемых ФР среди лиц молодого возраста. Предгипертензия сочетается с такими кардиоваскулярными ФР, как ожирение, избыточный вес, курение, гиперхолестеринемия с дислипидемией. Однако мы выявили относительно небольшой процент участников, имеющих умеренный кардиоваскулярный риск. Значительный вклад в увеличение сердечно-сосудистого риска вносит курение среди мужчин и гиперхолестеринемия среди женщин.

Случай глюкагономы поджелудочной железы

Симоненко А.В., Дулин П.А., Симоненко В.Б., Маканин М.А., Джанашия Е.А.

Медицинский учебно-научный клинический центр
им. П.В.Мандрыка, Москва

Глюкагонома – нейроэндокринная опухоль из альфа-клеток поджелудочной железы (ПЖ) составляют 8–13% всех нейроэндокринных опухолей (НЭО). Эпонимические названия: синдром Маллисона; диабетический-гипергликемический-дерматитный синдром. Частота диагностики новых случаев составляет 0,5:1 млн населения в год. Средний возраст на момент появления симптомов – около 50 лет. У женщин опухоль встречается чаще (4:1), чем у мужчин. Это – функционально активная, в 50% случаев злокачественная опухоль с наличием типичной клинической симптоматики – синдрома глюкагономы, который включает некролитическую мигрирующую эритему с вторичным буллезным дерматитом, нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет, снижение массы тела, анемию, тромбофилию, нарушения пищеварения и психики. Диагноз подтверждают исследованием уровня глюкагона в плазме крови: у здоровых лиц – от 50 до 150 пг/мл, верхняя граница может достигать 175–200 пг/мл; у больных глюкагомомами – от 510 до 6600 пг/мл (по некоторым данным, 320–9600 пг/мл), наиболее часто – от 750 до 2500 пг/мл.

Цель – демонстрация собственного наблюдения. Больная Т., 56 лет. С 1996 г. диагностирован СД 2-го типа. В 2002 г. была обнаружена опухоль ПЖ 4 стадии. Проведена терапия гемзаром (6 курсов). В течение 5 лет опухолевая прогрессия не отмечалась, что позволило усомниться в правильности первоначального диагноза аденокарциномы ПЖ. При поступлении в госпиталь состояние средней тяжести. Пониженное питание. Кожные покровы бледные, с участками гиперпигментации и шелушения. На коже бедер и предплечий коричнево-красные эритематозные высыпания с участками поверхностного некролиза, розоватые пятна, папулы, красные отечные бляшки неправильной формы с эритематозными изменениями по краям. Язык сухой, ярко малиновой окраски. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации. В верхне-левом квадранте живота пальпируется безболезненное, ограниченно подвижное, плотное, с бугристой поверхностью образование размерами 10х15 см. В анализе крови выявлено: Нв 93 г/л (норма 120–160 г/л), эр. 3,3х10¹²/л (норма 4,1–5,1), СОЭ 45 мм/час. В биохимическом исследовании крови: глюкоза 10,7 ммоль/л (норма 3,9–6,3), другие показатели в норме. Гликемический профиль: 6,7–8,0–4,8 ммоль/л. СА 15–3 19,6 ед/мл (норма 0–31,3), АФП 3,83 нг/мл (0–15,0), СА 125 8,93 ед/мл (норма 0–35,0) При КТ и МРТ: в верхнем отделе брюшной полости слева визуализируется гомогенная масса, объединяющая диффузно утолщенные стенки желудка, двенадцатиперстной, тощей кишки, оттесняющая селезенку и ПЖ. ПЖ резко оттеснена кпереди, увеличена в размерах на уровне тела и хвоста:

головка 31 мм, тело 26 мм, хвост 20 мм. Структура ПЖ неоднородна. Отмечается равномерное расширение вирсунгова протока на уровне тела. Визуализируются множественные увеличенные лимфатические узлы, в том числе в виде конгломератов, в воротах печени диаметром до 36 мм, межпечельно и парааортально до 24 мм.

13.12.06 г. проведена лапаротомия, субтотальная циторедуктивная резекция опухоли.

Гистологическое исследование: опухоль, окруженная фиброзной капсулой, построенная из мономорфных гиперхромных клеток, формирующих ячейки, солидные поля. Митозы редкие, цитоплазма скудная, слабобазофильная, в строме гиалиноз.

Иммуногистохимическое исследование с антителами к ОЦК, S-100, NSE, хромогранину А, синаптофизину, гладкомышечному актину, инсулину, глюкагону. Реакция с гладкомышечным актином отрицательная в опухоли. Реакция с инсулином отрицательная. Реакция с глюкагоном, хромогранин А, ОЦК, синаптофизин, S-100, NSE – положительная в клетках опухоли: нейроэндокринный рак, злокачественная глюкагонома. Получала сандостатин – 150 мкг 3 раза в день. Состояние ее улучшилось. Высыпания на коже не рецидивировали. Улучшился аппетит, прекратилась рвота. Масса тела увеличилась на 8 кг. Состояние ее оставалось удовлетворительным, вела активный образ жизни. Через 7 лет после оперативного лечения отмечен продолженный рост опухоли. Противоопухолевые препараты системного действия (5-фторурацил, препараты платины) устойчивого эффекта не дали. При аутопсии выявлена низкодифференцированная эндокринная карцинома ПЖ с множественными отдаленными метастазами.

Заключение. Глюкагономы растут медленно, медиана выживаемости около 15 лет. Циторедуктивное хирургическое лечение и аналоги соматостатина позволяют длительное время сохранять пациентам удовлетворительное качество жизни.

Роль гиперурикемии в развитии и прогрессировании хронической болезни почек при ревматоидном артрите

Симонова Н.О., Гордеев А.В.

Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ, Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насонова, Москва

Цель исследования: изучить влияние гиперурикемии на течение хронической болезни почек у больных ревматоидным артритом.

Методы и материалы исследования: представлены результаты исследования, основанного на комплексном обследовании 107 больных ревматоидным артритом, наблюдавшихся на разных этапах заболевания в отделении нефрологии и ревматологии ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» УДП РФ с 1978 по 2014 гг. Критериями включения пациентов в исследование служили: достоверный диагноз ревматоидного артрита (в соответствии с критериями Американской коллегии ревматологов – American College of Rheumatology (ACR), 1987 г. и диагностическими критериями (ACR/EULAR) 2010), возраст старше 18 лет. Оценка функции почек проводилась путем определения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration), являющейся скорректированной формулой MDRD (Modification Diet Renal Disease) и позволяющей оценивать СКФ в том числе у больных с сохраненной функцией почек. Гиперурикемией считалось повышение мочевой кислоты сыворотки крови выше 360 мкмоль/л у женщин и более 420 мкмоль/л у

мужчин (согласно критериям Европейской лиги по борьбе с ревматизмом (European League Against Rheumatism — EULAR) и Американской коллегии ревматологии (American College of Rheumatology — ACR). Сила связи между изучаемыми показателями выражена через коэффициент корреляции Пирсона (r) и коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r_s). Результаты: в представленной выборке преобладали женщины — 76 (71%). Возраст больных клинической группы на момент включения в исследование варьировался от 42 до 90 лет, в среднем составив $70,1 \pm 10,0$ лет. Средний возраст дебюта ревматоидного артрита составлял 65,6 года. В представленной группе преобладали больные с дебютом ревматоидного артрита в пожилом возрасте (61,7%). Серопозитивность по ревматоидному фактору (РФ) составила 59,8%. У 33 пациентов (30,8%) была выявлена гиперурикемия на момент начала исследования, в этой группе преобладали женщины — 24. В результате корреляционного анализа (ранговые корреляции Спирмена) отмечена отрицательная корреляция СКФ с гиперурикемией ($r = -0,372$, $p = 0,0016$). Оценка независимости взаимосвязи между гиперурикемией и СКФ была проведена с помощью линейной регрессии. Базисная модель включала значимые факторы риска, выявленные с помощью корреляционного анализа: пол, гиперурикемия, возраст дебюта РА, возраст пациента на момент исследования. Гиперурикемия имела вторую по выраженности корреляцию с СКФ ($\beta = -0,28$, $p < 0,05$) после показателя «возраст пациента» ($\beta = -0,55$, $p < 0,05$). Заключение: несмотря на очевидную мультифакторность развития и прогрессирования хронической болезни почек у пациентов с ревматоидным артритом, гиперурикемия является одним из наиболее значимым фактором риска почечной дисфункции у таких больных. Признание роли гиперурикемии как независимого предиктора развития хронической болезни почек у больных ревматоидным артритом приводит к необходимости динамического контроля концентрации мочевой кислоты в сыворотке крови как на начальных стадиях РА, так и в процессе лечения, что позволяет остановить прогрессирование уратной нефропатии, развитие нефросклероза и терминальной почечной недостаточности.

Микроциркуляторное русло у прекративших курить практически здоровых лиц молодого возраста

Сиротин Б.З., Корнеева Н.В.

Дальневосточный государственный медицинский университет,
Хабаровск

Цель работы: изучить влияние прекращения курения на состояние микроциркуляторного русла у практически здоровых лиц молодого возраста.

Материалы и методы: обследовано 66 практически здоровых людей молодого возраста. Критерии включения: отсутствие хронических заболеваний со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной систем, а также отягощенной по этим заболеваниям наследственности. Обследованные были разделены на 3 группы: курящие ($n=15$, М:Ж — 5:10, средний возраст — $21,47 \pm 0,75$ лет), некурящие ($n=18$, М:Ж — 6:12, средний возраст — $21 \pm 0,27$ лет) и прекратившие курение ($n=33$, М:Ж — 20:13, в возрасте от 18 до 29 лет, в среднем — $21,6 \pm 0,48$ лет). Длительность курения — от 1 до 20 лет, в среднем — $4,85 \pm 0,81$ лет. Давность прекращения курения — от 1 месяца до 10 лет, в среднем — $2,52 \pm 0,45$ лет. Проводили компьютерную видеобиомикроскопию бульбарной конъюнктивы. Получали изображение, увеличенное в 96 крат, по которому осуществляли морфометрию с помощью экранной линейки, предварительно калиброванной под нужный масштаб, результаты получали в микрометрах (мкм). Оценивали изменение диаметра микрососудов у

прекративших курение табака при сравнении с некурящими и курящими. Полученные результаты подвергли статистической обработке.

Результаты и их обсуждение. Средний диаметр артериол у прекративших курить увеличивается в сравнение с курящими ($18,34 \pm 0,65$ мкм и $13,01 \pm 0,41$ мкм, $p < 0,001$) и приближается к показателю у некурящих ($20,59 \pm 0,63$ мкм, $p < 0,05$). Средний диаметр венул у прекративших курить увеличился в сравнение с курящими ($37,04 \pm 0,78$ мкм и $33,35 \pm 1,13$ мкм, $p < 0,05$) и некурящими ($34,26 \pm 1,15$ мкм, $p > 0,05$). Средний диаметр капилляров у прекративших курить увеличивается в сравнение с курящими ($9,89 \pm 0,19$ мкм и $9,2 \pm 0,23$ мкм, $p < 0,05$), и приближается к некурящим. Количество капилляров у прекративших курить не отличается от некурящих ($8,01 \pm 0,21$ ед/мм² и $8,25 \pm 0,44$ ед/мм², $p > 0,05$), с курящими же имеются достоверные различия ($5,76 \pm 0,3$ ед/мм², $p < 0,001$). С целью установить, когда измененные показатели начинают восстанавливаться и достоверно отличаться от курящих, всех обследованных прекративших курить разделили на 3 группы по давности отказа от курения. 1 группа ($n=12$) — прекратившие курение от 0 до 1 года (минимальный срок составил 1 месяц, максимальный — 10 месяцев), 2 группа ($n=12$) — от 1 года до 3 лет включительно, 3 группа ($n=9$) — от 5 до 10 лет. Показатели, полученные в данных группах, сравнивали с показателями курящих.

Результаты исследования продемонстрировали достоверное увеличение диаметра артериол уже в первые месяцы прекращения курения ($13,01 \pm 0,41$ мкм у курящих и $17,34 \pm 1,15$ мкм в 1 группе, $p < 0,01$), увеличиваясь со временем ($18,9 \pm 1,02$ мкм во 2 группе, $p < 0,001$, $18,93 \pm 1,47$ мкм в 3 группе, $p < 0,01$) и приближаясь к показателям у некурящих. Диаметры венул во всех группах прекративших курить больше, в сравнение с курящими ($p < 0,05$). Во всех группах прекративших курить по сравнению с курящими средние диаметры капилляров увеличились, достоверные различия появляются с 3 группой ($9,2 \pm 0,23$ мкм и $10,37 \pm 0,43$ мкм, $p < 0,05$), прекративших курить от 5 до 10 лет назад. Количество капилляров у прекративших курение молодых людей достоверно возрастает в первый год отказа от курения ($5,76 \pm 0,3$ ед/мм² и $7,68 \pm 0,42$ ед/мм², $p < 0,01$) и продолжает увеличиваться с течением времени, приближаясь к показателям некурящих через 1–3 года после прекращения курения ($7,98 \pm 0,31$ ед/мм², $8,5 \pm 0,34$ ед/мм², $p < 0,001$). Таким образом, феномен рарификации, который отражает влияние курения на сосуды МЦР в молодом возрасте, достаточно быстро подвергается обратному развитию.

Выводы. У молодых людей, прекративших курение табака, происходит значительное увеличение диаметра артериол и капилляров в сравнение с курящими, также увеличивается число функционирующих капилляров на 1 мм² поверхности конъюнктивы. Положительная реакция сосудов МЦР в виде достоверного увеличения диаметра артериол и увеличения количества функционирующих капилляров на 1 мм² поверхности конъюнктивы наблюдается в течение первого года отказа от курения. Все эти изменения в МЦР свидетельствуют о положительном влиянии прекращения курения в молодом возрасте на сосуды МЦР.

Клинико-патоморфологическая характеристика острого повреждения почек в контексте системной воспалительной реакции при инфаркте миокарда на госпитальном этапе

Скородумова Е.А., Костенко В.А., Ильина В.А., Пивоварова Л.П.,
Малышев М.Е., Арискина О.Б., Осипова И.В., Сиверина А.В., Федоров А.Н.

Научно-исследовательский институт скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Целью исследования явилось изучить влияние хронической болезни почек (ХБП) и их острого повреждения на течение инфаркта миокарда (ИМ) и

патоморфологическую картину заболевания в госпитальном периоде. Материалы и методы. Обследованно 637 пациентов, лечившихся в ГБУ НИИ СП им И.И. Джанелидзе в 2012–2013 гг., по поводу инфаркта миокарда. Всего умерли 69 больных (10,8%). Из них в первые 5 суток погибли 53 человека (76,1%) и 16 пациентов (23,9%) – в последующие дни. I группу составили 568 выживших больных. II группа представлена 69 пациентами с ИМ, умершими в стационаре. Оценивались клиническое течение, лабораторные данные (в том числе иммунологические), морфологические изменения при аутопсиях по протоколам вскрытий. Данные статистически обработаны.

Полученные результаты. Причины смерти: острая левожелудочковая недостаточность и кардиогенный шок – Killip III–IV класса 68,1% случаев, рецидив ИМ – 13,0%, тромбоэмболия ветвей легочной артерии 15,9%, разрыв миокарда 3,0%. Летальность среди пациентов с острым повреждением почек (ОПП) при ИМ и скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) от 60 до 30 мл/мин/1,73 м² была выше по сравнению с больными без этого: 12,1% против 5,6%, $p < 0,01$. Средний возраст пациентов во II группе (74,3±4,1 года) был выше, чем у выживших больных (63,2±3,2 лет), $p < 0,05$. Умерших мужчин было существенно меньше, чем выживших: 43,7% против 68,9%, $p < 0,01$, женщин больше: 56,3% против 31,1%, $p < 0,01$. Гипертоническая болезнь диагностирована практически у всех пациентов, различий по выборкам не обнаружено. Сахарным диабетом страдали 43,7% больных во II группе и 28,5% в I, $p < 0,01$. ИМ в прошлом перенесли 53,5% пациентов во II группе и 26,7% в I, $p < 0,01$. ХБП имели во II-й когорте 52,1% и 45,4% в I, $p > 0,05$. ИмпСТ был у 85,5% умерших и у 70,5% выживших, $p < 0,01$. ИмпбСТ был у 14,5% больных во II против 29,8% в I, $p < 0,01$. 84,1% QIM во второй группе и 68,1% в первой, $p < 0,01$. Не QIM 15,9% во II и 31,9% в I, $p < 0,01$. Передняя локализация ИМ среди погибших составила 76,8%, у выживших 53,0%, $p < 0,01$. Анализ лабораторных данных: лейкоцитоз, нейтрофилез, тахипноэ достоверно преобладали в группе умерших, ЧСС не имела достоверных различий в группах. Цистатин С был значительно выше в группе погибших по сравнению с выжившими: 1248±99 нг/мл против 872±19 нг/мл, $p < 0,01$. Липокаин 2 увеличивался в I выборке до 127,20±4,15 нг/мл, во II до 180,83±11,32 нг/мл, $p < 0,01$. Цитокины: эпидермальный фактор роста (ЭФР) среди умерших составил 1798±96 пг/мл против 1187±25 пг/мл у выживших, $p < 0,01$. Концентрация интерлейкина 6: 57,36±4,17 пг/мл и 39,20±2,13 пг/мл, $p < 0,01$. СРБ во II выборке был существенно выше: 76,14±3,18 мг/л против 39,80±1,20 мг/л в I, $p < 0,01$. Мозговой натрийуретический пептид (МНП) у пациентов второй группы составил 1715±98 пг/мл, в первой – 844±28 пг/мл, $p < 0,01$. Проанализированы 53 протокола патологоанатомических вскрытий умерших больных, что составило 76,8% от всех летальных исходов. Результаты разделены на 2 группы: без ХБП – 27 погибших (79,4%) из 34 больных, и 26 умерших (74,3%) из 35 с ХБП. Получены достоверные различия между группами: в выборке с ХБП острый канальцевый некроз (ОКН) 2–3 баллов встречался в 2,4 раза чаще (46,8%) по сравнению с выборкой без ХБП (18,5%), $p < 0,05$. ОКН 1 балл преобладал в группе ИМ без ХБП, $p < 0,05$, более 80,0% случаев.

Выводы. 1. Группу больных с ОПП при ИМ исходно характеризуют большая распространенность сахарного диабета, частота повторных ИМ. 2. ОПП при ИМ значительно повышает частоту осложнений и госпитальную летальность. 3. Маркерами отрицательного прогноза у пациентов с ИМ и ОПП в стационаре являются подъем уровней цистатина С, липокаина-2, интерлейкина 6, МНП на фоне стимуляции системной воспалительной реакции с 1 суток, и липокаина-2, ЭФР, СРБ на 4-е сутки заболевания. 4. При патоморфологическом исследовании доказано, что ХБП со СКФ от 60 до 30 мл/мин/1,73 м² у пациентов с ИМ является предиктором развития ОКН тяжелой степени.

Изучение особенностей течения инфаркта миокарда у пациентов с гипергликемией

Смирнова Е.С., Митьковская Н.П.

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь

Цель исследования: изучить особенности течения инфаркта миокарда (ИМ) при развитии гипергликемии (ГГ) у пациентов без нарушений углеводного обмена в анамнезе.

Материалы и методы исследования. В клиническое исследование были включены 165 пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST, которые были доставлены в отделения интенсивной терапии и реанимации городских клинических больниц г. Минска. Указанные пациенты были разделены на 2 группы: 92 пациента с ИМ и ГГ (исследуемая группа) и 73 пациента с ИМ без ГГ (группа сравнения). ИМ диагностировали на основании критериев, разработанных специалистами Американской коллегии кардиологов и Европейского общества кардиологов (2000 г.). В исследуемую группу включали пациентов с уровнем глюкозы плазмы крови более 8,0 ммоль/л в первые сутки ИМ и с отсутствием нарушений углеводного обмена в анамнезе. Использовали клинические, антропометрические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Статистическую обработку данных проводили с использованием статистических пакетов Statistica 10.0, Excel. Различия в группах считали значимыми при вероятности безошибочного прогноза 95,5% ($p < 0,05$).

Результаты. При проведении сравнительной оценки данных объективного обследования пациентов при первичном медицинском контакте установлено, что для лиц с ИМ и ГГ характерны достоверно более высокие значения частоты сердечных сокращений (80 (71–94) и 74 (68–82), соответственно; $p < 0,01$), более низкие значения систолического (130 (120–150) и 148 (130–160), соответственно; $p < 0,001$) и диастолического артериального давления (80 (70–90) и 90 (80–100), соответственно; $p < 0,001$) по сравнению с группой пациентов с ИМ без ГГ. Клиническая картина ИМ в группе пациентов с ГГ характеризовалась более высоким удельным весом лиц со II (31,5% ($n=29$)) и III (13,7% ($n=10$)), соответственно; $\chi^2=7,2$, $p < 0,01$), III и IV (13% ($n=12$)) и 3% ($n=2$), соответственно; $\chi^2=5,6$, $p < 0,05$) классами острой сердечной недостаточности по классификации Killip, чем в группе сравнения. Среди пациентов с ИМ и ГГ по сравнению с группой пациентов с ИМ без ГГ чаще регистрировалось развитие жизнеопасных желудочковых аритмий – желудочковой тахикардии и фибрилляции желудочков (9,8% ($n=9$)) и 1,4% ($n=1$), соответственно; $\chi^2=5,1$, $p < 0,05$). По результатам электрокардиографии установлена более высокая частота встречаемости очага поражения в передне-перегородочной и верхушечной областях левого желудочка в группе пациентов с ИМ и ГГ, чем в группе сравнения (15,2% ($n=14$)) и 4,1% ($n=3$), соответственно; $\chi^2=5,4$, $p < 0,05$). В группе пациентов с ИМ и ГГ установлена более высокая частота выявления тромботического окклюзирующего поражения инфаркт-связанной артерии по данным коронароангиограмм (85,5% и 62,2%, соответственно; $p < 0,01$), которое характеризовалось большей частотой поражения 1-го сегмента передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии (34,04% и 3,57%, соответственно; $p < 0,01$) и меньшей частотой поражения 1-го (14,89% и 46,43%, соответственно; $p < 0,01$) и 2-го сегментов правой коронарной артерии (2,13% и 21,43%, соответственно; $p < 0,01$). По результатам эхокардиографии в группе пациентов с ИМ и ГГ установлены достоверно более низкие значения фракции выброса (52±1,1% и 59±1,6%, соответственно, $p < 0,001$), более высокие значения конечно-систолического объема (68 (54–88) мл и 50 (40–56) мл, соответственно, $p < 0,05$) и конечно-систолического размера (3,9±0,1 см и 3,6±0,07 см, соответственно, $p < 0,05$) полости левого

желудочка, более высокие значения индекса локальной сократимости миокарда (1,31 (1,25–1,5) и 1,19 (1,125–1,25), соответственно; $p < 0,001$) и суммарной сократимости пораженных сегментов (10 (8–16) и 6 (4–8), соответственно; $p < 0,001$), чем в группе сравнения. В группе пациентов с ИМ и ГГ выявлены более высокие значения провоспалительных цитокинов интерлейкина-6 (2,6 (1,6–5,0) пг/мл и 0,8 (0,4–1,35) пг/мл, $p < 0,001$), фактора некроза опухоли- α (7,5 (2,6–20,3) пг/мл и 3,05 (0,7–7,3) пг/мл, $p < 0,05$) по сравнению с группой пациентов с ИМ без ГГ.

Заключение. Таким образом, течение ИМ при развитии ГГ у пациентов без нарушений углеводного обмена в анамнезе характеризовалось более тяжелой клинической картиной, неблагоприятными структурно-функциональными изменениями сердечно-сосудистой системы на фоне более значимой активации провоспалительных цитокинов по сравнению с пациентами с ИМ без ГГ.

Взаимосвязь уровня гемоглобина, креатинина, мочевины, показателей липидного спектра и параметров эхо-кардиоскопии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с диастолической дисфункцией левого желудочка

Смирнова М.П., Чижов П.А.

*Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль*

Введение: число больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) во всем мире непрерывно растет. Важное практическое значение имеет сочетание ХСН с анемией, распространенность которой при ХСН варьирует от 4 до 55%. Анемия ухудшает прогноз ХСН, усложняя течение кардиологических заболеваний и увеличивая смертность. Однако в отношении диагностики анемии и адекватной ее коррекции существует много нерешенных вопросов.

Цели и задачи: изучить уровень гемоглобина (HGB), креатинина (CRE), мочевины (URE), липидный спектр, параметры ЭХО-кардиоскопии (ЭХО-КС), а также их взаимосвязь у пациентов с ХСН с диастолической дисфункцией левого желудочка (ДДЛЖ) на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) и гипертонической болезни (ГБ).

Материалы и методы: обследовано 80 пациентов с ХСН, средний возраст $72,01 \pm 9,03$, 66 женщин и 14 мужчин. У 69 больных (87%) были диагностированы различные формы ИБС, в т.ч. стабильная стенокардия у 59 человек (73%), постинфарктный кардиосклероз – у 13 (16%), различные нарушения ритма – у 39 (49%), ГБ – у 76 человек (96%), сочетание ИБС и ГБ – у 66 человек (82%). Исследовали показатели общего анализа крови – количество эритроцитов (ЭР) и HGB, биохимические показатели – CRE, URE, показатели липидного спектра – холестерин (ОХ), липопротеиды высокой (ЛПВП) и низкой плотности (ЛПНП), триглицериды (ТГ), параметры ЭХО-КС. Показатели сократительной способности (СС) миокарда левого (ЛЖ) и правого желудочка (ПЖ) оценивали по скорости движения фиброзных колец митрального и трикуспидального клапана в м/с по данным тканевой доплерографии.

Результаты: ХСН 2ФК диагностирована у 52% обследованных, ХСН 3ФК у 42% обследованных, ХСН 4ФК у 6%. ДДЛЖ по данным ЭХО-кардиоскопии выявлена у 66% обследованных с ХСН. ДДЛЖ гипертрофического типа (ДД1) диагностирована у 33 обследованных (42%), ДДЛЖ псевдонормального типа (ДД2) – у 11 обследованных (13%), ДДЛЖ рестриктивного типа (ДД3) выявлена у 8 (10%). Установлено, что у больных с ДД2, по сравнению с лицами с ДД1 достоверно увеличены размеры левого предсердия (ЛП) и снижен ударный объем (УО). У лиц с ДД3, по сравнению с ДД1,

достоверно выше конечный систолический размер (КСР), конечный диастолический (КДО) и конечный систолический (КСО) объемы и ниже УО и фракция выброса (ФВ). У пациентов с ДД3, по сравнению с группой с ДД2, достоверно ниже ФВ, а КСР, КДО и КСО имеют тенденцию к увеличению ($p < 0,1$). В группе пациентов с ДД3 СС ЛЖ и ПЖ достоверно ниже, чем у больных с ДД2 и ДД1. У обследованных с ДД2, по сравнению с лицами с ДД1, СС ПЖ достоверно ниже, а СС ЛЖ имеет тенденцию быть ниже. У больных с ДД3 уровень HGB и количество ЭР ($117,42 \pm 18,47$ и $3,98 \pm 0,72$) достоверно ниже, чем у лиц с ДД1 ($137,38 \pm 17,77$ и $4,71 \pm 0,57$ соответственно) и имеют тенденцию к снижению, по сравнению с больными с ДД2 ($134,53 \pm 25,68$ и $4,57 \pm 0,56$). У обследованных с ДД3 показатели CRE и URE ($0,111 \pm 0,029$ и $12,65 \pm 5,32$, соответственно) достоверно выше, по сравнению с ДД2 ($0,083 \pm 0,020$ и $6,28 \pm 2,33$ соответственно) и ДД1 ($0,080 \pm 0,018$ и $5,71 \pm 2,23$ соответственно), а уровень ЛПВП – достоверно ниже ($0,85 \pm 0,08$ против $1,17 \pm 0,19$ и $1,23 \pm 0,16$ соответственно). У обследованных с ДД3 также достоверно ниже, чем у лиц с ДД1, уровень ОХ, ЛПНП и ТГ. По всей группе обследованных с ДД установлены достоверные отрицательные корреляции между ЭР и URE, и положительные корреляции между HGB и ТГ, ЭР и ТГ. Сходные корреляции были установлены в группе больных с ДД1. В группе с ДД2 установлены достоверные положительные корреляции между HGB и ОХ, HGB и ЛПНП. В группе пациентов с ДД1 выявлены достоверные отрицательные корреляции между HGB и КДР, КДО, КСО.

Выводы. Сократительная способность миокарда ЛЖ и ПЖ ухудшается по мере нарастания ДД. С увеличением степени ДД от ДД1 к ДД3 наблюдается повышение уровня CRE и URE и снижение числа ЭР и концентрации HGB, ОХ, ЛПВП, ЛПНП, ТГ. Снижение числа ЭР и уровня HGB при нарастании ХСН свидетельствует о прогрессирующем нарушении эритропоэза, что может способствовать нарастанию системной гипоксии и еще большему нарушению СС сердца. Одними из возможных причин нарушений эритропоэза при нарастании ХСН могут быть поражение почек (кардио-ренальный синдром) и кардиальный фиброз печени.

Анализ эффективности различных видов заместительной почечной терапии при лечении больных терминальной хронической почечной недостаточностью

Смородина Е.И., Путинцев Д.В., Приходько О.Б., Сатурова М.В.

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

В последние годы в мире отмечается значительный рост числа больных с хронической болезнью почек, встречающейся в различных возрастных группах, увеличиваясь с возрастом. Потенциально больным с хронической болезнью почек (ХБП) угрожает развитие терминальной хронической почечной недостаточности (ТХПН), требующей заместительной почечной терапии (ЗПТ). По статистическим данным, рост больных с ТХПН ежегодно составляет 7%, что в пять раз превышает темпы роста населения мира. Наиболее эффективным методом ЗПТ является трансплантация почки. Выживаемость реципиентов почечного аллотрансплантата через 5 и 10 лет после операции, согласно данным международных исследований, составляет 85 и 70 % соответственно. В то время как диализная терапия показывает данные до 40% 5-летней выживаемости на гемодиализе и при перитонеальном диализе.

Цель и задачи исследования: сравнительный анализ отдаленных результатов при различных видах ЗПТ: программном гемодиализе,

перитонеальном диализе и трансплантации почки у больных с терминальной хронической почечной недостаточностью в Амурской области.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 938 больных, наблюдавшихся и получающих лечение в отделении гемодиализа ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница». При этом 23 из них была выполнена первичная трансплантация почки, 806 больных получали программный гемодиализ (ГД) и 109 – перитонеальный диализ (ПД).

Результаты. Среди факторов, более всего влияющих на исход диализной терапии, отмечены следующие: возраст пациентов, составляющий в среднем 38 лет (т.е. преобладающими были больные молодого возраста), женский пол и наличие хронического гломерулонефрита (ХГН), составившего 47,1% от общего числа больных на ПГД, что превышало показатели числа пациентов, имеющих в качестве основного заболевания сахарный диабет – 9,6%. Следует отметить, что сравнительный анализ эффективности различных видов диализной терапии в целом не выявил отличий в отдаленных результатах лечения. Выживаемость за последние 5 лет составила при ГД – 76,9%, при ПД – 87,9%, в то время как при трансплантации почки – 100% от общего числа больных. Больные пережившие 10 лет почечной терапии на ПД составили 89,2%, ГД – 72,5%, ТП – 100% (т.к. наблюдаемые больные пережили 10-летний период). Перитонеальный диализ как один из методов заместительной почечной терапии, был внедрен в ГАУЗ АО «Амурская областная клиническая больница» в 2003 г. В течение первого года на лечении находилось 2 больных, затем количество пациентов увеличилось. При сравнении отдаленных результатов ТП с ПД- и ГД-лечением выяснилось, что выживаемость реципиентов почечного трансплантата во все сроки наблюдения была достоверно выше, чем у больных, получавших заместительную терапию диализом, и через 5 лет составила 83% против 44% у ПД- и 54% – у ГД-больных. Как и в группе диализных больных, прогностически неблагоприятным фактором был возраст пациентов на момент операции. Пятилетняя выживаемость реципиентов почечного трансплантата в группе больных моложе 50 лет составила 85%, в то время как у реципиентов старшей возрастной группы этот показатель снижался до 73%. Выживаемость при ТП в обеих возрастных группах оказалась достоверно выше, чем у диализных больных в эти же сроки. Выводы. Сравнительный анализ выживаемости при различных видах ЗПТ показал, что выживаемость реципиентов почечного трансплантата во все сроки наблюдения была достоверно выше, чем больных, получавших ЗПТ методами программного гемодиализа и перитонеального диализа. Таким образом, представленные данные, убедительно демонстрирующие преимущества трансплантации почки при лечении терминальной хронической почечной недостаточности, позволяют рекомендовать ее в качестве предпочтительного метода заместительной почечной терапии.

Лизиноприл и инволютивная модуляция NO-регуляции агрегации тромбоцитов и антиагрегационной активности сосудистой стенки у больных гипертонической болезнью

Соболева Н.И., Горшунова Н.К.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) обладают гипотензивным и органопротективным действием, в том числе, влиянием на первичный гемостаз и сосудистый эндотелий.

Цель исследования: оценка корригирующего влияния иАПФ лизиноприла

на NO-регуляцию агрегации кровяных пластинок, вызванной коллагеном, у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) старшего возраста. В открытом рандомизированном исследовании приняли участие 36 пожилых больных ГБ (календарный возраст (КВ) – 68,34±4,42) и 36 лиц с ГБ старческого возраста (КВ – 77,66±1,15), отобранных случайным методом. Диагноз ГБ и степень артериальной гипертензии (АГ) устанавливались на основании критериев диагностики ВОЗ и ВНОК (2009). Им через 2 недели после исключения приема антигипертензивных препаратов назначался лизиноприл в дозе 10 мг в сутки в течение 60 дней.

В работе использовались следующие методы: определение интенсивности десквамации эндотелия по Hladovec, Rossman (1973), нитритов сыворотки крови с помощью реакции Грисса, агрегации тромбоцитов, индуцированной коллагеном, по методу Born G. (1962) с оценкой длительности латентного периода и максимальной агрегации до веноокклюзионной пробы и после нее. Статистический анализ результатов проведен при помощи пакета программ Microsoft Excel. По окончании лечения лизиноприлом установлено снижение уровня циркулирующих эндотелиоцитов у пожилых с $1,72 \pm 0,07 \times 10^9$ клеток/л до $1,50 \pm 0,07 \times 10^9$ клеток/л ($p < 0,001$), у пациентов старческого возраста – с $1,86 \pm 0,05 \times 10^9$ клеток/л до $1,62 \pm 0,01 \times 10^9$ клеток/л ($p < 0,001$), что свидетельствует об эндотелийпротективном действии препарата, повышающего резистентность интимы к гемодинамическому напряжению. При исследовании нитрита плазмы крови после курса лечения у пожилых больных АГ отмечено его повышение с $5,24 \pm 0,13$ мкмоль/л до $5,54 \pm 0,16$ мкмоль/л ($p < 0,001$), у пациентов старческого возраста – с $4,88 \pm 0,10$ мкмоль/л до $5,18 \pm 0,11$ мкмоль/л ($p < 0,001$). Подобное повышение уровня нитритов в крови на фоне снижения интенсивности десквамации эндотелиоцитов свидетельствует о восстановлении количества функционально активных клеток внутреннего слоя сосудистой стенки. При применении лизиноприла отмечено достоверное повышение длительности латентного периода с $110,8 \pm 1,86$ сек. до $117,75 \pm 1,15$ сек. у пожилых ($p < 0,05$) и с $111,7 \pm 1,83$ сек. до $118,5 \pm 1,79$ сек. у больных старческого возраста ($p = 0,01$). Проведение веноокклюзионной пробы приводило к удлинению lag-периода как у лиц пожилого возраста до $123,5 \pm 1,4$ сек. ($p < 0,001$), так и старческого – до $124,4 \pm 1,7$ сек. ($p < 0,001$), тогда как до лечения продолжительность латентного периода после проведения манжеточной пробы изменялась недостаточно. Использование лизиноприла вызывало также уменьшение интенсивности агрегации кровяных пластинок с $52,7 \pm 1,43\%$ до $46,7 \pm 1,15\%$ ($p < 0,01$) у пожилых, и с $51,4 \pm 1,08\%$ до $45,7 \pm 0,82\%$ ($p < 0,001$) у больных старческого возраста. Временная ишемия сосудистой стенки после курса гипотензивной терапии способствовала дальнейшему достоверному снижению значений агрегационной активности у пожилых больных ГБ до $41,1 \pm 0,95\%$ ($p < 0,001$), у пациентов старческого возраста – до $40,6 \pm 0,74\%$ ($p < 0,001$), в то время как до лечения столь выраженных изменений агрегации в обеих возрастных группах стресс-проба не вызывала. Подобное изменение агрегационного процесса на фоне гипотензивной терапии иАПФ может свидетельствовать о преимущественном влиянии лизиноприла на антиагрегационную составляющую первичного гемостаза вследствие эндотелийпротективных эффектов, приводящих к нормализации содержания NO и активизации простаглицлиносинтезирующей активности эндотелия. Меньшую эффективность лизиноприла у лиц старческого возраста можно объяснить снижением чувствительности клеточных рецепторов к препарату. Таким образом, уменьшение возрастзависимого снижения синтеза и секреции медиаторов с антиагрегантным действием вследствие восстановления качественного и количественного клеточного состава интимы и повышение антиагрегационной активности сосудистой стенки позволяют использовать лизиноприл в качестве многоцелевой монотерапии у пациентов старшего возраста.

Гендерные особенности структуры метаболического синдрома у пациентов с ишемической болезнью сердца

Соловьева А.В.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, Рязань

Цель исследования: изучить гендерные особенности структуры метаболического синдрома (МС) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы исследования. В исследование включены 198 пациентов с МС: 132 женщины (возраст $65,1 \pm 0,6$ лет) и 66 мужчин (возраст $59,6 \pm 1,1$ лет), находившихся на стационарном лечении в отделениях терапевтического и кардиологического профиля ГБУ РО ОКБ г. Рязани. У всех пациентов имела место артериальная гипертензия, ИБС: стабильная стенокардия напряжения II–III ФК. Проводились антропометрические исследования (окружность талии), лабораторные исследования показателей липидного спектра крови (триглицериды – ТГ, липопротеиды низкой плотности – ЛПНП, липопротеиды высокой плотности – ЛПВП) и показателей углеводного обмена (гликемия натощак, тест толерантности к глюкозе). МС диагностировался согласно критериям ВНОК (2009). При статистической обработке данных вычисляли среднее арифметическое, ошибку среднего арифметического.

Полученные результаты. В нашем исследовании все пациенты имели основной критерий МС – абдоминальное ожирение (АО), оцененное по окружности талии и артериальную гипертензию (АГ). Нарушения углеводного обмена (НУО) были представлены сахарным диабетом 2 типа, нарушенной толерантностью к глюкозе и нарушенной гликемией натощак. Повышение уровня ($\uparrow$) ЛПНП было самым частым компонентом МС у мужчин – 80,3% и у женщин – 90,9%. Вторым по частоте встречаемости компонентом МС у мужчин было $\uparrow$ ТГ – 50%, а у лиц женского пола – НУО (68,2%): сахарный диабет 2 типа у 57 пациенток, нарушение толерантности к глюкозе у 20 и нарушенная гликемия натощак у 13 больных. У мужчин НУО выявлены в 40,9% случаев: сахарный диабет 2 типа у 19, нарушенная гликемия натощак у 5 и нарушенная толерантность к глюкозе – у 3 пациентов. У женщин в сравнении с мужчинами чаще регистрировалось снижение ($\downarrow$) ЛПВП – в 31,8% случаев против 21,2% случаев у мужчин. $\uparrow$ ТГ у женщин регистрировалось в 35,6% случаев. Анализируя комбинации компонентов МС выявлено, что у мужчин чаще встречалось сочетание 3-х и 4-х компонентов (по 36,4%), у женщин преобладала комбинация из 4-х компонентов МС (41,6%) и в отличие от мужчин чаще встречался полный МС (АО+АГ+ $\uparrow$ ЛПНП+ $\uparrow$ ТГ+ $\downarrow$ ЛПВП+НУО) в 11,4 % случаев (у мужчин в 3%). Что касается самих вариантов сочетания различных компонентов МС, у женщин таких комбинаций было 13, а у мужчин – 15 (у женщин отсутствовали комбинации АО+АГ+ $\uparrow$ ТГ, АО+АГ+ $\uparrow$ ТГ+НУО). Наиболее частыми комбинациями у женщин были АО+АГ+ $\uparrow$ ЛПНП+НУО – 33,3%, АО+АГ+ $\uparrow$ ЛПНП – 15,2%, АО+АГ+ $\uparrow$ ЛПНП+ $\uparrow$ ТГ+НУО – 13,6% случаев. У мужчин преобладали комбинации: АО+АГ+ $\uparrow$ ЛПНП – 30,3%, АО+АГ+ $\uparrow$ ЛПНП+ $\uparrow$ ТГ+НУО – 16,7%, АО+АГ+ $\uparrow$ ЛПНП+ $\uparrow$ ТГ – 16,7%. Выводы. Таким образом, самыми частыми компонентами МС у пациентов с ИБС были $\uparrow$ ЛПНП для обоих полов, $\uparrow$ ТГ для мужчин и НУО у женщин. У трети женщин регистрировалась комбинация компонентов МС АО+АГ+ $\uparrow$ ЛПНП+НУО, у трети мужчин – АО+АГ+ $\uparrow$ ЛПНП. Полученные данные актуализируют углубленное изучение углеводного обмена у женщин с ИБС и МС (HbA_{1c}, тест толерантности к глюкозе) и фармакотерапию гипертриглицеридемии у мужчин.

Опыт ведения регистра пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

Соловьева Н.В., Трошина И.А.

Консультативно-диагностический центр,
Тюмень

Цель исследования: анализ данных регистра, представляющий собой программный комплекс, позволяющий осуществлять мониторинг сведений из лечебно-профилактических учреждений, их обработку, анализ и хранение большого объема различных данных.

Материалы и методы. Общее количество пациентов в Регистре с язвенной болезнью за анализируемый период (с 23.07.2009 г. по 25.15.2014 г.) составило 2300 человек, среди которых 516 зарегистрировано с осложненным течением заболевания. Обязательными сведениями Регистра являются: фамилия, имя, отчество, дата и год рождения пациента, адрес, дата постановки на учет, результаты лабораторных, морфологических и инструментальных исследований, сведения о проведенном лечении.

Результаты исследований. Жители г. Тюмени наиболее подвержены язвенной болезни – 52,3%. Распространенность язвенной болезни двенадцатиперстной кишки превышает уровень встречаемости язвенной болезни желудка. Среди обследованных пациентов преобладали мужчины 56,1%. По-прежнему лидирующие позиции среди язвенной болезни занимает язвенная болезнь луковицы двенадцатиперстной кишки – 65,2%. На пациентов средней возрастной группы приходится максимальное количество случаев язвенной болезни – 37,1%. С одинаковой частотой язвы желудочной и дуоденальной локализации встречаются в пожилом и старческом возрасте. Впервые выявленная язвенная болезнь составляет 1/3 часть от всех случаев заболеваний. В структуре осложненных форм язвенной болезни, наиболее частое осложнение – желудочно-кишечное кровотечение 80,2% (с учетом, что формирование Регистра начато приоритетно с пациентов данной группы, то показатели значительно превышают имеющиеся литературные данные), у 86 пациентов обусловлено приемом НПВП. Среди обследованных пациентов с язвенной болезнью, Нр обнаружен у 81%. Диагностика Нр у пациентов выполнялась преимущественно неинвазивными методами, среди которых наиболее частый – серологический (ИФА) 72%. Отмечается снижение оперативной активности, что связано с внедрением в клиническую практику миниинвазивных технологий и, в первую очередь, методов эндоскопического гемостаза. Полученные результаты свидетельствуют о том, что приоритетным в лечении ЖКК являются эндоскопические методики (АПК) и консервативное лечение.

Вывод. Таким образом, преимуществом в ведении данной группы пациентов, применением современных методик (эндоскопический гемостаз) и адекватной медикаментозной терапией, помогут улучшить результаты лечения пациентов с язвенной болезнью, особенно с осложненным течением. Это позволит сократить длительность временной нетрудоспособности пациентов, а дальнейшее лечение и пожизненное диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога специализированного центра – обеспечить профилактику, снизить частоту повторных желудочно-кишечных кровотечений и рецидивов язвенной болезни, способствовать длительной (возможно, пожизненной) ремиссии.

Особенности распространения генотипов *Helicobacter pylori*, *cagA*, *vacA*, *iceA*, *babA* у пациентов с хроническим гастритом

Соловьева Н.В., Трошина И.А.

Консультативно-диагностический центр, Тюмень

Цель исследования: изучить особенности распространения генотипов *Helicobacter pylori* (Hр), *cagA*, *vacA*, *iceA*, *babA* у пациентов с хроническим гастритом.

Материалы и методы. Выявление наличия инфекции Hр проводилось с использованием серологического метода (иммуноферментный анализ) и метода ПЦР с детекцией генов Hр в биоптатах из антрального отдела желудка.

Результаты исследований. При проведении анализа встречаемости генов, установлено, что наиболее часто встречается ген *vacA* в 33,3%, уступает в показателях ген *babA* – 27,1%, в меньшем проценте случаев – ген *iceA2* 18,8%, ген *iceA1* 8,3%, и ген *cagA* 12,5%. Проанализированы сочетания аллелей сигнального и среднего участков *vacA*. В нашем исследовании наиболее распространенным генотипом был *vacA* s1/m0 (61,1%), *vac* s1/m2 встречался в 38,9%. Известно, что между генотипами *vacA* и *cagA* существует взаимосвязь. Большинство *vacA* s1 штаммов являются *cagA* позитивными и обладают наибольшей активностью к адгезии и внутриклеточной инфильтрации, что свидетельствует о ее высоком вирулентном потенциале. Встречаемость *vacA* s1 *cagA* (+) генотипа в нашем исследовании составила 38,9%, *vacA* s1 *cagA* (-) 61,1%. По данным литературы, признаки активного гастрита наблюдаются чаще у пациентов с *vacA* s1, чем у больных с *vacA* s2. По результатам морфологического исследования комбинация генов *vacA* s1 *cagA* (+) достоверно чаще вызывает активный гастрит. Помимо влияния на активность гастрита, присутствие *cagA* (+) штаммов значительно увеличивает количество лимфоидных агрегатов в слизистой, что свидетельствует о высокой иммуногенности данного фактора вирулентности.

Выводы. Различные по генетическому составу штаммы Hр обладают разной степенью вирулентности, при этом целесообразно определять не только наличие или отсутствие Hр, но и проводить его молекулярно-генетическое типирование, для дальнейшего определения тактики введения пациентов, прогноза заболевания.

Лимфома Ходжкина в амбулаторной практике

Солодовник А.Г., Мозес К.Б., Алексеева З.М., Никулина О.М.

Кемеровская государственная медицинская академия,
Клиническая поликлиника №5, Кемерово

Одно из заболеваний, ранее бывшее неизлечимым, а в настоящее время при своевременном выявлении и применении современных методик может быть излечено или достигнута стойкая ремиссия – это лимфома Ходжкина. Причины возникновения в настоящий момент окончательно не установлены. Лимфома Ходжкина (лимфогранулематоз) – это опухолевое заболевание лимфатической системы. Заболеваемость составляет 2–3 случая в год на 100 000 населения. Болеют лимфомой Ходжкина люди любого возраста и пола. При использовании современных программ терапии общая 5-летняя выживаемость достигает 80–90%. Основным методом диагностики – морфологический (в т.ч. иммуногистохимическое исследование лимфоидной ткани), определяющий тактику ведения больного на этапе лечения. Один из неспецифических симптомов

лимфогранулематоза, заставляющих пациента обратиться к врачу, – это лихорадка.

Цель исследования – описать клинические случаи, демонстрирующие сложности диагностики лимфомы Ходжкина.

Материалы и методы исследования – анализ медицинской документации двух больных лимфомой Ходжкина (медицинская карта амбулаторного больного, выписки и история болезни стационарного больного, протокол патологоанатомического вскрытия, акт судебно-медицинского исследования).

Обсуждение. Больная Н., 55 лет, наблюдалась в течение 3-х лет с диагнозом: лихорадка неясного генеза, хроническая ЖДА легкой степени неутонченного генеза. Обследовалась амбулаторно, от госпитализаций отказывалась. В клинических анализах крови: стойкий умеренный лейкоцитоз (14–15 х10⁹), тромбоцитоз (от 500- до 800 х10⁹ л), ускоренное СОЭ. Стернальная пункция без изменений. Длительно принимала НПВС для снижения температуры и препараты железа с положительным эффектом. В течение года стала отмечать выраженный кожный зуд, появились признаки лимфоаденопатии. Резкое ухудшение самочувствия: нарастающая слабость, одышка – стали причиной госпитализации. При поступлении уровень гемоглобина 24 г/л. В течение суток нарастающая клиника острой дыхательной недостаточности без эффекта от стандартной терапии. Окончательный диагноз: лимфома Ходжкина, вариант с лимфоидным истощением с поражением костного мозга, лимфоузлов, селезенки, печени. Полиорганная недостаточность. Больной С., 57 лет, наблюдался в течение года с лихорадкой неясного генеза, лимфоаденопатией. В процессе обследования (амбулаторно и в стационаре) последовательно исключались злокачественные новообразования (в т.ч. лимфомы), системные, инфекционные заболевания, туберкулез, СПИД. Неоднократно проводилась биопсия лимфатических узлов пункционно и интраоперационно. Диагноз лимфогранулематоза был морфологически верифицирован на фоне клинико-лабораторных признаков тяжелой анемии и выраженной полиорганной недостаточности, что не позволило начать специфическую терапию.

Вывод: лимфома Ходжкина – заболевание, требующее клинической настороженности и настойчивости в получении морфологической верификации диагноза.

Артериальная гипертензия при раннем ревматоидном артрите у женщин

Стародубова Ю.Н., Осипова И.В., Сопотова И.В.

Алтайский государственный медицинский университет,
Городская больница №4, Барнаул

Цель: выявить особенности артериальной гипертензии (АГ), взаимосвязь с факторами риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний и активностью самого заболевания у женщин в зависимости от давности ревматоидного артрита.

Материалы и методы: обследовано 204 женщины с ревматоидным артритом (РА), 64 (33%) ранним РА, длительность до 1 года. Диагноз РА был верифицирован на основании классификационных критериев ACR/EULAR (2010). Сопоставимы по возрасту: при раннем РА 19(54,9)76 лет, остальном РА 19(55,7)77 лет. Средняя продолжительность раннего РА 4(6,6)10 месяцев; 2(11,2)31 лет. Активность раннего РА по DAS28 высокая (>5,1) 60 (94%), РА 106 (76%), средняя активность (3,2–5,1) 6 и 24%, низкой активности заболевания не выявлено. Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью пакета программ «Statistica» v 6.1.

Результаты: у пациентов ранним РА артериальная гипертензия выявлена 74%, (РА 70%), при этом она установлена впервые (17 и 16% соответственно, одновременно с постановкой диагноза). Уровни АД у пациентов ранним РА: САД 100(141)/179/ДАД60(80)/120 мм рт ст, РА: САД 100(140)/212/ДАД 60(81)/112 мм рт ст, ($p<0,05$). У пациентов ранним РА в 2 раза чаще фиксировалось повышение АД (после 60% и 31% соответственно), до установления диагноза (53% и 30%); хотя обе группы одинаково регулярно принимают гипотензивную терапию ранним РА в 33% и 37% случаев ($p<0,05$). У пациентов с РА и АГ по частоте встречаемости ФР: снижение физической активности ранним РА 86% (РА 88%), нерациональное питание 91% (88%), абдоминальное ожирение (ОТ) 79% (81%), тахикардия 71% (69%), повышенный уровень общего холестерина (ОХС) 79% (61%), ранний семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) 58% (63%), менопауза до 45 лет 44% (45%), стресс/депрессия 68% (45%), тревога 86% (61%), нарушение сна 69% (30%), гипергликемия 12% (13%), курение 6%(4%), алкоголь 0% (1%). Частота встречаемости маркеров хронического иммунно-воспалительного процесса при РА и АГ: СОЭ ранним РА в 1,3 раза встречается чаще (100,80%), СРБ на 10% (70,60%) ($p<0,05$).

Заключение и выводы: таким образом, АГ при раннем РА имеет следующие особенности: в два раза чаще фиксировалось повышение АД, при этом в 1,2 раза чаще после установления диагноза РА, ($p<0,05$). Можно предполагать, что РА влияет на развитие АГ (до РА 53%, после 60%) ($p<0,05$), ассоциирована с ФР сердечно-сосудистых заболеваний ($p<0,05$). Вклад маркеров хронического иммунно-воспалительного процесса в развитие АГ прослеживается чаще при раннем РА ($p<0,05$).

Выбор антигипертензивной терапии у больных сахарным диабетом 2 типа: фокус на кардио-нефропротекцию

Стаценко М.Е., Деревянченко М.В.

Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград

Цель исследования. изучить возможности кардио- и нефропротекции 6-месячной комбинированной антигипертензивной терапии лизиноприлом и амлодипином (Экватор) у больных артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Включено 30 больных АГ II-III стадии с хронической болезнью почек (ХБП) 2-3 стадий в сочетании с СД 2 типа 40–65 лет. Оценивали результаты физического обследования, суточного мониторирования артериального давления (СМАД), структурно-функционального состояния сердца и почек. Анализировали сочетанный риск прогрессирования ХБП и развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) в зависимости от скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и альбуминурии (АУ). Изучали показатели углеводного и липидного обменов с оценкой степени выраженности инсулинорезистентности (ИР).

Результаты. На фоне длительной терапии Экватором у 100% больных были достигнуты целевые значения АД. Статистически значимо улучшился суточный профиль АД. Отмечено достоверное уменьшение индекса массы миокарда левого желудочка на 8,0%, снижение ПУ на 58% и АУ на 43,6% соответственно. Произошло перераспределение больных по оценке сочетанного риска прогрессирования ХБП и ССО: 50% пациентов перешли в группу умеренного риска за счет уменьшения процента больных групп высокого и очень высокого риска на 36,7% и 13,4% соответственно ($p<0,001$), а также достоверное улучшение метаболических показателей и снижение ИР. Обнаружены статистически значимые корреляционные связи между ИР и поражением сердца, почек.

Заключение. Длительная комбинированная терапия лизиноприлом и амлодипином полностью удовлетворяет современным требованиям к антигипертензивной терапии – она приводит к достоверному снижению риска прогрессирования ХБП и развития ССО и является метаболически нейтральной. Уменьшение комбинированного риска прогрессирования ХБП и развития ССО связано с кардио- и нефропротекторным действием Экватора, а также со снижением негативного влияния ИР у больных АГ и СД 2 типа.

Коррекция дисфункции эндотелия – важная цель антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа

Стаценко М.Е., Деревянченко М.В.

Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград

Цель: оценить влияние комбинированной антигипертензивной терапии Экватором на дисфункцию эндотелия у больных артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. В исследование включено 30 больных АГ II-III стадии в сочетании с СД 2 типа в возрасте от 40 до 65 лет. Всем пациентам назначена комбинированная антигипертензивная терапия амлодипином + лизиноприлом в течение 24 недель. Изучали эндотелиальную функцию по концентрации метаболитов оксида азота (NO) и эндотелина-1 (ЭТ-1) в сыворотке крови и в моче, результатам окклюзионной пробы. Проводили суточное мониторирование артериального давления, эхокардиографическое исследование, изучение эластических свойств артерий и функционального состояния почек. Исследование проведено в соответствии с руководящими принципами Закона «Об обращении лекарственных средств» от 12.04.2010 № 61 и принципами «Надлежащей клинической практики» (Good Clinical Practice). Получено разрешение Регионального Этического комитета на проведение клинического исследования – протокол одобрения № 192 – 2013 от 11.03.2013 г.

Результаты. На фоне 24-недельной терапии Экватором у всех больных были достигнуты целевые значения артериального давления. Выявлено достоверное улучшение эндотелиальной функции у больных АГ и СД 2 типа: увеличилась продукция метаболитов NO как в сыворотке крови, так и в моче ($12,7\pm1,5$ мкМ исходно vs $28,3\pm3,2$ мкМ на фоне лечения, $\Delta\%=122,8$; $428,2\pm27,9$ мкМ исходно vs $710,0\pm73,9$ мкМ на фоне лечения, $\Delta\%=65,8$ соответственно), уменьшилась секреция ЭТ-1 и в сыворотке крови, и в моче ($2,49\pm0,01$ пг/мл исходно vs $1,84\pm0,08$ пг/мл на фоне лечения, $\Delta\%=-26,1$; $0,46\pm0,04$ пг/мл исходно vs $0,11\pm0,01$ пг/мл через 24 недели терапии, $\Delta\%=-76,1$ соответственно). Увеличился процент больных с нормоциркуляторным типом микроциркуляции: с 13,3% исходно до 86,7% через 24 недели терапии ($\Delta\%=73,4\%$, $p<0,001$). Отмечено статистически значимое улучшение параметров суточного мониторирования артериального давления, уменьшение индекса массы миокарда левого желудочка на 10,7%, уровня протеринурии на 58% и альбуминурии на 43,6%, снижение количества больных с повышенной скоростью распространения пульсовой волны по артериям эластического типа на 30%.

Заключение. 24-недельная комбинированная терапия Экватором является высокоэффективной и безопасной в восстановлении эндотелиальной функции и улучшении состояния органов-мишеней у больных АГ и СД 2 типа.

Влияние регулярного употребления молочнокислых продуктов на уровень стресса, тревоги, депрессии и качества жизни у пациентов с синдромом раздраженного кишечника

Сторожок М.А

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Цель. Изучить особенности психосоциального статуса у пациентов с синдромом раздраженного кишечника в сочетании с запорами и оценить возможности его коррекции с использованием молочнокислых продуктов. Материалы и методы. Объектом настоящего исследования были 102 женщины с синдромом раздраженного кишечника (СРК), вариант с запорами в возрасте от 19 до 35 лет (в среднем $26,50 \pm 7,45$ лет). После включения в исследование пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа ($n = 54$) – женщины с СРК и нормальным весом, ср. возраст $28,92 \pm 7,64$ лет; 2 группа ($n = 48$) – женщины с СРК и ожирением I–II степени. Во 2-ой группе у всех пациенток ИМТ превышал 30 кг/м^2 и в среднем составлял $34,53 \pm 3,28 \text{ кг/м}^2$. Пациентки обеих групп в течении 2 месяцев ежедневно употребляли 330 мл кисломолочного продукта «Бифилайф» 2,5% жирности, производства ООО «Тюменьмолоко». Определение уровня тревоги и депрессии больных проводилось с помощью «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS). Оценка уровня стресса с помощью «Вопросника на определение уровня стресса» (Reeder L.G). Оценка качества жизни больных – с помощью русской версии опросника MOS SF-36.

Результаты. При субъективной оценке уровня тревоги и депрессии по бальной системе у пациентов с СРК без ожирения данные параметры составили до начала исследования $6,46 \pm 1,37$ баллов и $4,83 \pm 3,06$ баллов соответственно после двух месяцев приема молочнокислого продукта «Бифилайф», что достоверно ниже, чем у больных с СРК и ожирением – $8,71 \pm 1,98$ баллов ($p < 0,01$) и $5,13 \pm 3,78$ баллов ($p < 0,001$). Уровень стресса также достоверно ниже ($p < 0,05$) у пациентов 1 группы, составляя в среднем $2,46 \pm 0,75$ баллов (во 2-ой группе $2,88 \pm 0,93$ балла). По степени выраженности стресса достоверных различий получено не было, при имеющейся тенденции к более высокому уровню стресса в группе, имеющих ожирение больше средних цифр. Установлено, что в 1 группе пациентов достоверно выше уровень физической активности ($p < 0,05$), ролевого ($p < 0,001$) и эмоционального функционирования ($p < 0,05$). На этом фоне во 2 группе достоверно выше уровень боли ($p < 0,01$). По состоянию общего здоровья, жизнеспособности, социальной активности и психического здоровья значимых отличий получено не было. Выявлено, что у больных с СРК без ожирения достоверно выше физический компонент ($p < 0,01$) с отчетливой тенденцией к более высокому уровню психического компонента, относительно больных с СРК в сочетании с ожирением. По нашему мнению, это связано не только с наличием болевых ощущений, характерных для СРК, но и наличием ожирения у 2 группы женщин. При проведении корреляционного анализа установлено, что ИМТ взаимосвязан с уровнем физической активности ($r = -0,51$; $p < 0,0001$), ролевым функционированием ($r = -0,43$; $p = 0,0001$), эмоциональным функционированием ($r = -0,23$; $p = 0,0495$) и психическим здоровьем ($r = -0,29$; $p = 0,0112$). А также физическим ($r = -0,42$; $p = 0,0001$) и психическим компонентом ($r = -0,27$; $p = 0,0167$), с уровнем боли корреляционная взаимосвязь прямой направленности ($r = 0,3$; $p = 0,0074$). При использовании кисломолочного продукта «Бифилайф» максимально выраженная динамика психологического статуса отмечена у пациентов с СРК с ожирением. Особенно у тех пациентов, у которых за время наблюдения имелось снижение массы тела. Необходимо отметить, что у 39 пациенток 2 группы при регулярном употреблении «Бифилайфа» за

2 месяца наблюдалось снижение массы тела в среднем на $3,34 \pm 1,69$ кг. Выводы. Таким образом, при дополнительном назначении кисломолочного продукта «Бифилайф» в комплексной терапии СРК с запорами приводит к достоверному уменьшению выраженности тревоги и депрессии, а также к повышению показателей качества жизни в обеих группах, но в наибольшей степени у женщин с СРК в сочетании с ожирением.

Оценка тяжести течения хронической сердечной недостаточности у больных ишемической болезнью сердца в зависимости от наличия сахарного диабета 2 типа

Суспицын А.Е., Синеглазова А.В.

Южно-уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Цель: оценить клинические, лабораторные, эхокардиографические показатели хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от наличия сахарного диабета (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Исследование проходило на базе кардиологического отделения Клиники ГБОУ ВПО Южно-Уральского государственного медицинского университета в 2014–2015 гг. В первую группу были включены больные сахарным диабетом 2 типа. В эту группу вошли 40 пациентов – 25 (62,5 %) мужчин и 15 (37,5 %) женщин, средний возраст всех обследуемых на 2 этапе составил $62,66 (\pm 1,07)$ лет. Во 2 группу включено 24 пациента, из них 19 (79%) мужчины и 5 (21%) женщины, средний возраст составил $60,9 (\pm 1,37)$ лет. Группы были сопоставимы по полу ($p = 0,27$) и возрасту ($p = 0,17$). Было проведено стандартное клинико-лабораторно-инструментальное обследование. По наличию отеков пациенты были разделены на 4 категории: пациенты со стойкими отеками нижних конечностей, исчезающими только при приеме адекватных доз мочегонных препаратов; пациенты с длительными отеками, исчезающие без использования мочегонных препаратов; пациенты с отеками, сохраняющимися менее 1 суток (кратковременные); и пациенты без отеков нижних конечностей. При наличии отеков синдром проводился дифференциальный диагноз с нефротическим синдромом, хронической лимфовенозной недостаточностью. Концентрацию натрий-уретического пептида (НУП) в плазме определяли иммуноферментным методом и выражали в пг/мл. Тест шестиминутной ходьбы (ТШХ) проводили на 2 день лечения по общепринятой методике, измеряя дистанцию, пройденную пациентом за 6 мин по размеченному коридору (в м). ЭХО-КГ проводили в М- и В-режимах на ультразвуковой системе – «iE33» («Philips», США). При анализе учитывались показатели: толщина задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), межжелудочковой перегородки (МЖП), конечный диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ), левого предсердия (ЛП). Оценивалось фракция выброса (ФВ). Статистическая обработка выполнена в программе SPSS 22,0. Количественные и порядковые данные обработаны методами дескриптивной статистики и представлены в виде среднего арифметического и его средней ошибки ($M \pm m$). Межгрупповые различия оценивали с помощью U-критерия Манна-Уитни. Для оценки взаимосвязи показателей проведен непараметрический корреляционный анализ по Спирмену.

Результаты. У всех пациентов, включенных в исследование была диагностирована ХСН. В группе больных СД наличие стойких отеков нижних конечностей зафиксировано у 17 человек (42,5%), длительные – 9 (22,5%), кратковременные – 3 (7,5%), отсутствие отеков – 11 (27,5%). В контрольной группе стойкие отеки зафиксированы у 3 человек (12,5%),

длительные – 8 (33,3%), кратковременные 2 (8,3%), отсутствие отеков – 11 (45,8%).

Уровень НУП у больных СД был значимо выше, чем в контрольной группе ($276,3 \pm 64,2$ пг/мл и $79,0 \pm 18,7$ пг/мл соответственно, $p=0,02$). Дистанция ТШХ в группе больных СД была достоверно короче, чем в группе контроля ($331,3 \pm 19,8$ м и $425,8 \pm 19,5$ соответственно, $p=0,003$). Различия по уровню ФВ и КДР были статистически не значимы ($p=0,73$ и $p=0,40$): ФВ составила $58,30 (\pm 1,28)$ %, КДР – $5,22 (\pm 0,12)$ см у больных СД и $57,39 (\pm 1,73)$ %, $5,42 (\pm 0,12)$ см у больных с нормальным углеводным обменом. При проведении корреляционного анализа в общей массе обследованных установлена прямая взаимосвязь наличия СД с функциональным классом ХСН по NYHA ($r_s=0,23$, $p=0,036$), уровнем НУП ($r_s=0,32$, $p=0,01$), выраженностью отеков нижних конечностей ($r_s=0,278$, $p=0,013$), обратная взаимосвязь с дистанцией ТШХ ($r_s=-0,411$, $p=0,001$). Уровень ФВ имел обратную взаимосвязь с уровнем НУП ($r_s=-0,284$, $p=0,02$), прямую со стажем СД ($r_s=0,276$, $p=0,03$). Выраженность отеков имела прямую взаимосвязь с функциональным классом ХСН ($r_s=0,310$, $p=0,006$), обратную с дистанцией ТШХ ($r_s=-0,242$, $p=0,039$).

Выводы. У больных ИБС в сочетании с СД 2 типа при отсутствии достоверных различий в уровне ФВ отмечается более тяжелое течение ХСН, что выражается в большем уровне НУП, меньшей дистанции ТШХ, большей выраженности отеков нижних конечностей, более высоким функциональным классом по NYHA.

Химические агенты промышленного производства как факторы риска развития патологии углеводного и липидного обменов у работниц химического предприятия

Тараненко Л.А., Малютин Н.Н.

*Пермский государственный медицинский университет
им.акад. Е.А. Вагнера, Пермь*

Цель исследования: изучение влияния токсического действия промышленных агентов (метанола и формальдегид) на показатели липидного и углеводного обменов у работниц химического предприятия. Материалы и методы. Всего в исследовании участвовало 1374 женщины. Средний возраст – $43,25 \pm 7,13$ лет. Первую группу ($n=234$) составили женщины, непосредственно контактирующие с метанолом и формальдегидом на рабочем месте, выделили подгруппы: 1а – «репродуктивного возраста» ($n=101$) и 1б – «период перименопаузы» ($n=133$). Вторая группа – работницы того же предприятия, однако, непосредственно не контактирующие с изучаемыми химическими веществами на рабочем месте, подразделялись по тому же принципу на: 2а – «репродуктивного возраста» ($n=185$) и 2б – «период перименопаузы» ($n=176$). Группу сравнения составили женщины, не работающие во вредных и опасных условиях труда: 3а «репродуктивного возраста» ($n=366$) и 3б – «период перименопаузы» ($n=413$). Группы были сопоставимыми по возрасту и стажу работы. Изучались показатели липидного спектра (общий холестерин; липопротеиды низкой и очень низкой плотности – ЛПНП, ЛПОНП; липопротеиды высокой плотности – ЛПВП; триглицериды; индекс атерогенности) и углеводного обмена (глюкоза крови, уровень инсулина в сыворотке крови, рассчитывался индекс НОМА). Показатели химических веществ в воздухе рабочей зоны изучались на основании данных санитарно-гигиенических характеристик рабочего места. Статистическая обработка результатов выполнена общепринятыми методами. При анализе данных рассчитывали отношение шансов (OR), доверительный интервал (95%CI), относительный риск (RR) и этиологическую долю (EF, %). Результаты. Установлено, что 75% женщин работали с превышением

ПДК по формальдегиду и метанолу, а время контакта с химическими веществами составляла до 90% рабочего времени. На изучаемом предприятии максимальная кратность превышения среднесменной концентрации формальдегида составляет в 2,4 раза, метанола 1,62 раза; кратность превышения максимальной разовой дозы метанола в 3,4 раза. При изучении углеводного обмена диагностированы изменения только в 1б группе женщин. Рассчитанный индекс НОМА свидетельствует о развитии у данной категории работающих женщин инсулинорезистентности ($2,84 \pm 1,03$). При изучении липидограммы в этой же группе женщин установлено снижение показателя ЛПВП ($0,60 \pm 0,17$) и увеличение ИА ($4,54 \pm 0,76$). В обеих группах работниц химического производства, в сравнении с группой без контакта с метанолом и формальдегидом, рассчитан повышенный ИА, уровень которого в большей степени обеспечен снижением ЛПВП: 2а – ЛПВП ($1,59 \pm 0,74$), ИА ($3,71 \pm 0,67$) и 2б – ЛПВП ($1,18 \pm 0,5$), ИА ($3,98 \pm 0,9$); 3а – ЛПВП ($1,29 \pm 0,52$), ИА ($2,73 \pm 0,71$) и 3б – ЛПВП ($1,1 \pm 0,33$), ИА ($3,4 \pm 0,62$). При расчете рисков развития патологии углеводного и липидного обменов установлено: в 1б группе для индекса НОМА OR=65,06 (95%CI 35,16 – 120,4); $\chi^2=176,8$ (табличная 3,8); RR=36,6 (95%CI 21,5 – 62,3); EF=97%. В 1б группе по ИА OR=43,44 (95%CI 25,5 – 73,8); $\chi^2=194,8$ (табличная 3,8); RR=21,4 (95%CI 13,9 – 32,9); EF=95,3%, что в обоих случаях оценивается как высокая степень профессиональной обусловленности. В группе женщин репродуктивного возраста, работающих в контакте с химическими веществами (1а), так же установлен повышенный риск развития атеросклероза по ИА – OR=38,8 (95%CI 23,03 – 65,34); $\chi^2=189,1$ (табличная 3,8); RR=15,21 (95%CI 10,3 – 22,4); EF=93%.

Выводы. Высокие риски развития патологии липидного и углеводного обмена, проявляющиеся снижением ЛПВП, высоким ИА, повышенным индексом НОМА у женщин периода перименопаузы, контактирующих с метанолом и формальдегидом рассматриваем как биомаркеры развития профессионально обусловленного метаболического синдрома. В соответствии с руководством «По оценке профессионального риска для здоровья работников» Р 2.2.1766-03, в нашем исследовании профессиональный риск работниц химического производства метанола и формальдегида классифицируется как средний (существенный) риск (класс условий труда 3.2.), где уровни вредных факторов вызывают стойкие функциональные изменения, приводящие к росту профессионально обусловленной патологии.

Сахарный диабет 2-го типа: электрическая нестабильность миокарда при диастолической сердечной недостаточности

Татарченко И.П., Денисова А.Г., Позднякова Н.В., Морозова О.И.

*Пензенский институт усовершенствования врачей,
Медико-санитарная часть №59, Пенза*

Причина высокой сердечно-сосудистой смертности (ССС) при сахарном диабете 2-го типа (СД2) заключается в сочетании нескольких факторов риска быстрого развития и прогрессирования атеросклероза: гипергликемия, артериальная гипертензия (АГ) и дислипидемия. Диастолическая дисфункция левого желудочка (ДД ЛЖ) рассматривают как ранний маркер поражения миокарда. Патологические изменения в миокарде сопровождаются различными нарушениями электрической активности сердца.

Цель работы: оценить значимость нарушения диастолической функции левого желудочка при формировании электрической нестабильности миокарда у больных сахарным диабетом 2-го типа.

Материал и методы: 120 больных сахарным диабетом 2-го типа (СД2) с сохраненной систолической функцией, клиническими проявлениями ХСН I-III ФК, средний возраст – 53,6±4,5 лет. Комплекс обследования включал электрокардиографию в 12 отведениях, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиографию, регистрацию сигнал-усредненной ЭКГ с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ), анализ вариабельности ритма сердца (BPC), оценку временной реполяризации желудочков. Выделены группы: I (n=59) – больные с аномальной релаксацией ЛЖ, II группа (n=31) – с псевдонормальным типом ДД ЛЖ, III группа (n=30) – с рестриктивным типом.

Результаты. Анализ показателей электрического и структурного ремоделирования у больных позволил установить закономерность: с увеличением степени нарушения диастолической функции чаще регистрировались ППЖ – у 10,2% больных с аномальной релаксацией ЛЖ, у 16,2% с псевдонормальным типом, у 36,7% больных с рестриктивным типом ДД ЛЖ. При прогрессировании ДД ЛЖ нарастали проявления вегетативного дисбаланса с повышением симпатической активности: в I группе – у 52,5%, во II – у 77,4%, в III – у 93,3% пациентов. У больных с рестриктивным типом ДД чаще выявлялись ППЖ ($\chi^2 = 4,1$, $p < 0,05$), выше была частота визуализации зон аномальной сократимости – 60%; ЖЭ регистрировалась в 100% случаях, из них в 43,3% ЖЭ IV–V градаций, величины QTc и QTd превосходили свой пороговый уровень, соответственно 450,2±5,4 и 64,2±3,1мс.

Заключение: с увеличением степени нарушения диастолической функции чаще регистрировались ППЖ, желудочковые аритмии высоких градаций, отмечено усиление неомогенности процессов реполяризации с увеличением дисперсии Q-T интервала. Считаем, что электрическая стабильность миокарда и диастолическая функция ЛЖ являются интегральными характеристиками, определяющими функционирование сердца как саморегулирующейся системы.

Повышение репаративного потенциала клеток цельной крови здоровых лиц с помощью низкоинтенсивного электромагнитного излучения частотой 1000 МГц

Терехов И.В., Бондарь С.С., Войтенкова Т.А.

Тульский государственный университет, Тула

Цель исследования – оценка возможности немедикаментозной активации репаративного потенциала клеток цельной крови электромагнитным излучением частотой 1000 МГц.

Материалом служили образцы венозной крови (2,0 мл) практически здоровых добровольцев 45–55 лет, разделенные на контрольную и основную группы, помещавшиеся в стерильные флаконы со средой DMEM в соотношении 1:4. Основную группу разделяли на 3 подгруппы, облучавшиеся в течение 45 минут ЭМИ частотой 1 ГГц плотностью потока энергии (ППЭ) 10; 50; 80 нВт/см² с последующей 24-часовой инкубацией при 37°C. Контрольная группа облучению не подвергалась. Облучение образцов крови производили с помощью аппарата микроволновой терапии «Акватон» (регистрационное удостоверение № ФСР 2011/10939). Результаты исследования. Концентрация ИЛ-4 в супернатанте культуры клеток цельной крови здоровых лиц составляла 1,06±0,29 пг/мл, ИЛ-11 – 1,56±0,23 пг/мл, TGF-β – 0,94±0,14 пг/мл, FGF-β – 0,86±0,05 пг/мл, VEGF-A – 1,25±0,2 пг/мл, VEGF-C – 1,01±0,08 пг/мл, NO – 2,8±0,04 мкмоль/л. Облучение культуры клеток цельной крови ППЭ 10 нВт/см² спустя 24 часа после воздействия, в сравнении с необлученными культурами, сопровождалось ростом в клеточном супернатанте

концентрации ИЛ-4 на 10,4% ($p=0,36$), ИЛ-11 на 3,2% ($p=0,77$), TGF-β1 на 3,7% ($p=0,6$), FGF-β на 3,5% ($p=0,6$), VEGF-A на 4,0% ($p=0,47$), VEGF-C на 5,0% ($p=0,41$), NO на 0,5% ($p=0,79$). Увеличение ППЭ излучения до 50 нВт/см² сопровождалось повышением концентрации в облученных культурах ИЛ-4 на 17,5% ($p=0,044$), ИЛ-11 на 6,1% ($p=0,31$), TGF-β1 на 7,0% ($p=0,3$), FGF-β на 8,8% ($p=0,23$), VEGF-A на 6,8% ($p=0,27$), VEGF-C на 9,0% ($p=0,18$), NO на 1,4% ($p=0,79$) в сравнении с необлученными культурами. Спустя 24 часа после облучения образцов цельной крови СВЧ-излучением ППЭ 80 нВт/см² в клеточных супернатантах отмечен прирост концентрации ИЛ-4 на 22,6% ($p=0,012$), ИЛ-11 на 8,7% ($p=0,06$), TGF-β1 на 8,0% ($p=0,08$), FGF-β на 12,9% ($p=0,05$), VEGF-A на 7,2% ($p=0,09$), VEGF-C на 13,4% ($p=0,044$), NO на 2,3% ($p=0,33$). Таким образом, биологические эффекты однократного облучения культуры клеток цельной крови ЭМИ ППЭ 10 нВт/см² формируются преимущественно за счет активации Т-хелперов. При ППЭ 50 нВт/см² отмечали отчетливую положительную динамику ИЛ-4, FGF-β, TGF-β, а так же VEGF-A и VEGF-C, обусловленную активацией моноклеарно-макрофагальной системы. При 80 нВт/см² наблюдалась дальнейшее повышение концентрации исследуемых факторов, в особенности VEGF-C и FGF-β. Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что однократное облучение клеток цельной крови ЭМИ 1000 МГц, сопровождается активацией внутриклеточных сигнальных систем, проявляющейся усилением продукции клетками факторов, обеспечивающих регуляцию репаративных процессов в тканях, что может быть использовано в комплексной терапии хронической воспалительной патологии женской репродуктивной системы.

Таким образом, низкоинтенсивное резонансное излучение частотой 1000 МГц оказывает положительное активирующее действие на продукцию клетками цельной крови эндогенных факторов, регулирующих репарацию и регенерацию тканей, что свидетельствует о перспективности использования данного лечебного фактора для активации процессов регенерации у соответствующих больных.

Соматическая коморбидность у больных с ожоговой болезнью

Тимашева Г.Д., Ялалова Г.И

Городская клиническая больница №18, Республиканский ожоговый центр, Уфа

Введение. Одной из актуальных проблем современной медицины является проблема коморбидности. Коморбидность – сочетание двух или нескольких самостоятельных заболеваний или синдромов, ни один из которых не является осложнением другого. По статистическим данным, на долю коморбидности приходится около трети всех текущих заболеваний населения. С проблемой коморбидности сталкиваются не только терапевты, но и узкие специалисты. В существующей практике узкие специалисты, в частности, комбустиологи, выставляют профильный диагноз. Терапевт-консультант, как правило, проводит синдромальный анализ пациента, вследствие которого определяет уровень диагностической и лечебной концепции. Указывает на влияние сопутствующей патологии на клиническое течение основного заболевания, учитывая осложнения, риски и прогноз. Среди пострадавших с тяжелой ожоговой травмой, госпитализированных в ожоговый центр, у 70% имелась сопутствующая патология. Стоит учесть, что в течение самой ожоговой болезни в определенные стадии отмечаются проявления сердечной, легочной, почечной и печеночной недостаточности, нарушения процессов гемостаза, гастродуоденальные осложнения и др.

Цель. Изучить терапевтическую коморбидность у больных с ожоговой болезнью в условиях Республиканского ожогового центра г. Уфы.

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезней 50 пациентов в возрасте от 25 до 82 лет с диагнозом Ожоговая болезнь. Критериями отбора больных были ожоги более 10% площади тела и глубиной ожога II–III степени, у которых развилась ожоговая болезнь. При этом мужчины составили 50%, женщины – 50%, т.е. по 25 больных. Результаты. В большинстве случаев регистрировалось наличие от двух до четырех заболеваний одновременно, учитывались те, которые имели клиническое значение в течение ожоговой болезни: ИБС, ГБ, СД, ХБ, ЯБ. Все пациенты были разделены на шесть групп: в первую группу – (25–35 года) было включено десять человек, из них один случай коморбидности 10%, во вторую группу (36–45 года) – четыре человека, из них два случая коморбидности, на их долю приходится 50%, в третью группу (46–55 лет) – 14 человек, из них девять случаев коморбидности (69%), в четвертую группу (56–65 лет) – 7 человек, из них пять случаев коморбидности (71%), в пятую группу (66–75 лет) – 6 человек, коморбидность отмечена у пяти человек (83%), в шестую группу вошли лица старше 75 лет (всего девять человек), из них восемь человек страдали наличием более трех соматических заболеваний, что составило 88%. По опубликованным данным и по нашим наблюдениям отмечается нарастание коморбидности в зависимости от возраста. Учитывая профильность ожогового отделения, среди обследованных пациентов в плане коморбидности, следует отметить закономерность превалирования внутрикардиальной коморбидности. ИБС, как основное заболевание, диагностирована у 26 пациентов (52%), указания на перенесенный инфаркт миокарда – у девяти пациентов (18%), а также различные нарушения ритма. Частота гипертонической болезни составила у 31 больного (62%). Внекардиальная коморбидность была представлена заболеваниями различного профиля, наиболее часто среди которых встречались болезни органов дыхания – 18 человек, что составило 36%, сахарный диабет – у трех больных (6%), язвенная болезнь – у трех больных (6%). На фоне соматической коморбидности удлиннялись сроки лечения ожоговой болезни, развивались осложнения, а именно четыре случая нозокомиальной пневмонии и полиорганной недостаточности, что привело к двум летальным исходам.

Выводы. С увеличением возраста пациентов отмечается рост частоты коморбидности, которая сопряжена с зависимостью от длительного приема препаратов и их количества, что ведет к существенному снижению уровня качества жизни. Соматическая коморбидность на фоне обширных ожогов усугубляет тяжесть состояния больного в течение ожоговой болезни, ведет к учащению осложнений и неблагоприятному прогнозу. Соответственно, затрудняется диагностика, происходит удорожание лечения, рост несовместимости препаратов и побочных эффектов. Следовательно, важна оптимальная стратегия ведения коморбидных больных с учетом стандартов и национальных рекомендаций, а также совместное наблюдение терапевтом и хирургом больного после выписки из стационара.

Гендерные особенности суставного синдрома у лиц молодого возраста с дисплазией соединительной ткани

Тихомирова Н.Ю., Елисеева Л.Н.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Цель работы. Выявить гендерные особенности суставного синдрома у лиц с дисплазией соединительной ткани (ДСТ).

Материалы и методы. Нами было обследовано 157 человек в возрасте

21,43±1,59 лет, из которых 122 женщины. Все обследованные подписали информированное согласие на исследование и обработку персональных данных. Проводилось выявление костно-суставных признаков ДСТ: продольного плоскостопия, сколиоза, воронковидной деформации грудной клетки (ВДГК), гипермобильности суставов (ГМС), соотношение размах рук/рост≥1,05, соотношение длина стопы/рост>15%, соотношение длина кисти/рост>11%, тест запястья, тест большого пальца кисти. Также проводилось анкетирование на наличие суставного болевого синдрома, с оценкой ВАШ. Для статистической обработки полученных результатов использовали пакет программы «Biostat 4.0». Количественные показатели, имеющие нормальное распределение по группе, представлены как среднее значение и стандартное отклонение: $M \pm SD$. Для выявления различий в группах, представленных количественными данными применялся критерий Фишера. При анализе качественных данных применялся критерий χ^2 , точный критерий Фишера. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. На основании гендерного признака нами были выделены 2 группы: группа 1 ($n=122$), в которую вошли женщины, и группа 2 ($n=35$), в которую вошли мужчины. При сравнении распространенности костно-суставных признаков ДСТ между группами обнаружено, что в группе женщин достоверно чаще встречалась ГМС ($\chi^2=9,956$; $p=0,0032$), а в группе мужчин – размах рук/рост≥1,05 ($\chi^2=8,329$; $p=0,0077$), длина стопы/рост>15% ($\chi^2=15,983$; $p=0,0001$), а по остальным костно-суставным признакам ДСТ достоверных различий не обнаружено. При анализе суставного синдрома обнаружены достоверные различия между группами: у женщин чаще встречаются боли при ходьбе ($\chi^2=0,001$; $p=0,048$), а у мужчин – в покое ($\chi^2=0,003$; $p=0,027$). Наиболее частой локализацией боли у женщин являются боль в поясничном отделе позвоночника, коленных суставах, грудном и шейном отделе позвоночника; у мужчин наиболее частой локализацией боли являются боли в поясничном отделе позвоночника, коленных суставах, шейном и грудном отделах позвоночника, крестцово-подвздошных и голеностопных суставах. При анализе выраженности болевого синдрома по ВАШ она составила у женщин $3,6 \pm 1,88$ см, а у мужчин $3,83 \pm 2,71$ см, что не является статистически значимым ($p=0,184$).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что наиболее распространенным костно-суставным признаком ДСТ у молодых женщин является ГМС, а у юношей – соотношение размах рук/рост ≥1,05 и длина стопы/рост >15%. Разницы в локализации суставного синдрома и его выраженности не выявлено. Статистически значимые различия касаются только момента возникновения боли при ходьбе или в покое.

Особенности церебральной гемодинамики у женщин пожилого и старческого возраста

Токмаков Р.П., Голованова Е.Д.

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск

Цель: изучить состояние тонуса и кровотока в брахиоцефальных сосудах у женщин в постменопаузе с нормальным АД и артериальной гипертензией (АГ). Материалы и методы: обследовано 87 женщин в возрасте от 60 до 89 лет (ср. возраст – $76,3 \pm 12,1$ лет), с артериальной гипертензией (АГ) 2–3 стадии ($n=37$), изолированной систолической АГ (ИСАГ) ($n=16$), и АД ≤140/90 мм.рт.ст ($n=34$). Для диагностики АГ использовали Рекомендации ВНОК 2012. Суточное мониторирование АД проводили с помощью автоматической системы BR-102 (SCHILLER, Швейцария). Церебральная гемодинамика исследовалась методом реоэнцефалографии на компьютерном реографе-полианализаторе РПГА-6/12 «РЕАН ПОЛИ» 4 модификации

(«Медиком», Россия) с использованием базовой версии. Рассчитывали показатели пульсового кровенаполнения – реографический индекс (РИ), периферическое сосудистое сопротивление (ПСС), определяли эластические свойства магистральных брахиоцефальных артерий – время распространения пульсовой волны (ВРПВ), тонус артерий мелкого калибра и артериол – дикротический индекс (ДКИ), тонус посткапиллярно-венулярных сосудов – диастолический индекс (ДСИ). Для этих показателей рассчитывались средние значения слева (S) и справа (D).

Результаты: РИ в пределах нормальных значений (0,09–0,14 Ом) определялся у 40% пациенток (n=37), у 31% (n=27) он был выше нормальных значений, а у 29% (n=21) – ниже нормы. Четкой взаимосвязи степени изменения пульсового кровенаполнения с АГ или ее формой выявлено не было. Периферическое сосудистое сопротивление (ПСС) было выше нормы у 83% исследуемых (n=72). У 15 пациенток с нормальным АД или ИСГ ППС было в диапазоне нормальных значений – 65–80 усл.ед. Время распространения пульсовой волны (ВРПВ) было укорочено практически у всех исследуемых – у 81 пациентки из 87 (93%), и только у 6 пациенток с нормальным АД ВРПВ было в пределах нормальных значений (160–180 мс). Этот факт свидетельствует о преимущественном влиянии возраста на жесткость брахиоцефальных артерий у женщин в позднем онтогенезе, в сравнении с другими факторами риска, в частности – АГ. При анализе показателей, характеризующих тонус артерий мелкого калибра, нормальные значения ДКИ определялись у 34 пациенток, причем у 26 из них (76%) была ИСГ или нормальное АД. Диастолический индекс (ДСИ), характеризующий тонус мелких резистивных сосудов был значительно снижен (< 60 усл.ед.) у 39 пациенток, а у 14 – его значения превышали диапазон нормальных значений (>80 усл.ед.). У всех 53 женщин пожилого и старческого возраста с нарушенным тонусом посткапиллярно-венулярных сосудов была АГ 2–3 стадии.

Выводы: АГ и возраст являются важнейшими факторами, влияющими на состояние сосудистой стенки брахиоцефальных артерий. При сохранении нормальных значений АД в позднем онтогенезе или формировании АГ после 60-летнего возраста некоторые важные параметры церебральной гемодинамики (периферическое сосудистое сопротивление, тонус мелких артерий) остаются стабильными, что замедляет темпы развития хронической ишемии мозга сосудистого генеза.

Особенности пищевого поведения при гипертонической болезни у лиц пожилого возраста в зависимости от наличия алекситимии

Третьяков С.В.

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Новосибирск*

Цель исследования: изучить особенности пищевого поведения у лиц пожилого возраста, страдающих гипертонической болезнью в зависимости от наличия алекситимии.

Материал исследования. Обследовано 34 мужчины и женщины пожилого возраста с гипертонической болезнью второй стадии. Все обследованные были разделены на три подгруппы: первую составили лица без алекситимии (12 человек), вторую с неопределенными признаками алекситимии (12 человек), третью – лица с алекситимией (10 человек).

Методы исследования. Наличие алекситимии выявляли с помощью Торонтской алекситимической шкалы (TAS), предложенной С. Taylor (1985 г.) и адаптированной в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (1994 г.) Наличие проявлений алекситимии считалось при 74 и более баллах. Использовался опросник «Оценка пищевого поведения»

– DQEB (Dutch Questionnaire of Eating Behaviour – Голландский опросник пищевого поведения). Диагностировались основные нарушения пищевого поведения (эмоциогенное, экстернальное и ограничительное), что по опроснику соответствует количеству баллов, равному или превышающему 1,8; 2,0; 2,0; соответственно. Пищевая аддикция диагностировалась в том случае, если пациент набирал не менее 3-х баллов по этой шкале.

Результаты исследования. В группе лиц с алекситимией средний балл, отражающий ограничительный тип пищевого поведения, был ниже, чем в группе без алекситимии на 17,9% (p<0,05) и в 1,63 раза (p<0,05), чем в группе с неопределенными признаками алекситимии. У 20% больных с алекситимией выявлена склонность к анорексии, у 80% плохой контроль за съедаемой пищей и у 50% склонность к перееданию. Не отмечается достоверных отличий по величине среднего балла, характеризующего эмоциогенный тип поведения между группами. Эмоциогенный тип поведения выявлен у 20% лиц основной группы. В группе лиц с алекситимией средний балл, отражающий экстернальный тип пищевого поведения, был ниже, чем в группе без алекситимии на 13,9% (p<0,05) и на 12,7% (p<0,05), чем в группе с неопределенными признаками.

Выводы. У лиц, страдающих гипертонической болезнью и алекситимией, в отличие от лиц с гипертонической болезнью без алекситимии или с ее неопределенными признаками, в большей степени нарушается ограничительная линия пищевого поведения, выражающаяся в плохом контроле за съеденной пищей и в переедании.

Рискометрия венозного тромбоэмболизма при артериальной гипертензии у лиц среднего и пожилого возраста

Третьяков С.В.

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Новосибирск*

Цель исследования: провести рискометрию венозного тромбоэмболизма у лиц с гипертонической болезнью в среднем и пожилом возрасте.

Материал исследования. Обследовано 28 больных с гипертонической болезнью (ГБ): 12 человек среднего возраста (средний возраст 55 лет; ГБ 2 стадии, риск 3; среднее систолическое артериальное давление (САД) 145±12,3 мм.рт.ст.; среднее диастолическое (ДАД) 86,7±9,2 мм.рт.ст.; среднее пульсовое 58,3±8,1 мм.рт.ст.; длительность ГБ 10±2,3 лет) и 16 – пожилого (средний возраст 68,3; ГБ 3 стадии, риск 4; среднее САД 153,8±10,2 мм.рт.ст.; среднее ДАД 91,3±8,7 мм.рт.ст.; среднее пульсовое 62,53±7,3 мм.рт.ст.; длительность ГБ 11,6±4,4 лет).

Методы исследования. Использовалась модель для оценки вероятности наличия тромбоза глубоких вен (ТГВ) на основании клинической картины, а также шкала Well, определялись кардиогенные факторы риска развития ишемического инсульта, степень риска развития системных кардиогенных эмболий, оценка риска развития кровотечений по показателю HEMORR2HAGES (в баллах) и относительный риск кровотечений при применении варфарина.

Результаты исследования. В группе лиц пожилого возраста, в сравнении с группой лиц среднего возраста, отмечается на 44% выше балл по клинической модели оценки вероятности наличия ТГВ. При этом все лица среднего возраста имели низкую вероятность наличия ТГВ, а лица пожилого возраста низкую вероятность имели в 37,5% случаев, в 50% – среднюю и в 12,5% – высокую. Из клинических признаков, указывающих на вероятность наличия ТГВ, встречались: в 25% – увеличение в объеме ног, в 25% – увеличение в объеме голени больной ноги более чем на 2 см по сравнению со здоровой, в 25% – отек больной конечности и в

12,5% – коллатеральные поверхностные вены. По шкале Well в группе лиц пожилого возраста, в сравнении с группой лиц среднего возраста, отмечается в 2,09 раза выше балл клинической вероятности наличия ТГВ. При этом все лица среднего возраста в 66,6% имели низкую вероятность наличия ТГВ, в 33,3% – среднюю, а лица пожилого возраста низкую вероятность имели в 37,5% случаев, в 50% – среднюю и в 12,5% – высокую. Из клинических признаков, указывающих на вероятность наличия ТГВ, встречались: в 62,5% – пастозность, в 50% – отек ноги, в 12,5% – отек голени более 3 см и в 12,5% – коллатеральные поверхностные вены. Основным кардиогенным фактором риска развития ишемического инсульта в обеих группах была левожелудочковая недостаточность. Степень риска развития системных кардиогенных эмболий в группах была средней. Количество баллов по оценке риска развития кровотечений в группе лиц пожилого возраста была на 44% выше, чем в группе лиц среднего возраста. При этом относительный риск кровотечений при применении варфарина в первой группе составил 1,9% (95%ДИ), во второй 5,3%. Факторы, влияющие на возникновение венозной тромбозии в обеих группах, относились к категории немодифицированных.

Выводы. У лиц пожилого возраста с ГБ повышается клиническая вероятность наличия ТГВ и риск развития кровотечений, в том числе при использовании варфарина. У больных ГБ среднего и пожилого возраста основным кардиогенным фактором риска развития ишемического инсульта является левожелудочковая недостаточность при средней степени риска развития системных кардиогенных эмболий.

Цитокиновый статус и фактор роста сосудистого эндотелия у пациентов с язвенным колитом

Третьякова Ю.И., Щекотов В.В.

Пермский государственный медицинский университет
им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь

Цель. Оценить уровень про- и противовоспалительных цитокинов, а также фактора роста сосудистого эндотелия (VEGF) в сыворотке крови у больных язвенным колитом (ЯК). Выявить взаимосвязь данных факторов с тяжестью воспалительного процесса в кишечнике.

Материалы и методы. Всего обследовано 90 пациентов (48 мужчин и 42 женщины) с обострением ЯК, средний возраст которых составил $35,49 \pm 10,87$ лет. Диагноз ЯК был установлен на основании данных клинических и лабораторно-инструментальных методов обследования, включающих ирригографию, ректороманоскопию, колонофиброскопию с биопсией и патологогистологическим исследованием. Концентрацию цитокинов TNF- α , IL-6, IL-4, MCP-1 и VEGF в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа с помощью наборов реагентов ЗАО «Вектор-Бест» (г. Новосибирск). Для определения степени тяжести ЯК использовали критерии Truelove и Witts (1955). Считали индексы клинической и эндоскопической активности (ИКА и ИЭА) по B. Rachmilewits (1989), выраженные в баллах. Контрольная группа включала 50 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту.

Результаты. У больных ЯК выявлено значимое повышение провоспалительных цитокинов в сыворотке крови: TNF- α до 1,85 (0,2; 7,0) пг/мл, IL-6 до 2,05 (0,00; 5,4) пг/мл и MCP-1 до 182,8 (127,5; 225,5) пг/мл, по сравнению с практически здоровыми лицами ($p < 0,05$). Содержание противовоспалительного цитокина IL-4 составило 1,9 (1,6; 2,5) пг/мл у пациентов с ЯК. В группе контроля уровень IL-4 был значимо ниже и составил 1,4 (1,0–1,4) пг/мл ($p = 0,04$). Медиана концентрации VEGF была в 3 раза выше, чем у здоровых лиц (256,65 (123,3; 375,8) и 85,0 (4,2; 187,4) пг/мл соответственно; $p = 0,0003$). Стимуляция продукции

данного фактора, по-видимому, обусловлена повреждением эндотелия кишечника с развитием микроциркуляторных нарушений, ведущих к активации процессов ангиогенеза. В результате корреляционного анализа с использованием коэффициента Спирмена выявлена ассоциация про- и противовоспалительных цитокинов между собой и тяжестью патологических изменений в толстой кишке ($p < 0,05$). Также была выявлена значимая прямая взаимосвязь между уровнем VEGF и уровнем цитокинов, степенью тяжести ЯК, ИКА, ИЭА и локализацией эрозивно-язвенного процесса в кишечнике ($p < 0,05$).

Выводы. Ассоциация нарушений цитокинового профиля с фактором роста эндотелия сосудов VEGF и степенью тяжести ЯК подтверждает тесную взаимосвязь процессов воспаления и ангиогенеза. Повышение уровня VEGF в сыворотке крови приводит к повреждению эндотелия сосудов кишечной стенки, способствует усилению неоангиогенеза и увеличивает риск возникновения колоректального рака. Определение уровня цитокинов TNF- α , IL-6, MCP-1, IL-4 и VEGF в сыворотке крови может быть использовано в качестве неинвазивных методов оценки степени тяжести воспалительного процесса и микроциркуляторных нарушений в кишечнике у больных ЯК, в установлении прогноза заболевания, а также для разработки дополнительных методов коррекции данной патологии.

Коррекция метаболических нарушений слизистой оболочки желудка внутри и в окружении язвенного дефекта

Трубицына И.Е., Смирнова А.В., Тимен Л.Я., Абдулатипова З.М.

Московский клинический научно-практический центр, Москва

Введение. Воспаление – эволюционно закрепленная преимущественно местно проявляющаяся гистоваскулярная реакция целостного организма в ответ на локально действующие (экзо- и эндогенные) повреждающих факторов. Воспалительные заболевания ЖКТ сопровождаются изменением содержания биологически активных веществ как в очаге индукции воспаления (локальные изменения), так и в сыворотке крови (системная реакция). Одним из перспективных путей продолжительности и улучшения качества жизни человека является восстановление утраченных структур и функций органов и тканей. Этим занимается «регенеративная медицина», которая изучает противовоспалительные и энергетические эффекты новых лекарственных препаратов.

Материалы и методы. Опыты проводили на белых крысах, линии Wistar, обоего пола, массой 190–210 гр., средний вес 200 гр. Производитель – филиал «Андреевка» ГУ Научный центр биомедицинских технологий РАМН 141551, МО, Солнечногорский р-н, п/о Андреевка. Ульцэп крысам вводили внутрибрюшинно в дозе 2,5 мг/кг массы, 0,5 мг на животное. Воспроизведение «ацетатной» язвы желудка: аппликация уксусной кислоты на серозную оболочку тела желудка.

Результаты и обсуждение. Определение биологически активных веществ (БАВ) в динамике развития и заживления ЯЖ показало, что в часовые сроки до 18 часов основную роль в развитии воспалительной реакции играют биогенные амины – серотонин и гистамин. Через 48 часов воспроизведения ЯЖ повышается уровень IL-1. К 7 суткам снижается концентрация IL-1 и повышается IL-4. Основное действующее начало Ульцэпа®, это комплекс полисахаридов, выделенный из ростков картофеля. Представленный в Ульцэпе® комплекс полисахаридов энергоемкое соединение, способное постоянно генерировать энергию за счет высокомолекулярных углеводных соединений, которые включаясь в совокупность жизненных процессов, при расщеплении

внутри- и внеклеточными ферментами снабжают энергией окружающие ткани, но при нарушении гемодинамики и развития тканевой гипоксии изменяется энергообмен в зоне воспаления. При патологии включаются системы саморегуляции, управления и создания новых или восстановления поврежденных взаимодействий жизнедеятельности в соответствии со структурными изменениями. В любом случае, между ними существует единство и взаимное влияние. Подчиняясь законам биологии, все внутриорганные и организменные формы движения материи направлены на обеспечение сохранности, поддержания стабильности внутренней среды в условиях меняющегося существования. Кроме энергообеспечения, полисахариды являются связывающим материалом для «сцепления» клеток в тканях, гидрофобные полисахариды придают клеточным стенкам прочность, а гидрофильные предупреждают потерю жидкости. Помимо метаболических изменений происходят нарушения в системе местного иммунитета как клеточного, так и гуморального его звеньев, что приводит к хронизации язвенного процесса, частому рецидивированию и угнетению регенерации. Полисахариды растительного происхождения обладают дозозависимым влиянием на клеточный иммунитет, повышают количество CD3+ и CD4+ клеток, стимулируют фагоцитоз. Отмечены тяжелейшие деструктивные поражения и нарушения микроциркуляции, способствующие гипоксии, гиповолемии, белково-энергетической недостаточности и каскада повреждающих патофизиологических процессов. Только при эффективном углеводном обмене происходит восстановление молекулярного кислорода, адекватного клеточного дыхания и фибриллогенеза. В поврежденных структурах, в частности, в крае язвы наступает снижение резистентности слизистой оболочки желудка к повреждающим факторам, недостаточности восстановительного потенциала в процессе саногенеза язвенного дефекта. Отмечена высокая степень метаболических нарушений внутри язвенного поля и в связи с этим использование Ульцепа® целесообразно. Учитывая, что он содержит комплекс полисахаридов и является энергоемким соединением, способным постоянно генерировать энергию за счет расщепления высокомолекулярных углеводных соединений, которые включаясь в совокупность жизненных процессов в поврежденной ткани, могут производить метаболическую коррекцию, способствуя заживлению язвенного дефекта. Кроме всего перечисленного Ульцеп® обладает иммуномодулирующим эффектом. Заживление после введения препарата Ульцеп® происходит более дифференцированной слизистой, что обеспечивает качественное заживление и снижает риск рецидива.

Кардиоваскулярный риск и структура сердечно-сосудистых факторов риска среди населения центрального Казахстана

Тургунова Л.Г., Баетшева Т.А., Нильдибаева Ф.У., Марченко А.

*Карагандинский государственный медицинский университет,
Караганда, Казахстан*

Целью исследования было изучение распределения кардиоваскулярного риска по степени тяжести и частоты факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди населения Центрального Казахстана. Материал и методы исследования. Было проведено одномоментное поперечное (кросс-секционное) исследование в виде скрининга среди городского и сельского населения Карагандинской области. В исследовании были включены мужчины и женщины в возрасте от 18 до 65 лет, постоянно проживающие в изучаемых населенных пунктах,

давшие информированное согласие на участие в исследовании. Отбор респондентов проводился случайным образом с учетом необходимого объема выборки и численности населения. Обследовано 3556 респондентов (806 мужчин, 2750 женщин) средний возраст составил 45,1±10,8 лет. Деформация структуры выборки по полу в определенной степени обусловлена имеющимся перевесом женского населения по сравнению с мужским.; кроме того, мужчины чаще отказывались от участия в скрининговом исследовании, прерывали анкетирование. Скрининг включал анкетирование, антропометрический метод (измерение роста, веса с расчетом индекса массы тела, окружности талии), измерение АД, определение глюкозы и холестерина крови. Степень кардиоваскулярного риска рассчитывали по шкале SCORE. Респонденты с указанием в анамнезе на перенесенный инфаркт миокарда (ИМ), мозговой инсульт были отнесены в группу очень высокого риска. Определяли следующие поведенческие факторы: курение, уровень депрессии (опросник PHQ-9). Физическая активность и потребление овощей оценивались по шкале FINDRISK, потребление алкоголя – по шкале AUDIT. Статистическая обработка результатов проводилась методами вариационной статистики с расчетом среднего значения и частоты встречаемости признака.

Результаты исследований показали, что среди обследуемого населения превалировала частота низкого кардиоваскулярного риска – 62,8%; частота умеренного, высокого и очень высокого риска составила 27,5%, 4,39% и 5,34% соответственно. Степень высокого и очень высокого риска в 5,5–4,8 раз преобладала среди мужчин по сравнению с женщинами ($p<0,05$); низкого риска в 1,7 раз – среди женщин. Средний возраст мужчин в группе низкого риска составил 33,6±6,74 года; среди женщин- 39,3±8,84 года. С увеличением степени кардиоваскулярного риска различия по возрасту среди мужчин и женщин носили несущественный характер. Среди факторов, влияющих на развитие сердечно-сосудистых заболеваний, отмечена наибольшая частота абдоминального ожирения (63,6%), низкого потребления овощей (53,0%), артериальной гипертензии (35,0%) и гиперхолестеринемии (32,1%). Отсутствие регулярной физической нагрузки отметили 17,3% респондентов, злоупотребление алкоголем – 22,0%, гипергликемия выявлена у 13,7%, курение – у 12,9%; уровень тяжелой и очень тяжелой депрессии (15 баллов и более) составил 5,88%. Выявлены особенности распределения частоты факторов в зависимости от пола и степени кардиоваскулярного риска. Так, у мужчин по сравнению с женщинами отмечен больший процент низкого потребления овощей, курения и артериальной гипертензии (АГ); среди женщин был выше процент абдоминального ожирения. Представляло интерес изучение частоты факторов риска в группе с низким кардиоваскулярным риском по шкале SCORE. Установлено, что курят 30,4% мужчин и 7,66% женщин, низкое потребление овощей отмечают 61,8% мужчин и 53,5% женщин, увеличение объема талии имеют 27,2% мужчин и 59,9% женщин, гиперхолестеринемия – 14,1% мужчин и 21,0% женщин. Не менее 2 факторов риска имели 26,7% женщин и 19,5% мужчин, не менее 3 факторов – 8,20% и 5,35% соответственно. В группе с высоким и очень высоким кардиоваскулярным риском отмечен недостаточный контроль модифицируемых факторов: АГ, гиперхолестеринемия, абдоминальное ожирение зарегистрированы более чем у половины исследуемых; уровень депрессии в этих группах был наиболее высоким – 8,97% и 11,7% соответственно.

Результаты исследования показали, что необходимость проведения мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний является актуальной как среди лиц с низким, так и очень высоким кардиоваскулярным риском. Особенности распространенности факторов риска в зависимости от пола и степени кардиоваскулярного риска способствуют формированию дифференцированного подхода к проведению профилактических действий.

Комплексный подход в оценке хронической боли при остеоартрозе (ОА) коленного сустава

Туровская Е.Ф., Алексеева Л.И., Филатова Е.Г.

Научно-исследовательский институт ревматологии
им. В.А. Насоновой, Москва

Введение. Ранее считалось, что ОА является классической моделью ноцицептивной боли, причиной которой могут быть структурные и биохимические изменения кости, синовию, периартикулярных тканей, мышцах. Однако в последнее время появился ряд исследований, в которых обсуждается участие нервной системы в формировании хронической боли при ОА коленного сустава, которая качественно меняет ее. Так Jacqueline R. Hochman и соавт. обследовали 80 пациентов с гонартрозом. 34% пациента использовали для описания боли нейропатические характеристики (жжение, покалывание, зуд, ощущение прохождения электрического тока, тепла или холода, онемение, пощипывание и повышенную чувствительность к прикосновению и давлению). Marta Imamura у больных с ОА продемонстрировала наличие генерализованной гипералгезии, как в поверхностных, так и глубоких структурах у пациентов с коленным ОА по сравнению со здоровой группой контроля. У пациентов с центральными механизмами формирования хронической боли в ряде исследований отмечалось снижение порогов боли на давление на обширных участках. А повторные стимуляции приводили к ощущению временной суммации боли, которая становилась более интенсивной, чем после нанесения первого стимула, несмотря на равнозначность раздражителя.

Цель работы: изучить основные черты хронической боли у пациентов с ОА коленных суставов, используя ревматологический и неврологический подходы диагностики.

Материалы и методы: обследовано 89 женщин в возрасте 58±5,4 лет с ОА коленного сустава и болевым синдромом длительностью более 3 мес. Для изучения хронической боли учитывались продолжительность, интенсивность боли по ВАШ, использовались нейропатические шкалы боли (PainDETECT and DN4). Проводилось неврологическое исследование, которое не выявило поражения нервной системы. Однако у ряда пациентов отмечалось наличие гипералгезии как в области пораженного сустава, так и в области бедра и голени (вторичная гипералгезия, свидетельствующая о наличии неврогенных механизмах боли). Дополнительно у 46 больных оценивались пороги боли на давление и феномен временной суммации/взвинчивания. Ноцицептивный компонент боли оценивался при помощи функциональной активности WOMAC и степени дегенеративных изменений в суставе по данным рентгенологического исследования и УЗИ коленного сустава. Производилась оценка аффективных нарушений (распространенность тревоги и депрессии) при помощи анкеты HADS, их возможность влияния на выраженность болевого синдрома.

Результаты. Деление пациентов проводилось в соответствии с наличием вторичной гипералгезии. Наличие вторичной гипералгезии отмечалось у 41,5% пациентов, а у 58,5% гипералгезия отсутствовала. Группы не различались по возрасту, ИМТ, длительности боли, качеству жизни и степени выраженности структурных изменений. Наличие вторичной гипералгезии коррелировало с высокой интенсивностью боли, высокими показателями шкал нейропатической боли, низкой функциональной активностью по WOMAC и сопровождалось наличием депрессии. При наличии вторичной гипералгезии наиболее часто отмечались нейропатические дискрипторы: чувство онемения, чувством прохождения электрического тока и покалывание. У всех пациентов с ОА коленного сустава отмечалось достоверное снижение порогов боли на давление как в точках в области коленного сустава так и в интактной точке по

сравнению с 23 здоровыми из группы контроля. При сравнении индекса взвинчивания у пациентов с ОА с контрольной группой достоверных отличий получено не было. Однако интенсивность боли на первый укол и серию последующих уколов высоко отличалась у пациентов с ОА по сравнению со здоровыми.

Заключение. Наше исследование продемонстрировало участие двух патогенетических механизмов в формировании хронической боли при ОА: ноцицептивного и неврогенного. Наличие последнего характеризуется отсутствием неврологического дефицита и отсутствием корреляций интенсивности боли с структурными изменениями в суставе. Клиническим проявлением участия центральных механизмов боли являются: сенсорные нейропатические феномены, а также увеличение области с отдаленной болью – вторичной гипералгезией, которая была выявлена в 41,5% случаев. Дополнительно неврогенные механизмы боли могут быть выявлены при помощи низких порогов боли на давление. Качественная оценка хронической боли при ОА открывает новые возможности дифференцированной и патогенетически обоснованной терапии боли.

Пищевые и лекарственные растения традиционных антидиабетических рецептов России, Беларуси и Украины – перспективные источники микронутриентов для специализированных пищевых продуктов с модифицированным углеводным профилем

Тутельян В.А., Киселева Т.Л., Кочеткова А.А.

Научно-исследовательский институт питания, Москва

Научно обоснованная комбинированная дието-фитотерапия сахарного диабета (СД) сегодня все более популярна за рубежом благодаря своей эффективности и безопасности. Анализ объема современного производства продуктов для больных СД в России показал, что их выпуск составляет не более 2% от общего объема производства, в основном это – мармелад и пастильные изделия, мучные кондитерские изделия, бисквитные полуфабрикаты. Актуальна разработка новых видов продукции для больных СД с целью формирования полноценного рациона, включающего кондитерские изделия диетического назначения, способствующие улучшению качества жизни пациентов. Одним из этапов создания научно обоснованных рецептов для специализированных пищевых продуктов (СПП) с модифицированным углеводным профилем является поиск фитонутриентов гипогликемического действия как рецептурных компонентов, позволяющих сбалансировать и оптимизировать состав изделий. Нами предпринята попытка изучить опыт традиционной медицины (ТМ) по применению растительных рецептов для лечения и профилактики СД с целью поиска фитонутриентов для разработки СПП для персонализированной диетотерапии СД 2 типа. Мы исходили из того, что показатель частоты упоминаний в традиционно используемых сборах, выраженный в процентах к общему числу рецептов, может служить косвенным показателем не только популярности, но и эффективности того или иного растения и его биологически активных веществ (БАВ) в профилактике и лечении СД.

Цель работы: выявить наиболее популярные пищевые и лекарственные растения в традиционных антидиабетических рецептурах России, Белоруссии и Украины XX–XXI вв.

Задачи: 1) провести анализ частоты встречаемости растений в рецептурах, 2) выявить группы БАВ наиболее популярных растений для дальнейшего их изучения в качестве рецептурных компонентов для СПП с модифицированным углеводным профилем.

Методы исследования: информационно-аналитический, исторический, контент-анализ, систематизация, группировка, ранжирование, сравнительный и структурный анализы. Объекты исследования: 66 библиографических источников 1959–2014 гг. издания, содержащих 550 многокомпонентных рецептов (сборов и соков из соответственно высушенного и свежего растительного сырья). В результате проведенного информационно-аналитического исследования в составе 550 рецептов выявлен 231 вид пищевого и лекарственного растительного сырья, получаемого от 154 видов растений. На первом (1) месте по популярности оказалась черника обыкновенная: входит в 78,9% рецептов в виде трех видов сырья – листья (л.), побеги, плоды (пл.). Далее по убыванию популярности (частоты встречаемости в рецептах) выявлены следующие растения: 2) Фасоль обыкновенная (34,7%) – створки пл., стручки, в т.ч. свежие и сок из них, зола стеблей; 3) Галега, или козлятник лекарственный (31,8%) – трава (тр.), семена; 4) Крапива двудомная (31,6%) – л., в т.ч. свежие, тр., корни (к.); 5) Одуванчик лекарственный (28,6%) – к., л., тр. с к.; 6) Шиповник, разные виды (19,1%) – пл., лепестки, верхушки побегов, к., л., зола стеблей; 7) Мята перечная (17,8%) – тр., л., к.; 8) Земляника лесная (17,5%) – л., цветки, тр., к.; 9,10) Брусника обыкновенная – л. и горец птичий (спорыш) – тр. (по 15,8%). Фитохимический анализ 10 наиболее популярных растений позволил установить, что они преимущественно содержат полифенолы различного строения: фенилпропаноиды, антоцианы, флавонолы, катехины; полисахариды: пектин, инулин; лектины; фитостероиды; витамины; свободные аминокислоты; эссенциальные микроэлементы (марганец, цинк, хром, селен); органические кислоты. Обнаруженные группы БАВ (в соответствии с результатами экспериментальных исследований) оказывают влияние на обмен углеводов и липидов в организме, а также противовоспалительное, капилляроукрепляющее, седативно-спазмолитическое и диуретическое действие. Предположительно включение этих БАВ растительного происхождения в СПП для диетотерапии СД 2 типа может быть перспективным для снижения уровня глюкозы в крови, нормализации углеводного, жирового, белкового обмена, энергетического дисбаланса, профилактики осложнений СД, обеспечения нормальной психосоциальной адаптации больного. Полученные результаты позволяют обосновать выбор растительных объектов для дальнейших исследований, направленных на разработку СПП с модифицированным углеводным профилем. Исследование выполнено в рамках комплекса работ по гранту Российского научного фонда (Проект №14-36-00041).

Эффективность ингибитора интерлейкина 1 артродарина в терапии остеоартроза коленных и тазобедренных суставов

Удовика М.И.

Медико-санитарная часть МВД России, Ульяновск

Цели. Цель настоящего исследования – определение эффективности и переносимости ингибитора интерлейкина 1 артродарина в терапии первичного остеоартроза коленных и тазобедренных суставов. Материалы и методы. Для оценки эффективности диацереина в терапии первичного гонартроза и коксартроза было проведено открытое рандомизированное 3-месячное исследование, в которое было включено 68 пациентов (1 группа) – 42 женщины и 26 мужчин с остеоартрозом коленных и тазобедренных суставов в возрасте $54 \pm 4,29$ лет, получавших в качестве монотерапии ингибитор интерлейкина 1

(ИЛ-1) артродарин перорально в суточной дозе 100 мг. Группу контроля (2 группа) составили пациенты (45 женщин и 20 мужчин) в возрасте $53 \pm 3,27$ лет, получавшие комбинированную симптом-модифицирующую терапию (хондроитина сульфат 1000 мг + глюкозамина сульфат 1000 мг) перорально в комбинации с мелоксикамом перорально в суточной дозе 7,5 мг в течение трех месяцев. У пациентов в обеих группах исследовался суммарный индекс Лекена, индекс боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), терапевтический эффект по мнению пациента и врача, оценивались побочные эффекты терапии. Клинические показатели определялись до начала терапии и после ее окончания. Критериями включения в исследование являлись подписанное пациентом информированное согласие, наличие первичного остеоартроза коленных суставов I–III стадии, наличие боли в целевом суставе от 40 мм по ВАШ, индекс Лекена от 4 до 12 баллов, отсутствие клинически значимых нарушений функции печени и почек. Критерии исключения из исследования: язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, наличие у пациента помимо первичного остеоартроза воспалительной артропатии или системного заболевания соединительной ткани, предшествующее внутрисуставное введение глюкокортикоидов. Статистическая обработка материала проводилась с использованием программы Statistica Base 6.0. Статистическая значимость показателей была определена как $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. При оценке индекса Лекена у пациентов в 1 группе, получавших артродарин, по окончании курса терапии было выявлено статистически значимое снижение интенсивности боли, увеличение максимальной дистанции при ходьбе, повышение функциональной активности ($p=0,00005$). Во 2 группе эффективность проводимой симптом-модифицирующей терапии была значительно ниже по сравнению с 1 группой ($p=0,001$). У пациентов, получавших в качестве монотерапии артродарин, было отмечено статистически значимое снижение интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале ($r=0,8897$, $p=0,0000001$). Эффект обезболивающего воздействия артродарина сравним со 2 группой пациентов, получавших сочетанную терапию НПВП в низких дозах (мелоксикам 7,5 мг в сутки) и комбинированный симптом-модифицирующий препарат ($r=0,6169$, $p=0,000004$). Оценка эффективности терапии артродаринем пациентами 1 группы имела прямую корреляционную зависимость с оценкой терапии врачом ($p=0,0005$). 48% пациентов оценили терапию артродаринем как «очень хорошо», 52% как «хорошо». Пациенты во 2 группе оценили проводимую терапию как «хорошо» в 43% и в 57% как «удовлетворительно». Сравнительная эффективность терапии у пациентов в 1 и 2 группах оценивалась по Т-критерию Стьюдента. По результатам проведенного анализа выявлено статистически значимое снижение интенсивности боли, улучшение функциональных показателей у пациентов в 1 группе, получавших артродарин ($p=0,0000001$). У пациентов во 2 группе эффективность проводимой терапии была очевидно более низкой ($p=0,001$). Частота и выраженность побочных эффектов в 1-й группе были незначительными (у 29% пациентов – учащение стула до 2-х раз в день, у 18% пациентов – окрашивание мочи в оранжевый цвет) и не требовали отмены терапии. Во 2 группе у 28% пациентов была отмечена изжога, у 23% запор, у 15% вздутие живота.

Выводы. Артродарин значительно улучшает симптомы остеоартроза, имеет практически равное с нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) действие, но в отличие от них обладает выраженным последствием и не вызывает тяжелых побочных явлений. Результаты проведенного открытого рандомизированного исследования указывают на доказательный характер обезболивающего и противовоспалительного эффекта артродарина и позволяют рекомендовать его в терапии первичного остеоартроза коленных и тазобедренных суставов.

Прогнозирование индивидуального риска формирования артериальной гипертензии у больных хронической обструктивной болезнью легких

Уклистая Т.А., Полунина О.С., Уклистая Е.А.

Астраханский государственный медицинский университет,
Астрахань

Артериальная гипертензия (АГ) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) регистрируется с частотой от 0,4 до 54%. Вклад генетических факторов в формирование артериальной гипертензии составляет 30–50%. Учет генетических факторов при разработке алгоритмов прогнозирования артериальной гипертензии позволяет повысить точность прогноза.

Цель. На основе изучения ряда генетических маркеров наряду с традиционными факторами риска развития АГ разработать алгоритм формирования АГ у больных ХОБЛ.

Материалы исследования. Обследовано 40 больных ХОБЛ (33 мужчин, 7 женщин, средний возраст 59,4±9,8 лет), 24 больных у которых ХОБЛ сочеталась с АГ (14 мужчин, 10 женщин, средний возраст 59,8±7,3 лет). Всем пациентам выполнены: общеклиническое обследование, спирометрия, суточное мониторирование АД, доплерокардиография, определение полиморфизма генов фактора некроза опухоли- α (G-308A), интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β) (C+3953T), ангиотензинпревращающего фермента I/D, рецептора ангиотензина II тип I (A1166C) методом ПЦР в лаборатории пренатальной диагностики Института акушерства и гинекологии им. Отта, г. Санкт-Петербург. Для построения модели прогнозирования использовался логистический регрессионный метод. Процедура отбора признаков проходила по методу Forward stepwise (прямой пошаговый с включениями). Результаты исследования. Логит-модель прогнозирования формирования артериальной гипертензии при ХОБЛ описывается уравнением логистической регрессии: $\text{Logit (AG)} = -12,74 + 2,722 \times \text{пол} + 3,198 \times \text{уровень липопротеидов низкой плотности} - 1,278 \times \text{степень тяжести ХОБЛ} + 1,633 \times \text{генотип по полиморфизму C3953T гена ИЛ-1}\beta$. Вероятность развития артериальной гипертензии у конкретного больного можно определить по формуле: $P = e^Y / (1 + e^Y)$, где P – вероятность наступления события; e – математическая константа Эйлера, равная 2,71828; Y (z) – натуральный логарифм отношения шансов для изучаемого события, рассчитывается по предложенной выше логит-модели. Конечная модель прогноза формирования артериальной гипертензии при ХОБЛ выглядит следующим образом: $P = e^{(-12,74 + 2,722 \times \text{пол} + 3,198 \times \text{уровень липопротеидов низкой плотности} - 1,278 \times \text{степень тяжести ХОБЛ} + 1,633 \times \text{генотип по полиморфизму C3953T гена ИЛ-1}\beta)} / (1 + e^{(-12,74 + 2,722 \times \text{пол} + 3,198 \times \text{уровень липопротеидов низкой плотности} - 1,278 \times \text{степень тяжести ХОБЛ} + 1,633 \times \text{генотип по полиморфизму C3953T гена ИЛ-1}\beta))}$. При этом: «Пол» принимается равным 1, если пациент мужчина или равен 2, если пациент женщина; «Степень тяжести ХОБЛ» принимается равным 1, если у пациента ХОБЛ 2-й степени, 2 – если третьей степени и 3 – если четвертой; «Носительство генотипов по полиморфизму C3953T гена ИЛ-1 β » принимается равным 1, если у пациента генотип CC, 2, если генотип CT и 3 если генотип TT. Уровень значимости модели в целом $p < 0,001$ ($\chi^2 = 38,863$; $df = 4$). Чувствительность модели составила 70,8%, специфичность равнялась 92,5%, точность прогноза развития артериальной гипертензии составила 84,4%. Прогноз вероятности при $P < 0,5$ (<50%) указывает на низкий риск развития артериальной гипертензии, при $P > 0,5$ (>50%) – на высокий. Выводы: построенная модель позволяет прогнозировать формирование АГ у больных ХОБЛ, что важно для разработки эффективного плана лечебно-профилактических мероприятий у данного контингента больных.

Резистентность липопротеинов низкой плотности к окислению и уровень оксида азота у пожилых больных артериальной гипертензией на фоне неспецифического эндогенного воспаления

Украинцева Д.Н., Горшунова Н.К.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Уровень С-реактивного белка (СРБ) признан значимым маркером неспецифического эндогенного воспаления, а резистентность липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) к окислению – дополнительным фактором риска атеросклероза (Н. Esterbauer, G. Wag, H. Puhl, 1993). Накоплены сведения о непосредственном участии СРБ в атерогенезе через активацию системы комплемента, эндотелиальных клеток, образование комплексов с окисленными ЛПНП (Masako Tabuchi, Katsumi Inoue, Hitomi Usui – Kataoka et al., 2007). Известно, что добавление СРБ в культуру эндотелиальных клеток человека снижает продукцию оксида азота (NO) и уровень матричной РНК для NO-синтазы. Вместе с тем, ЛПНП тормозят высвобождение NO эндотелиальными клетками (J.H. Chin, 1992, Plane F, Bruckdorfer K. R., Kerr P. et al., 1992). Нетоксические концентрации окисленных ЛПНП вызывают прогрессирующее снижение уровня eNOSmRNA (Ludovit Paulis, Fedor Simko, 2007).

Цель работы – определить резистентность ЛПНП к окислению и уровень конечных продуктов метаболизма NO у пожилых больных артериальной гипертензией (АГ) с различным уровнем высокочувствительного (hs) СРБ. Материалы и методы. Исследуемый контингент составили 71 пациент пожилого возраста с неосложненной АГ (основная группа), среди которых 64 (90,1%) женщины и 7 (9,9%) мужчин. Средний возраст обследованных 66,2±0,58 лет. В контрольную группу включили 24 практически здоровых пациентов пожилого возраста, сопоставимых с больными по возрастно-половому составу. Содержание hsСРБ в мг/л определяли иммунотурбидиметрическим методом с использованием набора реагентов «Вуо-Systems» (Испания). Об окислительном потенциале ЛПНП судили по уровню малонового диальдегида (МДА) в выделенных ЛПНП (мкмоль/л) после предварительной активации перекисью окисления липидов (ПОЛ) в сыворотке крови водным раствором FeSO₄·7H₂O (Куликова А.И. и соавт., 2008). Концентрацию конечных продуктов метаболизма NO в сыворотке крови устанавливали в мкмоль/л спектрофотометрическим методом с помощью реактива Грисса. Статистический анализ результатов исследования, представленных как $M \pm m$, Me (медиана), нижняя и верхняя квартили (q1 и q3), проведен с помощью компьютерных программ Statistica 6.0, MS Excel 2007.

Полученные результаты. Результаты исследования hsСРБ как предиктора сердечно-сосудистых осложнений интерпретируют следующим образом: при СРБ < 1 мг/л – риск сосудистых осложнений низкий, при СРБ от 1 до 3 мг/л – средний, СРБ более 3 мг/л – высокий (Долгов В. В., 2002, Ledue T., 2003). С помощью непараметрических критериев установлено достоверное различие между группами больных АГ с различной выраженностью неспецифического эндогенного воспаления по величине МДА в ЛПНП ($H = 8,54$; $p < 0,05$). При содержании hsСРБ > 3 мг/л в субклиническом диапазоне определено повышение уровня МДА в ЛПНП по сравнению как с пациентами, имеющими концентрацию hsСРБ в пределах 1–3 мг/л (3,57; 3,02; 4,88 и 2,92; 2,1; 4,1, $p < 0,05$), так и с больными с уровнем hsСРБ < 1,0 мг/л (3,57; 3,02; 4,88 и 2,50; 1,47; 3,12, $p < 0,05$). Анализ корреляционных взаимосвязей выявил умеренную связь между содержанием hsСРБ и концентрацией МДА в ЛПНП ($r = 0,44$; $p < 0,01$). Методом множественного пошагового линейного регрессионного анализа выявлена значимость уровня СРБ в снижении окислительной устойчивости ЛПНП ($\beta = 0,359$, $p < 0,05$): $Y = 3,03 + 0,41 \times \text{СРБ}$ ($F = 5,5$ $p < 0,05$). Достоверных отличий по уровню

СРБ между основной и контрольной группами не найдено ($2,91 \pm 0,17$ мг/л и $2,85 \pm 0,46$ мг/л). Концентрация hsCRP у практически здоровых пациентов пожилого возраста соответствовала диапазону значений от 1 до 3 мг/л. Концентрация конечных продуктов метаболизма NO у пациентов с уровнем hsCRP 1–3 мг/л ($5,43 \pm 0,3$ мкмоль/л), а также >3 мг/л ($4,79 \pm 0,23$ мкмоль/л) была ниже ($p < 0,05$) соответствующего параметра в контрольной группе ($6,85 \pm 0,64$ мкмоль/л). Анализ корреляционных взаимосвязей позволил установить обратную зависимость умеренной силы между уровнем конечных продуктов NO и концентрацией МДА в ЛПНП ($r = -0,33$, $p < 0,05$).

Выводы. Увеличение выраженности эндогенного воспаления у больных АГ сопряжено со снижением окислительной устойчивости ЛПНП и уровня конечных продуктов метаболизма NO.

Определение взаимосвязи между окружностью талии и течением гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Унанова И.А., Андреева Е.И., Андреева Е.А., Карслиева М.В.

Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь

Целью и задачами настоящего исследования явилось определение связи между изменением окружности талии и течением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 96 пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа (СД 2) на фоне ожирения, различной степени выраженности, и установленным диагнозом ГЭРБ. Возраст пациентов, находившихся под наблюдением, находился в интервале от 29 до 71 года. Определение окружности талии (ОТ) осуществлялось сантиметровой лентой. Всем пациентам выполнялся суточный импедансный мониторинг pH на аппарате «Гастроскан 24» и расчет индекса DeMeester, как интегральный показатель наличия ГЭРБ, дающий возможность количественного определения тяжести заболевания. Первый контрольный осмотр осуществлялся через 3 месяца, с конечной точкой 6 месяцев с момента включения. Обработка результатов, выполнялась с помощью программы EXEL, BIOSTAT, критериями Стьюдента и Манна-Уитни. Наблюдение за пациентами происходило в двух группах, который были сформированы в соответствии с назначенным сахароснижающим препаратом. В качестве сравнения были выбраны два гипогликемических препарата, оба обладающие положительным влиянием на уменьшение веса, что предполагает и уменьшение окружности талии. В первую группу вошли – 42 человека, 27 женщин и 15 мужчин, принимающее в качестве лечения метформин в дозе 2000 мг в сутки. Во вторую группу вошло 56 человек (32 женщины, 24 мужчин), которым был назначен в качестве сахароснижающего средства аналог ГПП 1-эксенатид 5 мг – 2 раза в сутки подкожно. Всем пациентам были даны рекомендации по соблюдению диеты и режиму физических нагрузок в качестве неотъемлемых составляющих успешного лечения. Результаты исследования. Исходные данные в первой группе были следующими: у женщин ОТ составила $104,3 \pm 7,4$, в то время, как у мужчин $106,5 \pm 10,7$. При этом индекс кислотных рефлюксов был $39,69 \pm 34,4$ и $47,26 \pm 49,92$ у женщин и мужчин соответственно. Во второй группе ОТ составила $114,4 \pm 14,5$ среди женщин и $117,5 \pm 15,6$ в среднем у мужчин. В течение всех 3 месяцев пациенты регулярно принимали назначенную сахароснижающую терапию наряду с модификационными мероприятиями. Через 3 месяца с момента начала исследования были получены следующие данные. В группе применения метформина отмечалась некоторая

тенденция к изменению окружности талии, так женщины добились снижения до $103,2 \pm 7,4$, что явилось статистически значимым ($p = 0,02$), а мужчины до $105,3 \pm 10,4$, но это не явилось достоверным. Обращает на себя внимание подобная динамика и индекса DeMeester, который также достоверно снизился среди женщин, при отсутствии значимых изменений у мужчин. ($37,13 \pm 31,13^*$ и $50,66 \pm 48,11$ соответственно). В группе применения эксенатида ОТ абсолютно достоверно изменялась как у женщин ($108,1 \pm 12,4^*$), так и у мужчин ($111,1 \pm 13,9^*$). Течение ГЭРБ синхронно менялось окружности талии, значительно снизившись среди лиц женского пола ($34,8 \pm 27,74^*$) и лиц мужского пола ($36,17 \pm 19,64^*$). Наблюдение за исследуемыми в течение 6 месяцев, как и ранее отожало зависимость количества кислотных рефлюксов, от окружности талии. В первой группе достоверное снижение ОТ продолжало отмечаться у женщин, при отсутствии видимой динамики у мужчин, при этом показатели составили $102,85 \pm 7,4^*$ -женщины, и $105,3 \pm 10,1$ -мужчины, при подобных результатах и в отношении ГЭРБ: индекс DeMeester достоверно уменьшился у женщин ($34,79 \pm 28,64^*$), при стагнации параметров у мужчин ($50,33 \pm 46,69$). Лучшая динамика у женщин, по нашему мнению, объясняется наибольшей комплаентностью в отношении данных рекомендаций, в том числе и пищевых. Во второй группе как среди женщин, так и среди мужчин оба параметра уменьшались абсолютно достоверно: ОТ-женщины $107,4 \pm 19,9^*$, мужчины $106,5 \pm 13,0^*$, индекс DeMeester женщины $27,2 \pm 21,76^*$ мужчины $26,31 \pm 13,35^*$.

Выводы. В результате проведенного исследования зафиксированы неопровержимые факты соответствия тяжести течения ГЭРБ окружности талии, что предполагает назначение эксенатида в качестве предпочтительной сахароснижающей терапии лицам с Сахарным диабетом 2 типа на фоне ожирения.

Уровни тревожности и депрессии у больных с острым миелоидным лейкозом и хроническим миелолейкозом

Ураков К.З., Мельникова В.Ю., Ганиева М.П., Нуралиева М.Д.

Таджикский государственный медицинский университет
им. Абуали ибни Сино, Душанбе

Цель работы: оценка распространенности уровня тревоги и депрессии у больных острым миелоидным лейкозом (ОМЛ) и хроническим миелолейкозом (ХМЛ) в условиях гематологического стационара. Методы исследования. Психоземotionalная сфера больных с лейкозами проводилась при помощи опросника госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Обследовано 42 больных в возрасте от 20 до 46 лет, средний возраст составил 36 лет. Больные разделены на 2 группы: I группа – 20 больных с ОМЛ, II группа – 22 больных с ХМЛ. Диагноз выставлялся на основании клинико-лабораторных данных, стеральной пункции, все больные находились на стационарном лечении в гематологическом отделении национального медицинского центра Республики Таджикистан. Полученные результаты. Тревога по шкале HADS субклинически выраженная и клинически выраженная чаще наблюдается в I группе у больных с ОМЛ у 13 больных (20 баллов), по сравнению со II группой у больных ХМЛ у 9 больных (20 баллов). Депрессия по шкале HADS субклинически выраженная у 5 больных (10 баллов), клинически выраженная у 4 (11 баллов) с ОМЛ по сравнению со II группой субклинически выраженная у 6 больных (9 баллов), клинически выраженная у 4 больных (12 баллов) с ХМЛ. Необходимо обратить внимание на высокие показатели тревоги и депрессии, особенно их сочетание клинически выраженная у 12 больных (14/14 баллов) в I группе с ОМЛ по сравнению с II группой 11 больных

(14/13 баллов) с ХМЛ. В контрольной группе показатели были в пределах нормы.

Вывод. При выявлении высоких уровней тревоги и депрессии у больных с ХМЛ, особенно с ОМЛ необходимо своевременно провести коррекцию выявленных нарушений в процессе лечения.

Геморрагический синдром у больных острым миелобластным лейкозом

Ураков К.З., Ходжиева Г.Б., Шамсов А.Т., Хасанов Д.М.

Таджикский государственный медицинский университет
им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель работы. Оценка тромбоцитопении и геморрагического синдрома у больных с впервые выявленным острым миелобластным лейкозом, для ранней диагностики осложнений.

Методы исследования. Обследовано 36 больных острым миелобластным лейкозом (ОМЛ) находящихся на стадии лечения в гематологическом отделении Национального медицинского центра Республики Таджикистан (НМЦ РТ). Больные были разделены на 2 группы: I группа без инфекционных осложнений – 14 больных, II группа с инфекционными осложнениями – 22 больных. Мужчин было 22, женщин – 14. Возраст больных составил 18–46 лет, медиана возраста 34 года. Варианты ОМЛ по FAB – классификации М0 – 1, М1 – 3, М2 – 22, М4 – 8, М5 – 2 больных. Всем больным проведены клинические и лабораторные методы исследования: общий анализ крови с определением лейкоцитов, тромбоцитов, бластных клеток, свертывающей системы крови. Степень тромбоцитопении определяли по В.А. Аграненко. Полученные результаты. Тромбоцитопения является главным фактором возникновения геморрагических осложнений. Легкая тромбоцитопения в I группе без осложнений отмечается у 50,0%, умеренная у 14,2%, глубокая у 14,2%. Во II группе с осложнениями показатели были значительно выше, легкая тромбоцитопения у 36,3%, умеренная у 40,9%, глубокая у 45,4% больных ОМЛ. Геморрагический синдром наблюдался чаще во II группе больных ОМЛ – 72,7% против 7,1%.

Выводы. Сопутствующая инфекционная патология у больных с впервые выявленным ОМЛ играет главную роль в развитии геморрагического синдрома, что необходимо учитывать при проведении лечения.

Оценка протективного влияния карнитина хлорида на функциональное состояние митохондрий кардиомиоцитов крыс в условиях L-NAME индуцированного дефицита синтеза оксида азота (II)

Урясьев О.М., Звягина В.И., Бельских Э.С., Медведев Д.В.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, Рязань

Введение. Накопление информации о роли митохондриальной дисфункции в развитии сердечно-сосудистой патологии делает актуальным изучение метаболических препаратов, нормализующих работу митохондрий в условиях сосудистых нарушений. L-карнитин, влияющий на процессы β-окисления жирных кислот, активность митохондриальной синтазы оксида азота (II) (NO) и супероксиддисмутазы, ключевого фермента антиоксидантной защиты митохондрий, является одним из перспективных веществ данной группы. Вместе с тем известно, что

сердечно-сосудистые заболевания, в патогенезе которых отмечается эндотелиальная дисфункция и снижение продукции NO, например, хроническая сердечная недостаточность, сопровождаются снижением концентрации карнитина в митохондриях клеток различных тканей, в том числе миокарда. Использование карнитина хлорида может быть целесообразно в лечении и профилактике хронических сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с митохондриальной дисфункцией и дефицитом синтеза NO, что требует предварительной оценки эффектов данного препарата в моделях сосудистой дисфункции на животных.

Цель исследования: изучить воздействие карнитина хлорида на функциональное состояние митохондрий кардиомиоцитов в условиях L-NAME индуцированного снижения синтеза NO. Материалы и методы. 24 крысы линии Wistar были разделены на 3 группы: контрольную, группу, получавшую L-NAME в дозе 25 мг/кг в течение 7 дней внутривентриально, и группу, получавшую L-NAME по аналогичной схеме на фоне введения карнитина хлорида в дозе 300 мг/кг в течение 21 дня. У животных исследовались активности лактатдегидрогеназы (ЛДГ), сукцинатдегидрогеназы (СДГ), супероксиддисмутазы (СОД), концентрации лактата, оксида азота (II), карнитина (общий, свободный, связанный) и неэтерифицированных жирных кислот в митохондриях кардиомиоцитов крыс.

Результаты. L-NAME приводил к снижению концентрации метаболитов NO (на 21,5%, $p < 0,05$) и лактата (на 56%, $p < 0,05$), вместе с тем повышал содержание неэтерифицированных жирных кислот (на 290%, $p < 0,05$), общего карнитина (на 162%, $p < 0,05$) и активность всех трех измеряемых оксидоредуктаз в митохондриях тканей сердца по сравнению с показателями животных контрольной группы (ЛДГ на 160%, $p < 0,05$; СДГ на 109%, $p < 0,05$; СОД на 133%, $p < 0,05$). Соотношение связанный/общий карнитин снижалось (с 0,55 до 0,13, $p < 0,05$). Предварительное введение карнитина хлорида приводило к приросту активности СДГ (на 163%, $p < 0,05$) и СОД (на 376%, $p < 0,05$), увеличению концентрации метаболитов NO (на 437%, $p < 0,05$) и лактата (на 62%, $p < 0,05$), а так же к уменьшению концентрации жирных кислот (на 37%, $p < 0,05$), общего карнитина (на 35%, $p < 0,05$) и активности ЛДГ (на 50%, $p < 0,05$) относительно показателей группы L-NAME 25 мг/кг. Соотношение связанный/общий карнитин возрастало (с 0,13 до 0,43, $p < 0,05$).

Обсуждение. Прирост концентрации общего карнитина при снижении доли связанного карнитина, сопутствовавший увеличению концентрации жирных кислот, указывал на низкую активность процессов, связанных с β-окислением. Повышение активности ЛДГ, при замедлении β-окисления и уменьшении количества лактата, указывал на интенсификацию потребления лактата митохондриями и, соответственно, глюкозы кардиомиоцитами в качестве преимущественного источника энергии. Прирост активности СДГ и СОД указывал на интенсификацию окислительных процессов в миокардиоцитах, что могло быть обусловлено снижением продукции NO – ингибитора комплекса IV дыхательной цепи – о чем косвенно свидетельствовало уменьшение концентрации метаболитов NO. Однако в условиях накопления неэтерифицированных жирных кислот – разобщителей клеточного дыхания и окислительного фосфорилирования – создавались предпосылки для развития митохондриальной дисфункции. Предварительное введение карнитина хлорида сопровождалось нивелированием эффекта L-NAME, на что указывало отсутствие снижения концентрации метаболитов NO. Повышение активности СДГ, при снижении содержания общего карнитина, увеличении доли связанного карнитина и уменьшении концентрации жирных кислот, вероятно, было обусловлено активацией процессов β-окисления. L-карнитин, стимулируя значительный подъем активности СОД, повышал антиоксидантный потенциал митохондрий кардиомиоцитов.

Выводы. Предварительное введение карнитина хлорида в условиях L-NAME 25 мг/кг индуцированного дефицита NO нормализовало содержание карнитина, предотвращало накопление жирных кислот и

стимулировало образование метаболитов NO, препятствуя развитию митохондриальной дисфункции в миокардиоцитах крыс.

Влияние коррекции сниженного уровня витамина D на динамику артериального давления у пациентов с гипертонической болезнью, ожирением и дефицитом витамина D

Филатова Т.Е., Низов А. А., Давыдов В.В.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, Рязань

Цель: оценить влияние коррекции витамин-D недостаточности на динамику артериального давления у пациентов с гипертонической болезнью, ожирением и умеренным или легким дефицитом витамина D. Материалы и методы: обследованы 54 пациента (29 женщин и 25 мужчин в возрасте от 40 до 66 лет) с гипертонической болезнью (ГБ), ожирением и дефицитом витамина D. Длительность ГБ составила от 1 до 17 лет, дефицит витамина D диагностирован в течение последнего года. Из них в опытную группу (А) были включены 27 человек, которым на фоне антигипертензивных препаратов (ингибиторов АПФ или БРА и/или антагонистов кальция) назначался холекальциферол в дозе 4–6 капель или 2000–3000 МЕ/сутки в зависимости от степени витаминной недостаточности. Контрольную группу (КГ) составили 27 пациентов, находящихся только на диете, обогащенной витамином D и аналогичной антигипертензивной терапии. Оценивалось влияние холекальциферола на динамику систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД), а также индекса массы тела (ИМТ) в начале и через 8 недель наблюдения. Статистический анализ проводился с использованием непараметрических критериев Манна-Уитни и Уилкоксона. Статистическая значимость данных подтверждалась при $p < 0,05$.

Результаты: через 8 недель терапии у пациентов группы А, помимо субъективного улучшения общего состояния, значительно улучшились клинико-метаболические показатели: медианы САД и ДАД снизились до целевых значений или на 18 и 14%, соответственно ($p < 0,05$), ИМТ уменьшился 12,5% ($p < 0,05$), повысился уровень витамина D на 45% до нормы ($p < 0,001$). В КГ также улучшились показатели АД, но медианы САД и ДАД снизились только на 11 и 9%, соответственно ($p < 0,05$). Однако ни вес пациентов, ни уровень витамина D на фоне только диеты статистически значимо не изменились. Выводы: лечение дефицита витамина D холекальциферолом у пациентов с ГБ и ожирением способствует не только ликвидации витаминной недостаточности, но и лучшей коррекции АД и веса у таких больных.

Органические и электрофизиологические изменения миокарда у лиц высокого риска в популяции трудоспособного населения Рязанской области (по данным исследования МЕРИДИАН-РО)

Филиппов Е.В., Якушин С.С.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, Рязань

Цель: оценить частоту встречаемости лиц высокого риска среди трудоспособного населения Рязанской области, а также изучить органические и электрофизиологические изменения миокарда у данной группы обследованных лиц.

Материалы и методы: исследование МЕРИДИАН-РО проводилось как проспективное когортное кросс-секционное с ретроспективной частью и включало в себя опрос с помощью стандартизированного опросника, исследование биохимических образцов и ЭКГ. В исследование с 2011 года было включено 1622 человека (1220 – город, 402 – село) в возрасте 25–64 лет (средний возраст – $43,4 \pm 11,4$ лет), из них, 42,6% были мужского пола, 53,8% – женского. Данные стандартизированы по полу и возрасту. Расчет риска фатальных и нефатальных осложнений проводился по шкале SCORE. К лицам высокого риска относились индивидуумы, имеющие риск более 5% по этой шкале. Лица, имеющие заболевания, связанные с атеросклерозом, исключались из анализа. Им дополнительно проводилось 24-часовое Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ) и эхокардиография (ЭхоКГ). Результаты. В общей выборке было 19,3% обследованных высокого и очень высокого риска, из них 50,5% – женского, а 49,5% – мужского пола. 67,7% состояли в браке, 28,8% имели высшее образование, 74,2% – работали. 70,7% лиц высокого риска проживали в городе (18,4% городских жителей), остальные 29,3% – в сельской местности (22,1% сельских жителей). Средний возраст в группе составил $50,9 \pm 10,1$ лет. В группе лиц высокого риска по сравнению с лицами, имеющими риск по шкале SCORE менее 5% было значимо больше пациентов с хронический кашель/бронхит/ХОБЛ (38,2% против 30,7%, $p = 0,007$), дорсопатией (80,4% против 71,0%, $p = 0,0001$), болезнями ЖКТ (5,6% против 5,0%, $p = 0,006$), ХБП (30,6% против 0,0%, $p = 0,0001$) и сахарным диабетом (7,6% против 0,0%, $p = 0,0001$). Данные ЭхоКГ, полученные у лиц высокого риска показали, что у 92,3% было дилатировано левое предсердие, у 51,6% имелась диастолическая дисфункция ЛЖ, гипертрофия ЛЖ встречалась в 59,6% случаев, МК регургитация более 1 степени – 63,5%, ТК регургитации более 1 степени – 28,8% и кальциноз клапанов – 44,2%. При изучении результатов ХМЭКГ наджелудочковая экстрасистолия была выявлена у 94,6%, желудочковая экстрасистолия – 62,5%, наджелудочковая тахикардия – 16,1%, фибрилляция предсердий – 3,6%, комбинированные желудочковые и наджелудочковые аритмии – 62,5%, паузы ритма более 2 секунд – 3,6%, АВ-блокады – 8,9%. Ишемии ST-T ни у одного обследованного выявлено не было. Кроме аритмий также оценивались поздние потенциалы предсердий более 10% (встречались в 16,1% случаев), поздние потенциалы желудочков (5,4%), сниженная вариабельность ритма (19,6%), удлинение интервала QT более 1 часа (50%), ЧСС более 85 уд/мин (16,1%), при этом средняя ЧСС у лиц высокого риска составила $76,7 \pm 9,7$ уд/мин. При оценке состояния здоровья пациентов высокого риска были выявлены новые следующие заболевания (1,92% в популяции): расслоение восходящей аорты – 2 пациента; пароксизмы фибрилляции/трепетания предсердий – 1 пациент; ИБС: впервые возникшая стенокардия – 2 пациента; АВ-блокада 2 степени с эпизодами Морганье-Адамса-Стокса – 1 пациент.

Выводы: отмечается высокая частота встречаемости лиц высокого риска среди трудоспособного населения Рязанской области, которая составляет 19,3%. Лица высокого риска в большинстве случаев уже имели органические изменения миокарда и его электрофизиологических свойств. У 6 пациентов во время углубленного обследования впервые были диагностированы тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, требующие лечения.

Особенности гемодинамики у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца с сахарным диабетом 2 типа

Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель: провести сравнительный анализ параметров кардиогемодинамики и суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у больных

с сочетанием артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС) в зависимости от наличия сахарного диабета (СД).

Материал и методы. Обследованы 340 больных в возрасте от 50 до 82 лет (средний возраст 72,5 (12,4)) лет с сочетанием АГ и ИБС. Проведены эхокардиография аппаратом Vivid-7 (USA) и СМАД на аппарате «Кардиотехника-04-АД-3», Санкт-Петербург. Результаты исследований проанализированы в зависимости от наличия у больных СД. Основную группу составили 94 (27,6%) больных с СД 2 типа, группу сравнения – 246 больных без СД.

Результаты. Линейные размеры камер сердца были значимо выше у больных с СД, однако индексированные значения этих параметров в группах исследования не различались. Это было обусловлено большим значением площади тела у больных с СД (1,91 vs. 1,84 м² (групповые средние), $p=0,02$). Объемы полости левого желудочка (ЛЖ) и крови в нем, а также площади правого желудочка (ПЖ) в систолу и диастолу у больных с СД превышали таковые у пациентов группы сравнения ($p<0,05$). Систолическая функция желудочков была хуже у больных основной группы: фракция выброса ЛЖ 56,4% против 60,2% в группе сравнения, $p=0,0005$; фракционное изменение площади ПЖ 33,9% vs. 38,6%, $p=0,002$. Соотношения скоростей трансмитрального и транстрикуспидального потоков в диастолу и время изоволюмического расслабления ЛЖ в группах исследования не различались. Время замедления раннего диастолического наполнения (DT) было меньше у больных с МС: DT ЛЖ – 186,7 мс vs. 183,9 мс у больных без МС, $p=0,01$; DT ПЖ – 176,9 мс vs. 189,1 мс, $p=0,02$. Индекс массы миокарда ЛЖ у больных с МС превышал таковой у лиц группы сравнения (150,1 г/м² vs. 128,9 г/м², $p=0,02$). Средние значения частоты сердечных сокращений (ЧСС) были выше у больных с СД – 83,9 vs. 78,9/мин., $p=0,002$. Среднее давление в легочной артерии соответствовало пограничным значениям и не различалось между группами (20,9–19,9 мм рт. ст.). Средние, минимальные и максимальные значения систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) в периоды бодрствования и сна у пациентов групп исследования не различались. Степень ночного снижения АД была ниже у больных с МС: для САД 3,0 vs. 8,7 % в группе сравнения, $p=0,02$; для ДАД – 4,6 vs. 10,5 %, $p=0,04$. Утренний подъем САД у больных с МС был выше – 76,4 vs. 57,8 мм рт. ст., $p=0,04$. Индексы нагрузки повышенным давлением для САД и ДАД в течение суток у больных основной группы были выше, чем в группе сравнения ($p<0,05$).

Выводы. 1. У больных с сочетанием АГ и ИБС в 28% случаев имеется СД 2 типа. 2. У больных АГ+ИБС с СД 2 типа отмечено увеличение объемов полости ЛЖ и крови в нем, а также площадей ПЖ в систолу и диастолу по сравнению с больными АГ+ИБС без СД. 3. Наличие СД 2 типа ассоциируется с ухудшением систолической и диастолической функции желудочков сердца у больных с сочетанием АГ и ИБС. 4. У больных АГ+ИБС в сочетании с СД 2 типа определяется патологический суточный профиль АД с его недостаточным ночным снижением и высоким утренним подъемом. Эти изменения более выражены, чем у больных АГ+ИБС без СД.

Показатели тревоги и депрессии у лиц, подверженных активному табакокурению

Фролова А.К., Шоломов И.Ф., Фролова О.И., Карамова Ф.А., Петров И.М., Пушкинов А.А.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Цель. Оценить уровень тревоги и депрессии курящих пациентов, посетителей Центров здоровья.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 102 пациента, подверженных регулярному активному курению. Контрольная группа была представлена 30 практически здоровыми лицами в возрасте от 18 до 65 лет, средний возраст 36,4±10,5 лет. После проведения первичного скрининга и отбора, в соответствии с критериями включения и исключения, пациентам было проведено анкетирование на: определение уровня тревоги и депрессии (госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)); определение степени никотиновой зависимости (тест К. Фагерстрема); расчет индекса пачка/лет; определение типа курительного поведения (анкета Д. Хорна); оценку уровня мотивации к отказу от табакокурения.

Результаты и обсуждение. По итогам исследования установлено, что курение, и прежде всего никотиновая зависимость, оказывают значительное влияние на показатель психического здоровья, отражающий субъективную оценку собственного эмоционального состояния, который, был статистически достоверно ниже в группе курящих и составил 59,77±18,9 баллов, чем в группе некурящих – 63,65±19,18 баллов ($p<0,001$). При определении взаимосвязей между показателями психического компонента здоровья и параметрами курительного статуса было выявлено, что показатели, отражающие субъективную оценку собственного настроения, энергичности, жизненных сил, не имели статистически значимых корреляционных взаимосвязей с показателями курительного статуса, однако была выявлена обратная корреляционная связь с выраженностью симптомов ХОБЛ по данным опросника CAT ($r=-0,45$; $p<0,001$). При анализе уровня тревоги и депрессии у лиц, подверженных активному регулярному табакокурению, было установлено, что средний уровень тревоги в группе курящих составляет 6,98±3,36 баллов, данный результат статистически значимо выше, чем в группе некурящих – 5,32±2,84 баллов ($p<0,05$). Если интерпретировать полученный результат, то средний балл по шкале тревоги в группе активно курящих попадает в границы нормы (0–7 баллов), но если оценить распределение результатов по трем группам, которые выделяют при интерпретации госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS, то, становится очевидно, что по сравнению с некурящими, большее количество курильщиков имеют субклинические и клинически выраженную тревогу, 30,5% и 13,5% соответственно. Среди некурящих клинически выраженная тревога была выявлена всего в 4% случаев, а подавляющее большинство (80%) имели нормальный результат. При анализе корреляционных взаимосвязей уровня депрессии было установлено, что он так же имеет прямую корреляционную связь с результатами опроса CAT ($r=0,40$; $p<0,001$), а также со степенью никотиновой зависимости ($r=0,43$; $p<0,001$). Были установлены слабые взаимосвязи с количеством сигарет, выкуриваемых в сутки ($r=0,21$; $p=0,1$) и индексом пачка/лет ($r=0,22$; $p=0,09$), но они не имели достаточной статистической значимости.

Таким образом, можно сказать, что курение, и прежде всего никотиновая зависимость, оказывает значительное влияние на психоэмоциональное состояние лиц, подверженных активному регулярному курению, приводя к повышению уровней тревоги и депрессии по сравнению с некурящими людьми, вплоть до появления признаков субклинически и клинически выраженных тревоги и/или депрессии. Реальное значение имеет лишь наличие и выраженность симптомов ХОБЛ, как основного заболевания, вызываемого длительным регулярным курением, которое сопровождается рядом симптомов, затрудняющих повседневную жизнедеятельность больных, тем самым влияя на психоэмоциональное состояние.

Клиническое значение показателей комплекса «интима-медиа» у лиц с высоко нормальным уровнем артериального давления с позиций факторного анализа

Фурсов А.Н., Потехин Н.П., Макеева Т.Г., Шаронова С.П., Заславская М.А., Гурина А.М.

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко, Москва

Актуальность. Комплекс интима-медиа (КИМ) является предиктором развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования: оценка роли КИМ как дифференциально-диагностического признака при решении вопроса о трансформации функциональных изменений у лиц с высоко нормальным АД (ВНАД) в органические, то есть в гипертоническую болезнь как нозологию.

Материал и методы. Проведено обследование 88 лиц с ВНАД, средний возраст обследованных – 34,1±3,2 лет. Пациенты распределены на 2 группы: в 1 группу вошли 45 лиц с КИМ менее 0,8 мм, 2 группу – составили 43 пациента с КИМ более 0,9 мм. Всем обследованным наряду общеклиническим исследованием выполнялись биохимические исследования крови, также исследовался уровень ряда гормонов сыворотки крови, ЭКГ, ЭхоКГ, суточное мониторирование АД и ЭКГ, ультразвуковое доплеровское исследование магистральных артерий головы. Выполнен факторный анализ в группах сравнения. Выделено в каждой группе по 5 факторов, описывающих, соответственно 51,2% и 74,4% дисперсии математической модели больного с ВНАД.

Результаты и обсуждение. Проведенный факторный анализ в группах сравнения позволил выявить ряд различий. Во-первых, если в 1-й группе сравнения наиболее значимым явился фактор, описывающий «эластичность сосудов», то во 2-й группе на первый план выступает симптомокомплекс «систола-диастолической гипертензии», сопряженный с определенной длительностью «гипертонического анамнеза» и, что существенно, с микроальбуминурией. Фактор «систола-диастолической гипертензии» по своему значению в 1-й группе занимает только третье место. Во-вторых, для характеристики обеих групп сравнения практически одинаковое значение имеет фактор «сердечно-сосудистых рисков», хотя внутри факторов имеются определенные различия по набору признаков. Если в 1-й группе уровень АД не является ведущим по отношению к другим традиционным факторам риска (ФР), то на долю его в группе лиц с КИМ ≥0,9 (2 группа) он, по факторной нагрузке, занимает одно из ведущих мест. Пятый фактор 1-й группы отражает связь толерантности к физическим нагрузкам с физической активностью и АД, что уточняет значение ФР в математической модели лиц с ВНАД. В-третьих, факторный анализ показал, что кардио-ренальные взаимосвязи начинают проявляться еще тогда, когда КИМ остается в пределах нормальных величин. В то же время, во 2-й группе, признаки, отражающие почечные дисфункции вошли практически во все симптомокомплексы с достаточно высокой степенью положительной взаимосвязи. В-четвертых, для группы лиц с увеличенным КИМ (2 группа) свойственны не только признаки ремоделирования сосудов, но и сопряженное с уровнем АД ремоделирование миокарда левого желудочка. При этом изменения структурно-функциональных показателей сосудистой стенки не зависели от уровня липидов сыворотки крови, т.е. носили, по всей видимости, неатерогенный характер, что характеризует КИМ в этой возрастной группе не только лишь как маркер атеросклеротического поражения сердечно-сосудистой системы. Изменение ригидности сосудов взаимосвязано с изменением суточных ритмов АД. Лицам с увеличенным КИМ свойственен тип «non-dipper». Выводы: величина КИМ может рассматриваться как дифференциально-диагностический признак при решении вопроса о трансформации

функциональных изменений у лиц с высоко нормальным АД в органические, то есть в гипертоническую болезнь как нозологию.

Риск развития побочных эффектов базисной терапии на органы пищеварения у детей с ювенильным ревматоидным артритом

Халдарбекова М.А., Каримова М.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Ювенильный ревматоидный артрит – это одно из наиболее тяжелых патологий детского возраста с неизвестной этиологией, сложным иммуноагрессивным патогенезом, характеризующееся системным поражением внутренних органов, приводящее к инвалидизации больных детей. Несмотря на достижения современной фармакотерапии, лечение остается одной из наиболее сложных проблем современной детской ревматологии. Базисные препараты действующие на основные патогенетические механизмы заболевания, а вследствие этого и на его течение, прогрессию и исходы, одновременно, обладают рядом побочных действий, в первую очередь на органы желудочно-кишечного тракта. Цель. Изучить удельный вес поражений органов пищеварения при ювенильном ревматоидном артрите у детей.

Материал и методы. Проведен анализ воздействия базисной терапии на органы пищеварения у 43 больных ЮРА, из них 37 (86,1%) с суставной формой и 6 (13,9%) суставно-висцеральной формой болезни. Из 43 больных 25 (58,1%) мальчики и 18 (41,9%) девочки в возрасте от 5 до 16 лет. Исследования проведены на базе кардиоревматологического отделения клиники Ташкентского педиатрического медицинского института. Наблюдаемые больные в зависимости от срока заболевания были разделены на 4 группы: I группа – срок болезни до 1 года 10 (23,3%), II группа 1–3 года 13 (30,2%), III группа 3–5 лет – 17 (39,5%), IV группа более 5 лет 3 (7,0%). Изучен анамнез заболевания, выявлены факторы предшествовавшие развитию болезни, проведен анализ жалоб больных с акцентом на выявление патологии органов пищеварения, оценен настоящий соматический статус, данные клинических, лабораторных исследований, сделана эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС) желудочно-кишечного тракта.

Результаты и обсуждение. В зависимости от пола среди обследованных больных несколько преобладали мальчики – 25 (63,3%). Все наблюдаемые больные с суставно-висцеральной формой получали преднизолон, нестероидные противовоспалительные средства. Из 37 больных с суставной формой 29 (67,4%) получали преднизолон и нестероидные противовоспалительные средства и 14 (32,6%) больных находились на лечении только нестероидными противовоспалительными средствами. Из нестероидных противовоспалительных средств детям были назначены ортофен, индометацин, аспирин, ибупрофен, нимесулид. Изучение клинических проявлений поражения органов пищеварения показывает, что жалобы на снижение аппетита, тошноту, рвоту, боли в животе, диарею предъявляли 2 (20,0%) больных I группы, 4 (30,7%) больных II группы, 10 (58,8%) больных III группы и все 3 (100%) больных IV группы. Если у детей на ранних этапах заболевания констатировались функциональные расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, то по мере прогрессирования болезни отмечались признаки гастрита, гастродуоденита, иногда с образованием эрозий и язв, подтвержденные на ЭФГДС. Последнее было характерно для больных III и IV группы.

Заключение. Таким образом, анализ результатов, полученных в ходе настоящего исследования, позволяет сделать вывод, что поражения

органов пищеварения у детей с ЮРА является частой патологией, что диктует необходимость раннего включения в комплекс терапии препаратов, обеспечивающих защиту слизистой оболочки желудка.

Анализ состояния брахиоцефальных артерий у больных с системной склеродермией в сопоставлении с изменением функциональных легочных тестов

Харькова А.Н., Синеглазова А.В., Несмеянова О.Б.

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск

Одной из самых частых причин смертности населения, в том числе при ревматологических заболеваниях, является кардиоваскулярная патология. При системной склеродермии (ССД) её развитие происходит на фоне системного фиброза органов, в числе которых на первое место выходит поражение легких.

Цель работы. Изучить состояние брахиоцефальных артерий (БЦА) и функциональных легочных тестов у больных с системной склеродермией. Методы. Обследовано 47 пациенток, в том числе 23 больные с достоверным диагнозом системной склеродермии (ср. возраст=49,2±2,3 л.) и 24 клинически здоровые женщины (ср. возраст=48,3±1,8 л.). От всех участниц исследования получено информированное согласие. Обследование и терапия больных ССД проводились в ревматологическом отделении ГБУЗ ЧОКБ в соответствии с федеральным стандартом. Ср. длительность ССД составила 111,2±16 мес. У 20 пациенток (87%) имелась диффузная форма болезни, у 3 (13%) лимитированная форма. Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (БЦА) выполнено на аппарате Vivid 7 (GE, США) линейным датчиком 7 L на частоте 8 МГц в режиме триплекс. Проводилась спирометрия с определением стандартных статических и динамических показателей вентилиации, включая жизненную емкость легких (ЖЕЛ), форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), индекс Тиффно (ОФВ1/ФЖЕЛ) и диффузионная способность лёгких по окиси углерода. Статистическая обработка проведена с помощью пакета SPSS 17,0.

Результаты/обсуждение. Атеросклеротические бляшки БЦА при системной склеродермии диагностированы достоверно чаще: у 9 больных ССД (39%) и 2 женщин контрольной группы (8,3%; $p=0,013$). Патологическая извитость БЦА выявлена в 8 случаях при ССД (35%) и в 6 случаях в группе контроля (25%; $p=0,464$). Стенозы БЦА обнаружены только у 2 пациенток при ССД (4%) и у 3 пациенток группы контроля (6%; $p=0,672$). При исследовании функций внешнего дыхания наиболее часто у пациенток с ССД диагностировано снижение диффузии газов – в 10 (43%). Изменения ЖЕЛ установлены в 5 случаях (21%), ОФВ1 в 4 (17%), индекса Тиффно в 4 (17%). У пациенток с ССД с наличием изменений по дуплексному сканированию БЦА в 8 случаях (33%) имелось снижение диффузионной способности легких по окиси углерода, тогда как у лиц с интактными БЦА изменения диффузии газов диагностировано только в 2 случаях (8%, $p=0,621$). Снижение ЖЕЛ выявлено у 5 пациенток с ССД (21%), имеющих изменения БЦА, и ни одного случая снижения ЖЕЛ при нормальном состоянии БЦА ($n=0$; $p=0,105$). Снижение показателя ОФВ1 установлено у 4 больных ССД (17%) с патологией БЦА, тогда как при интактных БЦА снижение ОФВ1 отсутствовало ($n=0$; $p=0,429$). Выводы/заключение. В исследовании показан достоверно более высокий процент обнаружения атеросклеротических бляшек у пациентов с ССД по сравнению с контрольной группой. Значительная часть больных ССД (43%) имела снижение диффузионной способности легких. При ССД с поражением БЦА отмечена тенденция к большей частоте встречаемости сниженной диффузионной способности лёгких. Хотя достоверных

различий в функциональных легочных тестах у лиц с различным статусом БЦА не выявлено, тем не менее снижение показателей ЖЕЛ и ОФВ1 диагностировано только в группе с патологией БЦА.

Взаимосвязь структуры желудочковых аритмий и геометрического ремоделирования сердца при артериальной гипертензии

Хозяинова Н.Ю., Царева В.М., Петрущенкова О.В., Лукаш Ю.В., Романченко Н.В.

Институт повышения квалификации ФМБА России, Москва

Цель исследования. Изучить структуру желудочковых нарушений ритма (ЖНР) у женщин с артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от типа структурно-геометрического ремоделирования сердца.

Материал и методы. Обследовано 246 женщин (средний возраст 47,9±12,6 лет) АГ I–II степени, умеренного и высокого риска течения. Длительность АГ – 6,9 (4;12) лет. Контрольная группа – 98 женщин (48,2±12,5 лет) без признаков поражения сердечно-сосудистой системы. Всем пациенткам проводились эхокардиография (Philips iE 33), холтеровское мониторирование (DRG Mediarc Holter Win P-V).

Результаты исследования. При нормальной геометрии левого желудочка (ЛЖ) желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) регистрировалась у 13 (39,4%) женщин и была представлена только ЖНР низких градаций. У пациенток с концентрическим ремоделированием ЛЖ ЖНР регистрировались у 20 (51,3%) женщин и также представлены в основном I–II классом (38,5%). ЖНР высоких градаций были только у 5 (12,8%) пациенток. В этой группе отсутствовали пробежки желудочковой тахикардии ЖТ (У класс), а парная ЖЭ (IV класс) выявлялась только у 1 женщины (2,6%). У больных с концентрической гипертрофией левого желудочка (КГЛЖ) аритмии высоких градаций выявлялись также часто (25,7%), как и низких (25,9%). У 28 женщин (24,2%) зарегистрированы парные ЖЭ и пробежки ЖТ. При этом IV класс выявлялся на 13,8% чаще У класса (Фишера $p<0,05$). У женщин с АГ и эксцентрической гипертрофией ЛЖ экстрасистолия также представлена низкими (25,9%) и высокими (20,7%) градациями без значимых различий ($p>0,05$). Прослеживалась тенденция к преобладанию политопной ЖЭ, однако различия не были значимы ($p>0,05$). Используя четырехпольные таблицы признаков, проанализированы отношения шансов развития ЖНР высоких градаций у женщин АГ с различными типами ремоделирования миокарда ЛЖ. Установлено, что вероятность развития прогностически неблагоприятных ЖНР в два раза выше у женщин с КГЛЖ по сравнению с другими видами геометрии (OR= 2,17; ДИ=1,71 - 2,75; $p<0,05$). Вывод. КГЛЖ является самым неблагоприятным типом ремоделирования миокарда ЛЖ у женщин с АГ, который приводит к прогностически неблагоприятным ЖНР.

Антиоксидантная терапия в лечении цереброкardiaльной патологии

Хохлова Л.Н., Чегодаева Л.В., Кочеткова Н.В., Бекишева М.Г., Скоробогатова Л.Н.

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, медицинский институт, Саранск

Нарушение мозгового кровообращения является одним из серьезных осложнений артериальной гипертензии. Широкое распространение, высокий уровень заболеваемости, смертности, инвалидизации населения

развитых стран диктует необходимость совершенствования методов профилактики и лечения сочетанной цереброкardiaльной патологии. Известно, что при ишемии мозговой ткани, особенно в условиях острой сосудистой катастрофы, происходит повышенное образование свободных радикалов, обладающих повреждающим действием на клеточные мембраны. В ответ на этот процесс активизируется антиоксидантная система защиты. В ряде исследований показано отрицательное влияние на организм длительного ограничения подвижности, которое рассматривается как значительный стрессогенный фактор и приводит к развитию полиорганной патологии.

Цель исследования: оценить эффективность эмоксипина и цитохрома С в комплексной терапии больных артериальной гипертензией (АГ) III стадии, осложненной острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), длительно находящимся в условиях вынужденного ограничения подвижности.

Материал и методы. Нами проанализирована динамика показателей гемостаза у 156 больных АГ, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, находящихся на лечении в ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница №4». Все пациенты после перенесенного инсульта находились в условиях вынужденного постельного режима.

Результаты. В результате проведенных исследований было установлено, что на фоне ОНМК возникают выраженные нарушения липидного обмена, которые проявляются ростом уровня малонового диальдегида (МДА), общего холестерина крови, повышением уровня ЛПНП; а также приводят к изменениям гемостаза в виде гиперкоагуляции и активации тромбоцитарного звена с последующим развитием тромбо-геморрагического синдрома на что указывает рост продуктов паракоагуляции, фибриногена Б, резкое снижение антитромбина III. Применение цитохрома С и эмоксипина позволило значительно снизить содержание фибриногена Б по отношению к исходному уровню, содержание заблокированных фибрин-мономерных комплексов, определяющихся с помощью протамин-сульфатного теста, значительно повысить содержание антитромбина III. На фоне введения эмоксипина также отмечалось повышение протромбинового индекса, времени рекальцификации. Введение препаратов способствует снижению уровня β -липопротеидов, индекса атерогенности. Самое главное – наблюдается достоверное снижение МДА плазмы крови. Головная боль, головокружение не беспокоят больных уже к 8-му дню лечения; чувствительность нормализуется к 7-му дню; восстанавливается объем движений. Вероятно, действие эмоксипина и цитохрома С в комплексной терапии больных АГ, осложненной инсультом, связано с ограничением активации процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) за счет стимуляции антиоксидантных ферментов. Таким образом, устраняя ингибирующее влияние продуктов ПОЛ, перекисей, активных форм кислорода, эмоксипин и цитохром С обеспечивают защиту липопротеидных комплексов мембран от агрессивного действия продуктов ПОЛ. Устраняя повреждение клеточных структур, они препятствуют поступлению тканевого тромбопластина в кровоток. Благодаря блоку выпадения тканевого тромбопластина, предотвращают активацию гемостаза и потребление антитромбина III. Антикоагулянтному действию антиоксидантов способствует: снижение уровня общего холестерина крови, нормализация липидного спектра и продуктов ПОЛ, обладающих высокой тромбогенной активностью.

Выводы. Таким образом, введение в комплексное лечение эмоксипина и цитохрома С улучшает гемостаз крови, предотвращает потребление антитромбина III и фибриногена в сосудистом русле, что предупреждает развитие тромбо-геморрагического синдрома и способствует улучшению микроциркуляции. Улучшается липидный спектр сыворотки крови. Оценивая эффект используемых препаратов, можно сделать вывод о необходимости использования антиоксидантов в лечении сочетанной цереброкardiaльной патологии.

Анализ ревматологической заболеваемости взрослого населения Ставропольского края

Хрипунова А.А., Хрипунова И.Г., Георгиева Е.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь

Социальная значимость ревматологических заболеваний определяется их широкой распространенностью и разнообразием. Согласно результатам анализа ВОЗ в развитых странах мира хронические ревматологические заболевания занимают второе место (после кардиоваскулярных заболеваний) среди причин, приводящих к инвалидизации пациентов. Широко распространенные в популяции хронические, прогрессирующие, склонные к частым обострениям ревматические заболевания являются одной из основных причин временной и стойкой потере нетрудоспособности. В результате пациенты в ревматическими заболеваниями ложатся ощутимым бременем на бюджет региона в первую очередь за счет затрат, связанных с заболеванием: как прямых – постоянный регулярный лабораторный и инструментальный контроль, затраты на госпитализации, в том числе в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи, эндопротезирование суставов и лекарственную терапию, так и не прямых затрат, включающих оплату больничных листов, пособий по инвалидности, недополученным ВВП, вследствие ранней потери трудоспособности и т.д. В связи с вышеизложенным, представлялось интересным провести анализ ревматологической заболеваемости в Ставропольском крае (СК). В работе использованы статистические показатели, предоставленные ГБУЗ СК «Медицинский информационно-аналитический центр». В СК ситуация с ревматическими болезнями совпадает с общероссийской статистикой: лидирующие позиции в структуре первичной и общей заболеваемости занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани: на первом месте – дорсопатии, на втором – артрозы, на третьем – остеопатии, хондропатии и ревматоидный артрит. В 2014 году взрослыми пациентами (18 лет и старше) сделано 38 361 посещение по поводу ревматологических заболеваний, что на 3927 больше, по сравнению с 2013 годом. По числу дней и случаев нетрудоспособности лидируют болезни костно-мышечной системы (БКМС) и соединительной ткани (что соотносится с общероссийскими данными). Самые высокие показатели нетрудоспособности у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов и позвоночника в возрасте старше 45 лет. Анализ временной нетрудоспособности больных БКМС по числу дней и случаев временной нетрудоспособности в 2012–2014 гг. имеют тенденцию к снижению в связи с внедрением в клиническую практику новых методов лечения (в том числе высокотехнологичной медицинской помощи). Больных с ревматическими заболеваниями отличает раннее развитие инвалидности: средний возраст лиц с ревматическими заболеваниями, которым впервые устанавливается инвалидность, составляет 48 лет. Весьма тревожным является тот факт, что инвалидизация наступает быстро – 50% больных становятся инвалидами II-й и I-й группы в течение первых 3 лет с момента постановки диагноза, а через 10–15 лет от начала заболевания примерно 90% больных получают инвалидность. Среди госпитализированных 29 566 пациентов ревматологического профиля 48% приходится на возраст старше трудоспособного. Поступили по экстренным показаниям 5144 человек (14,8%), при этом доставлены скорой помощью только 28% от поступивших по экстренным показаниям. Таким образом, у каждого шестого пациента не проводится вторичная профилактика обострения ревматологической патологии на догоспитальном этапе. При заболеваниях костно-мышечной системы и соединительной ткани смертность в 2013–2014 гг. составила 0,69 на 100 тыс. населения. Доля

умерших из числа поступивших в ревматологические стационары в 2014 г. – 0,13%. Таким образом, в структуре первичной и общей заболеваемости населения СК болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани находятся на 4–5 месте. Среди ревматологической патологии первое место занимают дорсопатии, второе – артрозы, третье – остеопатии, хондропатии и ревматоидный артрит, что соотносится с общероссийскими данными. Необходима дальнейшая реализация мероприятий, направленных на снижение инвалидизации больных ревматологического профиля и их ресоциализацию с последующим восстановлением трудоспособности.

Обеспечение пациентов ревматологического профиля генно-инженерными биологическими препаратами в Ставропольском крае

Хрипунова И.Г., Хрипунова А.А.

*Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь*

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. №598 основными приоритетами государственной политики в сфере здравоохранения и реализации государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» являются: обеспечение доступности и высокого качества медицинской помощи населению, укрепление системы первичной медицинской и санитарной помощи и профилактики заболеваний, повышение доступности высокотехнологичных медицинских услуг. Ревматические болезни сопряжены с высокой стоимостью, которая складывается из прямых затрат: на практически пожизненное непрерывное, медикаментозное лечение; постоянный регулярный лабораторный и инструментальный контроль; на госпитализации, в том числе в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи; а также частая потребность в эндопротезировании суставов; и не прямых затрат, включающих оплату больничных листов, пособий по инвалидности, недополученным ВВП, вследствие ранней потери трудоспособности и т.д. Особое социальное и медицинское значение имеют воспалительные ревматические болезни: реактивные артропатии (M02), серопозитивный ревматоидный артрит и другие ревматоидные артриты (M05, M06), ювенильный артрит (M08), системные поражения соединительной ткани (M30–35), анкилозирующий спондилит (M45). Согласно данным ГБУЗ СК Медицинский информационно-аналитический центр (МИАЦ) в Ставропольском крае за период 2010–2014 гг. отмечается ежегодный рост общего числа больных с впервые установленным диагнозом наиболее распространенных ревматологических заболеваний. В 2014 году в медицинских организациях Ставропольского края наблюдалось 1725 пациентов с анкилозирующим артритом; 3255 пациентов с ревматоидным артритом, 558 пациентов псориатическим артритом, 891 больной системными заболеваниями соединительной ткани. У 126 больных анкилозирующим артритом отмечена очень высокая активность процесса без достижения ремиссии; у 544 пациентов ревматоидным артритом имеет место высокая активность заболевания и резистентность к проводимой терапии базисными противовоспалительными препаратами. Такая же тенденция отмечена у 30% пациентов, страдающих системными заболеваниями соединительной ткани. В основном – это пациенты молодого, трудоспособного возраста (средний возраст 38,7 года), которым требуется терапия, предупреждающая прогрессирование заболевания и выход на инвалидность. Согласно клиническим рекомендациям таким больным показано проведение терапии генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП). Сегодня генно-инженерные биологические препараты являются единственной группой препаратов, которые быстро и стойко подавляют активность

ревматологических заболеваний, тормозят развитие функциональной недостаточности. Эффективность этих препаратов была убедительно доказана в плацебо-контролируемых исследованиях. Своевременно начатая терапия генно-инженерными биологическими препаратами у подавляющего большинства пациентов позволяет купировать обострение, уменьшить признаки воспаления в пораженных суставах, уменьшить костную деструкцию, снизить потерю трудоспособности, улучшить трудовую деятельность и предотвратить инвалидизацию. Число больных на генно-инженерной биологической терапии (ГИБП) в регионе на 2014 г. – первое полугодие 2015 г. составляет 109 человек. 79 больных в возрасте старше 18 лет, страдающие ревматоидным артритом, ювенильным ревматоидным артритом, анкилозирующим спондилоартритом, ювенильным анкилозирующим спондилоартритом, системной красной волчанкой, системной склеродермией, дерматомиозитом, системными васкулитами, псориатическим артритом, уже получают такую помощь в рамках ОНЛС. Препарат инфликсимаб получают 32 человека, адалимумаб – 22 пациента, ритуксимаб – 25 больных. Остальные препараты, не представленные препараты в рамках ОНЛС (Голибумаб, Цертулизумаб пегол, Этанерцепт, Тоцилизумаб, Абатацепт, Тофацитиниб, Белимумаб, Устекинумаб), больные получали за счет средств регионального бюджета и в кабинете генно-инженерной терапии, начавшего функционировать с октября 2014 года в ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница». Использование современных методов лечения, преимущественно медикаментозных, позволяет практически полностью реабилитировать пациентов, вплоть до лекарственной ремиссии, при которой состояние пациента практически не отличается от состояния здорового гражданина. Это позволяет больному реинтегрироваться в общество, снова приступить к продуктивной работе, а также позволяет снять статус инвалидности.

Уровень адипонектина у больных сахарным диабетом 2 типа и подагрой

Цанова И.А., Вербовой А.Ф.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Цель. Оценить взаимосвязь адипонектина и гормонально-метаболических показателей у больных сахарным диабетом 2 типа и подагрой. Материалы и методы. Обследовано 64 мужчины в возрасте от 41 до 70 лет, которые были разделены на 3 группы. Первую группу составили 18 пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа, средний возраст – 57,83±1,67 лет. Во вторую группу вошли 25 мужчин с подагрой, средний возраст составил 59,52±1,27 лет. Третья группа включала 21 пациента с сочетанием СД 2 типа и подагры, средний возраст которых был 57,57±1,44 лет. Контролем служили результаты обследования 40 практически здоровых мужчин. В первую младшую контрольную группу вошли 20 мужчин со средним возрастом 21,03±0,15 год. Вторую старшую контрольную группу составили 20 человек, средний возраст которых 51,31±1,34 год. У всех обследованных измерялись антропометрические показатели с дальнейшим расчетом индекса массы тела (ИМТ) по формуле $ИМТ = \frac{(вес\ (кг))}{(рост\ (м^2))}$ и отношения окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ). Определение гликемии в плазме венозной крови проводилось глюкозооксидационным методом на биохимическом анализаторе «Erba XL-200» компании Erba Lachema (Чехия). Уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ) исследовался методом иммуноферментного анализа на аппарате «Architect i1000SR» (Abbott, Германия). Инсулинорезистентность оценивалась по показателю НОМА-IR ((ИРИ x гликемия натощак)/22,5). Показатели липидного спектра крови (общий холестерин, холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицериды, холестерин липопротеинов высокой

плотности (ХС ЛПВП)), а также уровень мочевой кислоты определялись спектрофотометрическим методом на биохимическом анализаторе «Screen Master Plus» (Hospitex diagnostic, Швейцария). Уровень адипонектина в сыворотке крови исследовался методом иммуноферментного анализа на аппарате «Expert Plus» (Asys, Австрия).

Результаты: ИМТ в группах пациентов с СД 2 типа ($32,11 \pm 0,88$ кг/м²), подагрой ($32,31 \pm 0,88$ кг/м²) и их сочетанием ($33,35 \pm 1,04$ кг/м²) соответствует I степени ожирения. Во всех 3 группах обследованных пациентов ОТ была более 94 см, а отношение ОТ/ОБ больше 0,95, что позволило диагностировать у них висцеральный тип ожирения. Концентрация триглицеридов была достоверно повышена во всех трех группах больных относительно обеих контрольных групп ($p < 0,05$), а общего холестерина – только по сравнению с группой контроля младшего возраста ($p < 0,05$). Эти изменения сопровождалось повышением коэффициента атерогенности ($p > 0,05$). У больных с сахарным диабетом 2 типа и его сочетанием с подагрой уровень гликемии значимо повышен относительно обеих контрольных групп, а у пациентов с подагрой – только по сравнению с младшим контролем, но при этом не выходит за пределы нормального диапазона. Повышение концентрации глюкозы происходило на фоне инсулинорезистентности у пациентов всех трех групп, которая сопровождалась компенсаторной гиперинсулинемией. Уровень мочевой кислоты был значимо повышен во всех группах больных только по сравнению с группой контроля младшего возраста. В группах пациентов с подагрой и сахарным диабетом 2 типа обнаружено достоверное снижение концентрации адипонектина относительно обеих контрольных групп ($p < 0,05$), а в группе с сочетанием заболеваний – только относительно младшей контрольной группы ($p < 0,05$). У мужчин с подагрой концентрация адипонектина положительно коррелировала с уровнем глюкозы ($r = 0,516$; $p = 0,024$). В группе пациентов с СД 2 типа выявлена положительная корреляция между уровнем адипонектина и содержанием мочевой кислоты ($r = 0,548$; $p = 0,019$).

Выводы: у мужчин с сахарным диабетом 2 типа, подагрой и их сочетанием выявлено снижение уровня адипонектина на фоне инсулинорезистентности и атерогенной дислипидемии.

Содержание резистина и эхокардиографические показатели у больных сахарным диабетом 2 типа и подагрой

Цанава И.А., Вербовой А.Ф., Кузнецова Е.В.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Цель. Оценить взаимосвязь резистина и эхокардиографических показателей у больных сахарным диабетом 2 типа и подагрой.

Материалы и методы. Обследовано 64 мужчины в возрасте от 41 до 70 лет, которые были разделены на 3 группы. Первую группу составили 18 пациентов, у которых был сахарный диабет (СД) 2 типа, средний возраст – $57,83 \pm 1,67$ лет. Во вторую группу вошли 25 мужчин с подагрой, средний возраст составил $59,52 \pm 1,27$ лет. Третья группа включала 21 пациента с сочетанием СД 2 типа и подагры, средний возраст которых был $57,57 \pm 1,44$ лет. Контролем служили результаты обследования 40 практически здоровых мужчин. В первую младшую контрольную группу вошли 20 мужчин со средним возрастом $21,03 \pm 0,15$ год. Вторую старшую контрольную группу составили 20 человек, средний возраст которых $51,31 \pm 1,34$ год. У всех обследованных измерялись антропометрические показатели с дальнейшим расчетом индекса массы тела (ИМТ) по формуле $\text{ИМТ} = (\text{вес (кг)}) / (\text{рост (м)}^2)$ и отношения окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ). Уровень резистина в сыворотке крови исследовался методом иммуноферментного анализа на

аппарате «Expert Plus» (Asys, Австрия). Эхокардиографическое обследование проводилось на аппарате Logic7 в М-, В-, D-режимах в стандартных позициях. Проводилось измерение толщины межжелудочковой перегородки в диастолу и систолу (ТМЖПд, ТМЖПс), толщины задней стенки левого желудочка в диастолу и систолу (ТЗСЛЖд и ТЗСЛЖс), конечно-диастолического и конечно-систолического размеров (КДР и КСР), конечно-диастолического и конечно-систолического объемов (КДО и КСО), диаметров восходящего отдела аорты и легочной артерии (ЛА). Измерялась масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и рассчитывался индекс ММЛЖ (ИММЛЖ). Исследовалась фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ).

Результаты. ИМТ в группах пациентов с СД 2 типа ($32,11 \pm 0,88$ кг/м²), подагрой ($32,31 \pm 0,88$ кг/м²) и их сочетанием ($33,35 \pm 1,04$ кг/м²) соответствует I степени ожирения. Во всех 3 группах обследованных ОТ была более 94 см, а отношение ОТ/ОБ больше 0,95, что позволило диагностировать у них висцеральный тип ожирения. Если у больных с СД 2 типа содержание резистина не отличалось от обоих контрольных показателей ($p > 0,05$), то у пациентов с подагрой выявлено его значимое повышение относительно показателей обеих контрольных групп. При сочетании заболеваний содержание резистина повышено только по отношению к старшему контролю ($p < 0,05$). ММЛЖ, ИММЛЖ, ТЗСЛЖд, ТМЖПд у пациентов всех трех групп были достоверно выше только относительно младшей контрольной группы ($p < 0,05$). ТЗСЛЖс достоверно не отличалась от аналогичных показателей в контрольных группах ($p > 0,05$). ТМЖПс в группах пациентов с подагрой и сочетанием СД 2 типа и подагры была значимо выше относительно обеих контрольных групп, а в группе пациентов с СД 2 типа этот показатель был достоверно выше только по сравнению с младшей контрольной группы ($p < 0,05$). КДР, КСР, КДО и КСО во всех группах пациентов достоверно не отличались от аналогичных показателей обеих контрольных групп ($p > 0,05$). Диаметр восходящего отдела аорты был достоверно увеличен у всех обследованных пациентов относительно обеих групп контроля ($p < 0,05$), а легочной артерии – только по сравнению с младшим контролем ($p < 0,05$). ФВ ЛЖ во всех группах больных достоверно не отличалась относительно контрольных групп ($p > 0,05$) и составляла более 40%. У пациентов с СД 2 типа выявлена положительная корреляция между уровнем резистина и величиной диаметра ЛА ($r = 0,927$; $p = 0,001$). Выводы: у мужчин с сахарным диабетом 2 типа, подагрой и их сочетанием выявлены повышение уровня резистина и гипертрофия левого желудочка при его сохранной сократительной способности.

Структура нарушений ритма сердца у беременных в Республике Мордовия

Чекашкина Е.Е., Лещанкина Н.Ю., Назаркина М.Г.

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, медицинский институт, Саранск

Цель исследования: изучить особенности нарушений ритма сердца у беременных в Республике Мордовия.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены 100 беременные женщины, наблюдавшиеся в ГБУЗ РМ «Мордовский республиканский перинатальный центр». Возраст обследованных находился от 18 до 45 лет (средний возраст $29,3 \pm 6,0$). Критерием включения было наличие у беременной нарушения ритма и проводимости сердца. Инструментальное обследование включало: 24-часового холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ-ЭКГ) с использованием кардиорегистратора «Валента» (Россия), 12-канального электрокардиографа «Валента» (Россия), эхо-кардиографическое (ЭХО-КГ) исследование сердца. Статистический анализ проводился с помощью программы MicrosoftOfficeAccess 2007.

Результаты исследований: по данным 24-часового ХМ-ЭКГ у обследованных женщин во время беременности наиболее часто регистрируются желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) – 48%. В большинстве случаев они были представлены ЖЭ III и IV классов по градации Лауна-Вольфа. Из них I класс – 10,4%; II – 16,6%; III – 29,1%; IVa – 8,3%; IVb – 31,2%; V – 4,1%. У 7 (14,5%) ЖЭ сочетались с WPW-синдромом. Почти у половины обследуемых женщин (43%) в разные сроки беременности регистрируются наджелудочковые экстрасистолы (НЖЭ). В основном наблюдаются частые НЖЭ – 40 (40%). Сочетание с кратковременными пароксизмами наджелудочковой тахикардии наблюдалось редко (6%), несколько чаще при НЖЭ встречался WPW-синдром (11%). Нарушение проведения импульса встречалось достаточно редко: всего у 4% беременных регистрировались АВ и СА-блокады I–II степени. Из 100 женщин у 34% предстояли первые роды, у 31% – вторые, у 16% – третьи, у 19% – четвертые и более. При сборе анамнеза выявлено что 26% женщин имели нарушения ритма до беременности, а у большинства – 74% – нарушения ритма стали регистрироваться только во время беременности. У обследованных женщин нарушения ритма чаще всего возникали на фоне вегето-сосудистой дистонии (ВСД) – 38%, пролапса митрального клапана (ПМК) – 22%, миокардиодистрофий смешанного генеза – 8%, врожденных пороков сердца (ВПС) – 11%, перенесенный миокардит в анамнезе диагностирован у 3% беременных, у одной женщины имелась гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выходного тракта. Выводы. Таким образом, по данным 24-часового ХМ-ЭКГ нарушения ритма у беременных в основном представлены желудочковыми и наджелудочковыми экстрасистолами. Желудочковые экстрасистолы встречаются у 48% беременных, из них ЖЭ высоких градаций регистрировались чаще у женщин с вегето-сосудистой дистонией и пролапсом митрального клапана, которые требовали назначения лечения.

Особенности ультразвукового исследования щитовидной железы у больных бронхиальной астмой смешанного генеза при различных течениях заболевания в период обострения

Черенкова О.В., Доринская М.Я.

Воронежский государственный медицинский университет им Н.Н. Бурденко, Воронеж

Цель. С помощью ультразвукового исследования выявить изменения структуры щитовидной железы (ЩЖ) у больных бронхиальной астмой (БА) смешанного генеза различной степени тяжести в период обострения. Материал и методы. Всего обследовано 89 больных БА смешанного генеза, различных степеней тяжести в период обострения. Больные БА легкого течения – 10 пациентов (20% мужчин, 80% женщин), средний возраст 49,60±11,60 лет, продолжительность БА составила 7,70±3,63 лет. Больные БА средней степени тяжести – 56 пациентов (18% мужчин, 82% женщин), средний возраст 48,66±3,27 лет, продолжительность БА составила 5,61±1,50 лет. Больные БА тяжелого течения – 23 пациента (13% мужчин, 87% женщин), средний возраст 50,78±3,24 лет, продолжительность БА составила 12,48±1,68 лет. Всем пациентам в целях выявления структурных изменений ЩЖ провели ультразвуковое исследование (УЗИ) (на аппарате Sim 7000 CFM (Япония)).

Результаты. Обнаружены изменения в структуре ЩЖ у 61 пациента (68,5%) из обследованных больных. У 28 пациентов (31,5%) нарушений не выявлено ($p < 0,1$). При анализе результатов исследования у 61 пациента на ультразвуковой картине встречаются: признаки аутоиммунного тиреоидита (АИТ) (неравномерность, неоднородность эхогенной структуры) – 60,7%; гиперплазия ЩЖ – 50,8%; узлы – 29,5%; кисты – 16,4%; кальцинаты – 9,8%

случаев. Частота изменений в структуре щитовидной железы достоверно зависит от тяжести течения БА, где закономерно убывает от легкого к тяжелому течению. При легком течении у 90% больных, при средне-тяжелом течении у 69,6% больных, при тяжелом течении у 56,5% больных выявлены нарушения. Но наиболее выраженное количество изменений – это гиперплазия ЩЖ, признаки АИТ и узлообразование, встречаются при тяжелом течении. Изменения статистически достоверны: гиперплазия ЩЖ при легком течении 44,4%, средне-тяжелом – 53,8%, тяжелом течении 46,2%; признаки АИТ при легком течении 66,7%, средне-тяжелом – 61,5%; узлы тяжелом течении 46,2%; кисты при легком течении 11,1%, тяжелом течении 23,1%; кальцинаты при тяжелом течении 7,7%. Не получено достоверных данных: признаки АИТ при тяжелом течении 53,8%; узлы при легком течении 22,2%, средне-тяжелом – 25,6%; кисты при средне-тяжелом – 12,8%; кальцинаты при легком течении 11,1%, средне-тяжелом – 10,3%. Заключение. При тяжелом течении на ультразвуковой картине изменений меньше, за счет дистрофических, атрофических и гиперпластических процессов в ткани ЩЖ, нарастающими прямо пропорционально длительности и тяжести БА. Поэтому УЗИ ЩЖ у больных БА при среднетяжелом и тяжелом течениях мало информативно без определения гормонального статуса.

Биопсихосоциальная оценка здоровья и эмоционального выгорания врачей Удмуртии в эпоху перемен (1992–2015)

Чернышова Т.Е., Зыкина С.А., Реверчук И.В.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Указом № 537 РФ от 12 мая 2009 года утверждена стратегия национальной безопасности РФ до 2020 года, в которой зафиксирована значимость достойного качества и уровня жизни граждан как важного компонента национальной безопасности страны.

Целью данного смешанного сравнительного и лонгитудного исследования являлось изучение комплексного биопсихосоциального здоровья врачей Удмуртии.

Задачи: оценка психосоматического, эмоционального, личностного состояния здоровья врачей; изучение когнитивно-поведенческих и социальных стратегий реагирования врачей при имеющемся уровне здоровья; вклад социальных и психологических факторов в формирование синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) врачей. Проведено 926 комплексных медико-психологических экспертиз, из них 241 повторных. Всего – 2426 экспертиз. Этапы исследования: 1991–1998 гг., 2000–2004 гг., 2010–2015 гг. Дизайн исследования: анализ показателей по группе в целом и после формирования подгрупп по специальностям (терапевты, хирурги и «узкие» специалисты), месту работы (городские и сельские врачи), стажу работы; формирование СЭВ дополнительно оценивалось в подгруппах врачей, начавших трудовую деятельность в советский период (192 врача) и в после 1991 года (176 врачей). Анализировались: копинг-поведение, показатель коморбидности – кумулятивная шкала рейтинга заболеваний (CIRS), показатели выживаемости по Каплану-Майеру. Характеристика психосоматических и психовегетативных нарушений, личностных особенностей характера проводилась по госпитальной шкале тревоги и депрессии, опросникам Бека, Гамильтона; групповая сплоченность – по индексу Сисшора, Кристи и Гейс.

Результаты. Мода уровня коморбидности (CIRS) у молодых врачей составила 1 балл, в группе врачей со стажем 10–20 лет – 3 балла, при стаже более 30 лет – 6 баллов, причем во всех группах и на всех этапах исследования данный показатель был в 1,7–2,9 раза выше у докторов врачебных

семей. Основной патологией, зарегистрированной у терапевтов, была артериальная гипертензия, прогрессирующая близорукость, заболевания опорно-двигательного аппарата. Наиболее значимым отрицательным вкладом в формирование СЭВ было влияние ситуаций кратковременно затрагивающих личность и конфликта общественных отношений и личного интереса. Динамика первого компонента за период исследования составила 4,2%–26,5%–67,7%; динамика второго – 14,0%–35,6; 52,4%. В структуре СЭВ в количественном отношении наиболее представленным был «синдром загнанности в клетку», когда к врачу приходило ощущение, что эмоционально он не может отзывать на ситуации, которые ранее его трогали. Ведущим фактором формирования СЭВ врачи считали проблемы материальной удовлетворенности (возможность «заработать» связана с колоссальным увеличением интенсивности и продолжительности труда), отсутствие видимого результата работы (затяжное течение хронических заболеваний, невыполнение пациентами назначений). Врачебный стаж коррелировал с нарастанием степени профессионального стресса ($r=0,35$), что отражало проблемы взаимоотношений в коллективе, с пациентами. Однако СЭВ не мешал выполнению профессиональных обязанностей и показателям качества оказания медицинской помощи. Степень СЭВ была достоверно ниже у врачей, получивших образование в советский период, несмотря на их возраст, более высокую коморбидность и стаж работы. В этой группе врачей при высоком уровне тревоги (45,3%) практически не регистрировалась депрессия, они не принимали медикаментозные средства для коррекции эмоционального напряжения. Ведущим индивидуально-личностным фактором СЭВ явилась социальная фрустрированность, как следствие низкой социальной оценки труда врача, блокирующей обеспечение надежности его профессиональной деятельности. Молодые городские врачи были склонны к маккевиализму, считали, что есть «барьеры» в раскрытии личностного роста и смысла труда. Для терапевтов, особенно сельских врачей, характерен низкий уровень макиавеллизма (до 50 баллов и ниже) при высокой групповой сплоченности без значимых различий между врачами до- и постсоветского периода. Выводы. Имеются значительные различия уровня вклада компонентов комплексной оценки здоровья врачей в социально-демографическом и культурно-историческом аспектах. Профессиональная деформация личности отражает не только проблемы общества, но и особенности воспитания личности в семье, ВУЗе и социальных группах. Полученные в ходе исследования результаты могут быть использованы при разработке методов преодоления и предупреждения СЭВ, профессиональной деформации личности.

Прогнозирование эффективности реабилитации пациентов синдромом марфана

Чернышова Т.Е., Сметанин М.Ю., Сабирзянова Э.Р., Пименов Л.Т.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель: оптимизация медицинской экспертизы и прогнозирования эффективности реабилитации пациентов синдромом Марфана (Гентские критерии, 2010).

Материалы и методы: исследование включало 3 этапа. На 1 этапе проанализированы результаты комплексного исследования 44 человек (из них 18 женщин и 26 мужчин в возрасте 18–32 года) с верифицированным синдромом Марфана. На 2 этапе проведено комплексное обследование 2–4 поколений членов их семей (всего 186 человек). Третий этап включал проспективное (1998–2015 гг.) наблюдение 26 пациентов синдромом Марфана, которых мы курировали на протяжении 7–16 лет. Оценены показатели 10-летней заболеваемости и выживаемости в зависимости от индекса

коморбидности (ИК) Чарлсона и показателей шкалы коморбидности CIRS. О качестве жизни судили по вопроснику SF-36, показателям психологического статуса с оценкой копинг-поведения в стрессовых ситуациях. В 3 случаях (летальный исход) проведено патологоанатомическое исследование. Кардиальная автономная нейропатия (КАН) диагностировалась по данным суточной вариабельности сердечного ритма (ВСР), суточного мониторинга артериального давления (СМАД). О метаболизме соединительной ткани (СТ) судили по показателям гидроксипролина: свободного и пептидносвязанного (СОП, ПСОП), гликозаминогликанов (ГАГ), сиалосодержащих соединений: свободных, олиго- и белковосвязанных сиаловых кислот (ССК, ОССК, БССК), активности ферментов, участвующих в метаболизме СТ в биологических жидкостях. Программа реабилитации включала медикаментозную и синдромальную терапию, физическую реабилитацию, психологическую коррекцию копинг-поведения.

Результаты: зарегистрирована высокая прогностическая информативность семейного анамнеза и регистрации даже у одного члена семьи пациента синдрома Марфана (ДК=6,62, КИ=1,43), марфаноидной внешности (ДК=7,77, КИ=1,24), клапанных дефектов сердца и/или нарушений возбудимости сердца (ДК=7,00, КИ=1,04). Основными причинами временной утраты трудоспособности явились острые инфекционные заболевания верхних отделов дыхательных путей ($p<0,001$). Причинами стойкой утраты трудоспособности – торако-диафрагмальный вариант легочного сердца (ДК=5,56, КИ=1,87) с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Наиболее чувствительным и прогностически неблагоприятными информативным показателем метаболизма СТ явилось повышение коэффициента СОП/ОПСП ($p<0,01$) и уровня сиалидазы крови ($p<0,001$). У всех пациентов зарегистрировано прогрессирующее снижение ВСР со сдвигом вегетативного равновесия в сторону гиперсимпатикотонии. Быстрое формирование ХСН сопровождалось значимым снижением степени адаптационного соответствия, централизацией процессов управления сердечным ритмом, ростом индекса напряжения регуляторных систем (ИНРС). На 3–6–12 году наблюдения ИНРС, отражающий тонус симпатической нервной системы, составил $126,1\pm39,1 - 322,4\pm30,1 - 699,9\pm31,9$ у.е., соответственно. Зарегистрировано прогностическое значение снижения циркадного индекса артериального давления день/ночь ($r=0,59$; $p<0,01$), удлинения интервала QTc ($r=0,71$; $p<0,001$) и дисперсии интервала QTc ($r=0,62$; $p<0,001$). В докладе обсуждается эффективность различных вариантов реабилитации пациентов. Заключение: важной составляющей клинического и реабилитационного прогноза при ДСТ является оценка степени коморбидности. Наиболее значимым фактором, оказывающим влияние на продолжительность и качество жизни пациентов, является формирование диспластического сердца. Индекс коморбидности $\geq 5,0$ и показатель CIRS ≥ 10 являются независимыми предикторами неблагоприятного прогноза жизни этой группы больных.

Фармакотерапия наиболее распространенных заболеваний при беременности в практике врача терапевта по результатам Всероссийского фармакоэпидемиологического исследования «Эпидемиология лекарственных средств при беременности» (2-ой этап)

Чухарева Н.А., Ушкалова Е.А., Ткачева О.Н., Карцева В.С., Есаян Р.М.

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова, Москва

В клинической практике врачу терапевту часто приходится сталкиваться с целым рядом жалоб и патологических состояний у беременных женщин,

которые в большинстве случаев требуют назначения диетических и режимных мероприятий, а при не эффективности данных мер, назначения фармакотерапии. В тоже время выбор лекарственных средств (ЛС) во время беременности остается одним из наиболее сложных вопросов для врача любой специальности. В 2008 г. было проведено Первое Всероссийское фармакоэпидемиологическое исследование «Эпидемиология использования лекарственных средств у беременных», целью которого являлось изучение тактики применения ЛС во время беременности. Было показано, что фармакотерапия целого ряда часто встречающихся соматических заболеваний и синдромов при беременности – бронхолегочных заболеваний, лихорадки, головной боли, пиелонефрита, заболеваний желудочно-кишечного тракта – требует оптимизации. В связи с этим были опубликованы работы по ведению различной экстрагенитальной патологии, проведены обучающие школы. Целью 2-ого этапа исследования явилось определение текущей ситуации и оценка результата проводившейся работы.

Материалы и методы: анонимное анкетирование (февраль–апрель 2015 г.) врачей; в анализ включены 1066 анкет – 332 врачей терапевтов (31,1%) и 734 акушеров (68,9%) из четырех федеральных округов – Центрального (43,6%), Приволжского (17,8%), Уральского (19,9%) и Дальневосточного (18,7%). 35,3% врачей, указали, что работают в ЛПУ стационарного типа, 63,2% – амбулаторного. На 1-ом этапе было показано, что терапевты рационально выбирали antimикробные препараты (АМП) при бронхолегочных заболеваниях. Однако формулировка вопроса не позволила дифференцировать острый бронхит и пневмонию, что является важным, так как первый в подавляющем большинстве случаев имеет вирусную этиологию.

Результаты 2-го этапа выявили, что АМП назначается терапевтами не только при пневмонии, но и при остром бронхите, а также ОРВИ (91,3%, 43,7% и 0,6% соответственно). На 2-ом этапе было выявлено, что в целом врачи чаще стали назначать противовирусные препараты при острых респираторных вирусных заболеваниях, возможно, это связано с опытом, полученным при пандемии гриппа 2009, а также появлением клинических рекомендаций. Терапевты чаще, чем акушеры, назначали интерфероны (ИФ) в виде назальных капель (53,3%, $p=0,0226$), осельтамивир (21,7%, $p=0,0049$), и реже умифеновир (6,6%, $p=0,0206$). Применение ИФ в виде ректальных свечей не различалось между группами. В марте 2014 г. сезонная вакцинация от гриппа беременных была введена в Национальный календарь прививок, однако, эти рекомендации не выполняются в клинической практике – ее рекомендуют только 9,5% акушеров и 5,1% терапевтов. Аналогично 1-му этапу терапевты лучше ориентировались в назначении анальгетиков. Они чаще назначали парацетамол на любом сроке беременности (более 64%, $p<0,02$) и ибупрофен в I триместре (24,7%, $p=0,0001$) и реже, на любом сроке, – комбинированные ЛС (менее 2,5%, $p<0,001$) и ацетилсалициловую кислоту (менее 3,5%, $p<0,0001$) при лихорадке, метамизол при острой боли (менее 3,5%, $p<0,0001$) и лихорадке (в I триместре н/д, в III триместре $p=0,0008$), а также нестероидные противовоспалительные средства при лихорадке в III триместре (24,1%, $p<0,0001$). При полинозе терапевты чаще назначают топические стероиды (21,7%, $p<0,0001$) и антигистаминные 2 поколения (27,7%, $p=0,0002$) и реже – 1 поколения, такие как хлоропирамин (10,2%, $p<0,0001$) и мебгидролин (3,6%, $p=0,0326$). На 2-ом этапе при пиелонефрите отмечено в целом уменьшение частоты назначения противопоказанных при беременности или неэффективных при данной нозологии АМП. Наиболее рациональным также был выбор терапевтов, назначающих преимущественно защищенные пенициллины (54,5%; $p=0,0316$), а также цефалоспорины 2–3 поколения, в частности цеффиксим (30,7%, $p<0,0001$). На 2-ом этапе, также как и на первом было показано, что при изжоге большинство терапевтов ограничиваются применением антацидов (77,4%), препараты резерва – H2-гистаминоблокаторы (2,1%)

и ингибиторы протонной помпы (10,2%) назначают редко. Среди врачей, использующих фармакотерапию при запоре, большинство выбирает препараты лактулозы (75,0%).

Выводы: результаты проведенного исследования еще раз акцентируют внимание на чрезвычайной актуальности проблемы фармакотерапии в период беременности. В этом свете крайне необходимым является разработка формуляров и клинических рекомендаций по терапевтической патологии у беременных.

Анализ факторов риска и структурные особенности у пациентов с ишемическими повреждениями органов при отсутствии признаков стенозирующего атеросклероза

Шабалина Е.А.

*Санкт-Петербургский государственный университет,
Городская больница №40, Санкт-Петербург*

Актуальность. Сердце и головной мозг являются взаимосвязанными органами-мишенями сосудистой патологии, клинические варианты которой (ишемическая болезнь сердца – ИБС, мозговой инсульт) продолжают лидировать в структуре причин смертности населения развитых стран. Известно, что приблизительно у 10–20% больных, которым проводится диагностическая коронарография в связи с острым или хроническим ишемическим синдромом, артерии оказываются интактными. Единой теории повреждения органов-мишеней сосудистого генеза без признаков атеросклеротического повреждения не существует. Ключевыми теориями являются теория эндотелиальной дисфункции, обусловленной в большинстве случаев полиморфизмом генов; воспалительное повреждение артерий, воздействие нейро-гуморальных факторов а также наличие генетической предрасположенности.

Научная новизна. Нами будут обобщены данные факторов риска, клинико-ангиографического, генетического обследования у пациентов перенесших инфаркт миокарда или ишемический инсульт, но не имеющих признаков атеросклеротического повреждения сосудов. Генетическое обследование предполагает выявление у обследуемых генетических полиморфизмов следующих генов: липидный обмен (ApoE, ApoB, LIPC, MTP, PCSK9, SCARB1, ABCG8, OLC1); структура и тонус сосудистой стенки (ENPP1, MMP1, MMP3, MMP9, MTHFR, MTRR, e NO-синтаза, ACE, PAOD1); коагуляционный и тромбоцитарный гемостаз (FGB, F2, F5, P2Y12); воспаление (CRP, IL1A и IL18, TNF, IL6, TGFb, PDE4D, COL4A1, HDAC4 (гистон-диацетилаза), CRP (C-реактивный протеин), VEGFR (рецептор эпидермального фактора роста, NOTCH3 Критерии включения. Пул для включения в исследование составят все больные, перенесшие ИМ или ОНМК, находящиеся под наблюдением больницы №40, а также поликлиник Курортного района и некоторых других районов Санкт-Петербурга в возрасте от 20–59 лет при условии добровольного согласия принять участие в исследовании.

Материалы и методы исследования. Исследуемую группу составляют более 150 пациентов в возрасте от 20–59 лет, 2/3 из которых имеют атеросклеротическое поражение коронарных, церебральных артерий, либо артерий нижних конечностей и 1/3 пациентов, в анамнезе которых имеет место инфаркт миокарда и ОНМК без признаков стенозирующего атеросклероза. Контрольную группу составляют здоровые либо практически здоровые лица. На каждого больного в рамках исследования заводится карта исследуемого, включающая результаты липидограммы с развернутыми показателями, коагулограммы, гликемического профиля; ЭКГ с оценкой возможных очаговых изменений, признаков коронарной недостаточности, ЭХОКГ с оценкой сократительной способности, зон гипо-

акинезии и фракции выброса, нагрузочные пробы (ВЭМ, стрессЭХОКГ) либо данные Холтеровского мониторирования с оценкой ишемических изменений, дуплексное и триплексное исследование церебральных артерий, артерий нижних конечностей, измерения лодыжечно-плечевого индекса, коронарной ангиографии и исследование полиморфизмов генов, предрасполагающих к развитию атеросклероза коронарных артерий, церебральных артерий. Средний возраст исследуемого контингента составил 55 лет, 47 женщин (31%), 113 мужчин (69%); 101 из которых имеют в анамнезе ИБС (67%), у 17(11%) выявлено ОНМК, повторные ИМ в анамнезе имели 9 человек. Операции на коронарных артериях у 52 (35%) человек. Общая длительность ИБС составила в среднем 1,2 года. Из факторов риска: курение 88 (59%) человек, 43 (29%) пациентов с ожирением по данным расчета ИМТ и объема талии. Дислипидемия выявлена при оценке липидного спектра у 46 (31%), 89% в анамнезе имеют артериальную гипертензию, 77 (51%) сахарный диабет. При оценке липидного спектра: средний показатель уровня общего холестерина составил 5,2 ммоль/л, ЛПНП 3,15 ммоль/л, ТГ 1,81 ммоль/л. Предварительные данные позволяют говорить о наличии у больных исследуемой группы особенностей фенотипа и генотипа при генерализованном атеросклерозе без признаков стенозирования, а также выявить корреляцию между тяжестью клинических проявлений и степенью выраженности повреждения артерий с имеющимися факторами риска и структурными особенностями ДНК. Полученные результаты позволяют уточнить патогенез развития фатальных сосудистых осложнений у больных вне зависимости от наличия их атеросклеротического повреждения.

Факторы, ассоциированные со смертностью от инсульта в Российской популяции

Шальнова С.А., Деев А.Д., Капустина А.В., Баланова Ю.А., Константинов В.В.

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва

Смертность от инсульта в России за последнее десятилетие снизилась, оставаясь, однако, одной из самых высоких среди развитых стран.

Цель. Определить сердечнососудистые факторы риска, независимо влияющие на смертность от инсульта в Российской популяции.

Материал и методы. В анализ включались данные когортных исследований, проведенных в Москве и С.-Петербурге в различные периоды с 1975 по 2001 гг. Всего по единому протоколу было обследовано 14 730 мужчин и 6141 женщин возраста 25–64 лет. Были изучены социально-демографические характеристики, статус курения и потребления алкоголя, индексы массы тела (ИМТ), липидный профиль. Эпидемиологический диагноз ИБС определялся по вопроснику Роуза и ишемическим ЭКГ изменениям, кодированным по Миннесотскому коду. В анализ также включали артериальное давление (АД), которое было разделено на категории, отличающиеся на 10 мм рт.ст. систолического АД (САД) и 5 мм рт.ст. диастолического АД (ДАД), каждая. Медиана периода наблюдения составила приблизительно 20,3 лет, в течение которого зарегистрировано 1537 случаев смерти от инсульта. Для оценки взаимосвязи факторов риска и смертности от инсульта, отдельно для мужчин и женщин, использовалась модель пропорционального риска Кокса, при стандартизации на возраст и стратификации на уровень образования.

Результаты. После стратификации по возрасту, городу, году проведения скрининга и уровню образования модель пропорционального риска Кокса продемонстрировала, что следующие факторы положительно ассоциировались со смертностью от инсульта у мужчин: профессиональная

принадлежность к «синим воротничкам», холостые по семейному положению, курение, $23 > \text{ИМТ} > 27 \text{ кг/м}^2$, повышенный уровень триглицеридов крови, уровень АД выше 140/90 мм рт.ст., фибрилляция предсердий, и ЭКГ-признаки ишемии. Наибольший вклад в смертность от инсульта вносило АД $\geq 180-189/105-109 \text{ мм рт.ст.}$ (ОР 3,514, 95% ДИ 2,912; 5,471, $p < 0,0153$), фибрилляция предсердий (ОР 3,011, 95% ДИ 1.801; 5,035, $p < 0,0001$) и курение свыше 20 сигарет в день (ОР 2,017, 95% ДИ 1,669; 2,438, $p < 0,0001$). Все эти переменные составили общий профиль риска смерти от инсульта у мужчин (рис 1). Отношение последнего дециля к первому составило 4,3 раза ($p < 0,001$). Среди женщин, также, как и среди мужчин, наибольший вклад в смертность от инсульта вносили такие ФР как фибрилляция предсердий (ОР 3,861, ДИ 1,988; 7,497), однако статистически значимая ассоциация уровня АД начинается с $170-179/100-104 \text{ мм рт.ст.}$ (ОР 2,460, 95% ДИ 1,422; 4,253, $p < 0,0001$) а также курение свыше 6 сигарет в день (ОР 2,030, ДИ 1,219; 3,380). От первого дециля. Отношение последнего дециля к первому составило 33,2 ($p < 0,01$).

Заключение. Наибольший вклад в смертность от инсульта в Российской населении имеют всего три фактора риска: высокий уровень АД, наличие фибрилляции предсердий и курение. Согласно профилю риска, женщины более уязвимы для смертности от инсульта, чем мужчины.

Ассоциации между ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией среди населения 55 лет и старше и их значение для смертности от всех причин и сердечно-сосудистых заболеваний

Шальнова С.А., Деев А.Д., Капустина А.В., Баланова Ю.А., Константинов В.В., Муромцева Г.А., Туаева Е.М.

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, Москва

Цель. Изучить ассоциации между ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ) в популяции мужчин и женщин 55 лет и старше и оценить их вклад в смертность от всех причин и от сердечнососудистых заболеваний (ССЗ).

Материал и методы. Результаты получены в рамках проспективного исследования, включающего 1871 москвичей (отклик составил 64%), в возрасте 55 лет и старше, участников когортного исследования «Стресс, старение и здоровье». В ходе исследования изучались социально-демографические характеристики, регистрировались антропометрические показатели и ЭКГ в покое, измерялось артериальное давление (АД). Эпидемиологический диагноз ИБС устанавливался с помощью кардиологического вопросника Роуза и показателей ЭКГ, закодированных по Миннесотскому коду (МК). Среднее время наблюдения составило 4,7 лет. Всего зарегистрировано 332 случая смерти, в том числе 197 – от ССЗ. Статистический анализ проводился с помощью статистического пакета SAS. Результаты. В ходе анализа выявлены высоко достоверные положительные ассоциации частоты АД – повышенного ($\geq 140/90 \text{ мм рт.ст.}$) и высокого (160/95 мм рт.ст.), распространенности АГ с ИБС различной степени выраженности, которые увеличиваются с возрастом, не зависят от образования и более выражены у мужчин. При однофакторном регрессионном анализе при коррекции на возраст и пол отмечается достоверная взаимосвязь определенной ИБС со смертностью от всех причин (ОШ 1,86; 95% ДИ 1,42–2,46, $p = 0,0001$), но не возможной ИБС (1,20; 0,91–1,58, $p = 0,194$); выявлены гораздо менее выраженные ассоциации со смертностью повышенного и высокого уровней АД (1,33; 1,04–1,63) и (1,33; 1,06–1,67), соответственно), но не гипертензии,

которая не имеет самостоятельного вклада в смертность (1,13; 0,87–1,48, $p=0,36$). Аналогичные ассоциации были найдены для смертности от ССЗ. При совместном анализе взаимосвязи между смертностью и определенной ИБС в сочетании с различными уровнями АД отмечалось высоко достоверное увеличение смертности от всех причин у лиц с ИБС и гораздо более слабый дополнительный самостоятельный вклад у лиц с высоким АД. На смертность от всех причин достоверно влияла только определенная ИБС, высокий уровень АД потерял самостоятельное значение ($p=0,09$).

Заключение. В возрасте 55 лет и старше АГ достоверно ассоциируется с ИБС: распространенность АГ увеличивая от 65% при отсутствии ИБС до 81% у лиц с определенной ИБС в возрасте 55 лет. Вместе с тем при коррекции на пол и возраст только наличие ИБС бесспорно и достоверно увеличивает риск смерти от ССЗ и всех причин, тогда как из параметров АД только его высокий уровень положительно ассоциируется со смертностью от всех причин.

Об эффективности сандиммуна у больных с иммунной тромбоцитопенией

Шамсов А.Т., Ураков К.З., Ходжиева Г.Б.

Таджикский государственный медицинский университет
им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Иммунная тромбоцитопения (ИТП), ранее известная как идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, или болезнь Верльгофа (по имени ганноверского врача, впервые описавшего данное состояние в 1735 г.), является гематологическим заболеванием, проявляющимся тромбоцитопенией, характеризующееся снижением количества тромбоцитов в периферической крови менее $150,0 \times 10^9/\text{л}$ с проявлением выраженного геморрагического синдрома, чаще по типу пурпуры (петехиально-синячкового типа). Лечение ИТП на сегодняшний день является проблематичным, а традиционная терапия супердозами преднизолоном зачастую чревато осложнениями (кушингоидизм, избыточный вес, стероидная язва, остеопороз и другие).

Целью нашей работы является определение эффективности сандиммуна у больных с ИТП с резистентностью к глюкокортикоидной терапии.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 42 больных с ИТП резистентные к глюкокортикоидной терапии. Возраст больных от 15 до 65 лет. Лиц мужского пола – 23, женского – 19. Диагноз ИТП был верифицирован на основании общего анализа периферической крови, полное исследование биохимических тестов, свертывающей системы крови и пунктата костного мозга. Все больные в анамнезе неоднократно получали большие дозы преднизолона без особого эффекта либо с незначительным уменьшением геморрагического синдрома. Всем больным было назначено новый иммуно-супрессивный препарат сандиммун 100 мг. По 1 таб. 3 раза в день от 1 месяца до 4-х месяцев под контролем периферического анализа крови. У 4-х больных из-за развития побочных действий препарата (тошнота, рвота) и у 2-х больных из-за повышения уровня креатинина и мочевины сандиммун был отменен. У 9 б-х достигнуто полная клинико-гематологическая ремиссия. У 19 б-х геморрагический синдром полностью купирован, уровень тромбоцитов повысились в пределах $55,0 \times 10^9/\text{л}$ до $112,0 \times 10^9/\text{л}$. У 7 больных со стороны клиники лабораторных данных особой динамики не отметили. Один больной умер от развития геморрагического инсульта. Таким образом, сандиммун является эффективным препаратом в лечение ИТП и является препаратом выбора в терапии резистентных форм ИТП.

Риск сердечно-сосудистой патологии у работников железнодорожного транспорта в подростковом возрасте

Шардина Л.А., Шевчук В.В., Кашкина Н.В.

Пермский государственный медицинский университет
им. ак. Е.А.Вагнера, Пермь

Проведенные ранее исследования по эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у работников железнодорожного транспорта, позволили установить высокую распространенность и заболеваемость ССЗ у данной категории лиц. Однако проблема манифестации и профилактики патологических состояний, представляющих высокий риск для безопасности движения железнодорожного транспорта у лиц молодого возраста до настоящего времени остается недостаточно изученной. Работа локомотивных бригад связана с воздействием шума, инфразвука, электромагнитных полей высокой частоты, сменным графиком работы, несоблюдением физиологически обоснованных промежутков отдыха, высоким нервно-психическим напряжением и др. Весь комплекс неблагоприятных факторов приводит к развитию хронического профессионального стресса.

Целью работы было изучить влияние на подростков, поступающих на должности, связанные с движением поездов, вредных производственных факторов в динамике.

Материалы и методы. Обследовано 420 подростков в возрасте 18–20 лет, при проведении предварительных медицинских осмотров в соответствии с требованиями Положения о порядке проведения обязательных предварительных при поступлении на работу, и периодических медицинских осмотров на федеральном железнодорожном транспорте (утв. приказом МПС № 6Ц от 29.03.1999 г.). Всем обследованным проводилось клинико-лабораторное обследование, включающее электрокардиографию, холтеровское суточное кардиомониторирование, электроэнцефалографию, эхокардиографию, биохимический скрининг (глюкоза крови, липидный спектр).

Обсуждение. С учетом медицинских противопоказаний к работам, непосредственно связанным с движением поездов, было допущено 378 подростков. При проведении клинико-статистического анализа состояния здоровья в течение последующих трех лет при проведении профосмотров у этих работников были выявлены неблагоприятные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы: высокое нормальное давление (35% обследованных), вегетативная дисфункция синусового узла (12% случаев), атриовентрикулярная блокада I ст. (9% случаев), блокады ножек пучка Гиса (11% случаев), нарушения ритма сердца – синусовая тахикардия, наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия (11% случаев, в том числе 3% высоких градаций). Кроме этого, выявлена значительная распространенность таких факторов риска как: изолированная гиперхолестеринемия – 31%, дислипидемии – 14%, избыточная масса тела и ожирение – 41%, курение – 56%. Негативное влияние вредных производственных факторов усугубляется нерациональным питанием у 64% обследованных с избыточным включением в рацион жиров и легкоусвояемых углеводов.

Выводы. Результаты динамического наблюдения за лицами подросткового возраста, работа которых связана с движением поездов, свидетельствуют о формировании у них неблагоприятных изменений со стороны сердечно-сосудистой системы. Целесообразно в дальнейшем данную категорию лиц выделить в отдельную группу с разработкой комплекса профилактических мероприятий с целью сохранения профессионального долголетия.

Личностный тип Д, как маркер риска развития сердечно-сосудистой патологии у лиц молодого возраста: распространенность и связь с поведенческими особенностями

Шевелева О.Е.

Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень

Актуальность. Психологические факторы являются независимыми предикторами развития, неблагоприятных исходов и смертей от сердечно-сосудистых заболеваний. В последние годы в исследованиях выделяют дистрессорный тип личности (тип Д) как маркер риска развития сердечно-сосудистой патологии среди населения. Для этого типа характерно интенсивное постоянное переживание негативных эмоций, склонность к их сокрытию от окружающих по причине страха быть отвергнутым.

Цель. Изучить распространенность типа личности Д среди студентов медицинского ВУЗа. Проанализировать поведенческие особенности юношей и девушек с типом личности Д.

Задачи. Выявить молодых людей с дистрессорным типом личности Д. Определить закономерность влияния социального статуса, ИМТ, наличия ночных смен, курения на формирование поведенческого типа Д.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 176 студентов медицинского ВУЗа (юношей - $n = 55 - 31,3\%$; девушек - $n = 121 - 68,7\%$) в возрасте 23 ± 3 года. Для определения типа личности Д проводилось анонимное тестирование по опроснику DS – 14. Все респонденты были разделены на 2 группы: с наличием типа личности Д и без наличия типа Д. В этих группах проанализированы гендерная принадлежность, семейный статус, наличие работы в ночные смены, особенности питания (по ИМТ), наличие вредных привычек (курение).

Результаты. Тип личности Д выявлен у 55% студентов от общего числа респондентов. По гендерному признаку группы не отличались. У студентов с типом личности Д уровень социальной поддержки распределен следующим образом – в браке – 15,5% ($n=15$), свободны – 45,4% ($n=44$), в отношениях – 39,2% ($n=38$), у студентов без типа личности Д: в браке – 11,4% ($n=9$), свободны – 41,8% ($n=33$), в отношениях – 46,8% ($n=37$) ($p>0,05$). Работа в ночное время среди студентов с типом личности Д: нет ночных смен – 67% ($n=65$), имеются ночные смены – 33% ($n=32$). Среди студентов без типа личности Д: нет ночных смен – 74,7% ($n=59$), имеются ночные смены – 25,3% ($n=20$) ($p>0,05$). Курение среди студентов с типом личности Д встречается достоверно чаще ($p<0,05$): курят – 28% ($n=27$), не курят – 72% ($n=70$). Среди студентов без типа личности Д: курят – 13,9% ($n=11$), не курят – 86% ($n=68$). Особенности питания студентов с типом личности Д: предожирение встречается с частотой – 19,6% ($n=19$), дефицит массы тела – 8,3% ($n=8$). Среди студентов без типа личности Д предожирение характерно для 30,4% ($n=24$), дефицит массы тела – 7% ($n=7$) ($p>0,05$).

Выводы. Тип личности Д выявлен у 55% студентов от общего числа респондентов, что в два раза выше чем в общей популяции. Различий в семейном положении, наличии ночных смен, особенностей питания у студентов с поведенческим типом личности Д и без него обнаружено не было, что, возможно, обусловлено молодым возрастом обследуемых. Можно предположить, что в дальнейшем эти критерии станут более значимыми. Среди студентов с типом личности Д число курящих было достоверно выше ($p<0,05$), что позволяет предположить склонность к возникновению зависимостей у людей данной группы.

Заключение. Значительное распространение дистрессорного типа личности среди студентов медицинского ВУЗа говорит о высокой потребности в профилактических мероприятиях у этой категории населения с целью снижения риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и формирования положительного отношения к собственному здоровью.

Эндотелиальная дисфункция и ее коррекция при субклиническом гипотиреозе

Шевчук В.В.

Пермский государственный медицинский университет
им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь

Актуальность. В настоящее время увеличивается число больных субклиническим гипотиреозом, при котором выявляется повышение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) выше верхней границы референтного интервала при нормальном уровне свободного тироксина (свТ4). Доказано, что при субклиническом гипотиреозе развивается эндотелиальная дисфункция (Л.В.Казакова и др., 2012), которая ассоциируется с повышенным риском развития сердечно-сосудистой патологии. При этом назначение заместительной терапии при субклиническом гипотиреозе дискуссионно, поскольку гормонотерапия может быть сопряжена с большим числом нежелательных побочных эффектов. В связи с этим клинический интерес представляет изучение возможности использования в терапии субклинического гипотиреоза препаратов, проявляющих цитопротекторную и антиоксидантную активность.

Целью работы было определить наличие и выраженность эндотелиальной дисфункции у больных с субклиническим гипотиреозом и эффективность использования цитопротекторов для её коррекции.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 48 больных, с лабораторно верифицированным субклиническим гипотиреозом. Группу сравнения ($n=15$) составили здоровые лица с нормальными показателями тиреоидного статуса. Все обследованные – женщины в возрасте 38–50 лет. В исследование не включались пациентки с гипертонической болезнью, ИБС, ожирением, с вредными привычками (курение) и пациентки с наступлением менопаузы. Больные были разделены на 2 группы: в 1-й группе ($n=30$) был назначен цитопротектор мексикор перорально 0,3 г/сут в течение 12 недель, во 2-й группе ($n=18$) проводилось лишь наблюдение в динамике. Группы были сопоставимы по возрасту, данным анамнеза заболевания, объективному статусу. Мексикор (2-этил-6-метил-3-оксипиридина сукцинат, «ЭкоФармИнвест») является универсальным цитопротектором, широко используется в терапии заболеваний, сопровождающихся активацией процессов перекисидации и как мембранопротектор. В ходе обследования у всех пациентов оценивали гормо-нальный статус (ТТГ, Т4 св.), в качестве маркера эндотелиальной дисфункции оценивали количество десквамированных эндотелиоцитов в плазме крови. Подсчет количества десквамированных эндотелиоцитов проводили в камере Горяева методом J.Hladovec (1978).

Результаты. Средний уровень ТТГ составил в 1-й группе $6,48 \pm 0,44$ мкЕд/мл, во второй – $5,97 \pm 0,76$ мкЕд/мл, Т4 св в 1-й группе $15,28 \pm 1,66$ нМоль/л, во 2-й – $14,92 \pm 1,33$ нМоль/л. Количество циркулирующих эндотелиальных клеток в плазме крови у пациентов 1-й группы составило $7-9 \times 10^4$ /л, во 2-й группе – $8-9 \times 10^4$ /л. У лиц группы сравнения показатель циркулирующих эндотелиальных клеток в плазме крови был $2-3 \times 10^4$ /л, $p<0,05$. Через 12 недель, после проведенного курса лечения цитопротекторами (Мексикор) при контрольном обследовании были получены следующие результаты: уровень ТТГ в 1-й группе по сравнению со 2-й достоверно снизился, средний уровень составил соответственно $4,87 \pm 0,87$ мкЕд/мл и $5,54 \pm 0,75$ мкЕд/мл; средний уровень свТ4 также изменился недостоверно, с тенденцией к увеличению в 1-й группе: $17,02 \pm 3,61$ нМоль/л, во 2-й – $14,22 \pm 2,69$ нМоль/л. Наиболее значимые изменения после приема цитопротекторов были выявлены по показателю эндотелиальной дисфункции. Так, в 1-й группе показатель циркулирующих эндотелиальных клеток в плазме крови достоверно снизился по сравнению с исходным до $4-5 \times 10^4$ /л, $p<0,05$. Во 2-й группе данный показатель не изменился, составив $7-9 \times 10^4$ /л.

Выводы. Исследование показало значительную степень повреждения сосудистого эндотелия у больных с субклиническим гипотиреозом, проявляющееся в увеличении количества циркулирующих эндотелиальных клеток. Использование цитопротекторов при субклиническом гипотиреозе можно рассматривать как метод терапии, существенно уменьшающий риск атеросклероза и сердечно-сосудистых осложнений, сопутствующих гипотиреозу.

Оценка и пути профилактики кардиоваскулярного риска у подростков в условиях йоддефицита

Шевчук В.В., Вазинов И.Х., Кашкина Н.В.

Пермский государственный медицинский университет
им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь

Раннее выявление риска сердечно-сосудистой патологии является актуальной проблемой, поскольку влияние на модифицируемые факторы можно рассматривать как один из методов профилактики кардиоваскулярной патологии. Установлено, что даже незначительный дефицит тиреоидных гормонов может провоцировать манифестацию сердечно-сосудистых заболеваний или утяжелять их течение.

Целью исследования было оценить влияние субклинических нарушений функции щитовидной железы на липидный спектр сыворотки крови и уровень гомоцистеинемии у юношей, проживающих в йоддефицитном регионе.

Материалы и методы. Обследовано 140 подростков (юноши в возрасте 16–18 лет), проживающих на территории Пермского края. Никто из обследованных не соблюдал рекомендации по профилактике йоддефицита, в анамнезе не было указаний на какую-либо кардиальную патологию, отсутствовали специфические изменения на электрокардиограмме. У всех обследуемых определяли в крови уровень тиреотропного гормона (ТТГ), гомоцистеина, показатели липидограммы – общие липиды (ОЛ), триглицериды (ТГ), общий холестерин (ОХС), α -холестерин (α -ХС), пробу Бурштейна (ПБ), пре- β -холестерин (пре- β -ХС), β -холестерин (β -ХС). Статистическая обработка полученных данных проводилась по общепринятым критериям вариационно-статистического анализа с применением пакета статистических программ «Microsoft Office Excel».

Результаты исследования. В целом средний уровень ТТГ составил $2,96 \pm 1,61$ мкЕД/л (норма 0,23–4,0 мкЕД/л). Выделено две группы: группа I – 88 юношей (63%) с нормальным уровнем ТТГ; группа II – 52 юноши (37%) с уровнем ТТГ выше принятой нормы. При оценке показателей липидного обмена у юношей с повышенным уровнем ТТГ, прослеживается тенденция к изменениям атерогенной направленности в липидном спектре, по сравнению с лицами, имеющими нормальный уровень ТТГ. Однако эти отличия статистически недостоверны ($p > 0,05$). В связи с этим представляет интерес оценка содержания гомоцистеина и его ассоциации с функцией щитовидной железы в условиях йоддефицита как независимого фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний. При сравнительном анализе групп установлено, что в группе II при повышении уровня ТТГ отмечено достоверное увеличение уровня гомоцистеина $24,71 \pm 4,21$ мкмоль/л (норма 6,26–15,01 мкмоль/л), $p < 0,05$, по сравнению с группой I $10,87 \pm 2,70$ мкмоль/л ($p < 0,05$), где нормальный уровень ТТГ ассоциировался с нормальным уровнем гомоцистеина. Ассоциативная связь подтверждается положительным коэффициентом корреляции $r = +0,89$ у обследованных. У части юношей гипергомоцистеинемия можно объяснить наличием факторов, способствующих нарушению обмена гомоцистеина (витаминный дисбаланс, курение и т.д.). Тем

не менее у юношей с повышенным уровнем ТТГ прослеживается тенденция к изменениям атерогенной направленности в липидном спектре, по сравнению с лицами, имеющими нормальный уровень ТТГ. Была проанализирована корреляционная связь между уровнем ТТГ и липопротеинами сыворотки крови, связь оказалась положительной по всем показателям и наиболее выраженной между ТТГ и ТГ, α -ХС, Пре- β -ХС. Нельзя не обратить внимание на связь дисфункции щитовидной железы, прежде всего, с уровнем ЛПНП и ЛПОНП, повышение содержания которых способствует нарушению кислородно-транспортной системы крови с развитием тканевой гипоксии из-за образования липидно-белковой ультраплемки на внутренней поверхности капилляров и может приводить к понижению чувствительности инсулиновых рецепторов тканей, к развитию инсулинорезистентности и гиперинсулинемии. Интересно, что связь гомоцистеина оказалась положительной со всеми показателями липидного спектра.

Вывод. В условиях йоддефицита атерогенные нарушения формируются уже в подростковом возрасте. Необходимо проводить полноценную коррекцию йоддефицита, которую можно отнести к числу профилактических мероприятий по снижению риска кардиоваскулярной патологии.

Апелин, показатели функционального состояния и ультразвуковые изменения поджелудочной железы при сочетанном течении хронического панкреатита и сахарного диабета типа 2

Шеховцова Ю.А., Олейник М.А., Журавлева Л.В.

Харьковский национальный медицинский университет,
Харьков, Украина

Цель работы – оценить взаимосвязи между аполином, показателями функционального состояния и ультразвуковыми (УЗ) изменениями поджелудочной железы (ПЖ) у больных с сочетанным течением хронического панкреатита (ХП) и сахарного диабета (СД) типа 2 с различным фенотипом.

Материалы и методы. Обследовано 62 больных ХП в сочетании с СД типа 2 (22 мужчин и 40 женщин, средний возраст $57,38 \pm 1,84$ лет). Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц. ИМТ определялся по стандартной формуле Кетле. В зависимости от уровня ИМТ больные были разделены на 2 группы: 1 группа ($n=20$) – больные ХП и СД типа 2 с ИМТ $< 25,0$ кг/м², 2 группа ($n=42$) – больные ХП и СД типа 2 с ИМТ $> 25,0$ кг/м². Функцию ПЖ оценивали по содержанию α -амилазы, С-реактивного протеина (СРП) в сыворотке крови и эластазы-1 в кале. Уровень плазменного аполина определялся иммуноферментным методом с помощью набора реактивов «Raybiotech» (США). УЗ исследование ПЖ проводилось по стандартной методике на сканере «Sonoline G-50».

Результаты. Показатели функционального состояния ПЖ достоверно различались при сравнении между группами. Наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) снижение α -амилазы в 1,3 раза, значимое ($p < 0,05$) повышение СРП в 1,8 раз и тенденция к снижению эластазы-1 у больных 2 группы. Отмечено достоверное ($p < 0,05$) повышение уровней аполина у всех обследованных больных по сравнению с группой контроля. При этом наиболее высокие показатели отмечались во 2 группе больных ($369 \pm 17,1$ пкг/мл), которые значимо ($p < 0,05$) отличались от 1 группы ($310,2 \pm 13,2$) ($p < 0,05$). У больных 1-й группы отмечался чаще всего – неровный (55%), четкий (45%) контур. У больных 2-й группы преобладал неровный (64%) и нечеткий (36%) контур. Во всех исследуемых группах отмечалась неоднородная эхоструктура ПЖ. При изучении изменений экзогенности ткани ПЖ, было выявлено, что в 1-й группе чаще встречалось

гетерогенное усиление экзогенности ПЖ (80%), а во 2-й группе почти одинаково встречалось как гетерогенное усиление экзогенности ПЖ (55%), так и её гетерогенное снижение (45%). Расширение главного панкреатического протока наблюдалось у всех больных 1-й группы, а также у большинства (67%) больных 2-й группы. У больных обеих групп наблюдалась кальцификация ПЖ (50% и 62%, соответственно). В 1-й группе отмечалось наличие корреляционных связей между α -амилазой и изменениями экзогенности ($\gamma=0,87$, $p<0,05$), СРП и изменениями экзогенности ($\gamma=0,91$, $p<0,05$), эластазой-1 и изменениями контура ($\gamma=-0,52$, $p<0,05$), изменениями экзогенности и контура ($\gamma=0,87$, $p<0,05$). Во 2-й группе отмечалось наличие корреляционных связей между апелином и изменениями контура ($\gamma=-0,34$, $p<0,05$), α -амилазой и изменениями контура ($\gamma=0,38$, $p<0,05$), апелином и изменениями экзогенности ($\gamma=-0,40$, $p<0,05$), α -амилазой и изменениями экзогенности ($\gamma=0,46$, $p<0,05$), СРП и изменениями контура ($\gamma=-0,39$, $p<0,05$), СРП и изменениями экзогенности ($\gamma=-0,55$, $p<0,05$).

Выводы. Корреляционный анализ показал, что хроническое воспаление ПЖ характеризуется повышенными уровнями α -амилазы и СРП, активацией адипоцитокинового звена, и степень увеличения этих показателей имеет связь с изменениями контуров и экзогенности паренхимы ПЖ. Корреляционные связи между исследуемыми показателями были значимыми преимущественно в группе с коморбидной патологией и повышенной массой тела, что позволяет считать, что при повышенной массе тела активируются и усиливаются взаимосвязи между адипоцитокинами, функциональными и УЗ показателями изменений состояния ПЖ.

Серологические и морфологические маркеры системных васкулитов

Шилкина Н.П., Панченко К.И., Дряженкова И.В.

Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль

Цель работы: определить возможность использования серологических и морфологических маркеров для диагностики системных васкулитов (СВ).

Материал и методы. Обследовано 224 больных СВ: 53-узловым полиартериитом (УП), 55-облитерирующим тромбангиитом (ОТ), 31-неспецифическим аортоартериитом (НАА), 40-геморрагическим васкулитом (ГВ), 24-гранулематозом Вегенера (ГрВ), 21-другими формами. Морфологическое исследование биоптата кожно-мышечного лоскута или послеоперационного материала проведено 186 больным. В 115 случаях выполнено исследование аутопсийного материала. Проведено исследование комплемента, антигена фактора фон Виллебранда (ФВ: Аг), антинуклерных антител (АНА), антител к ДНК (аДНК), антиэндотелиальных антител (АЭАТ), антинейтрофильных цитоплазматических антител (АНЦА к протеиназе-3), антикардиолипидных антител (аКЛ IgG и аКЛ IgM), криоглобулинов (КГ), СОЭ, СРБ. Определяли индекс клинической активности васкулита (ИКАВ).

Результаты. При всех формах СВ в активную фазу болезни отмечалось падение содержания комплемента. Гипокомplementемия сохранялась и вне обострения при УП, ОТ и ГВ. АЭАТ наиболее часто встречались при УП – 47%, при НАА – 38%, при ГрВ – 22%, реже при ГВ – 15% и ОТ – 6%. АЭАТ при СВ достоверно коррелировали с активностью заболевания. При УП наличие АЭАТ в сыворотке крови достоверно коррелировало

с поражением почек и развитием периферической гангрены мягких тканей пальцев стоп. При УП наблюдался некротизирующий панваскулит со смешанным составом клеточного инфильтрата и преобладанием нейтрофильных гранулоцитов в стенке сосуда, фиброзные изменения и микроаневризмы. АНА отмечены у 53% больных, АНЦА – у 6%, аДНК – у 21%, аКЛ IgG-39% и аКЛ IgM – у 47%. При ОТ имело место наличие продуктивно-деструктивных васкулитов, спазм артериол, уменьшенное количество сосудов в дерме и наличие тромбов в мелких сосудах. АНА определялись у 33%, АНЦА – у 3%, аДНК – у 19%, аКЛ IgG-5% и аКЛ IgM – у 6%. Для НАА характерен гранулематозный панартериит с мононуклеарной или лимфоплазматичной инфильтрацией, с наличием гигантских клеток типа Лангханса или типа клеток «инородных тел», пятнистая деструкция медиальной мышечно-эластической мембраны и прогрессирующий фиброз в хронической стадии со скудным инфильтратом. Возможно развитие стеноза, окклюзии и деформации сосудов, а также формирование аневризм с их разрывом или расслоением. АНА встречались у 24%, АНЦА – у 4%, аДНК – у 11%, аКЛ IgG – у 17% и аКЛ IgM – у 11%. ГВ характеризовался IgA-депозитами в мелких сосудах кожи, желудочно-кишечного тракта, почек и синовиальной оболочки. Имел место пролиферативный некротизирующий гломерулонефрит, лейкоцитокластический васкулит, смешанно-клеточные или лимфоцитарные инфильтраты. АНА выявлены у 28%, АНЦА – у 14%, аДНК – у 7%, аКЛ IgG-у 10% и аКЛ IgM – у 28%. Для ГрВ типичны некротизирующие гранулемы с наличием гигантских клеток, некротизирующие или гранулематозные васкулиты мелких артерий и вен в легких, фокальный сегментарный некротизирующий гломерулит. Некротизирующий или гранулематозный инфильтрат имел смешанный клеточный состав, иногда с наличием эозинофилов. АНА отмечены у 48%, АНЦА – у 88% в активную фазу и у 15% – в фазу ремиссии, аДНК – у 22%, аКЛ IgG – у 20% и аКЛ IgM – у 25%. Иммунофлуоресцентные методы подтверждали иммунный генез поражения сосудистой стенки при СВ. Обсуждение. Основными серологическими маркерами СВ следует считать АНА и аКЛ, а при АНЦА-ассоциированных СВ – АНЦА, которые коррелировали с ИКАВ ($r=0,64$, $p<0,01$). КГ отмечены у всех 7 больных криоглобулинемическим васкулитом. аКЛ IgG и аКЛ IgM были маркерами вторичного антифосфолипидного синдрома при всех нозологических формах СВ. Наиболее высокие показатели ФВ:Аг отмечены при некротизирующих васкулитах, в частности при ГрВ и ГВ (у 61% и 46% больных), соответственно 2,36±1,22 и 1,82±1,06 Ме/мл, $p<0,05$. Среди лабораторных тестов активности процесса наиболее значимыми следует считать определение СРБ, СОЭ, АНЦА, ФВ:Аг.

Заключение. Основным серологическим маркером СВ являются АНА, которые можно использовать как первичный скрининговый тест. АНЦА характерны для АНЦА-ассоциированных СВ. ФВ:Аг можно рассматривать как маркер поражения сосудистой стенки. Внедрение в клиническую практику маркеров способствует ранней диагностике СВ, контролю за активностью процесса и эффективностью лечения.

Динамика болевых характеристик в процессе комплексного лечения пациентов с обострением хронической неспецифической цервикалгии

Широкова Л.Ю., Мокроусова М.В., Якушев С.В., Малыгина Е.А.

Клиническая больница №3, Ярославль

Актуальность. Болевой синдром, обусловленный дегенеративными поражениями позвоночника, – одна из наиболее распространенных причин обращения за медицинской помощью. Боли в области шеи и

нижней части спины чаще всего встречаются в практике врача. По данным многочисленных исследований их распространенность в популяции составляет от 35% до 71%, причем наиболее часто страдают этим недугом люди молодого и среднего возраста, составляющие самую социально и экономически активную часть общества. Цервикалгия может приобретать хронический характер и рецидивировать. К факторам хронизации болей в области шеи относят возраст старше 40 лет, повторный эпизод цервикалгии, люмбагию в анамнезе, занятия велоспортом, повышенную тревожность, снижение качества жизни по разнообразным причинам, неблагоприятный коморбидный фон.

Цель исследования: оценка динамики болевых характеристик в процессе комплексного лечения пациентов с обострением хронической неспецифической цервикалгии (ХНЦ).

Материалы и методы: пролечено 38 пациентов (94,7% женщин и 5,3% мужчин) с ХНЦ в возрасте $55,2 \pm 9,1$ года и длительностью болевого синдрома в области шеи $14,8 \pm 7,5$ лет. У большинства больных констатирован спондилоартроз шейного отдела позвоночника, у некоторых – плечелопаточный периартрит. С учетом вклада в развитие ХНЦ суставного, миофасциального и психогенного компонентов, проведенное нами комплексное лечение состояло из хондроитин сульфата посредством внутримышечных инъекций препарата Хондрогард по 400 мг в неделю (курсовая доза 2,4 г), а также элементов мышечно-энергетических технологий в виде миофасциального релиза 2 раза в неделю по 30 минут и активного мышечного растяжения самостоятельно, самим пациентом, 5 раз в неделю. Пациенты осматривались до, через 3 и 6 месяцев от начала терапии. Оценивали уровень боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) днем и ночью, болезненность при пальпации паравerteбральных точек и остистых отростков позвонков, ранговый индекс боли эвалютивной шкалы Мак-Гилла, общее состояние здоровья по опроснику EuroQoL-5D-термометр здоровья. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0 (StatSoft Inc), используя метод парных критериев Стьюдента или Вилкоксона, принимая за достоверные события значения $p < 0,05$.

Результаты. Через 3 месяца от начала терапии дневная боль в области шеи по ВАШ снизилась на 57,6%, через 6 – на 73,7% ($p < 0,000001$), причем в интервале от 3 до 6 месяцев произошел дальнейший регресс боли на 38,1% ($p = 0,00003$). Аналогичная динамика обнаружена и при оценке болей в области шеи в ночное время суток. Через 3 месяца наблюдения данный показатель уменьшился на 71,7%, через 6 – на 83,3% ($p < 0,000001$); снижение боли ночью между 3-м и 6-м месяцем составило 30,5% ($p = 0,002$). Пальпаторная болезненность паравerteбральных точек уменьшилась на 67,5% и 77,5% ($p < 0,000001$), остистых отростков позвонков – на 95% и 99,3% ($p = 0,0009$) через 3 и 6 месяцев мониторинга соответственно. Улучшение клинической картины по данным характеристикам в интервале 3–6 месяцев составило -30,7% и -86% соответственно ($p < 0,05$). Ранговый индекс боли эвалютивной шкалы Мак-Гилла исходно соответствовал сильной боли, через 3 месяца терапии перешел в ранг слабой (-62,5%, $p < 0,000001$), оставаясь на достигнутом уровне к 6-му месяцу наблюдения. Позитивная динамика по болевым параметрам, вероятно, повлияла на улучшение общего состояния здоровья пациентов, которое через 3 месяца от начала лечения возросло на 43,5%, через 6 – на 52,3% ($p < 0,000001$). Причем прирост этого показателя между 3-м и 6-м месяцем был также статистически значимым (+6,1%, $p < 0,0002$).

Выводы: проведенное нами комплексное лечение пациентов с ХНЦ существенно уменьшает субъективные и объективные характеристики болевого синдрома в области шеи, позитивно влияет на общее самочувствие больных. Характерной особенностью является сохранение положительной динамики по анализируемым параметрам и в отсроченный шестимесячный период наблюдения.

Клинические, функциональные и молекулярные особенности хронической обструктивной болезни легких, сформировавшейся в условиях действия токсического аэрозоля

Шпагина Л.А., Котова О.С., Герасименко О.Н., Кармановская С.А., Кузнецова Г.В.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – тяжелое прогрессирующее заболевание, связанное с хроническим воспалением в легких в ответ на действие патогенных частиц или газов [РРО 2014, GOLD 2014], для которого характерна гетерогенность проявлений. В настоящее время известно множество факторов риска (ФР) ХОБЛ, которые имеют различные химические, физические и биологические свойства, что позволяет предположить, что они индуцируют воспаление различного паттерна, следовательно, при действии разных ФР формируются различные фенотипы болезни. Выделение фенотипов ХОБЛ актуально с точки зрения оптимизации терапевтической стратегии. Экзогенный ФР – легко выявляемый параметр и исследование его прогностической ценности в отношении характера течения болезни имеет практическое значение.

Цель исследования. Определить клинические, функциональные и молекулярные особенности ХОБЛ, сформировавшейся при действии токсического аэрозоля.

Дизайн. Исследованы 42 больных стабильной ХОБЛ, экспонированных к углеводородам ароматического ряда (стаж работы во вредных условиях $24,9 \pm 1,66$ лет, курящих 32%). Группы сравнения: больные ХОБЛ, экспонированные к умереннофиброгенной пыли ($n=55$, стаж работы во вредных условиях $25,3 \pm 1,42$ года, курящих 31%) и больные ХОБЛ табакокурения ($n=73$, стаж курения $22,3 \pm 2,15$ лет). Контрольная группа – 62 здоровых донора без профессиональных ФР, курящих 32%. Группы сопоставимы по полу ($p=0,08$), возрасту ($p=0,7$), экспозиции ФР ($p=0,8$). Диагноз ХОБЛ – критерии GOLD 2011. Всем больным проводили спирометрию согласно международным стандартам [Miller et al., 2005], эхокардиографию с расчетом среднего давления в легочной артерии (СДЛА) и легочного сосудистого сопротивления (ЛСС), определяли диффузионную способность легких (DLco), определяли концентрацию фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) сыворотки методом твердофазного иммуноферментного анализа. Описательная статистика – средняя и стандартная ошибка средней, ($M \pm m$). Сравнение количественных переменных – тест Крускаллы-Уоллиса. Описание качественных переменных – определение долей, сравнение качественных переменных – критерий χ^2 . Прогностическая значимость параметра относительно ФР определена методом линейной регрессии, для оценки качества прогноза проведен ROC анализ. Критический уровень значимости $p=0,05$.

Результаты. ХОБЛ от действия токсического ФР чаще формировалась по эмфизематозному фенотипу (93% против 64% в группе ХОБЛ от действия пыли и 19% в группе ХОБЛ табакокурения, $p=0,0001$). Ограничение воздушного потока в профессиональных группах сопоставимо (ОФV1 $64,8 \pm 3,79\%$ токсический ФР и $67,6 \pm 3,43\%$ ФР пыль), и значительно ниже в группе ХОБЛ табакокурения ($55 \pm 2,55\%$). Вторичный бронхоспазм при профессиональной ХОБЛ встречался чаще, чем при ХОБЛ табакокурения, без различий между группами профессиональной ХОБЛ (40%, 55% и 26%, $p=0,0002$), но при ХОБЛ от действия токсического ФР реже сопровождался симптомами, чем при ХОБЛ от действия пыли (40% и 44% соответственно, 25% при ХОБЛ табакокурения, $p=0,05$). Диффузионная способность легких

при ХОБЛ от действия токсического ФР выше, чем в группах сравнения (DLco $86\pm 0,6\%$, в группе ХОБЛ от действия пыли $67\pm 0,5\%$, в группе ХОБЛ табакокурения $74\pm 0,4\%$). В группе ХОБЛ от действия токсического ФР значительно выше СДЛА ($40,4\pm 1,90$ мм рт.ст, $28,8\pm 1,30$ мм рт.ст. и $28,5\pm 1,61$ мм рт.ст. соответственно, $p=0,01$) и ЛСС (150 дин/с/см-5, 55 дин/с/см-5 и 110 дин/с/см-5 соответственно). Клинико-функциональные особенности ХОБЛ при действии токсических веществ во многом соответствовали биологическим эффектам дефицита VEGF, для которого характерны развитие эмфиземы и легочная гипертензия за счет повышения ЛСС [Kanazawa H. et al, 2003, Mizuno S et al, 2012]. Концентрация VEGF в группе ХОБЛ от действия токсического ФР действительно оказалась самой низкой ($129,9\pm 24,80$ пг/л, при ХОБЛ от действия пыли $489,2\pm 73,93$ пг/л, при ХОБЛ табакокурения $852,7\pm 73,81$ пг/л, в контрольной группе $1103,13\pm 74,326$ пг/л) $p=0,00001$. По данным регрессионного анализа значение DLco, преобладание в клинической картине эмфиземы и концентрация VEGF прогностически значимы относительно формирования болезни при действии токсического ФР (площадь под ROC-кривой $0,9$, $0,85$ и $0,8$ соответственно).

Выводы. В условиях действия токсического аэрозоля формируется фенотип ХОБЛ, характеризующийся преобладанием эмфиземы, сохранной диффузионной способностью легких, вторичным бронхоспазмом без клинических проявлений, формированием легочной гипертензии, низкой концентрацией VEGF.

Лечение острой сердечной недостаточности препаратом серелаксин у онкогематологических больных

Шпагина Л.А., Паначева Л.А., Локтин Е.М., Кохно В.Н., Рукавицына А.А.

Городская клиническая больница №2, Новосибирск

Цель: изучить эффективность препарата серелаксин (реасанз) при острой сердечной недостаточности (ОСН), развившейся у пациентов с онкогематологическими заболеваниями.

Материалы. Проведено лечение ОСН у двух больных с острым миелобластным лейкозом – ОМЛ (варианты М1 и М2) и одного – с лимфомой Ходжкина (ЛХ) IV Вв стадия, смешанно-клеточный вариант с поражением периферических лимфоузлов (л/у), л/у средостения, легких, л/у брюшной полости, селезенки, забрюшинного пространства, впервые выявленная. Высокая группа риска. Всем пациентам ранее выполнен индукционный курс полихимиотерапии (ПХТ): при ОМЛ – по программе «7+3», при ЛХ – ВЕАСОРР. После завершения лечения ОМЛ в 1-м случае достигнута неполная клинико-гематологическая ремиссия (в миелограмме 18% бластных клеток), во 2-м – она отсутствовала (в миелограмме 32% бластных элементов). У пациента с ЛХ констатировано клинико-гематологическое улучшение, характеризующееся нормализацией температуры тела, уменьшением одышки, всех групп л/у и селезенки. В период повторной плановой госпитализации у этих больных развилась клиника отека легких (ОЛ), потребовавшая их перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Всем пациентам проведены неинвазивная вентиляция легких аппаратом в режиме СРАР с параметрами Pasp $8,5$ mbar, PEEP $6,0$ mbar, FiO₂ 40% в сочетании с непрерывной внутривенной инфузией серелаксина при постоянной скорости введения 10 мл/час в течение 48 часов. Суммарная доза препарата составила 30 мкг/кг/сутки.

Результаты. Анализ гемодинамических показателей свидетельствует, что АД в динамике лечения оставалось стабильным, спустя 2 суток соответствовало $121/62$ мм рт.ст. Частота сердечных сокращений

варьировала от $124,0\pm 3,5$ в минуту до $85,3\pm 2,0$ после завершения терапии реасанзом; частота дыхательных движений – от $31,7\pm 3,3$ в минуту до $17,7\pm 2,4$ спустя двое суток; парциальное давление кислорода (раО₂) – от $66,7\pm 3,4$ мм рт.ст. до $90,0\pm 4,2$ мм рт.ст. после 48 часов введения препарата; парциальное давление углекислого газа (раСО₂) – от $26,3\pm 2,6$ мм рт.ст. до $37,0\pm 3,6$ мм рт.ст. соответственно. Темп диуреза у пациентов с ОСН перед введением реасанза составил $21,7\pm 2,0$ мл/час, в динамике 48-часового наблюдения варьировал от $45,0\pm 4,2$ мл/час до $83,3\pm 5,5$ мл/час. Сатурация кислорода до начала терапии соответствовала $76,3\pm 5,1\%$, спустя двое суток – $96,0\pm 6,3\%$. Центральное венозное давление (ЦВД) колебалось от $15,7\pm 1,8$ до $7,0\pm 0,7$ см вод. ст. Концентрация NT-proBNP сыворотки в результате лечения реасанзом снизилась с $5,202\pm 0,1346$ до $2,504\pm 0,0142$ пг/мл. У всех пациентов при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки на момент распознавания ОЛ в прикорневой зоне выявлены очаговые тени различных размеров и расширение корней легких. Спустя 48 часов у всех больных оставалось только усиление сосудистого рисунка. На ЭКГ регистрировались депрессия сегмента ST в отведениях II, III и AVF, признаки гипертрофии левого предсердия и левого желудочка. Через двое суток наблюдались возвращение сегмента ST к изолинии и снижение амплитуды зубца R. После проведения неотложной терапии в сочетании с реасанзом, состояние пациентов улучшилось, симптоматика ОСН купирована спустя 48 часов. Через 3 суток пребывания в ОРИТ пациенты переведены в гематологическое отделение для продолжения курсов ПХТ. Период отдаленного наблюдения составил 30 дней, в течение которых рецидивов ОСН не наблюдалось.

Выводы. Применение серелаксина у больных с ОСН позволяет своевременно купировать ее симптомы, восстановить параметры гемодинамики, газов крови и ЦВД, что в последующем дает возможность больным с онкологическими заболеваниями продолжить лечение с последующим формированием клинико-гематологической ремиссии и улучшением их качества жизни.

Васкулоэндотелиальный фактор роста сосудов и липокалин, как маркеры нефропатии у пациентов с артериальной гипертензией, ассоциированной с ожирением

Шулькина С.Г., Смирнова Е.Н., Щекотов В.В.

Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера, Институт механики сплошных сред УроРАН, Пермь

Ожирение является независимым фактором риска развития и прогрессирования артериальной гипертензии (АГ) и хронической болезни почек (ХБП). В прогрессировании нефропатии при АГ и ожирении особо выделяется медиатор фиброза и ангиогенеза – васкуло-эндотелиальный фактор роста сосудов (ВЭФ). Уровень липокалина 2 повышается при канальцевом поражении, а микроальбуминурия – при клубочковом.

Цель исследования: оценить возможность доклинического поражения клубочкового и канальцевого аппарата почек у больных АГ в сочетании с ожирением.

Материалы и методы. Группу обследования составили 38 пациентов (в возрасте $42,3\pm 8,3$ лет), страдающих АГ 1–2 степени, I–II стадии, без патологических изменений в анализах мочи и структуре почек, исключены вторичные формы АГ. Группу сравнения составили 15 здоровых лиц, не отличающихся по полу и возрасту от основной группы. Всем было проведено общеклиническое и стандартное лабораторное обследование. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали

по формуле $\text{СКД-EPI} \text{ мл/мин/1,73 кв.м.}$ Уровни ВЭФ, Липокалин 2, МАУ определяли методом иммуноферментного анализа. При статистической обработке данных использовали программу «Statistica 7.0 Rus». Данные с ненормальным распределением представлены в виде медианы и в виде интерквартильного интервала [25; 75].

Результаты. В основной группе средний уровень систолического артериального давления (САД) составил $147,9 \pm 7,1$ мм рт.ст., диастолического артериального давления (ДАД) – $98,8 \pm 5,0$ мм рт.ст., при длительности АГ – $4,1 \pm 2,5$ года. У пациентов с АГ были выявлены повышенные уровни холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), глюкозы, мочевой кислоты, креатинина. Оптимальная СКФ ($>90 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$) была установлена у 37,1% пациентов, у 37,1% отмечалось незначительное снижение ($>60 < 90 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$), у 8,6% – умеренное снижение ($>45 < 60 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$), у 17% было выявлено повышение СКФ. Уровни маркеров почечного повреждения были значимо выше при ожирении и АГ – МАУ $25,8 [11,7; 34,0]$ мг/мл; ВЭФ $79,0 [28; 96,2]$ пг/мл; липокалина $14,8 [0,0; 20,0]$ нг/мл. Повышенный уровень липокалина, как признак канальцевой дисфункции, выявлялся у 47,3% больных АГ, причем у части больных (13%) его повышение было при оптимальном уровне МАУ и нормальном уровне СКФ. В группе больных была установлена достоверная корреляция уровня креатинина с общим холестерином ($r=0,42$; $p=0,045$), ЛПНП ($r=0,5$; $p=0,04$) и мочевой кислоты ($r=0,48$; $p=0,03$) и отрицательная связь расчетной СКФ с уровнем ДАД ($r=-0,4$; $p=0,04$). Найдена положительная корреляция величины МАУ с уровнем ДАД ($r=0,7$; $p=0,02$), уровнем креатинина ($r=0,42$; $p=0,03$), общего холестерина ($r=0,41$; $P=0,04$) и отрицательная со значением СКФ ($r=-0,5$; $p=0,03$). Определена прямая связь между уровнем ВЭФ в моче и САД ($r=0,49$; $p=0,04$), МАУ ($r=0,47$; $p=0,04$), мочевой кислотой ($r=0,49$; $p=0,04$) и отрицательная с СКФ ($r=-0,46$; $p=0,03$). Получена достоверная корреляция между уровнем липокалина и МАУ ($r=0,46$, $p=0,04$).

Выводы. У больных неосложненной АГ в сочетании с ожирением патологический процесс затрагивает не только клубочковый аппарат почек, но и каналец. У части больных определяется признаки повреждения канальцев без клубочкового поражения. Следовательно, более ранним признаком нефропатии при АГ можно считать увеличение липокалина 2 моче. У больных неосложненной АГ в сочетании с ожирением отмечается снижение СКФ, которое зависит от уровня ДАД, МАУ, ВЭФ, но не связано с величиной липокалина. Работа выполнена при поддержке ГРАНТА РФ 14-15-00809.

Маркеры раннего повреждения нефрона у пациентов с артериальной гипертензией высокого риска

Шулькина С.Г., щекотов В.В., Смирнова Е.Н., Антипова А.А.

Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера, Институт механики сплошных сред Уральского отделения РАН, Пермь

Цель исследования: оценить маркеры раннего повреждения нефрона у больных артериальной гипертензией (АГ) высокого риска.

Задачи: 1. Выявить и оценить выраженность клубочковой и канальцевой дисфункции у больных АГ высокого риска (ассоциированной с метаболическим синдромом (МС)). 2. Изучить взаимосвязи ранних маркеров повреждения нефрона.

Материалы и методы. Группу обследования составили 38 пациентов (средний возраст $42,3 \pm 8,3$ лет) с впервые диагностированным МС и

АГ 1–2 степени, без органического поражения почек в анамнезе и патологических изменений в общем анализе мочи, креатинина, без ультразвуковых признаков анатомических и структурных изменений почек. В исследование не включали пациентов с вторичными формами АГ, больных с АГ III стадии, 3 степени, сахарным диабетом, воспалительными заболеваниями миокарда, системными заболеваниями соединительной ткани, онкологическими заболеваниями. Группу сравнения составили 15 здоровых добровольцев (средний возраст $39,4 \pm 5,3$ года). Всем было проведено общеклиническое и лабораторное обследование с определением уровня липидов, глюкозы плазмы крови, креатинина, мочевой кислоты, трансаминаз, билирубина. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле Кетле: $\text{масса тела (кг) / рост (м}^2\text{)}$. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывали по формуле $\text{СКД-EPI} \text{ мл/мин/1,73 м}^2$. Степень снижения СКФ оценивали в соответствии с национальными рекомендациями: хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению 2012 г. Концентрацию мочевых маркеров определяли в утренней порции мочи. Уровни васкулоэндотелиального фактора роста (ВЭФ), липокалина (NGAL), микроальбуминурии (МАУ) определяли методом иммуноферментного анализа с использованием фотометра «Stat-Fax» («Awareness Technology Inc.», США) и соответствующих наборов реагентов ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск), «NGAL Rapid ELISA Kit» производство BioPorto Diagnostic A/S, Дания, «ELISA Micro-Albumin» производство Orgentec, Германия. У всех обследуемых было получено информированное согласие на участие в исследовании и обработку полученных данных. Для статистической обработки данных использовали программу «Statistica 7.0 Rus».

Результаты. Средний уровень систолического артериального давления (САД) составил $147,9 \pm 7,1$ мм рт. ст., диастолического артериального давления (ДАД) – $98,8 \pm 5,0$ мм рт. ст., средний стаж АГ $4,1 \pm 2,5$ года. Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям была выявлена у всех пациентов. Дислипидемия с гипертриглицеридемией присутствовала у 90%, гипоХСЛПВП в 31%, а гипергликемия (без диагноза сахарного диабета) у 68,5% пациентов. У пациентов с АГ, ассоциированной с метаболическим синдромом, по сравнению с группой практически здоровых лиц были выявлены повышенные уровни общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), глюкозы, мочевой кислоты, креатинина. В группе АГ было выявлено незначительное снижение СКФ, по сравнению с контрольной группой. Оптимальная СКФ была установлена у 37,1% пациентов, у 37,3% отмечалось незначительное снижение, у 8,6% – умеренное снижение, у 17% было выявлено повышение СКФ. Корреляционный анализ показал существование достоверной отрицательной связи расчетной СКФ с ДАД ($r=-0,4$; $p=0,04$), прямой достоверной корреляции между величиной окружности талии (ОТ) и уровнем ДАД ($r=0,43$; $p=0,03$), мочевой кислоты ($r=0,5$; $p=0,04$), ТГ ($r=0,36$; $p=0,03$), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) ($r=0,5$; $p=0,04$). Уровень маркеров почечного повреждения – МАУ, ВЭФ и NGAL были значимо выше в группе АГ высокого риска. Патологический уровень МАУ был установлен у 31,6% пациентов, повышенный – у 44,7%. Нами была установлена положительная корреляция величины МАУ с ДАД ($r=0,7$; $p=0,02$), уровнем креатинина ($r=0,42$; $p=0,03$), ОХ ($r=0,41$; $p=0,04$) и отрицательная со значением СКФ ($r=-0,5$; $p=0,03$). Уровнем ВЭФ в моче положительно коррелировал с величиной САД ($r=0,49$; $p=0,04$), МАУ ($r=0,47$; $p=0,04$), мочевой кислотой ($r=0,49$; $p=0,04$) и отрицательно со СКФ ($r=-0,46$; $p=0,03$). Была получена достоверная корреляция между уровнем NGAL и МАУ ($r=0,46$; $p=0,04$).

Выводы. У больных АГ в сочетании с метаболическим синдромом маркерами повреждения клубочка являются – МАУ и ВЭФ, а канальца – NGAL. Канальцевая дисфункция не всегда ассоциирована с повреждением

клубочкового аппарата. Снижение СКФ, ассоциированное с величиной ДАД, МАУ, ВЭФ, не зависит от величины NGAL. Работа выполнена при поддержке ГРАНТа РНФ 14-15-00809.

Психозомоциональный статус и отношение к болезни пациентов со стенокардией и инфарктом миокарда

Щапова Н.Н., Арсеничева О.В., Омеляненко М.Г., Куликов Ю.А.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Актуальность. Несмотря на современные достижения в области лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), коронарные болезни являются наиболее частой причиной смертности населения в России. В последние годы проявился интерес к изучению эмоциональных состояний и поведенческих паттернов пациентов с ССЗ. Особенности психозомоционального состояния человека могут определять течение и прогноз болезни на разных ее стадиях, в частности это относится и к ишемической болезни сердца (ИБС). В настоящее время прогрессивное улучшение медикаментозных средств лечения коронарных заболеваний влияет на физическое состояние больного, тогда как его психозомоциональный статус остаётся без должного внимания. Первоочередная цель успешного лечения больного с данной патологией в условиях современной медицины – это совокупность медикаментозной и психологической терапии.

Цель работы. Оценить психозомоциональный статус пациентов со стенокардией напряжения (СН) и инфарктом миокарда (ИМ), определить сложившийся под влиянием болезни паттерн отношений к самой болезни, к ее лечению, врачам и медицинскому персоналу, родным и близким, окружающим, работе, одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит).

Материалы и методы. На базе кардиологического отделения Областной клинической больницы г. Иваново 20 больным (I группа) с ИМ (средний возраст $53,6 \pm 1,4$ лет) и 20 больным (II группа) со СН (средний возраст $57,6 \pm 1,3$ лет) было проведено анкетирование с помощью личностного опросника Бехтеревского института и госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы Statistica 6.2.

Результаты. Психозомоциональный статус I группы больных характеризовался клинически выраженными симптомами HADS-тревоги и HADS-депрессии у 75% и 70% пациентов соответственно. Во II группе обследованных выявлена примерно одинаковая выраженность симптомов HADS-тревоги и HADS-депрессии (45% и 40% соответственно). Женщины с ИМ достоверно чаще испытывали клинически выраженную HADS-тревогу и HADS-депрессию по сравнению с мужчинами (68,8% и 52,8%; 55% и 47% соответственно, $p < 0,05$). Достоверных различий показателей тревоги и депрессии в зависимости от пола во II группе обследуемых не выявлено. По результатам личностного опросника Бехтеревского института в I группе обследуемых диагностированы тревожный и эйфорический типы свойства личности, а во II группе преобладали анозогностический и эргопатический типы.

Выводы. Оценка психозомоционального статуса больных СН и ИМ показала, что данная патология характеризуется разнообразными нарушениями психозомоциональной сферы, что существенно отражается на восприятии собственного заболевания. Наиболее выраженные психозомоциональные расстройства наблюдаются у больных ИМ. Выявленные особенности требуют комплексного подхода к лечению пациентов кардиологических отделений с использованием препаратов для коррекции тревожно-

депрессивных нарушений под руководством психотерапевта/психолога.

Фактор некроза опухоли-альфа, васкулоэндотелиальный фактор роста, гиалуроновая кислота и их гены при циррозе печени

Щёколов В.В., Щёколова А.П., Булатова И.А., Кривцов А.В., Насибуллина Н.И., Падучева С.В.

Пермский государственный медицинский университет
им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь

Цель. Изучить значение фактора некроза опухоли-альфа (TNF α), васкулоэндотелиального фактора роста (VEGF), гиалуроновой кислоты (HAS) и генетических полиморфизмов TNF α (rs1800629), VEGFA (rs2010963) и HAS (rs 1800629) при циррозах печени (ЦП) различной этиологии.

Материал и методы. Обследовано 90 больных ЦП: 60 – вирусной этиологии (40 – в исходе хронического вирусного гепатита С, 20 – в исходе вирусного гепатита В), 20 – на фоне алкогольной болезни печени, 5 – с первичным билиарным ЦП, 5 – криптогенных ЦП. Поражение печени подтверждено функциональными печеночными тестами, данными ультразвукового исследования и компьютерной томографии. TNF α , VEGF и HAS в сыворотке крови изучали методом ИФА, данные выражены в виде медианы (25–75% процентилей). Полиморфизм генов исследовали методом ПЦР («Синтол», Россия) на амплификаторе Real-time («CFX-96» Bio-Rad Laboratories, Inc., США). Исследуемые популяции по изученным генам находились в равновесном состоянии. Гипотезы об ассоциации заболевания с генами проверялись с расчетом отношения шансов (OR) по аддитивной, общей, мультипликативной, доминантной и рецессивной моделям наследования. Результаты. У пациентов с ЦП обнаружено значимое по сравнению с группой контроля повышение уровня провоспалительного цитокина TNF α : 3,5 (2,6 – 4,8) пг/мл ($p = 0,004$). Концентрация VEGF в 2,8 раза была выше показателей контрольной группы и составила 200,9 (88,5 – 408,7) пг/мл ($p = 0,028$). Медиана концентрации HAS при ЦП в 7,2 раза превышала уровень здоровых ($p = 0,000$). Эти данные свидетельствуют о наличии воспалительного процесса, сосудистого ремоделирования и фиброза. При исследовании генов данных молекул, участвующих в патогенезе поражения печени, выявлены следующие данные. Минорный аллель А гена TNF α составил 33%, в контрольной группе ($n = 81$) – 18% ($p = 0,01$), чаще выявлены гетерозиготы G/A – в 67% и в 36% в группе контроля ($p = 0,000$). Полиморфизм TNF α ассоциирован с ЦП при расчете сопряжения в мультипликативной модели наследования. OR = 2,26, (95% CI 1,27–4,03, $p = 0,005$). Этот признак имеет рецессивный тип наследования ($p = 0,001$). При анализе однонуклеотидной замены в гене VEGFA (группа контроля $n = 80$), выявлено увеличение встречаемости минорного аллеля С с 36% до 4% и встречаемости гетерозигот G/C с 50% до 78% ($p = 0,000$). Генотип C/C ассоциирован с MC по общей ($p = 0,006$) и аддитивной ($p = 0,038$) моделям наследования OR = 3,55 (95% CI = 1,59–7,89). Этот признак имеет рецессивной модели наследования OR = 3,32, (95% CI = 1,38–8,01, $p = 0,006$). Также выявлено увеличение минорного аллеля А при исследовании полиморфизма HAS до 29% ($p = 0,000$) и увеличения гетерозигот GA с 25% у здоровых ($n = 131$) до 58%. По мультипликативной модели наследования OR = 2,83 (95% CI 1,61–4,49). По рецессивной модели наследования OR = 4,41 (95% CI 2,06–4,49, $p = 0,000$).

Заключение. Повышение выработки TNF α , VEGF и HAS при ЦП ассоциировано с полиморфизмами генов TNF α , VEGFA и HAS, которые можно считать кандидатными генами тяжести поражения печени при ЦП.

Концепция развития перипартальной кардиомиопатии

Ягода А.В., Гладких Н.Н., Знаменская И.А.

Ставропольский государственный медицинский университет,
Ставрополь

Среди симптомов перипартальной кардиомиопатии (ППКМ) доминируют проявления сердечной недостаточности: быстрое снижение фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ), увеличение камер сердца, формирование внутрисердечных тромбов. Причины этого состояния неизвестны. Представления о вирусном миокардите, гормональных нарушениях, физиологическом стрессе беременности, окислительном стрессе поздних ее сроков и о роли других известных причин несостоятельны, ибо не могут объяснить частые ассоциации ППКМ с осложнениями беременности, семейные и рецидивирующие у одной и той же пациентки случаи болезни и – главное – катастрофически быстрое развитие левожелудочковой недостаточности с индивидуальными возможностями восстановления функции сердца у разных больных. С учетом этих фактов, основываясь на собственных наблюдениях, предлагаем концепцию патогенеза ППКМ. Базовые положения концепции: 1) многочисленные случаи возникновения ППКМ у женщин с осложнённой беременностью, имеющей, по современным представлениям, тромбофилическую основу (преэклампсия, эклампсия, гестационная гипертензия, спонтанные преждевременные роды и др.) как доказательство единого – гемокоагуляционного механизма развития этих состояний; 2) наблюдаемые нами случаи неблагоприятной наследственности по тромбоэмболическим осложнениям в семьях женщин с ППКМ и доказанные факты присутствия у них генетических признаков комбинированных форм наследственной (врожденной) тромбофилии с полиморфизмом генов, ответственных за различные звенья гемостаза (плазменного, тромбоцитарного, метаболизма фолиевой кислоты и метионина) в разных сочетаниях; 3) наблюдения у пациенток с ППКМ внутрисердечного и иных локализаций тромбоза в сроки формирования сердечной недостаточности. Предлагаемая концепция допускает возможность развития у женщин с наследственной (чаще комбинированной) формой тромбофилии в сроки, приближенные к беременности как триггеру «коагуляционного стресса», множественных дистальных (диссеминированных) микроэмболий коронарного русла, его выключение из кровотока, формирование острой тромботической микроангиопатии и энергетического дефицита миоцитов в качестве причин систолической недостаточности сердца.

Исходы этого процесса: 1) обратное развитие, полное или почти полное восстановление ФВЛЖ или 2) прогрессирование, дилатация камер сердца и постепенное снижение систолической функции вплоть до терминальной сердечной недостаточности – определяются тяжестью коагуляционных нарушений, темпами и распространённостью коронарных эмболий, временем начала антикоагулянтной терапии.

Дефекты ведения больных воспалительными заболеваниями кишечника

Якубовская А.Г., Низов А.А., Колдынская Э.И.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, Рязань

Цель исследования: оценка соответствия ведения пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника современным клиническим рекомендациям.

Проанализированы данные 288 больных язвенным колитом и 43 – болезнью Крона, обращавшихся в учреждения здравоохранения Рязанской области за 1998–2014 гг., и выявлены некоторые отклонения от существующих рекомендаций. 132 пациента во время обострения получали системные глюкокортикостероиды в дозе от 10 до 100 мг в сутки в пересчете на преднизолон. Было отмечено несколько случаев их назначения даже при легком обострении болезни (5 больных), что не всегда оправдано. В то же время при тяжелом обострении обнаружен необоснованный отказ от применения (4 пациента) глюкокортикостероидов или применение пероральных, а не парентеральных форм (10 больных). Данные факты, по нашему мнению, связаны с неправильной оценкой тяжести состояния пациентов, использованием лечащими врачами устаревших схем терапии, наличием опасений относительно побочных действий кортикостероидных препаратов. У 27 больных (8,2%) в период мониторинга нами болезни наблюдались явления стероидорезистентности. Согласно современным рекомендациям, данное состояние является показанием для назначения цитостатиков, биологической терапии или хирургического вмешательства. Соответствующее лечение получали только 16 пациентов (4 назначен инфликсимаб, 9 – цитостатики и 3 – операция). В 11 случаях должная коррекция стероидорезистентности не проводилась, у пациентов отмечалось непрерывное течение заболевания. Согласно клиническим рекомендациям, топическая терапия должна проводиться всем больным язвенным колитом в фазе обострения. Среди наблюдавшихся пациентов лишь в 127 случаях язвенного колита (44,1%) с целью индукции ремиссии ректально использовался месалазин (в виде свечей или клизм, в дозе 0,5–2,0 г/сут) или глюкокортикостероиды (20–60 мг преднизолона или 125–250 мг гидрокортизона в виде ректальных «капельниц» и клизм). Столь редкое назначение этой группы препаратов связано, возможно, как с неудобством их приема, так и более высокой стоимостью по сравнению с таблетированными формами. У 15 больных язвенным колитом и 5 пациентов с болезнью Крона выявлена гормонозависимость. Коррекция данного состояния путем назначения азатиоприна или биологической терапии проводилась у 11 больных (55%). В процессе наблюдения отмечено недостаточное внимание со стороны врачей к базисной терапии и низкая приверженность пациентов к назначенному лечению в ремиссию: в результате должную дозу месалазина (хотя бы 1200 мг) получали лишь 20,8% больных язвенным колитом, 44,8% пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника противорецидивную терапию не получали. Нами выявлено частое назначение сульфасалазина (165 человек, 57,3% при язвенном колите; 14 человек, 32,6% при болезни Крона). Это не противоречит стандартам лечения больных, между тем в мировой практике в настоящее время происходит отказ от использования препарата в связи с большей частотой развития побочных эффектов по сравнению с месалазином. Применение сульфасалазина рекомендуется, в основном, при наличии системных проявлений болезни в виде артритов и артралгий. Частое назначение его в Рязанском регионе связано с низкой стоимостью лекарства по сравнению с месалазином (в 2–3 раза дешевле).

Выводы. Ведение больных воспалительными заболеваниями кишечника в Рязанской области в целом соответствует современным рекомендациям, однако отмечаются некоторые отклонения. К ним относятся: редкое применение при язвенном колите ректальных форм препаратов; коррекция стероидозависимости и стероидорезистентности лишь у половины пациентов; недостаточная настойчивость при назначении противорецидивной терапии.

Эффективность методики самоконтроля больными ревматоидным артритом активности заболевания

Якушин С.С., Лыгина Е.В., Юрова Е.В., Багирова Г.Г., Савкина Н.П.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, Рязань

Актуальность: при многих хронических терапевтических заболеваниях уже давно апробированы и внедрены методики самостоятельной объективной оценки больными клинических проявлений заболевания с целью более жесткого контроля течения болезни. Однако до сих пор не была изучена возможность обучения больных ревматоидным артритом (РА) самостоятельно объективно оценивать основные проявления РА. Цель исследования: изучить эффективность методики обучения больных РА самостоятельно оценивать количество болезненных и припухших суставов. Материалы и методы: в исследование включено 82 больных РА. Средний возраст больных составил 57,9 (51,0; 65,0) года. Диагноз РА установлен на основании критериев ACR 1987г. Длительность РА составила $8,3 \pm 3,0$ года. Врач-ревматолог обучал больных самостоятельно оценивать припухшие и болезненные суставы. Всем пациентам выдавали специально созданные авторами методические рекомендации с наглядными фотографиями по методике пальпаторной оценки болезненных и припухших суставов. Обучение проводилось на исходном визите (1-ый визит). На последующих визитах проводилась параллельная оценка количества болезненных и припухших суставов врачом и пациентом. Через месяц (2-ой визит) и через 2 месяца (3-ий визит) от исходного визита. Анализ статистической значимости изменения числа случаев абсолютного совпадения количества припухших и болезненных суставов для связанных групп проводился с помощью критерия Мак-Немара. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: при оценке количества припухших суставов врачом и пациентом на 2-ом визите абсолютное совпадение было у 38 больных (46%), на 3-ем визите количество больных составило 53 (65%) ($p = 0,02$). Гипердиагностика количества припухших суставов на 2-ом визите была у 23 больных (28%), на 3-ем визите у 15 больных (18%). Гиподиагностика припухших суставов наблюдалась у 21 больных (26%) на 2-ом визите и у 14 больных (17%) на 3-ем визите. Анализируя определение количества болезненных суставов врачом и пациентом, абсолютное совпадение было у 30 больных (36%) на 2-ом визите и увеличилось число пациентов на 3-ем визите до 49 больных (60%) ($p = 0,01$). Гипердиагностика количества болезненных суставов на 2-ом визите наблюдалась у 20 больных (24%), на 3-ем визите у 11 больных (13%). Гиподиагностика болезненных суставов наблюдалась у 32 больных (39%) на 2-ом визите и у 22 больных (26%) на 3-ем визите.

Выводы. Формирование правильного стереотипа самостоятельной оценки активности РА для большинства больных (60%) является реально достижимой задачей. В результате обучения наблюдалось статистически значимое повышение качества самостоятельной оценки болезненности и припухлости суставов пациентами с РА. Обучение самоконтролю

активности заболевания новое перспективное направление в тактике ведения больных РА. Не исключено, что использование такого контроля в рутинной клинической практике может благоприятно повлиять на результаты лечения РА.

Связь заболеваний желудочно-кишечного тракта с клиновидными дефектами зубов

Янбулатова Г.Х.

Самарский государственный медицинский университет, Самарская областная клиническая стоматологическая поликлиника, Самара

Введение. Известно, что заболевания внутренних органов влияют на весь организм. Значительно меньше внимания исследователи уделяют возможности возникновения у пациентов стоматологической патологии. Цель. Изучить состав слюнной жидкости при клиновидных дефектах зубов, при заболеваниях желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Материалы и методы. Обследованы 93 человека с различными стадиями клиновидных дефектов зубов, из них с заболеваниями желудочно-кишечного тракта: желчнокаменная болезнь – 40 чел., некалькулезный хронический холецистит – 30 чел., первичная дискинезия ЖП и ЖВП – 23 чел. Слюнную жидкость собирали по методу Brill N. a. Krasse B. (1958). Исследовались следующие показатели: С-реактивный белок, общий билирубин, прямой билирубин, непрямой билирубин, альфа-амилаза, щелочная фосфатаза, кальций (Ca), фосфор (P), хлориды (Cl), pH. Показатели Ca и P понижены, что свидетельствует о повышенном риске структур зубов к деструкции. Активность α -амилазы ДЖ не была высокой, она соответствовала таковой, как в кровяной сыворотке. Поскольку ДЖ – транссудат сыворотки крови, представляется закономерным и других показателей: хлоридов, C – протеина, pH. Иное дело цифры билирубина. Представляется логичным статистически достоверное повышение цифр общего билирубина и его фракций, которая сочетается с умеренным поражением гепатоцита. Аналогично объяснение умеренность повышения активности щелочной фосфатазы. Появление C-протеина мы объясняем тем, что в ротовую полость попадает рефлюктат, содержащий воспалительные субстраты, кроме того, нельзя исключить значимость вялотекущего гингивита в зоне «причинных» зубов с клиновидными дефектами.

Выводы. С целью раннего активного выявления пациентов с сочетанной патологией при обнаружении клиновидных дефектов зубов и патологии желчного пузыря, желчевыводящих путей, дуодено-гастроэзофагеального-орального рефлюкса на амбулаторном приеме стоматологу следует собрать краткий анамнез на предмет выявления симптомов – «горечь во рту, отрыжка кислым и горечью, боли в правом подреберье». При этих симптомах настоятельно рекомендовать пациенту обратиться к гастроэнтерологу для уточнения диагноза, определения нозологической принадлежности патологии желчного пузыря, желчевыводящих путей с последующим адекватным лечением выявленной патологии.

Конкурс молодых терапевтов

Способ лечения метаболического синдрома

Алексеева Н.С., Салмина-Хвостова О.И., Белобородова Е.В.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, Сибирский государственный медицинский университет, Новокузнецк, Томск

Образ жизни, включающий малоподвижность, стресс, увеличение в рационе количества рафинированных углеводов и животных жиров, все чаще ассоциируется с кардиоваскулярными заболеваниями. В совокупности поведенческие, психологические факторы и генетические изменения способствуют развитию каскада метаболических нарушений. Концепция метаболического синдрома (МС) существует более 80 лет и до настоящего времени привлекает внимание клиницистов, работающих в различных областях медицины. Но используемые на сегодняшний день схемы терапии МС не всегда позволяют достичь желаемого результата. В последнее десятилетие проведен ряд исследований, доказывающих, что люди с дефицитом витамина D имеют повышенный риск развития различных компонентов МС. Астенические и вегетативные нарушения снижают адаптационные механизмы организма к стрессу, возникающему как при самом МС, так и в ходе выполнения диетических рекомендаций, что требует проведения дополнительной терапии. Поэтому разработка и совершенствование эффективных способов лечения МС является актуальной проблемой современной медицины.

Цель исследования – повысить эффективность лечения метаболического синдрома.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено среди 98 пациентов (51% женщин и 49% мужчин, в возрасте 20–45 лет) с абдоминальным ожирением и различным сочетанием компонентов МС. Компоненты МС диагностировали согласно рекомендациям экспертов ВНОК (2009). Избыточную массу тела и ожирение диагностировали на основании индекса массы тела Кетле (1997). Индекс HOMA-IR рассчитывали по формуле: $\text{HOMA-IR} = \frac{\text{глюкоза натощак (ммоль/л)} \times \text{инсулин натощак (мкЕд/мл)}}{22,5}$. За оптимальный показатель HOMA-IR принимается его значение 2,7. Обеспеченность организма витамином D проводили путем определения содержания 25 (ОН) – витамина D. Оценку результатов осуществляли в соответствии с рекомендациями Международного общества эндокринологов (2011). Всем пациентам до рекомендуемого способа лечения МС и после терапии проводилась субъективная оценка астении, которая оценивалась по шкале MFI-20 (Feuerstein С., 1992). Результаты и обсуждения. Избыточную массу тела диагностировали в 24,5% случаев, ожирение 1 степени – в 39,8%, ожирение 2 и 3 степени – в 22,4% и 13,3% случаев соответственно. Объем талии более 80 см был у 51% женщин и более 94 см у 49% мужчин. Артериальную гипертонию (АД $\geq 130/85$ мм рт. ст.) диагностировали у 60,2% пациентов, повышение уровня триглицеридов $\geq 1,7$ ммоль/л – у 38,8%, снижение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности $< 1,0$ ммоль/л у мужчин и $< 1,2$ ммоль/л у женщин – у 25,5%, повышение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности $> 3,0$ ммоль/л – у 62,2%, гипергликемию натощак – у 25,5% и нарушение толерантности к углеводам – у 9,2%, сахарный диабет 2 типа – у 4,1%. Оптимальным уровень витамина D в крови не менее 30–50 нг/мл был выявлен у 12,2% пациентов. Недостаточная концентрация 25 (ОН) – витамина D (21–29 нг/мл) диагностирована у 56,1% пациентов. Выраженный дефицит витамина D (< 20 нг/мл) диагностировали у 31,7%

пациентов. Общую астению (сумма баллов более 12 по субшкале общей астении – вопросы 1, 5, 12, 16) диагностировали у 60,2% пациентов. Всем пациентам были даны рекомендации: диетотерапия углеводсодержащими продуктами с низким гликемическим индексом, прием метформина в дозе 850 мг 2 раза в сутки, мелаксена на ночь за 30 минут до сна в дозе 1,5 мг в течение первой недели, затем в дозе 3 мг в течение последующих двенадцати недель, затем в дозе 3 мг в течение первых 10 дней каждого месяца, еще в течение 3 месяцев. При снижении содержания в сыворотке крови 25 (ОН) – витамина D ниже 29 нг/мл дополнительно назначали аквадетрим в дозе 2000 МЕ в течение 6 месяцев, затем переходили на 1000 МЕ на протяжении 6 месяцев. Рекомендуемый способ лечения позволил предотвратить эмоциональный стресс, возникающий на фоне диетотерапии, повысить адаптационные механизмы организма к стрессовым реакциям, уменьшить вегетативные и астенические нарушения. У всех пациентов после 12 месяцев лечения было зарегистрировано снижение объема талии – на 6–18 см, индекса массы тела на 4,2–5,76 кг/м², индекса инсулинорезистентности HOMA-IR – на 2,9–5,78. Нормализация показателей жирового обмена, артериального давления (снижение систолического на 30–40 мм. рт.ст., диастолического – на 20–30 мм. рт.ст), уменьшение дозы гипотензивной терапии. Восстановление концентрации витамина D до оптимальной.

Оценка сосудистой дисфункции у больных ревматоидным артритом с помощью офтальмоскопии

Анчугина Д.А., Бубликов Д.С.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

На фоне данных о распространенности ревматоидного артрита (РА) в России, превышающей 1% популяции страны, предупреждение смертности данной категории больных видится актуальной задачей современной медицины. Сосудистая дисфункция при РА – независимый фактор риска в данной популяции больных. Несмотря на то, что на сегодняшний день ее оценка с помощью специальных лабораторных и инструментальных методов становится все более и более доступна в широкой клинической практике, скрининговые методы исследования васкулярных регионов, «доступных глазу» у больных РА не используются.

Цель работы – изучить ценность офтальмоскопии в качестве скринингового метода для диагностики сосудистой дисфункции у больных РА. Материалы и методы. В исследование включено 25 больных РА. Средний возраст – $49,54 \pm 2,11$ лет. Все больные были женского пола, серопозитивные по ревматоидному фактору, 2–3 степени активности. Критерии исключения: возраст старше 65 лет, наличие сопутствующей кардиоваскулярной патологии, сахарный диабет. Все больные перед проведением офтальмоскопии были обследованы с помощью рутинных методов на наличие кардиоваскулярной патологии и сахарного диабета. Офтальмоскопию проводили на целевой лампе DIXION (Россия). Всем больным РА также было проведено триплексное исследование плечевой артерии с расчетом эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД).

Полученные результаты. Патологические изменения на глазном дне были обнаружены у 92% пациентов. Данные изменения проявлялись наличием симптома медной проволоки. Причем в 40% случаев встречались

сочетание симптома медной проволоки и симптом Гунна-Салюса. А в 20% случаев – сочетание симптома медной проволоки с симптомом Рэльмана-Гвиста. По данным триплексного исследования, нарушения ЭЗВД плечевой артерии наблюдались у 96% больных РА. Взаимосвязей между цифровыми значениями ЭЗВД и офтальмоскопической картиной обнаружить не удалось.

Вывод. Таким образом, исследование глазного дна может использоваться в качестве скринингового метода для оценки сосудистой дисфункции у больных РА.

Взаимосвязь функционального состояния почек и гипергомоцистеинемии у пациентов, перенесших ГЛПС

Артамонова И.В., Мухетдинова Г.А., Мирсаева Г.Х., Фазлыева Р.М.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) – острая вирусная природно-очаговая инфекция, характеризующаяся генерализованным вовлечением мелких сосудов, геморрагическим диатезом и поражением почек по типу тубулоинтерстициального нефрита. Среди последствий ГЛПС исследователи выделяют формирование хронической болезни почек (ХБП), возможно обуславливающей нарушение метаболизма гомоцистеина (ГЦ), что в свою очередь является фактором риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, тромбозов артерий среднего и мелкого калибра. Гипергомоцистеинемия (ГГЦ) может приводить к гломерулярной дисфункции и гломерулярному склерозу. Цель. Изучить взаимосвязь функционального состояния почек и ГГЦ у пациентов, перенесших ГЛПС.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование функции почек у 108 реконвалесцентов ГЛПС. Пациенты наблюдались в динамике через 3, 6, 12, 24 и 36 месяцев после перенесенного заболевания. В группу вошли 81 (75%) мужчина (средний возраст 46 [34;54] лет) и 27 (25%) женщин (средний возраст 46 [38;50] лет). Среднетяжелую форму заболевания перенесли 84 (78%), тяжелую – 24 (22%) пациента. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу с исследуемой группой. Обследование пациентов включало: общий анализ мочи, биохимический анализ крови, определение ГЦ, расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) при помощи формулы CKD-EPI, определение альбуминурии в суточной моче.

Результаты. У пациентов, перенесших ГЛПС, длительное время сохраняются признаки канальцевой дисфункции, характеризующиеся низкой относительной плотностью мочи – 1009 [1008;1015]. Восстановление концентрационной функции почек происходит к 6 месяцу после перенесенного заболевания (относительная плотность мочи >1018), только к 24 месяцу отсутствуют статистически значимые различия с контрольной группой. Креатинин крови через 3 месяца составил 96 [78;108], а через 36 месяцев – 90 [80;104] мкмоль/л и был статистически значимо выше, чем в контрольной группе. СКФ спустя 3 месяца после ГЛПС составил 81,5 [65;92], через 36 месяцев – 86 [80;93,5] мл/мин/1,73 м², что достоверно ниже, чем у лиц контрольной группы. Мочевая экскреция альбумина у пациентов, перенесших ГЛПС определялась как высокая (А2) спустя 3 и 6 месяцев и сохранялась на том же уровне к 36 месяцу, достоверно превышая аналогичный параметр в контрольной группе. Исходя из значений СКФ и экскреции альбумина с мочой, среди пациентов, перенесших ГЛПС, ХБП выявлена через 3 месяца после перенесенного заболевания у 27,5% пациентов, причем преобладала стадия С3аА1 (11%). Через 36 месяцев число пациентов с ХБП сократилось до 16,5% и преобладали больные с

ХБП в стадии С2А2 (8,3%). Спустя 3 месяца после перенесенной ГЛПС в сыворотке пациентов ГЦ составил 15,8 [12,1;18,4] мкмоль/л. Через 1 год после перенесенной ГЛПС уровень ГЦ снижается, но остается достоверно выше соответствующего параметра контрольной группы 11,4 [6,7;13,0]. Через 24 и 36 месяцев ГЦ в сыворотке находится в пределах нормальных значений и не отличается от аналогичного параметра в контрольной группе 6,5 [0,8;10,2] мкмоль/л. При проведении корреляционного анализа между ГЦ и СКФ у пациентов, перенесших ГЛПС в сроки от 3 до 24 месяцев, выявлена обратная связь средней силы. При анализе распространенности ГГЦ среди пациентов, перенесших ГЛПС, установлено, что при СКФ на уровне С1 ГГЦ встречалась у 8,3% пациентов, при С2 – у 74,7%, при С3а – у 64,2% и при С3б – у 100% пациентов. Установлена обратная связь средней силы между относительной плотностью мочи и уровнем ГЦ сыворотки у пациентов через 3 месяца после ГЛПС ($R=-0,56$, $p<0,001$) и сильная обратная связь между указанными параметрами через 12 месяцев ($R=-0,77$, $p=0,001$). Выявлена сильная корреляционная связь между альбуминурией и ГЦ сыворотки у пациентов через 12 месяцев после перенесенной ГЛПС ($R=0,91$, $p=0,03$) и связь средней силы между указанными параметрами через 3 и 24 месяца ($R=0,31$, $p=0,03$; $R=0,56$, $p=0,02$).

Обсуждение. Таким образом, обнаружена тесная взаимосвязь функционального состояния почек и уровня ГЦ, что, очевидно, оказывает влияние на формирование ХБП у перенесших ГЛПС.

Место метаболических нарушений в патогенезе эндотелиальной дисфункции у населения Республики Хакасия

Берсенёва О.А., Агеева Е.С., Россова Н.А

Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова, Абакан

Введение. В последнее время большое внимание уделяется кластеру метаболических нарушений, объединенных общим патофизиологическим стержнем – инсулинорезистентностью. Несмотря на многочисленные работы, касающиеся механизмов формирования отдельных составляющих инсулинорезистентности, до настоящего времени отсутствуют четкие данные о характере эндотелиальной дисфункции при метаболических нарушениях.

Цель. Изучить взаимосвязь метаболических нарушений, инсулинорезистентности и эндотелиальной дисфункции у населения республики Хакасия.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач проведено комплексное обследование 137 пациентов на базе ГБУЗ РХ РКБ им.Г.Я. Ремишевской. Для определения количества циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК) использовали модифицированный метод Hladovets et al. В исследование приняли участие 82 пациента с метаболическими нарушениями. В качестве контроля использовали результаты исследования 55 условно здоровых добровольцев. Возраст обследуемых составил в среднем 46,4±17,7 года ($M\pm\sigma$), в исследование включены 56% женщин и 44% мужчин. Для изучения явления этнического полиморфизма всех обследуемых разделили на группы пришлое и коренного населения. К коренному населению относили монголоидов – хакасов, у которых не было смешанных браков среди представителей трех предшествующих поколений, а к пришлому населению – европеоидов, не менее 5 лет проживающих на территории Хакасии. Исследование проведено в рамках научно-исследовательского проекта. Всеми пациентами подписано информированное согласие на участие в исследовании. Получено одобрение этического комитета.

Статистический анализ проводился с использованием программы Statistica 8.0.

Результаты и обсуждения. Антропометрические показатели пациентов исследуемых групп закономерно статистически значимо различались по окружности талии (ОТ) и индекса массы тела (ИМТ). У больных, относящихся к пришлому населению, установлено более выраженное висцеральное ожирение, на основании более высоких значений показателей ОТ и ИМТ (ОТ – 98,0 и 107,5 соответственно $p < 0,001$; ИМТ 28,5 и 35,3 соответственно, $p < 0,001$). При анализе биохимических показателей выявлено повышение в сыворотке крови общего холестерина в группе европеоидов (7,04±2,03 ммоль/л) по сравнению с коренным населением (5,64±1,18 ммоль/л). В группе коренного населения установлены более высокие показатели триглицеридов (ТГ) – 5,01±0,68 ммоль/л, по сравнению с европеоидами ТГ=3,96±0, ммоль/л, $p < 0,005$. Исследование гормонального статуса показало выраженную тенденцию к повышению С-пептида у коренного населения 1,72±0,04 нг/мл и 0,41±0,06 нг/мл в группе пришлого населения. Исследование эндотелиальной дисфункции также выявило достоверные различия. Так в группе коренного населения наблюдалось увеличение количества ЦЭК в 2 раза по сравнению с аналогичными показателями у европеоидов (12,5±1,13 и 6,86±0,40 соответственно, $p = 0,001$).

Заключение. Таким образом, нами получены дополнительные сведения, свидетельствующие о наличии явления популяционного диморфизма метаболических нарушений у жителей Хакасии. В том числе и в формировании эндотелиальной дисфункции, приводящей к развитию сосудистых изменений. Выявленные нами различия являются одним из оснований для разработки персонализированных подходов для диагностики, профилактики и лечения метаболических нарушений у жителей Хакасии.

Случаи дефицита концентрации лития в крови

Беседин А.В., Беседина Е.А., Беседина Т.В.

ООО «ЛазерМед», Москва

В рамках терапевтического приема, в промежутке с декабря по июль 2015 года, независимо друг от друга, обратились и до сегодняшнего дня наблюдались 4 пациентки, женщины в возрасте 28, 30, 31, 32 года с нормальным питанием и социальной активностью. Все постоянно проживают в Москве уже более 15 лет. У всех пациенток были сходные жалобы на бессонницу на фоне тревожности, кожный зуд в области различных конечностей, эпизодические панические расстройства на протяжении многих лет. Существенной соматической патологии не выявлено. Все замужем, двое имеют детей. У трех пациенток в анамнезе эпизоды употребления (от года до 2-х лет) кокаина и/или амфетаминов, на фоне приема которых тревожность снижалась, но панические расстройства не прекращались. На сегодняшний день употребление наркотических препаратов отрицают все пациентки. Была исключена эндокринологическая и психиатрическая этиология данных жалоб. Учитывая данные литературы, были взяты анализы, в том числе на уровень лития в крови. У всех пациенток в крови уровень лития был 0,00 ммоль/л. Были проведены дополнительные исследования исходных образцов крови в другой сетевой лаборатории. Результат аналогичный. Таким образом, мы выявили ряд уникальных пациентов с дефицитом лития, что создает задел для дальнейшей большой работы, для решения вопроса о контроле уровня лития в крови у имеющих пациентов и продолжении набора пациентов с аналогичными жалобами, а также обязательное обсуждение в Этическом комитете назначения данным пациенткам препаратов лития с целью существенного улучшения их качества жизни.

Патогенетические подходы к коррекции андрогендефицита у мужчин фертильного возраста при ожирении

Вазиков И.Х.

Пермский государственный медицинский университет
им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь

Проблема андрогендефицитных нарушений у мужчин молодого возраста является актуальной медико-социальной проблемой, особенно в условиях демографического кризиса. В соответствии с рекомендациями Европейской ассоциации эндокринологов андрогендефицит констатируется при наличии специфических или неспецифических симптомов и признаков, которые сопровождаются однозначным снижением уровня тестостерона в крови. До настоящего времени дискутируется вопрос о происхождении и роли синдрома дефицита тестостерона (СДТ) при ожирении и подходах к его коррекции.

Целью работы было оценить подходы к лечению андрогендефицита у мужчин фертильного возраста при ожирении. Ожирение является одним из клинических проявлений СДТ, поэтому логичным представляется использование препаратов тестостерона для коррекции андрогендефицита, однако присутствующий в жировой ткани фермент ароматаза ускоряет метаболизм тестостерона, следовательно, андрогензаместительная терапия представляется патогенетически неоправданной, более того, использование препаратов тестостерона в фертильном возрасте способно отрицательно повлиять на фертильность из-за снижения сперматогенеза. Материалы и методы. Обследовано 67 мужчин в возрасте 21–32 лет, страдающих ожирением III–IV степени с СДТ. Для оценки андрогенного статуса определяли в крови уровень тестостерона (Тобщ), рассчитывали уровень свободного тестостерона (Тсв), проводили анкетирование по опроснику «Международный индекс эректильной дисфункции» (МИЭФ-5), оценивали показатели спермограммы. Также оценивали липидограмму. Критерием СДТ считали уровень Тобщ менее 230 нг/дл (норма 250–1100 нг/дл) и Тсв менее 225 пмоль/л (норма 230–660 пмоль/л). Статистическая обработка полученных данных проводилась по общепринятым критериям вариационно-статистического анализа с применением пакета статистических программ Microsoft Office Excel.

Результаты исследования. У всех обследованных мужчин был СДТ: средний уровень Тобщ 186,4±33,1 нг/дл, Тсв 136,5±18,3 пмоль/л. При оценке спермограммы у абсолютного большинства выявлены явления олигоастенотератозооспермии. Обследованные были разделены на две группы: в группе I (n=38) пациентам была назначена андрогензаместительная терапия (тестостерон ундеканат), в группе II (n=29) пациентам было назначено рациональное питание, в сочетании с индивидуальными физическими нагрузками и 3–6-месячным курсом ингибитора желудочно-кишечных липаз (орлистат 360 мг/сут). Эффект лечения в обеих группах оценивали через 18 месяцев от старта терапии. Редукция массы тела составила в группе I в среднем 14 кг (максимум 21 кг), в группе II – 27,5 кг (максимум 39 кг). Уровень Тобщ и Тсв достоверно повысился в обеих группах и составил соответственно в среднем в группе I 673,1±51,3 нг/дл и 512,8±27,5 пмоль/л, в группе II 711,0±14,9 нг/дл и 499,7±30,3 пмоль/л. Все обследованные отметили повышение качества сексуальной жизни, динамика изменения по опроснику МИЭФ-5 до начала терапии и через 18 месяцев повысилась от выраженной эректильной дисфункции (5–10 баллов) до нормы (21–25 баллов): в группе I от 6–11 до 18–22 баллов, в группе II от 6–12 до 19–22 баллов. Показатели спермограммы улучшились, причем фертильность эякулята в группе II была значительно выше. По данным оценки липидного спектра до начала терапии у обследованных отмечено увеличение триглицеридов

(ТГ) и общего холестерина (ОХС) у 36 человек (53,7%), изолированное повышение ОХС 12 человек (17,9%), ТГ 8 человек (11,9%), повышение ЛПНП у 3 человек (4,5%). Через 18 месяцев в группе II отмечена нормализация липидного спектра у всех больных с исходной дислипидемией, в группе I у 11 больных сохранялся повышенный уровень ОХС, из них у 3-х в сочетании с повышенным уровнем ТГ, хотя ликвидация андрогендефицита, как правило, сопровождается нормализацией липидного обмена.

Выводы. Результаты проведенного исследования показывают равную эффективность терапии андрогендефицита у мужчин фертильного возраста при ожирении, основанной как на назначении андрогензаместительной терапии, так и на терапии направленной на приоритетное снижение массы тела, причем редукция массы тела без применения андрогензаместительной терапии приводит к ликвидации андрогендефицита, нормализации показателей фертильности спермограммы, эректильной дисфункции и липидного спектра. Это позволяет использовать дифференцированный подход к коррекции андрогендефицита у пациентов с различными целями и психологическим настроем и оптимизировать финансовые затраты на лечение.

Биологические факторы риска хронических неинфекционных заболеваний и синдром тревоги и депрессии во взаимосвязи с уровнем лептина сыворотки крови в молодежной популяции

Гаврилова Е.С., Яшина Л.М.

*Южно-Уральский государственный медицинский университет,
Челябинск*

Введение. Проблема охраны здоровья студенческой молодежи является одной из наиболее трудных и приоритетных задач на всех этапах развития общества. В данной популяции наиболее значимое влияние оказывают факторы риска (ФР) хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), такие как экзогенно-конституциональное и абдоминальное ожирение (АО), дислипидемия (ДЛП), уровень лептина сыворотки крови.

Цель. Оценить взаимосвязь биологических ФР ХНИЗ, тревожно-депрессивной симптоматики с уровнем лептина сыворотки крови среди студентов Южно-Уральского государственного медицинского университета (ЮУГМУ).

Материалы и методы. Проведено сплошное эпидемиологическое обследование 396 студентов 6 курса ЮУГМУ (мужчин – 27,3%, женщин – 72,7%), что составило 85,6% от списочного состава. Средний возраст – 23,0 года ($\sigma = \pm 1,3$). Проводилось измерение роста, веса, окружности талии (ОТ), расчет индекса массы тела (ИМТ) Кетле ($\text{кг}/\text{м}^2$). Оценка ИМТ и ОТ проводилась согласно рекомендациям ВОЗ (2000). Уровень тревоги и депрессии оценивался согласно госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS (Zigmond A.S., Snaithe R.P., 1983). Анализ липидограммы проводился по Российским рекомендациям по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза (2012). При отклонении от нормы любого из параметров липидограммы использовался термин дислипидемия (ДЛП). Проводилась оценка эндотелиальной функции по содержанию конечных метаболитов NO в сыворотке крови по методике Н.Л. Емченко (1994). Референсные значения: NO сум 18,56 $\pm$ 0,81 мкмоль/л, NO2 – 3,3 $\pm$ 0,18 мкмоль/л, NO3 – 15,26 $\pm$ 1,15 мкмоль/л. Уровень лептина в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом (набор реагентов «DBC», Канада) на комбинированном автоматическом анализаторе «Biochem Analette» (HTI, США). Ожидаемые референсные значения: для женщин – 7,4 $\pm$ 3,7 нг/мл, для мужчин – 3,8 $\pm$ 1,8 нг/мл. Статистический анализ материала проводился

с помощью программы SPSS версия 20.0, электронных таблиц «Microsoft Office Excel». Для оценки достоверности различий использовался критерий Манна-Уитни и тест №2, для выявления корреляции – коэффициент Спирмана. Полученные в процессе исследования результаты представлены в виде $M \pm \sigma$, $P \pm \text{тр}\%$. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Установлена высокая распространенность избыточной массы тела (15,3 $\pm$ 1,7%), АО (21,0 $\pm$ 2,9%), ДЛП (18,9 $\pm$ 2,8%), гиперлептинемии (49,0 $\pm$ 5,0+%), снижения уровня конечных метаболитов оксида азота (44,3 $\pm$ 3,7%), синдрома тревоги (30,8%). Установлено, что среди лиц с выявленной гиперлептинемией в сравнении с лицами с эулептинемией достоверно выше распространенность избыточной массы тела (29,9 $\pm$ 4,6% и 13,0 $\pm$ 4,4%), АО (34,0 $\pm$ 4,7% и 11,1 $\pm$ 4,1%). В группе пациентов с гиперлептинемией в сравнении с лицами с эулептинемией достоверно ниже распространенность дефицита массы тела (6,2 $\pm$ 4,2% и 22,2 $\pm$ 5,4%). Среди пациентов с гиполептинемией в сравнении с пациентами с эулептинемией достоверно ниже распространенность снижения конечных метаболитов оксида азота (25,6 $\pm$ 6,5% и 48,1 $\pm$ 6,5%), выше распространенность депрессии субклинического уровня (20,0 $\pm$ 5,9% и 6,9 $\pm$ 3,7%). Выявлена прямая умеренная корреляционная связь между повышенным уровнем лептина и АО ($r=0,35$, $p=0,0001$), ИМТ ($r=0,33$, $p=0,0001$); а также обратная слабая корреляционная связь между уровнем лептина и депрессией ($r=-0,15$, $p=0,04$), NOобщ ($r=-0,21$, $p=0,015$), NO3- ($r=-0,22$, $p=0,01$). Выявлена прямая сильная корреляционная связь между ИМТ и ОТ ($r=0,8$, $p=0,0001$), умеренная корреляционная связь между ИМТ и САД ($r=0,47$, $p=0,0001$), ДАД ($r=0,35$, $p=0,0001$), повышенным уровнем лептина ($r=0,33$, $p=0,0001$), прямая слабая корреляционная связь между ИМТ и ТГ ($r=0,29$, $p=0,0001$), а также обратная слабая корреляционная связь между ИМТ и ХС ЛПВП ($r=-0,25$, $p=0,0001$).

Выводы. В популяции выпускников медицинского ВУЗа наблюдается неблагоприятная ситуация по распространенности таких факторов риска ХНИЗ, как избыточная масса тела, абдоминальное ожирение, дислипидемия, гиперлептинемия, снижение уровня конечных метаболитов оксида азота, депрессия. Повышение лептина сыворотки крови ассоциировано с избыточной массой тела, абдоминальным ожирением, снижением уровня конечных метаболитов оксида азота, повышением уровня общего холестерина, снижением уровня депрессии.

Дифференцированный подход к диагностике хронического болевого синдрома у больных ревматоидным артритом

Громова М.А.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Введение. В практике врача-терапевта большое значение имеет распознавание такого субъективного симптома, как боль. Но не уделяется должного внимания диагностике нейропатического и психогенного компонентов хронического болевого синдрома (ХБС) у больных ревматоидным артритом (РА). Использование анкетных методов исследования, обладающих высокими показателями чувствительности и специфичности, позволяет выявить «выпавшие» из клинического обследования компоненты ХБС в отсутствие невролога или психотерапевта. Цель исследования. Разработать алгоритм диагностической и лечебной тактики у пациентов с РА и ХБС на основе комплексной оценки боли с выделением ее вариантов, признаков тревоги и депрессии для дифференцированного подхода к ведению пациентов.

Материалы и методы. Обследован 101 пациент в возрасте 60,6 $\pm$ 11,8 лет, в 92% – женщины, с достоверным РА (АКР, 1987). Для характеристики ХБС

использовались: визуальная аналоговая шкала (ВАШ – для оценки тяжести боли в настоящий момент), опросник Ван-Корффа (для определения интенсивности боли в настоящий момент и ретроспективно за последние полгода с оценкой степени дезадаптации и нетрудоспособности, ранжированием ХБС на классы хронической боли), Мак-Гилловский болевой опросник (для характеристики сенсорной и эмоциональной составляющих боли). Нейропатическую боль оценивали по опроснику DN4. Тревогу и депрессию оценивали по госпитальной шкале HADS, депрессию – по опроснику CES-D, шкале Бека. Для диагностики фибромиалгии (ФМ) определялась чувствительность и болезненность в области 9 пар болезненных точек, указанных в ACR, 1990 г.

Результаты. Боль, оцененная по различным шкалам и опросникам, варьировала от умеренной до интенсивной; по Ван-Корффу характеризовалась средней степенью дезадаптации и легкой нетрудоспособностью, что соответствовало 2 классу хронической боли. Ранговый индекс боли сенсорной шкалы Мак-Гилла свидетельствовал о том, что боль в сенсорном аспекте описывалась меньшим количеством определений, чем по аффективной шкале, что говорит об умеренном воздействии болевого синдрома на психоэмоциональный фон. Нейропатический компонент боли диагностирован у 37,3% пациентов: у 2% – туннельный синдром с невропатией локтевого/лучевого нервов; у 1% – мононеврит локтевого нерва; 34,3% – имели признаки сенсорной полинейропатии. На фоне раннего РА высокой активности, локальной болезненности в области пальпации 18 болезненных точек (ACR 1990), сильных болей по всем используемым опросникам, а также сочетание этих симптомов с чувством постоянной тревоги на фоне нарушений сна у 2% больных выявлена вторичная фибромиалгия. По данным HADS у пациентов выявлена тревога в 58% и депрессия в 59% случаев. По данным опросника CES-D и шкале Бека депрессивные расстройства наблюдались у 1/3 пациентов, что потребовало консультации психотерапевта и дополнительной коррекции. Нами предложен алгоритм диагностической и лечебной тактики у больных РА с ХБС в практике терапевта, основанный на градации боли по интенсивности, оценке вариантов ХБС, определении признаков тревоги и депрессии, что позволяет обосновать консультацию специалистов и дифференцировать лечение.

Выводы. Комплексный подход к диагностике хронического болевого синдрома у пациентов с РА позволяет оценить интенсивность боли в динамике развития заболевания, выявить наличие варианта боли и тревожно-депрессивных расстройств, что позволяет использовать тактику дифференцированного ведения пациентов и повышает эффективность лечения.

Особенности кардиоренальных взаимоотношений у больных артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом 2 типа

Деревянченко М.В., Стаценко М.Е.

*Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград*

Введение. Связь кардиальной и почечной патологии давно привлекает внимание терапевтов, кардиологов и нефрологов. Взаимообусловленность патологических процессов сердечно-сосудистой системы и почек, клиническая предсказуемость конечных результатов позволяют рассматривать кардиоренальные взаимоотношения как непрерывную цепь событий, составляющих своеобразный порочный круг – кардиоренальный континуум. Сочетание сахарного диабета (СД) и артериальной гипертензии (АГ) в десятки раз повышает риски развития кардиоваскулярных событий

и терминальной хронической почечной недостаточности в сравнении с пациентами, не страдающими АГ.

Идея. АГ при СД 2 типа является частью общего симптомокомплекса, в основе которого лежит инсулинорезистентность (ИР). Поэтому, изучая патогенетические механизмы развития кардиоренального синдрома при СД 2 типа в сочетании с АГ, можно предположить значимость роли ИР в нарушении структуры и функции сердца и почек. Таким образом, изучение кардиоренальных взаимосвязей у больных АГ в сочетании с СД 2 типа является актуальной междисциплинарной задачей, контроль за уровнем артериального давления (АД), управление углеводным и липидным обменом позволит успешно решать задачи профилактической и патогенетической современной медицины.

Цель. Изучить особенности кардиоренальных взаимоотношений у больных АГ в сочетании с СД 2 типа.

Пациенты и методы. В исследование включено 120 больных АГ II-III стадии в возрасте от 40 до 65 лет: 60 пациентов с АГ в сочетании с СД 2 типа (основная группа) и 60 пациентов с АГ без СД (контрольная группа). Проводили суточное мониторирование артериального давления, эхокардиографическое исследование, изучали эндотелиальную функцию, эластические свойства артерий, функциональное состояние почек и показатели метаболизма.

Результаты. Среди пациентов с АГ и СД 2 типа обнаружены прогностически более неблагоприятные изменения суточного профиля АД, достоверно более высокая частота встречаемости гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) по сравнению с больными с изолированной АГ. В основной группе не выявлено лиц с нормальной диастолической функцией ЛЖ. Повышение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ э.) отмечено в 83,3% случаев среди больных АГ и СД 2 типа. Выявлены достоверно более выраженные нарушения эндотелиальной функции, канальцевого, клубочкового аппарата почек у пациентов с АГ и СД 2 типа по сравнению с пациентами с АГ без СД 2 типа. Выраженная ИР приводит к метаболическим изменениям – глюкозотоксичности, липидотоксичности у больных АГ и СД 2 типа.

Заключение. Исследование показывает наличие кардиоренальных взаимосвязей, а также тесных корреляционных взаимоотношений между ИР и поражением органов-мишеней у больных АГ в сочетании с СД 2 типа. ИР может рассматриваться как независимый предиктор и сердечно-сосудистых, и почечных заболеваний. Соответственно, коррекция ИР будет способствовать оптимизации результатов лечения заболеваний сердца и почек у больных с АГ и СД 2 типа. Получено разрешение Регионального этического комитета на проведение клинического исследования – протокол одобрения №192-2013 от 11.03.2013 г.

Скорость прогрессирования хронической болезни почек у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких

Дудникова А.В., Болотова Е.В.

Краевая клиническая больница №2, Краснодар

Проблема хронической болезни почек приобрела во всем мире, равно как и в России, огромную медицинскую и социально-экономическую значимость. Многочисленные исследования демонстрируют преимущественную роль сахарного диабета, ожирения, метаболического синдрома и сердечно-сосудистых заболеваний в формировании хронической болезни почек (ХБП). Между тем, вклад хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), как заболевания с выраженными системными эффектами, малоизучен. Цель. Изучить распространенность и темпы прогрессирования ХБП среди пациентов с ХОБЛ различной степени тяжести.

Материалы и методы. Исследование состояло из проспективной и ретроспективной части и включало 200 пациентов пульмонологического стационара ГБУЗ ККБ№2 с верифицированным диагнозом ХОБЛ I-IV степени тяжести. Пациенты разделены на четыре сопоставимых по возрасту и полу группы в соответствии со степенью тяжести ХОБЛ, по 50 человек в каждой группе (средний возраст пациентов составил 67,4±12,1 лет; средняя длительность течения ХОБЛ – 18,8±4,3 лет). Степень никотиновой зависимости определялась по индексу курящего человека и составила – 46,3±9,8 «пачек-лет». Расчет скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) проводился по формуле CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration 2009 г. в модификации 2011 г.). Для оценки динамики СКФ использованы данные наблюдения за пациентами за 3-летний период (от 2 до 4 госпитализаций в год).

Результаты. Средний уровень рСКФСCKD-EPI составил 80,2±20,2 мл/мин/1,73м². Оптимальный уровень рСКФСCKD-EPI (>90 мл/мин/1,73м²) выявлен у 47 (23,5%) пациентов, при этом у 23 (11,5%) определялась гиперфильтрация (рСКФСCKD-EPI >110 мл/мин/1,73 м²). Начальная степень снижения рСКФСCKD-EPI (89–60 мл/мин/1,73м²) выявлена у 68 (34%) пациентов, умеренное снижение рСКФСCKD-EPI (59–45 мл/мин/1,73м²) – у 48 (24%) пациентов, существенное снижение рСКФСCKD-EPI (44–30 мл/мин/1,73м²) имели 10 (5%) пациентов, выраженное снижение рСКФСCKD-EPI (<29 мл/мин/1,73м²) – 4 (2,0%). Диагноз ХБП установлен 99 (49,5%) пациентам с ХОБЛ, из них – ХБП I стадии имели 10 (5,0%) пациентов, ХБП II стадии – 26 (13%), ХБП IIIa стадии – 48 (24%), ХБП IIIb стадии – 11 (5,5%), ХБП IV – 4 (2,0%) пациентов. Наименьшая величина ОФВ1 выявлена среди больных ХОБЛ с ХБП IIIb-IVст – 26,2±3,1% (p<0,05). Распространенность ХБП была достоверно выше в группах пациентов с тяжелой и крайне тяжелой ХОБЛ 28 (15,5%) и 34 (18,8%) пациентов соответственно; p<0,05. Средняя скорость снижения рСКФ составила 4,4±6,2 мл/мин/1,73м²/год. Количество переходов к более тяжелой стадии ХБП было достоверно выше и составило 68% (136 пациентов). У 14% (28 пациентов) выявлено стабильное состояние функции почек (остались в исходной стадии ХБП, с небольшими колебаниями до 1,8±0,9 мл/мин/1,73м²/год). Наибольший интерес представляют пациенты с некоторым улучшением функции почек, составившие 17,5% (35 человек). Большинство из них (29 пациентов) являются пациентами с тяжелой и крайне тяжелой степенью ХОБЛ, за время наблюдения у них отмечалось снижение массы тела, и, связанное с этим снижение сывороточного креатинина. Наибольший средний уровень снижения рСКФ представлен в группе с ХОБЛ III, где составил 6,2±5,4 мл/мин/1,73м²/год. Уровни снижения рСКФ в группе ХОБЛ I и ХОБЛ II составили 2,4±3,1 и 3,3± 2,9 мл/мин/1,73м²/год соответственно.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о необходимости мониторинга функции почек у пациентов с ХОБЛ на основании расчета СКФ по CKD-EPI, а также новых подходов к диагностике ХБП у пациентов с тяжелой и крайне-тяжелой степенью ХОБЛ.

Исследование распространенности и коморбидности синдрома обструктивного апноэ во сне на амбулаторном приеме в практике сельского участкового терапевта

Дуйкин Д.В., Маркин А.В.

Бийская центральная районная больница, Алтайский государственный медицинский университет, с. Первомайское, Бийский район, Алтайский край

Цель. Оценить распространенность синдрома обструктивного апноэ во сне (СОАС) среди пациентов на амбулаторном приеме сельского участкового врача-терапевта центральной районной больницы (ЦРБ).

Материалы и методы. С июня 2012 по ноябрь 2013 года обследовано 158 человек в возрасте от 28 до 75 лет (женщин – 84, мужчин – 74). Были отобраны пациенты с индексом массы тела (ИМТ) ≥35 кг/см² или с 30 кг/см² ≤ ИМТ<35 кг/см² с жалобами на храп, остановки дыхания во сне, нарушения сна, дневную сонливость, учащенное ночное мочеиспускание. У этих пациентов проводилась мониторинговая компьютерная пульсоксиметрия (МКП) в ночной период прибором «Pulse OX 7500» (SPO Medical, Израиль). Результаты. Индекс десатурации (ИД) более 30 в час определен у 28 (16,5%) человек, индекс десатурации от 15 до 30 – у 33 (19,5%), ИД от 5 до 15 – у 59 (34,9%) пациентов. У 38 (22,5%) человек ИД был в норме (меньше 5 в час). В группе с ИД > 30 средняя SpO₂ составила в среднем 90,8±2,96%. Средняя SpO₂ в группе с от 15 до 30 в час составила 93,5±1,36%. В группе с ИД от 5 до 14,9 в час средняя SpO₂ составила 95,7±2,57%. В группе пациентов с ИД < 5 средняя SpO₂ составила 97,3±3,24. Все пациенты были разделены на четыре группы по уровню ИД и проанализированы по коморбидным состояниям. В группе с ИД мужчин (муж.) было 15 (39,4%), женщин (жен.) – 23 (60,6%). В группе с ИД (№1) муж. – 24 (40,6%), жен. – 35 (59,4%) человек. В группе с ИД 15 30 (№2) муж. – 17 (51,5%), жен. – 16 (49,5%) человек. В группе с ИД 30 (№3) муж. было представлено – 18 (64,3%) человек, жен. – 10 (35,7%) человек. В группе №3 у муж. выставлены диагнозы гипертоническая болезнь (ГБ) – 12 (66%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 8 (44%), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – 10 (55,5%), сахарный диабет (СД) – 4 (22,2%), дистония главных бронхов – 1 (5,5%); у жен. – ГБ – 8 (80%), ИБС – 6 (60%), саркоидоз – 1 (10%), дистония главных бронхов – 1 (10%). В группе №2 муж. наблюдались в поликлинике с диагнозами: ГБ – 14 (82%), ХОБЛ – 10 (58%), ИБС – 2 (11,7%), СД – 8 (47%); у жен.: ГБ – 16 (100%), СД – 10 (62,5%), ИБС – 1 (6,25%), саркоидоз – 1 (6,25%), ДЭ – 8 (50%). В группе №1 были представлены диагнозы в следующем соотношении: у муж.: ГБ – 20 (83,3%), ХОБЛ – 16 (66,6%), ИБС – 12 (50%), СД – 10 (41,6%); у жен.: ГБ – 35 (100%), СД – 8 (22,8%), ДЭ – 33 (94,2%), ИБС – 3 (8,5%). В группе №0 диагнозы в основном относились к неврологической патологии (дисциркуляторная энцефалопатия, инсомния), патология ЛОР-органов (искривление носовой перегородки, полипоз носовой полости).

Выводы. При увеличении ИД становится меньше средний уровень SpO₂. В группе с ИД 30 мужчин было в 1,8 раз больше женщин. Во всех группах со снижением SpO₂ у пациентов наблюдались сердечно-сосудистые заболевания и метаболические расстройства, ухудшающие прогноз и качество жизни. И чем ниже была средний уровень SpO₂, тем больше у пациентов сопутствующих заболеваний.

Проблема коморбидности при хронической сердечной недостаточности

Ефремова Е.В., Шутов А.М.

Ульяновский государственный университет, Ульяновск

Повышение распространенности хронических заболеваний, к числу которых относится хроническая сердечная недостаточность (ХСН), рассматривают как глобальную эпидемию XXI века (ВОЗ, 2008). Наличие высокой коморбидности приводит к росту смертности больных хроническими заболеваниями, снижению качества жизни и социальной дезадаптации (Vincent M. van Deursen, 2014). Однако данных, определяющих влияние коморбидности на течение и прогноз ХСН, представлено недостаточно.

Цель исследования. Изучение влияния коморбидности на клиническое течение, качество жизни и прогноз больных с ХСН.

Материалы и методы. Обследовано 203 больных (73 женщины и

130 мужчин, средний возраст 61,8±9,6 лет) с ХСН I – III стадии, I – IV ФК, длительность наблюдения за больными составила 12 месяцев. ХСН диагностировали и оценивали в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр, 2009). ХСН I ФК диагностирована у 18 (8,9%), II ФК – у 108 (53,2%), III ФК – у 75 (36,9%) и IV ФК – у 2 (1%) больных. Продолжительность ХСН – 4,3±1,8 года. У большинства больных – 154 (75,9%), причиной развития ХСН явилось сочетание ИБС с артериальной гипертонией высокого риска. Коморбидность оценивали с помощью индекса коморбидности Чарлсона (Charlson). Исследуемые больные были разделены на 3 группы: I группу (низкая коморбидность, индекс ≤ 3 баллов) составили 53 больных; II группу (умеренно выраженная коморбидность, индекс = 4–5 баллов) – 73 больных; III группу (высокая коморбидность, индекс ≥ 6 баллов) – 77 больных. Качество жизни (КЖ) больных с ХСН оценивали, используя опросник «SF-36».

Результаты. ИК Чарлсона с учетом возраста составил 5,0±2,1 балла. Наиболее часто ХСН ассоциировалась с ХБП – у 89 (43,8%) больных. ХСН с сахарным диабетом 2 типа диагностировалась у 34 (16,7%) больных, с перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения – у 22 (10,8%) больных, с деменцией – у 46 (22,7%) больных. Больные с ХСН с высокой коморбидностью были старше по возрасту (67,6±8,2 и 55,2±7,0 лет, соотв., $p_{III-I} < 0,000$), имели более высокий ФК ХСН (2,8±0,5 и 2,0±0,6, соотв., $p_{III-I} < 0,0001$), чем больные с низкой коморбидностью. У больных с ХСН, ассоциированной с высокой коморбидностью, чаще наблюдалась фибрилляция предсердий по сравнению с больными с низкой коморбидностью: 18 (23,4%) и 4 (7,5%) соотв., $\chi^2 = 7,22$; $p_{III-I} = 0,007$. За время 12-месячного наблюдения умерло 17 (8,4%) больных с ХСН, в том числе 1 (1,9%) больной с низкой коморбидностью, 3 (4,1%) больных с умеренно выраженной коморбидностью и 13 (16,9%) пациентов с высокой коморбидностью. Относительный риск смерти в III группе больных был в 1,68 раза (95% ДИ 1,35 – 2,09) выше риска смерти больных I группы. У больных с ХСН с высокой коморбидностью среднегодовая длительность госпитализаций по всем причинам достоверно больше на 5 дней и на 3 дня в связи с обострением сердечно-сосудистых заболеваний. Профиль КЖ больных с ХСН с высоким уровнем коморбидности оказался достоверно ниже, чем у больных с ХСН с низкой коморбидностью по всем шкалам, определяющим как физический, так и психологический компоненты здоровья, $p_{III-I} < 0,004$.

Выводы. Высокая коморбидность ассоциируется с более тяжелым клиническим течением ХСН, неудовлетворительным качеством жизни, и является определяющей для прогноза больных с ХСН. Для успешного лечения ХСН необходим комплексный подход, учитывающий наличие у пациента коморбидности.

Предикторы развития почечной дисфункции у больных перенесших острый коронарный синдром

Зайцева В.П., Буланов Н.М.

Ивановская государственная медицинская академия, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Владимир, Иваново, Москва

Цель. Изучить влияние комплекса факторов на развитие почечной дисфункции в среднесрочной перспективе у пациентов, перенесших острый коронарный синдром (ОКС), в том числе, осложнившийся развитием острого почечного повреждения (ОПП).

Материалы и методы. У 70 пациентов, поступивших в стационар с диагнозом ОКС (45 мужчин и 25 женщин, средний возраст 63 [53; 74] года), изучали частоту развития ОПП (KDIGO, 2012г.), величину экскреции с мочой биомаркеров структурного повреждения почек – KIM-1 (ELISA, «Human HAVCR Immunoassay, R&D Systems Europe, Ltd.») и NGAL (ELISA, «BioPorto Diagnostics A/S, Дания»), оценивали систолическую функцию миокарда (ФВЛЖ в % по L.E. Teicholz, Vivid-7, GE HC, США). У 64 из 70 включенных в исследование пациентов удалось оценить функцию почек через 3 месяца последующего амбулаторного наблюдения. У этих 64 перенесших ОКС пациентов определяли частоту формирования почечной дисфункции (рСКФ–EPI < 60 мл/мин/1,73м²) и оценивали вклад в ее развитие комплекса факторов, оцененных исходно – в период госпитализации: возраст, величина ФВЛЖ, развитие ОПП и уровень экскреции с мочой KIM-1 и NGAL.

Результаты. В исследованной группе больных с ОКС (n=70) величина ФВЛЖ составила в среднем 47% [40;55], систолическая дисфункция (ФВЛЖ < 40%) выявлена у 13 (18%) больных, ОПП диагностировано у 62 (89%) пациентов. В группе больных с ОКС средние уровни в моче KIM-1 и NGAL составили соответственно 1,04 [0,7;2,2] нг/мл и 46 [25;70] нг/мл. Мочевая экскреция обоих биомаркеров была статистически значимо выше среди больных ОКС с ОПП (подгруппа 1, n=62.), чем у больных ОКС без ОПП (подгруппа 2, n=8). Так средний уровень KIM-1 в подгруппах 1 и 2 составил соответственно 1,18 [0,78;2,32] и 0,45 [0,24;0,72] (U=62, p 1–2=0,0005), NGAL – 47 [34,1;85,2] и 18,2 [10,7;24,07] (U=10, p 1–2=0,0009). По результатам проведенного ROC анализа установлено, что оба маркера повреждения тубулярного почечного эпителия – KIM-1 и NGAL обладают высокой предсказательной силой для оценки развития ОПП у больных ОКС. По нашим данным в исследованной группе больных ОКС уровень в моче KIM-1 ≥ 0,77 нг/мл прогнозирует развитие ОПП с чувствительностью 75,8% и специфичностью 100% (AUC 0,875), уровень экскреции с мочой NGAL ≥ 34,38 нг/мл – с чувствительностью 74% и специфичностью 100% (AUC 0,87). Методом бинарной логистической регрессии нами разработана прогностическая модель риска развития ОПП (z) среди больных ОКС. $z = -0,648 + 3,323 \cdot \text{уровень KIM-1 в моче (нг/мл)} + 0,083 \cdot \text{уровень NGAL в моче (нг/мл)} - 0,033 \cdot \text{возраст пациентов (полных лет)}$ ($\chi^2 = 21,123$, $p < 0,001$), подтверждающая вклад структурного повреждения почек в развитие ОПП. Частота развития почечной дисфункции (рСКФ–EPI < 60 мл/мин/1,73м²) через 3 месяца амбулаторного наблюдения составила 39% (25 из 64 перенесших ОКС пациентов). Исходный (оцененный в период стационарного лечения) уровень ФВЛЖ оказался статистически значимо ниже среди 25 больных с дисфункцией почек в сравнении с 39 пациентов без выраженной почечной дисфункции (рСКФ–EPI ≥ 60 мл/мин/1,73м²) – 43 [34;48]% vs 47 [42;57]% (U=289; p=0,006). Модель бинарной логистической регрессии, описывающая развитие у перенесших ОКС пациентов почечной дисфункции (рСКФ–EPI < 60 мл/мин/1,73 м²) спустя 3 месяца амбулаторного наблюдения – $z = -8,704 + 2,255 \cdot \text{наличие ОПП} + 0,097 \cdot \text{возраст (полных лет)} - 0,383 \cdot \text{уровень ФВЛЖ (\%)}$, ($\chi^2 = 16,42$, $p = 0,001$). Приведенные данные подтверждают значимый вклад в формирование хронической почечной дисфункции у перенесших ОКС пациентов 3 факторов – перенесенный в период стационарного лечения эпизод ОПП, величину ФВЛЖ и возраст.

Вывод. У большинства пациентов с ОКС развивается ОПП. Статистически значимыми предикторами формирования ОПП у пациентов с ОКС являются повышенная экскреция с мочой маркеров структурного повреждения тубулярного почечного эпителия – KIM-1 ≥ 0,77 нг/мл и NGAL ≥ 34,38 нг/мл. У 39% перенесших ОКС пациентов к концу 3 месяца наблюдения формируется почечная дисфункция, к значимым предикторам ее развития относятся возраст, перенесенное ОПП и более низкая ФВЛЖ.

Параметры функционального состояния больных с острым коронарным синдромом, исследуемые с помощью комплекса «Омега-М»

Коробова В.Н., Михин В.П.

Курский государственный медицинский университет,
Курск

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться ведущей причиной смертности, как в России, так и за рубежом. Проблема оценки функционального состояния больных данной патологией, и выявление групп рисков по возникновению фатальных осложнений в настоящее время приобрело особую важность.

Идея. Система комплексного компьютерного исследования функционального состояния организма человека «Омега-М», в основу которой положена новая информационная технология анализа биоритмологических процессов – «фрактальная нейродинамика», может помочь в определении тяжести состояния больных сердечно-сосудистой патологией для рационального выделения групп риска по возникновению фатальных осложнений, контролировать особенности реабилитации, а также помогать в индивидуальном подборе медикаментозной терапии. **Цель.** Исследование изменений параметров функционального состояния (ФС) больных с острым коронарным синдромом (ОКС), с помощью комплекса «Омега-М» для выделения групп рисков фатальных осложнений в условиях стационарной реабилитации пациентов.

Материалы и методы. Регистрация интегральных показателей динамического состояния телеметрического медицинского комплекса «Омега-М», стандартные общеклинические методы обследования пациентов, проходивших лечение в отделении неотложной кардиологии. Исследование включало 60 человек (33 мужчин и 27 женщин) в возрасте от 44 до 87 лет (64 ± 3) с ОКС, с исходом в нестабильную стенокардию (НС) – 10 человек, острый Q-инфаркт миокарда (ОИМ) – 10 человек, острый повторный инфаркт миокарда (ОПИМ) – 10 человек. Оценка показателей проводилась на 1–5 и 10–15 сутки пребывания в стационаре. Исследуемые показатели: А1 – суммарного эффекта регуляции; А2 – «золотого сечения»; В1 – вегетативного гомеостаза; В2 – устойчивости регуляции сердечного ритма; С1 – нервного компонента регуляции гипоталамо-гипофизарной системы (ГГС); С2 – гуморальный компонент ГГС; Д1 – быстрой адаптации ЦНС; Д2 – медленной адаптации ЦНС; Health – интегральный показатель ФС организма. Лечение больных проводилось по традиционной схеме.

Результаты. Анализ исходных показателей телеметрического медицинского комплекса «Динамика» выявила снижение от нормы всех показателей ФС у 90% всех пациентов в 1–5 сутки. У 10% пациентов показатели находились в пределах нормы. Снижение показателей ФС до 59% и ниже свидетельствует о устойчиво нарушенном состоянии, отсюда: больные на 1–5 сутки были разделены на 3 группы: 1 – 60% и выше, 2 – показатели в пределах 40–59%, 3 – 20–39%, 4 – 19% и ниже. Наличие и/или присоединение сопутствующей патологии ведет к снижению функциональных показателей состояния организма. Динамический контроль на 10–15 сутки помогает оценить реабилитацию организма, на доклиническом этапе выявить ухудшение состояния и прогнозировать исход.

Выводы. Использование комплекса «Динамика» дает возможность оценить состояние организма с 4 уровней управления: периферического, вегетативного, ГГС и ЦНС, выделить группы пациентов по риску развития фатальных осложнений, определить значимые прогностические критерии, характеризующие исход ОКС и развитие осложнений.

Мониторинг индикаторов клинической эффективности мероприятий, направленных на снижение смертности от ССЗ (АГ и ИБС) в Республике Мордовия

Козлов Е.Д., Куняева Т.А., Ямашкина Е.И., Селезнева Н.М.

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, медицинский институт, Саранск

Введение. По официальным данным Министерства Здравоохранения Российской Федерации, смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы занимает первое – лидирующее положение, составляя 696,5 на 100000 населения (53,2%). В этой связи, Президент РФ В.В. Путин предложил объявить 2015 год Национальным годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями и в дальнейшей перспективе увеличить среднюю продолжительность жизни до 74 лет, добиться новой качественной динамики в снижении смертности.

Министерство здравоохранения РФ в целях реализации планов борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями по снижению смертности от ишемической болезни сердца в субъектах РФ в течении 2015 года проводит оценку достижения целевых значений уровня артериального давления и общего холестерина у пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении у участковых терапевтов (Распоряжение от 19.05.2015 № 17-9/10/2-2273).

В связи с этим МЗ РФ и Институт профилактической медицины МЗ РФ инициировали независимое крупномасштабное исследование по оценке эффективности работы по достижению указанных целевых параметров. **Цель работы:** провести мониторинг индикаторов клинической эффективности мероприятий, направленных на снижение смертности от ССЗ (АГ и ИБС) в Республике Мордовия и изучить частоту достижения целевых параметров артериального давления (далее – АД) и общего холестерина (далее – ОХС).

Материалы и методы: Проанализировано 1667 амбулаторных карт пациентов с диагнозами ИБС и АГ. В исследовании приняли участие 10 поликлиник Республики Мордовия (7 поликлиник города Саранска, поликлиники Краснослободского, Атяшевского и Рузаевского районов). Из общего числа карт, 584 – с артериальной гипертензией, 559 – со стабильной ИБС, 524 – с ОКС.

Результаты и обсуждение.

97% пациентов с АГ состоят на диспансерном учете, целевых цифр артериального давления достигло 343 человека (58,7% от общего числа), 295 человек постоянно получают гиполипидемическую терапию (50,6% от общего числа), 162 из них – достигли целевого уровня ОХС (27% от общего числа).

93% пациентов ИБС состоит на диспансерном наблюдении; гиполипидемическую терапию получает 356 человек (63,7%), достигли целевого уровня ОХС – 161 человек (28,8%), антигипертензивную терапию получает 486 человек (87%), целевых цифр АД достигло 241 человек (43,1%).

87% пациентов с ОКС состоит на диспансерном наблюдении; гиполипидемическую терапию получает 352 человека (67,1%), достигли целевого уровня ОХС – 139 человек (26,5%), антигипертензивную терапию получает 429 человек (81%), целевых цифр АД достигло 273 человека (52%).

Заключение: В соответствии с планом мероприятий по снижению смертности от ССЗ на 2015 год по Республике Мордовия, большинство пациентов достигли целевых показателей артериального давления и общего холестерина, что предопределяет положительный прогноз в отношении их выживаемости. Тем самым, выполнена задача Президента по снижению смертности населения РФ. Однако впредь, следует

стремиться к 100% достижению целевых уровней артериального давления и общего холестерина. Вместе – мы можем многое!

Прогностическое значение острого повреждения почек при внебольничной пневмонии

Кузовенкова М.Ю., Серов В.А., Шутлов А.М., Гарагедян Ю.Т., Иванова Я.В., Старая М.М.

Центральная городская клиническая больница, Ульяновский государственный университет, Институт медицины, экологии и физической культуры, медицинский факультет, Ульяновск

Внебольничная пневмония (ВП) – широко распространенное заболевание у взрослых, занимающее ведущее место в структуре заболеваемости и смертности от инфекционных болезней в развитых странах. Одной из причин высокой летальности при ВП является острое повреждение почек (ОПП). Тем не менее до настоящего времени большинство вопросов, касающихся распространенности, тяжести и диагностики данного состояния изучены недостаточно. Так следует отметить, что одним из критериев тяжелого течения ВП считается уровень креатинина более 176,5 мкмоль/л, что свидетельствует о выраженном снижении функции почек, однако даже умеренное снижение функции неблагоприятно влияет на прогноз ряда заболеваний, что нашло отражение в Рекомендациях нефрологов по острому повреждению почек.

Целью исследования стало изучение частоты и тяжести ОПП среди больных ВП.

Материалы и методы. Обследовано 188 больных, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении Центральной городской клинической больницы г. Ульяновска в период с марта по ноябрь 2014 г. с внебольничной пневмонией. Мужчин было 112 (59,6%), женщин – 76 (40,4%), средний возраст больных составил 56,2±17,5 лет. Внебольничную пневмонию диагностировали согласно Рекомендациям Российского респираторного общества и Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии. Риск неблагоприятного прогноза оценивался по шкалам CURB-65 и CRB-65. ОПП диагностировали и классифицировали согласно Рекомендациям KDIGO. Так как информация о креатинине сыворотки до заболевания отсутствовала, диагностику ОПП по креатинину проводили двумя способами: в первом случае, если в процессе лечения наблюдалось увеличение креатинина, за исходный принимали креатинин сыворотки в день госпитализации, во втором, если отмечалось снижение уровня креатинина, исходным считали наименьшее значение концентрации креатинина в период госпитализации. Статистическая обработка материала проведена с использованием программы Statistica v. 6.0.

Результаты. В первые сутки госпитализации концентрация креатинина сыворотки крови составила 116,5±94,2 мкмоль/л. Согласно критериям тяжелой пневмонии, креатинин более 176,7 мкмоль/л был отмечен у 18 (9,6%) больных. В первые 7 суток госпитализации по внутригоспитальной динамике креатинина ОПП диагностировано у 29 (15,4 %), из них ОПП 1 стадии – 10 больных, 2 стадии – 15 больных, 3 стадии – 4 больных. Развитие ОПП чаще наблюдалось у больных пожилого возраста и сопровождалось дыхательной недостаточностью и нарушениями гемодинамики (чаще при поступлении выявлялось снижение САД≤90 мм рт. ст. и/или ДАД≤60 мм рт. ст.). Гендерных различий в группах выявлено не было, также больные с ОПП не различались по длительности ВП до поступления в стационар. По шкалам CURB-65 и CRB-65 риск неблагоприятного прогноза у больных внебольничной пневмонией увеличивался при наличии ОПП. Смертность в группе больных с ВП, осложненной ОПП, составила 25,9 %,

при отсутствии ОПП – 5,2 % ($p=0,002$).

Выводы. 1. Госпитальное ОПП осложняет течение ВП в 15,4% случаев. 2. ОПП ухудшает прогноз и достоверно увеличивает летальность у пациентов с внебольничной пневмонией. 3. Предикторами ОПП являются пожилой возраст больных, выраженная дыхательная недостаточность, снижение систолического артериального давления до 90 мм рт. ст.

Особенности диагностики легочного васкулита у пациентов с системной красной волчанкой и антифосфолипидным синдромом

Лейнеман Я.А, Мазуров В.И.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение. Легочный васкулит – тяжелое жизнеугрожающее проявление системной красной волчанки (СКВ), течение которого усугубляется наличием тромбофилии на фоне антифосфолипидного синдрома (АФС). Диагноз верифицируется на основании клинических симптомов, данных функции легких, лучевой диагностики и гистопатологии. Рентгенологически легочный васкулит характеризуется синдромом «матового стекла», под которым, однако, может подразумеваться поражение не только сосудистого, но и ретикулярного (интерстициального) компонента. В связи с чем требуется тщательная дифференциальная диагностика, результат которой значительно влияет на тактику ведения таких пациентов – выбор между антибактериальной или высокодозной цитостатической и гормональной терапией. Именно поэтому проблема быстрой и неинвазивной диагностики легочного васкулита у пациентов с СКВ и АФС является актуальной на стыке ревматологии, терапии и лучевой диагностики.

Идея. Создать комплексный подход к диагностике легочного васкулита с применением современных возможностей лучевой диагностики.

Цель работы. Провести сравнительную оценку эффективности различных методов в диагностике легочного васкулита у пациентов с СКВ и АФС.

Материалы и методы. В период с 2013 по 2015 гг. 70 пациенток с достоверным диагнозом СКВ, отсутствием вредных привычек и уточненных хронических заболеваний органов дыхания, в возрасте от 29 до 56 лет, со средней и высокой активностью и длительностью заболевания 7,8±5,6 лет, были обследованы и пролечены автором в рамках рандомизированного исследования. Пациентки прошли комплексное клиничко-лабораторное обследование, электро- и эхокардиографию, спирометрию с бронхолитической пробой, бодиплетизмографию, измерение диффузионной способности легких, газов крови и лучевое обследование (мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ), МСКТ-ангиографию, перфузионную сцинтиграфию). Впервые для уточнения генеза синдрома «матового стекла» при СКВ и АФС была опробована постпроцессинговая обработка нативных МСКТ-сканов, особенно с применением цветового картирования.

Результаты. Легочный васкулит был верифицирован в 21% случаев всех поражений легких у пациенток с СКВ. В 27% он сопровождался тромбозами in situ мелких ветвей легочной артерии вследствие АФС. Предикторами фатального течения легочного васкулита служили легочная гипертензия ($p=0,043$), снижение диффузионной способности ($p=0,029$), уровень гипоксемии ($p=0,047$). Положительный тест на волчаночный антикоагулянт ассоциирован с развитием тромбозомболии легочных артерий ($p=0,018$) и легочного васкулита, осложненного инфарктами легкого ($p=0,042$). Было установлено, что постпроцессинговая обработка позволяет увеличить чувствительность на 13%, специфичность на 7,35%, точность на 5,7% при диагностике легочного васкулита. Также постпроцессинговая обработка

доказала свою эффективность в верификации признаков васкулита при интерстициальных заболеваниях легких (в 34%), легочной гипертензии (в 32%) и плевритах (в 48%). Усиление периферической васкуляризации при использовании цветового картирования достоверно коррелирует с рестриктивным типом нарушения вентиляции ($rs=-0,703$, $p=0,013$), снижением диффузионной способности ($rs=-0,813$, $p=0,001$), гипоксемией ($rs=0,697$, $p=0,034$) и антителами к двуспиральной ДНК ($rs=0,843$, $p=0,005$). При этом достоверных различий в оценке участков с измененной перфузией по данным цветового картирования и перфузионной сцинтиграфии не было получено ($p=0,042$).

Обсуждение. Применение спирометрии и измерения диффузионной способности легких совместно с постпроцессинговой обработкой позволяют с большей уверенностью судить о генезе синдрома «матового стекла», что значимо влияет на тактику лечения пациентов. Ценные результаты получены при диагностике легочного васкулита, осложненного микротромбозами, не всегда подтверждаемыми МСКТ-ангиографией. Благодаря применению цветового картирования выявляются зоны микроинфарктов вследствие тромбоза *in situ* на уровне сосудов малого калибра. Что также значимо влияет на решение вопроса о необходимости агрессивной антикоагулянтной терапии у таких пациентов. Применение постпроцессинговой обработки показало свою эффективность и в оценке изменений в динамике на фоне проведения терапии. Эффективность цветового картирования в верификации участков с измененной перфузией, соответствующей участкам активного легочного васкулита в рамках СКВ и АФС, в совокупности с клинико-лабораторно-функциональными параметрами позволяют рекомендовать алгоритм для обследования и ведения таких пациентов.

Клинико-функциональные характеристики хронической обструктивной болезни легких, влияющие на возникновение фибрилляции предсердий

Леонова Е.И.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Введение. Имеются данные, что фибрилляция предсердий (ФП) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) встречается чаще, чем в общей популяции. Данный вид аритмии негативно влияет как на качество жизни, так и на исходы, учитывая высокий риск тромбоэмболических осложнений у больных ХОБЛ. Имеются данные, что выраженность бронхообструкции связана с возникновением ФП у больных ХОБЛ. Однако недостаточно научных данных о том, какие клинико-функциональные параметры ХОБЛ связаны с развитием данной аритмии.

Идея. Уточнение параметров ХОБЛ, для которых свойственно развитие ФП, позволило бы прогнозировать ее развитие, своевременно диагностировать данную аритмию и профилактировать ее осложнения.

Цель. Изучить клинико-функциональные особенности ХОБЛ у пациентов с ФП в сравнении с пациентами с ХОБЛ без ФП. Выявить параметры ХОБЛ, влияющие на возникновение ФП.

Материалы и методы. Обследовано 50 больных с ХОБЛ II–IV степени (GOLD 2011), вне обострения, с пароксизмальной формой ФП. Контрольная группа – 50 больных ХОБЛ II–IV степени (вне обострения) без ФП. Всем больным проводилась спирометрия, суточная пульсоксиметрия, учитывались индекс симптомов (опросники: оценочный тест ХОБЛ, модифицированная шкала одышки) и количество тяжелых обострений ХОБЛ за год. Оценивалась концентрация высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ). Также

проводился тест с 6-ти минутной ходьбой (ТШХ), рассчитывался индекс BODE. Больные распределялись на группы на основании результатов суточного мониторирования электрокардиографии по Холтеру (ХМ-ЭКГ), по результатам которого оценивали наличие и количество пароксизмов. Всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование. Критерии не включения в исследование: ишемическая болезнь сердца, пороки сердца, кардиомиопатии, синдром слабости синусового узла, сахарный диабет, нарушения функции щитовидной железы.

Результаты. Группы были сопоставимы по длительности течения ХОБЛ и индексу курения, в обеих группах преобладали мужчины. У больных ХОБЛ с ФП отмечалось статистически значимое снижение объема форсированного выдоха за 1 секунду и индекса Тиффно. По частоте тяжелых обострений достоверных различий между группами выявлено не было. По результатам опросников для больных ХОБЛ с ФП был характерен высокий индекс симптомов по сравнению с контрольной группой. При оценке суточной пульсоксиметрии отмечалось снижение минимальной, базовой и средней сатурации кислородом крови у больных с ФП ($p<0,05$). При этом отмечалась достоверная взаимосвязь минимальной сатурации кислородом крови (минSpO₂,%) с количеством пароксизмов ФП ($R=-0,814$, $p<0,001$), а также эхокардиографическими параметрами: размерами предсердий, базальным диаметром правого желудочка, систолическим давлением в легочной артерии, которые также коррелировали с частотой пароксизмов ФП. Была выявлена линейная регрессионная зависимость параметров ремоделирования миокарда и частоты пароксизмов от выраженности гипоксемии. Во время ТШХ отмечалась достоверное уменьшение минSpO₂,% ($p=0,003$) и пройденной дистанции, м ($p<0,001$) у больных ХОБЛ и ФП. Индекс BODE был выше у больных с ФП ($p<0,001$). Отмечалось достоверное повышение СРБ в группе с аритмией ($p<0,001$) по сравнению с контрольной группой. Уровень СРБ коррелировал с количеством пароксизмов ФП ($R=0,583$; $p=0,002$). Отметим, что 44% больных с аритмией узнали о ее наличии впервые при включении в исследование (по результатам ХМ-ЭКГ), что говорит о частом «немом» течении ФП у больных ХОБЛ.

Обсуждение. Для больных ХОБЛ с ФП характерны более выраженная бронхообструкция, гипоксемия и системное воспаление. Системное воспаление и гипоксемия оказывают влияние на развитие пароксизмов ФП у больных ХОБЛ. При этом наличие достоверной корреляционной связи и линейной регрессионной зависимости между минSpO₂,% , параметрами ремоделирования миокарда и частотой пароксизмов, позволяет сделать вывод, что выраженная гипоксемия, характерная для больных с ХОБЛ и ФП, играет наиболее важную роль в развитии данной аритмии. Частое бессимптомное течение ФП у больных ХОБЛ диктует необходимость включения ХМ-ЭКГ как обязательного метода обследования для ее своевременной диагностики. При этом высокий индекс симптомов ХОБЛ, сокращение пройденной дистанции при ТШХ, повышение индекса BODE, свойственные для больных с ФП, могут указывать на наличие данной аритмии.

Профилактика факторов риска формирования метаболического синдрома как предиктора сердечно-сосудистой патологии у водителей

Лешкова И. В., Пономарева Т.А., Воробьева А.А., Власова Е.М.

Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения, Пермь

Метаболический синдром (МС) – комплекс обменных нарушений, ускоряющих развитие атеросклеротических сосудистых заболеваний,

являющихся причиной снижения квалификации и потери профессиональной трудоспособности, инвалидности и общей смертности трудоспособного населения.

Цель исследования. Раннее выявление составляющих метаболического синдрома у водителей.

Материалы и методы. Контингент – водители в возрасте 47–65 лет, стаж 5 и более лет, условия труда класс 3 «вредный» – степень вредности 2–3 (3,2–3,3). Группа наблюдения – водители с метаболическим синдромом (137 водителей, средний возраст 49,4±2,7 лет, средний стаж 25,7±3,4 лет), группа сравнения – водители, не имеющие признаки метаболического синдрома (76 водителей, средний возраст 47,7±2,5 лет, средний стаж 24,4±3,1 года). Всем водителям были выполнены клинические, биохимические, ультразвуковые исследования. Статистическая обработка проводилась с использованием программного пакета «Statistica 6.0» (StatSoft, Inc., США), с применением методов параметрической и непараметрической статистики. Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$. Результаты и их обсуждение. У 61,6% работников I группы и 38,4% работников II группы выявлена артериальная гипертензия, постинфарктный кардиосклероз – у 58,8% группы наблюдения и 41,2% группы сравнения, нарушения ритма сердца и проводимости – у 75,3% и 24,7% соответственно. Сахарный диабет диагностирован в 37% случаев (у 75% выявлен впервые). Составляющие метаболического синдрома – в 93% случаев, чаще наблюдалось сочетание гипергликемии и/или гипер-, дислипидемии с абдоминальным ожирением. Средний объем талии в группе наблюдения – 100,8±2,2 см, в группе сравнения – 96,8±1,8 см ($p < 0,05$). Показатели общего холестерина у работников в I группе – 6,7±1,4 ммоль/л, во II группе – 5,6±0,4 ммоль/л ($p < 0,05$), содержание триглицеридов – 3,2±0,4 ммоль/л против 1,60±0,18 ммоль/л ($p < 0,05$). Уровень ЛПВП в сыворотке крови – 1,3±0,1 ммоль/л и 1,2±0,8 ммоль/л соответственно, а ЛПНП – 5,5±1,23 ммоль/л и 3,5±0,2 ммоль/л ($p < 0,05$). Гипергликемия диагностировалась на уровне 6,3±1,2 ммоль/л у водителей I группы и 5,5±0,8 ммоль/л у II группы. Эхокардиографическое обследование – среднее значение ИММЛЖ – 261,6 г в группе наблюдения, в группе сравнения – 184,1 г ($p < 0,05$). Критерии включения в группу риска развития ИС у водителей: работа в условиях труда, характеризующихся содержанием в кабине химических веществ, производственного шума, вибрации выше гигиенических нормативов; стаж управления автотранспортом 5–10 лет; эпизоды повышения АД по результатам предрейсовых и послерейсовых медосмотров (выше 140/90 мм.рт.ст.); наличие за последние 6 месяцев временной нетрудоспособности по поводу повышения АД; наличие наследственной предрасположенности по болезням системы кровообращения по линии одного из родителей (по результатам анкетирования). Медицинские критерии по результатам очередного ПМО: ОТ>94 см, ИМТ>27кг/м², АД>130/85 мм.рт.ст., повышение гликемии выше 5,6 ммоль/л, общего холестерина выше 5,0 ммоль/л; по результатам дополнительного обследования: повышенное содержание атерогенных липидных фракций и снижение неатерогенных; повышение С-реактивного протеина высокочувствительного выше 3,5 мг/куб.дм, С-пептида выше 3 нг/куб.дм, пограничное или повышенное значение среднесуточного систолического АД и/или диастолического АД. Комплекс профилактических мероприятий. Анкетирование, нейропсихологическое тестирование, расчет риска по шкале SCORE, СМАД, КИГ, ЭХО-КГ, УЗИ БЦА, проба постокклюзионной гиперемии плечевой артерии; уровень общего холестерина и липидный спектр, глюкоза, высокочувствительный С-реактивный белок, С-пептид, лептин, тиреоидная панель, кортизол. При наличии низкого (менее 1% по шкале SCORE) риска наблюдение и нелекарственное воздействие в течение 3–12 месяцев перед началом лекарственной терапии. Умеренный (≥1% и <5% по шкале SCORE) риск – наблюдение за пациентом с регулярным контролем АД в течение 3 месяцев до принятия решения о начале лекарственной терапии. Высокий (≥5% и <10% по шкале SCORE) или очень

высокий (≥10% по SCORE) риск – проведение расширенного обследования в условиях медицинской организации с целью выявления дополнительных факторов риска, по завершении которого пациент проходит углубленное профилактическое консультирование и по показаниям – лечение.

Выводы: проведение расширенного комплекса обследования при прохождении ПМО, медико-профилактические мероприятия, направленные на выявление и устранение факторов риска.

Влияние внутрисосудистого ультразвука на тромболитическую активность липосомальных форм стрептокиназы в эксперименте in vivo

Лутик И.Л., Адзерихо И.Э., Владимирская Т.Э., Яцевич О.Н.

Белорусский государственный медицинский университет,
Белорусская академия последипломного образования,
Минск, Беларусь

В настоящее время одним из направлений повышения медикаментозного тромболитического действия является сочетание воздействия на тромб низкочастотного внутрисосудистого ультразвука. Ранее нами было доказано in vivo превышение эффективности липосомальных форм стрептокиназы (СТК) перед свободными формами препарата при условии системного введения в виде достоверно большего прироста степени свободного просвета сосуда (ССПС) в сравнении с тромбированной артерией.

Целью исследования было изучение тромболитической активности липосомальных форм СТК при условии сочетанного воздействия низкочастотного внутрисосудистого ультразвука (УЗ) в сравнении со свободной (обычной) формой препарата по данным морфометрического анализа степени свободного просвета сосуда (ССПС) в остром эксперименте у собак.

Эксперименты проводили на 13 беспородных самцах собак массой 15–18 кг. Артериальный тромбоз моделировали в течение 60 минут путем введения на участке бедренной артерии, ограниченном лигатурами, 0,1 мл раствора тромбина с пережатием сосуда корнцангом. Воздействие УЗ на зону тромба продолжительностью 180 секунд проводили через 30 минут после введения препаратов. В зависимости от способов тромборазрушения животные были разделены на 8 групп ($n=2$ в группах сравнения, $n=1$ в группах контроля). В первых двух группах вводили липосомальную и свободную (обычную) формы СТК в дозе 25 тыс. ЕД/кг, в 3-й и 4-й группах добавляли воздействие УЗ к введению липосомальной и свободной форм СТК, соответственно, в 5-й группе проводили изолированное УЗ-воздействие на тромб. В качестве групп контроля использовали тромбированную и интактную артерии и липосомы без включенных препаратов. Препараты вводили системно в бедренную вену в течение 1–2 минут в объеме 2 мл. Время наблюдения составило 2 часа после воздействия различных методов тромборазрушения. Морфометрический анализ гистологических образцов вен проводили при помощи комплекса «Leica-Qwin». Определяли площадь просвета сосуда (S_1), площадь тромба (S_2) и ССПС как отношение площади просвета сосуда к сумме площади сосуда ($S_1/(S_1+S_2)$). Статистический анализ проводили с использованием Statistica 6.0 для непараметрических величин. Критериями выступали Me [25%; 75%], U-критерий Манна-Уитни, $p < 0,05$ как статистически значимый. Согласно полученным данным, во всех группах сравнения отмечена статистически значимая динамика ССПС по отношению к тромбированной артерии к 2 часам наблюдения ($p < 0,05$), которая варьировала в зависимости от метода тромборазрушения. При этом выявлено достоверное превышение ССПС при введении липосомальных форм СТК в сравнении со свободной (обычной) формой препарата (64% против

56%, $p < 0,05$). Проведение внутрисосудистой ультразвуковой обработки выделенного фрагмента артерии показало статистически значимое превышение показателя по отношению к свободной (обычной) форме СТК (59% против 56%, $p < 0,05$). Сравнительный анализ выявил, что добавление липосомальных и свободных форм СТК к УЗ-воздействию приводило к статистически значимому росту ССПС по сравнению с изолированным использованием УЗ (68% и 67% против 59%, соответственно, $p < 0,05$) и изолированным введением обоих форм СТК (68% и 67% против 64% и 56%, соответственно, $p < 0,05$). Одновременно, в группах с добавлением СТК при сочетанном воздействии УЗ достоверных различий ССПС не выявлено ($p > 0,05$). Выявленные данные свидетельствуют об усилении тромболитической активности свободной и инкапсулированной в липосомы СТК при сочетанном воздействии УЗ.

Выводы. Воздействие низкочастотного внутрисосудистого ультразвука на зону тромба в течение 180 секунд приводит к значимому приросту ССПС по отношению к тромбированной артерии ($p < 0,05$) и достоверно превышает значения показателя при сравнении со свободной (обычной) формой стрептокиназы ($p < 0,05$) к 2-м часам наблюдения. Отмечено усиление тромболитической активности липосомальных и свободных (обычных) форм стрептокиназы при сочетанном воздействии ультразвука за аналогичный период наблюдения (68% против 64% и 67% против 56%, соответственно, $p < 0,05$). Установлено отсутствие достоверных различий в группах с введением СТК при сочетанном воздействии УЗ ($p > 0,05$). Работа выполнена при поддержке гранта Фонда фундаментальных исследований НАН Беларуси. Заседание Комитета по биоэтике УО «БГМУ» 26.11.2014 г. №17 – одобрить проведение исследования, так как оно не противоречит биоэтическим нормам.

Сравнительная оценка тромболитической активности иммунолипосомальных форм стрептокиназы в эксперименте in vivo

Лутик И.Л., Адзериха И.Э., Владимирская Т.Э., Яцевич О.Н.

*Белорусский государственный медицинский университет,
Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Минск, Беларусь*

Инкапсуляция тромболитических препаратов в липосомы со способностью локальной доставки препарата в зону тромба в настоящее время относится к перспективным направлениям повышения медикаментозного тромболиза. Ранее нами были разработаны in vitro иммунолипосомы на основе липосом, конъюгированных через модифицированный декстран с антителами к фибрину, способными распознавать фибрин-ассоциированный антиген и связываться с фибриновым компонентом тромба.

Целью исследования было изучение тромболитической активности иммунолипосомальных форм СТК в условиях использования стандартной и половинной дозы СТК при системном и локальном способе введения препаратов по данным морфометрического анализа степени свободного просвета сосуда (ССПС) в остром эксперименте у собак.

Эксперименты проводили на 12 беспородных самцах собак массой 15–18 кг. Артериальный тромбоз моделировали в течение 60 минут путем введения на участке бедренной артерии, ограниченном лигатурами, 0,1 мл раствора тромбина с пережатием сосуда корнцангом. В зависимости от введенных препаратов животные были разделены на 6 групп (по $n=2$ в группах). Животным первых трех групп вводили иммунолипосомальную форму СТК: в 1-й группе – системно в бедренную вену в течение 1–2 минут в объеме 2 мл из расчета СТК 25 тыс. ЕД/кг, во 2-й группе – локально

в зону тромба в тех же дозах препарата, в 3-й группе – локально в зону тромба из расчета половинной дозы СТК на кг веса животного. В качестве групп контроля выступали свободная (обычная) формы СТК, введенная системно, и интактная и тромбированная артерии без введения препаратов. Время наблюдения составило 2 часа после введения препаратов. Наличие геморрагических проявлений оценивали визуально в месте пункции сосуда на протяжении всего периода наблюдения. Морфометрический анализ гистологических образцов вен проводили при помощи комплекса «Leica-Qwin». Определяли площадь просвета сосуда (S_1), площадь тромба (S_2) и ССПС как отношение площади просвета сосуда к сумме площади сосуда ($S_1/(S_1+S_2)$). Статистический анализ проводили с использованием Statistica 6.0 для непараметрических величин. Критериями выступали Me [25%; 75%], U-критерий Манна-Уитни, $p < 0,05$ как статистически значимый.

По данным исследований, что во всех группах сравнения отмечена статистически значимая динамика ССПС по отношению к тромбированной артерии к 2-м часам наблюдения ($p < 0,05$), которая варьировала в зависимости от дозы СТК и пути введения препаратов. Высокие значения ССПС по сравнению с тромбированной артерией были отмечены при системном введении иммунолипосом со СТК в стандартной дозе (0,73 [0,69;0,84], $p < 0,05$). Визуально в месте пункции сосуда геморрагических проявлений не отмечали. Введение препарата в той же дозе локально в зону тромба приводило к значимому росту ССПС до 0,94 [0,90;0,95] по отношению к группе с системным введением препарата ($p > 0,05$). Вместе с тем, у всех животных указанной группы наблюдали кровотечения из области пункции сосуда. Уменьшение дозы СТК наполовину приводило к статистически недостоверному снижению ССПС до 0,71 [0,68;0,72] по сравнению с животными 1-й группы ($p > 0,05$) и отсутствию визуальных геморрагических проявлений в области выделенного фрагмента артерии. Вместе с тем, в группе с введением свободной (обычной) формы СТК ССПС была значимо ниже, чем в группах с иммунолипосомальной формой препарата (0,56 [0,49;0,63], $p < 0,05$). Сравнительный анализ показал сохранение высокой тромболитической активности иммунолипосомальных форм СТК по отношению к тромбированной артерии при отсутствии достоверных различий ССПС между группами ($p > 0,05$). Выявленные данные свидетельствуют о высокой тромболитической активности иммунолипосом, содержащих половинную дозу СТК, сопоставимую со стандартной дозой препарата при системном и локальном пути введения при отсутствии значимых геморрагических проявлений.

Заключение. Введение иммунолипосом, содержащих половинную дозу стрептокиназы, локально в зону тромба способствует статистически значимому тромболизу, что проявляется в достоверном ($p < 0,05$) приросте степени свободного просвета сосуда до 71% по сравнению с тромбированной артерией через 2 часа наблюдения в отсутствии значимых геморрагических проявлений. Работа выполнена при поддержке гранта Фонда фундаментальных исследований НАН Беларуси. Заседание Комитета по биоэтике УО «Белорусский государственный медицинский университет» 26.11.2014 г. №17 – одобрить проведение исследования, так как оно не противоречит биоэтическим нормам.

Влияние сахарного диабета 1 и 2 типа на минеральную плотность костной ткани

Мануленко В.В., Шишкин А.Н.

*Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург*

Сахарный диабет – одна из важнейших проблем клинической эндокринологии, о чем свидетельствуют его распространенность и

изменения во всех органах и системах. Одной из малоизученных проблем у больных сахарным диабетом как 1, так и 2 типа остается развитие у больных остеопенического синдрома, как одного из проявлений многочисленных осложнений.

Цель исследования. Оценить состояние минеральной плотности костной ткани у больных сахарным диабетом 1 и 2 типа.

Материалы и методы. Было обследовано 95 человек (80 женщин и 16 мужчин), в возрасте от 25 до 65 лет (средний возраст составил $39,12 \pm 3,8$). 45 человек (1 группа) с сахарным диабетом 1 типа (47,4%) и 50 человек (2 группа) с сахарным диабетом 2 типа (52,6%). Возраст обследованных больных $39,12 \pm 3,8$. Длительность заболевания составляла от 6 до 25 лет (медиана 8 лет), причем как в 1, так и во 2 группе преобладали пациенты с длительностью сахарного диабета от 5 до 15 лет. 1 группа – получала инсулинотерапию, 2 группа – находилась на таблетированной терапии. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, определение состояния фосфорно-кальциевого обмена. Степень компенсации сахарного диабета оценивался по уровню гликированного гемоглобина. Состояния минеральной плотности костной ткани, исследовался с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии в 3-х стандартных зонах исследования: поясничный отдел позвоночника L1-L4, проксимальный отдел бедра, дистальный отдел предплечья.

Результаты. При исследовании фосфорно-кальциевого обмена уровень кальция, фосфора, щелочная фосфатаза в обеих группах были в пределах нормы. В 1 группе в состоянии компенсации находилось – 14 человек (31,1%), субкомпенсации – 21 (46,7%), декомпенсации – 10 (22,2%). Во 2 группе компенсированный сахарный диабет 2 типа был выявлен у 14 человек (28%), субкомпенсированный – 20 (40%), и в состоянии декомпенсации – 16 (32%). Проведенный анализ денситометрии у 1-й группы пациентов показал: нормальные показатели минеральной плотности костной ткани встречались у 19 пациентов (42,2%), у 26 (57,8%) пациентов были выявлены изменения (остеопения – 8 (17,8%), остеопороз – 18 (40%). Во 2-й группе пациентов у 21 (42 %) пациентов встречается изменение минеральной плотности костной ткани (у 6 (28,6%) пациентов – остеопороз, 15 (71,4%) – остеопения); норма показатели минеральной плотности костной ткани у 29 (58%). Причем как в 1, так и во 2 группах изменения минеральной плотности костной ткани наиболее часто встречаются в поясничном отделе позвоночника, а в дальнейшем в процесс изменения костной ткани вовлекается проксимальный отдел бедра, и лишь в последующем дистальный отдел предплечья. Однако для больных сахарным диабетом 1 типа при развитии остеопороза (остеопении) наиболее характерно изменения денситометрических показателей в 3 стандартных зонах исследования (46,1%), либо в 2-х зонах (38,5%). В то время как для больных сахарным диабетом 2 типа характерны изменения минеральной плотности костной ткани в 2 стандартных зонах исследования (47,6%), либо в 1 зоне – (33,4%). У пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа при исследовании была выявлена положительная корреляция между длительностью сахарного диабета, компенсацией сахарного диабета (уровнем гликированного гемоглобина), наличием осложнений сахарного диабета и минеральной плотностью костной ткани ($p < 0,05$).

Таким образом, частота изменения минеральной плотности костной ткани при сахарном диабете 1 типа были выше, чем у больных с сахарным диабетом 2 типа. Причем, для пациентов с сахарным диабетом 1 типа наиболее характерно изменение костной ткани по типу остеопороза, в то время как для пациентов с сахарным диабетом 2 типа – остеопения. Что говорит нам о том, что больным с сахарным диабетом 1 типа необходимо ранняя диагностика изменений минеральной плотности костной ткани с целью начала ранней профилактики и лечения у них остеопороза.

Побочные эффекты химиотерапии при хроническом лимфолейкозе

Мысливцева А.В., Снежко И.В., Заика В.Г.

Ростовский государственный медицинский университет,
Ростов-на-Дону

Введение. Основной задачей лечения хронического лимфолейкоза (ХЛЛ) является продление жизни с удовлетворительным уровнем ее качества, что осуществляется путем проведения химиотерапии. В последние годы в онкологии активно изучается проблема индивидуальной переносимости химиотерапии. Предметом широкой дискуссии остается выбор наиболее эффективных лекарственных препаратов или комбинаций противоопухолевых агентов, позволяющих добиться наиболее значимых результатов специального лечения. Наибольший интерес клиницистов привлекает переносимость химиотерапии, ибо качество жизни является основным критерием оценки результатов лечения.

Идея. Мы предполагаем, что различные комбинации химиотерапии, могут оказывать влияние на психоэмоциональное состояние больных с ХЛЛ. Цель. Изучить взаимосвязь психоэмоционального состояния больных с ХЛЛ с влиянием различных комбинаций химиотерапии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе РостГМУ в гематологическом отделении с марта 2014 г. по февраль 2015 г. Группу исследования составили больные II–IV стадий хронического лимфолейкоза. Из исследования исключались пациенты с тяжелыми сопутствующими соматическими и инфекционными заболеваниями, дополнительными экзогенными факторами. Обязательным условием отбора являлось отсутствие в преморбидном периоде явных психопатических черт. В исследовании приняли участие 40 пациентов: из них 10 женщин (средний возраст $45 \pm 5,5$ лет) и 30 мужчин (средний возраст $50 \pm 3,5$ лет). В ходе работы были выделены три клинические группы. Первую группу составили 15 человек ХЛЛ на монотерапии ритуксимабом, во второй группе, состоящей из 15 человек, использовалась ПХТ по схеме RFC. Обследование проводили после установления клинического диагноза, а также через 7, 10, 21 дней после проведения 1-го курса химиотерапии. Далее было проведено сравнение показателей с группой контроля, которая составляла 10 человек, идентичной по типу личности с основными группами. Были использованы экспериментально психологические методы: Шкала Гамильтона для оценки депрессии – Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS), личностный опросник К.Леонгарда-Г.Шмишека и тест-опросник депрессии – Beck Depression Inventory (Бека). Также был использован клинический метод, с помощью которого оценивались побочные эффекты химиотерапии. Статистическая обработка данных проводилась с помощью сравнения средних показателей (критерии Стьюдента) для количественных шкал: К.Леонгарда-Г.Шмишека, (HDRS), критерий знаков – для порядковых: Бека. Критический уровень статистической значимости при проверке нулевых гипотез принимали при $p = 0,05$.

Результаты. При использовании монотерапии ритуксимабом в сравнении с полихимиотерапией по схеме RFC, были получены результаты, свидетельствующие об изменении психоэмоционального состояния не только во время проведения курсовой терапии, но и после ее окончания, о чем свидетельствуют как абсолютные, так и относительные значения показателей, которые проявляются депрессивной симптоматикой. При использовании монотерапии ритуксимабом, значения утилитарных (нормативных) показателей выросли на 38%, а при полихимиотерапии по схеме RFC на 92% ($p < 0,05$). Также были выявлены статистически значимые различия по шкале (HDRS), при сравнении разных комбинаций химиотерапии ($p = 0,08$, $0,01$ и $< 0,01$ соответственно) и по шкале Бека ($p = 0,05$). Таким образом, изменение психоэмоционального состояния

данной категории пациентов, в основном, зависит от выбора использования вида химиотерапии.

Обсуждения. Значения показателей психоэмоционального состояния пациентов с ХЛЛ, значимо различаются в обеих клинических группах, получавших химиотерапию. Эти отличия связаны с использованием различной комбинации химиотерапии и ее побочными эффектами, которые проявляются депрессивной симптоматикой. Вероятно, показатели психоэмоционального состояния пациентов связаны не столько с применением химиотерапии, сколько с ее побочными эффектами при различных комбинациях. Учитывая простоту и доступность метода исследования психоэмоционального состояния, можно рекомендовать использовать его как дополнительный достоверный источник информации о состоянии здоровья при ХЛЛ. Целесообразно использовать эти данные как объективный критерий оценки токсичности и нежелательных эффектов лечения. Уровень психоэмоционального расстройства и его изменения под влиянием химиотерапии могут служить стандартом при проведении клинических исследований новых лекарственных препаратов или методов лечебного воздействия.

Ассоциации различных типов сахарного диабета с заболеваниями щитовидной железы у пациентов молодого возраста

Овсянникова А.К., Рымар О.Д., Воевода М.И.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины, Новосибирск

Ранее была показана взаимосвязь аутоиммунных заболеваний щитовидной железы (АИЗ ЩЖ) с сахарным диабетом 1 типа (СД 1), однако ассоциации патологии щитовидной железы с неиммунными формами сахарного диабета (СД) среди лиц молодого возраста еще не изучены. Целью данной исследовательской работы было определить распространенность патологии щитовидной железы с различными типами СД у пациентов молодого возраста.

Материалы и методы исследования. Проведен осмотр 88 пациентов с дебютом СД в возрасте до 40 лет: 35 человек с СД 1, 42 – с сахарным диабетом 2 типа (СД 2), 11 пациентов с подтвержденным молекулярно-генетическим исследованием MODY 2 диабетом. После подписания информированного согласия у всех пациентов из данной выборки (88 чел.) подробно изучены данные предшествующих обследований (включая УЗИ щитовидной железы, определение тиреоидных гормонов), проведен полный клинический осмотр, забор крови на биохимический и гормональный анализ (определение ТТГ в сыворотке крови иммунохемилюминесцентным методом, референсные значения ТТГ – 0,4-4,0 мЕД/л), УЗИ щитовидной железы.

Результаты. Средний возраст пациентов с СД 1 на момент обследования составил 24,7±14,6 лет, у лиц с СД 2 – 28,0±12,2 лет, у пациентов с MODY 2 – 17,3±7,1 лет. У лиц с СД 1 патология щитовидной железы присутствовала у 7 человек (20%): у 3 пациентов – аутоиммунный тиреоидит (АИТ) с первичным гипотиреозом (1 пациент без терапии тиреоидными гормонами, 2 использует 2 мкг/кг L-тироксина), у 3 – субклинический гипотиреоз (без терапии), у 1 – узловой зоб, первичный гипотиреоз (в лечении 0,8 мкг/кг тироксина). Таким образом, у всех пациентов с СД 1, имеющих патологию щитовидной железы, диагностирована ее гипофункция. У 13 пациентов с СД 2 (31%) были обнаружены заболевания щитовидной железы: 3 пациента имели АИТ с гипотиреозом (у 1 пациента в лечении 0,6 мкг/кг тироксина, у 2 – 1 мкг/кг), 3 – узловой зоб с гипотиреозом и 2 с эутиреозом, 1 – субклинический гипотиреоз (в терапии 0,8 мкг/кг

тироксина), 2 – диффузные изменения щитовидной железы, эутиреоз, 1 – первичный гипотиреоз без зоба, 1 – кисты щитовидной железы, эутиреоз. Таким образом, у 5 человек (38%) определялся эутиреоз, у 8 человек (62%) – гипотиреоз. У 4 пациентов (36%) с MODY 2 диагностирована патология щитовидной железы: у 1 – фолликулярно-папиллярный рак с тиреоидэктомией (в лечении 2 мкг/кг тироксина), у 1 – АИТ с гипотиреозом (1,4 мкг/кг), у 2 – диффузные изменения щитовидной железы, эутиреоз. Статистически значимая достоверность среди заболеваний щитовидной железы между пациентами молодого возраста с различными типами СД не выявлена. Средние дозы используемых в терапии тиреоидных гормонов при СД 1 составили 87,5±53,0 мкг, при СД 2 – 81,2±47,3 мкг, при MODY 2 – 100±56,6 мкг. Средний уровень ТТГ у пациентов с СД 1 составил 1,7±1,3 мЕД/л, с СД 2 – 1,7±0,9 мЕД/л, у MODY 2 – 2,0±1,1 мЕД/л. Выводы. 1. У пациентов с MODY 2 и с СД 2 молодого возраста патология щитовидной железы наблюдается чаще, чем у пациентов с СД 1; 2. У всех пациентов с СД 1 и патологией щитовидной железы наблюдается состояние гипотиреоза, тогда как у лиц с СД 2 и MODY 2 диагностируются как гипотиреодная так и эутиреоидная функции щитовидной железы. Исследование выполнено при финансовой поддержке РНФ в рамках научного проекта №14-15-00496.

Необходимость ранней профилактики микрососудистых осложнений у пациентов с дебютом сахарного диабета в возрасте до 40 лет

Овсянникова А.К., Рымар О.Д., Воевода М.И.

Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины, Новосибирск

Количество молодых пациентов с сахарным диабетом (СД) увеличивается во всем мире, и уже на ранних стадиях течения заболевания у них диагностируется высокая распространенность диабетических осложнений.

Цель. Определить необходимость ранней профилактики микрососудистых осложнений у пациентов с дебютом сахарного диабета в возрасте до 40 лет. Материалы и методы исследования. Проведен осмотр 88 пациентов с дебютом СД в возрасте до 40 лет: 35 человек с сахарным диабетом 1 типа (СД 1), 42 – с сахарным диабетом 2 типа (СД 2), 11 пациентов с подтвержденным молекулярно-генетическим исследованием MODY 2 диабетом. После подписания информированного согласия у всех пациентов из данной выборки (88 чел.) подробно изучены данные предшествующих обследований, проведен полный клинический осмотр, забор крови на биохимический и гормональный (ТТГ, С-пептид) анализы, общий анализ мочи, анализ на микроальбуминурию, осмотр офтальмолога.

Результаты. Средний уровень гликированного гемоглобина у пациентов с СД 1 был 9,1±2,9%, у пациентов с СД 2 – 7,2±1,9%, у пациентов с MODY 2 – 5,8±1,1% (p1-MODY=0,04, p2-MODY=0,01). Средняя продолжительность сахарного диабета составляла при 1 типе 11,7±9,6 лет, при 2 типе – 3,8±4,5 лет, при MODY 2 – 3,0±0,8 лет (p1-2=0,02, p1-MODY=0,04). Была проведена стандартизация по продолжительности СД для сравнения распространенности микрососудистых осложнений. Диабетическая ретинопатия превалировала среди микрососудистых осложнений среди всех типов СД у пациентов молодого возраста. Она была диагностирована у 17 пациентов с СД 1 (49%) (2 пациента, 12%, имели пролиферативную стадию), у 8 пациентов с СД 2 (19%) в препролиферативной стадии (p1-2<0,01), у 2 пациентов с MODY 2 (18%) (p1-mody=0,05). 9 пациентов с СД 1 (26%), 6 пациентов с СД 2 (14%) и 2 пациента с MODY 2 (18%) имели диабетическую нефропатию в стадии микроальбуминурии.

Выводы. 1. Микрососудистые осложнения достоверно чаще диагностировались среди молодых пациентов с сахарным диабетом 1 типа, чем среди пациентов со 2 типом сахарного диабета и пациентов с MODY 2. 2. Диабетическая ретинопатия превалировала среди микрососудистых осложнений у молодых пациентов с сахарным диабетом. 3. Высокая распространенность микрососудистых осложнений у молодых пациентов с сахарным диабетом при небольшой продолжительности данной нозологии требует раннего скрининга и профилактики диабетической ретинопатии и нефропатии. Исследование выполнено при финансовой поддержке РНФ в рамках научного проекта №14-15-00496.

Коррекция статинами системного воспаления, оксидативного стресса и антиоксидантной защиты у больных хронической обструктивной болезнью легких

Саморукова Е.И.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва

Введение. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимает 3-е место в списке основных причин летальности в мире. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – ведущая сопутствующая патология и причина смерти больных ХОБЛ. Современные пульмонологические стратегии ХОБЛ уменьшают выраженность симптомов и обострений ХОБЛ, улучшают качество жизни, но не влияют на смертность.

Идея. Больные ХОБЛ имеют высокую сердечно-сосудистую смертность. Использование статинов не только снизит сердечно-сосудистый риск у больных ХОБЛ, но и окажет влияние на ключевые звенья патогенеза ХОБЛ и ССЗ.

Цель исследования. Изучить влияние розувастатина на системное воспаление, оксидативный стресс, антиоксидантную защиту и клиническое течение ХОБЛ.

Материалы и методы. Больные ХОБЛ II–III стадии по GOLD 2011 (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2001 г.), вне обострения, 100 человек, мужчины, без сердечно-сосудистой патологии в анамнезе. Средний возраст 63,0 [61,0; 70,6] года. Критерии не включения: наличие сахарного диабета, онкологических, ревматологических и других заболеваний, которые могут помешать оценке результатов, прием системных глюкокортикостероидов (ГКС) меньше чем за 6 месяцев до начала исследования. При расчете сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE (Systematic Coronary Risk Estimation) пациенты имели высокий и очень высокий риск 10,0 [7,0;18,0]. Активная группа (n=80) получала розувастатин 10 мг с титрацией дозы до достижения целевых значений холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) в соответствии с рассчитанным риском развития ССЗ в течение 1 года. В контрольной группе было 20 пациентов. Базисная терапия (ингаляционные антихолинергические препараты, β_2 – адреномиметик, ингаляционные ГКС, согласно рекомендациям) не менялась в процессе исследования. Системное воспаление оценивали с помощью высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ), провоспалительных (фактора некроза опухолей (а-ФНО), интерлейкина – 8 (ИЛ-8)) и противовоспалительных (интерлейкин – 4 (ИЛ-4), интерлейкин – 10 (ИЛ-10)) цитокинов. Оксидативный стресс изучали по концентрации ацилгидроперекисей (АГП) в сыворотке крови. Оценку антиоксидантной защиты проводили по уровню ферментов супероксиддисмутазы (СОД) и глутатионпероксидазы (ГПО). Наблюдали спирометрические показатели, количество обострений ХОБЛ, выраженность одышки по шкале mMRC (modified Medical Research

Council), выраженность симптомов ХОБЛ по опроснику госпиталя Святого Георгия, толерантность к физической нагрузке по тесту 6 минутной ходьбы (ТШХ).

Результаты. Все пациенты достигли целевых уровней ХС-ЛПНП, выявлено снижение уровня системного воспаления: уменьшение вч-СРБ на 21,5% (p=0,001), уменьшение а-ФНО с 6,5 [5,6; 7,5] до 4,9 [4,3; 5,5] пг/мл (p=0,001), уменьшение ИЛ-8 с 3,08 [2,7; 3,7] до 2,3 [1,9; 2,7] пг/мл (p=0,001), а также уменьшение противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4 на 15%, ИЛ-10 на 17%), обусловленное снижением системного воспаления. В контрольной группе системное воспаление продолжило прогрессирование: концентрация а-ФНО увеличилась на 19% (p=0,001), рефлекторно возрос уровень ИЛ-4 на 30% (p=0,001). На фоне терапии розувастатином выявлено снижение уровня оксидантов (АГП) на 25% (p=0,001). Значимой динамики антиоксидантов СОД и ГПО не получено, что связано их компенсаторной активацией. Отмечено достоверное уменьшение на 20% количества обострений ХОБЛ, снижение выраженности одышки по шкале mMRC. Увеличилось на 7% количество пациентов с 1-й степенью одышки (p<0,001), снизилось число пациентов с 3-й степенью одышки (-5%, p<0,001), уменьшилась выраженность симптомов ХОБЛ с 70,2 [56,2; 85,6] до 56,2 [37,2; 74,4] баллов (p<0,001). В контрольной группе динамики симптомов ХОБЛ, числа обострений и выраженности одышки не получено. Статистически значимой динамики показателей спирометрии на фоне терапии розувастатином не обнаружено, в контрольной группе наблюдалось снижение объема форсированного выдоха за 1 секунду (p<0,001). Выявлено повышение толерантности к физической нагрузке по данным ТШХ: увеличение пройденного расстояния на 50 м (13%, p<0,001), и уменьшение его на 19 м (5%, p<0,001) в контрольной группе. Обсуждение. Розувастатин обладает противовоспалительным, антиоксидантным, иммуномодулирующим эффектами, способен модифицировать течение ХОБЛ. Всем пациентам с ХОБЛ необходимо рассчитывать сердечно-сосудистый риск с определением показаний для назначения статинов. Этическая экспертиза в Межвузовском Комитете по этике 21.02.2013.

Исследование антибиотикорезистентности штаммов *Streptococcus pyogenes*, выделенных от пациентов с тонзиллофарингитом, за период 2011–2015 гг.

Соколов Н.С., Отвагин И.В., Козлов Р.С.

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск

Введение. Стрептококковый тонзиллофарингит является одной из наиболее часто встречающихся инфекций дыхательных путей. Антибактериальная терапия данного заболевания в большинстве случаев проводится эмпирически с учетом локальных данных по антибиотикорезистентности *Streptococcus pyogenes*.

Цель. Изучить чувствительность штаммов *S. pyogenes*, выделенных от пациентов с тонзиллофарингитом, к антибактериальным препаратам. Материалы и методы. Исследование проводилось в 2011–2015 гг. в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Смоленска и г. Москвы. У детей и взрослых с клиникой острого тонзиллофарингита до назначения АБТ стерильным ватным тампоном забирался материал с небных миндалин и задней стенки глотки для проведения микробиологического исследования. Исследование чувствительности выделенных штаммов *S. pyogenes* к антибактериальным препаратам проводилось методом микроразведений в бульоне на базе микробиологической лаборатории НИИАХ ГБОУ ВПО СГМУ Минздрава России.

Результаты. За период 2011–2015 гг. был получен 101 штамм *S. pyogenes*. Было показано, что пенициллин, моксифлоксацин, ко-тримоксазол, ванкомицин и линезолид обладали 100% активностью в отношении выделенных штаммов. Тетрациклин обладал самой низкой *in vitro* активностью в отношении выделенных штаммов: к нему были устойчивы 40% штаммов, выделенных в Смоленске, и 50,5% штаммов, полученных в Москве. Частота выделения штаммов, устойчивых к азитромицину, в Смоленске составляла 10%, в Москве величина данного показателя была несколько выше – 17,6%. К кларитромицину в Смоленске и Москве были резистентны 10% и 13,2% выделенных штаммов *S. pyogenes*, соответственно. Также в нашем исследовании было установлено, что частота выделения резистентных к левофлоксацину штаммов составляла 0% в Смоленске и 1,1% в Москве.

Выводы. Наиболее высокой активностью *in vitro* против штаммов *S. pyogenes*, выделенных от пациентов с тонзиллофарингитом, обладают пенициллин, левофлоксацин, моксифлоксацин, ко-тримоксазол, ванкомицин и линезолид; при этом наиболее высокий уровень резистентности был выявлен у тетрациклина.

Прогностическое значение полиморфизма генов липидного обмена у пациентов, перенесших инфаркт миокарда

Солодун М.В., Якушин С.С.

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, Рязань

Введение. В настоящее время инфаркта миокарда (ИМ) является значимой медико-социальной проблемой. В качестве одной из причин неблагоприятного прогноза после перенесенного ИМ рассматривается генетическая устойчивость к лекарственным препаратам, связанная с полиморфизмом генов, ответственных за основные этапы метаболизма лекарственных средств.

Идея. В процессе метаболизма статинов участвует белок-переносчик ОАТР-С, кодируемый геном *SLCO1B1*. Установлено, что носительство аллеля С полиморфного варианта *SLCO1B1*5* характеризуется сниженной работой белка-переносчика, замедлением переноса статинов из крови в печень с развитием побочных эффектов. Логично полагать, что задержка препарата в кровотоке и меньшая доставка к местам метаболизма отразится и на эффективности гиполипидемической терапии. Недостаточно изученным остается вопрос и о полиморфизме гена печеночной липазы, *LIPC* (C514T). Результаты немногочисленных исследований демонстрируют неоднозначное влияние данного полиморфизма на эффективность лечения статинами. Кроме этого, не проводилось клинических исследований для оценки возможного влияния полиморфизма генов *SLCO1B1*5* и *LIPC* на прогноз после перенесенного ИМ.

Цель исследования. Проанализировать влияние полиморфизма генов *SLCO1B1*5* (с.521Т>С) и *LIPC* (C514T) на эффективность терапии аторвастатином и 12-месячный прогноз у пациентов, перенесших ИМ. Материалы и методы. В исследование включены 116 пациентов в возрасте 45–75 лет, перенесших Q-ИМ, подписавших информированное согласие. Всем пациентам назначен аторвастатин в дозе 20 мг/сут с первого дня нахождения в стационаре, а также прием других препаратов, улучшающих прогноз после ИМ. Оценка эффективности гиполипидемической терапии проводилась по показателям липидного профиля исходно и по истечении 3 месяцев лечения в специально сформированной подгруппе из 65 пациентов, ранее не принимавших статины. Генотипирование по *SLCO1B1*5* и *LIPC* (C514T) выполнено методом ПЦР. Для оценки

прогноза в исследование введена комбинированная конечная точка MACE, включающая смертность от сердечно-сосудистых причин, повторный ИМ, незапланированную реваскуляризацию коронарного русла. Статистическая обработка проводилась при помощи программы Statsoft Statistica 10.0 с использованием методов непараметрической статистики. Анализ различия частот событий в разных группах проводился с использованием критерия χ^2 по Пирсону. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$. Результаты и обсуждение. Исходно значения показателей липидного спектра в разных группах в зависимости от генотипа и аллельных вариантов не отличались ($p > 0,05$). По истечении 3 месяцев гиполипидемической терапии у носителей генотипов ТТ и ТС полиморфного маркера *SLCO1B1*5* наблюдалось статистически значимое снижение уровней общего холестерина (ХС), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и триглицеридов (ТГ) ($p < 0,05$), в то время, как в группе генотипа СС отмечена лишь тенденция к их уменьшению ($p > 0,05$). Аллельный анализ не обнаружил разницы в динамике уровней липидов крови между исследуемыми группами ($p > 0,05$). Значимого влияния полиморфизма *LIPC* на эффективность статинотерапии не обнаружено: в каждой из групп наблюдалось статистически значимое снижение атерогенных липидов ($p < 0,05$). Полученные данные позволяют говорить о слабой гиполипидемической эффективности аторвастатина у лиц с генотипом СС гена *SLCO1B1*5*. В связи с этим можно предположить о неблагоприятном прогностическом значении данного генотипа в отношении клинических исходов, реализованном за счет недостаточного снижения атерогенных фракций ХС в крови. Однако статистически значимых различий частот MACE ни между генотипами, ни между разными аллелями полиморфных генов *SLCO1B1* и *LIPC* не обнаружено. Вероятно, действие неблагоприятного в отношении гиполипидемической эффективности генетического фактора (носительство генотипа СС гена *SLCO1B1*) нивелируется плейотропными эффектами статинов и не усугубляет прогноз.

Выводы. 1. Генотип СС полиморфного маркера *SLCO1B1*5* сопряжен с недостаточной гиполипидемической эффективностью аторвастатина. 2. Полиморфизм генов *SLCO1B1*5* и *LIPC* не влияет на годичный прогноз после перенесенного ИМ. 3. При недостаточном снижении атерогенных липидов крови на фоне терапии аторвастатином можно рекомендовать генотипирование по *SLCO1B1*5* для персонализированного подхода к назначению гиполипидемических средств. Проведение настоящей работы одобрено Локальным этическим комитетом ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России 8 ноября 2013 г.

Коррекция воспалительного процесса путем применения ингибитора интерлейкина-1 в комплексном лечении вторичного остеоартроза у больных ревматоидным артритом

Стародубцева И.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Введение. Коморбидные заболевания широко распространены у больных ревматоидным артритом (РА). Хроническое активное воспаление при РА вызывает повреждение суставов, что может способствовать развитию вторичного остеоартроза (ОА).

Цель исследования. Оценить факторы риска развития вторичного ОА у больных РА. Изучить влияние ингибитора интерлейкина-1 на клинико-лабораторные параметры, включая хрящевой биомаркер COMP, больных вторичным ОА при РА.

Материалы и методы. 248 больных вторичным ОА при РА были включены в исследование. Пациенты были разделены на 2 группы: в группе 1 (n=124) на фоне базисной терапии (метотрексат 10–20 мг/неделю) больные принимали диацереин (50 мг/2 раза в день) в течение 6 месяцев. 124 пациента из группы 2 получали только базисную терапию. Диагноз РА устанавливали в соответствии с критериями EULAR/ACR. Длительность основного заболевания варьировала от 5 до 15 лет, средний возраст составил 50,1±11,3, II степень активности основного заболевания по DAS 28, преимущественно положительны по РФ/ АЦЦП. Исследование содержания олигомерного матриксного протеина хряща (COMP) и интерлейкина-1 (ИЛ-1) в сыворотке крови проводили с использованием готовых коммерческих наборов ELISA.

Результаты и обсуждение. Согласно результатам логистической регрессии, достоверные факторы риска вторичного ОА (за исключением немодифицируемых) связаны с последствиями хронического воспаления. Длительное лечение глюкокортикоидами, высокая активность заболевания по DAS 28, утренняя скованность >120 мин и боль по ВАШ более 50 мм в комбинации с немодифицируемыми параметрами (возраст, длительность заболевания) повышали риск развития вторичного ОА у больных РА в несколько раз. Результаты клинического исследования показали достоверное снижение функциональных индексов WOMAC и Lequesne, а также DAS 28 в сравниваемых группах больных, однако статистически достоверное преимущество отмечено у пациентов в группе I, получавших ингибитор интерлейкина-1 в комплексном лечении (76,2±1,98 и 9,1±0,33, p<0,001; 1,96±1,22, p<0,05 соответственно). Наряду с улучшением клинических показателей отмечалось достоверное уменьшение содержания ИЛ-1 и хрящевого биомаркера COMP в сыворотке крови больных вторичным ОА при РА со статистически достоверным отличием (p<0,05) в группе 1.

Таким образом, включение ингибитора интерлейкина-1 в лечение вторичного ОА у больных РА улучшает их функциональный статус и способствует снижению активности основного заболевания.

Влияние полиморфизма CYP2C9 на профиль эффективности, безопасности, особенности режима дозирования варфарина у представителей народности саха и русских, проживающих в Республике Саха (Якутия)

Чертовских Я.В., Максимова Н.Р., Малова Е.Ю., Попова Н. В., Сычёв Д.А.

Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия), Учебно-научная лаборатория «Геномная Медицина», Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Центр персонализированной медицины, Российская медицинская академия последипломного образования, Москва, Якутск

Актуальность. Антагонисты витамина К широко применяются для лечения и профилактики тромботических осложнений. В настоящее время наиболее часто из этой группы препаратов применяется варфарин. Ввиду узкого терапевтического диапазона данного лекарственного средства (ЛС), часты проблемы, связанные с неустойчивой гипокоагуляцией, кровотечениями и подбором доз, что может быть связано с генетически детерминированным изменением активности ферментов системы биотрансформации ЛС и ксенобиотиков – изоферментов цитохрома P-450, в частности CYP2C9. Полиморфизмы гена CYP2C9 по-разному распределены и могут «реализовываться» у представителей различных этнических групп, что особенно актуально в условиях многонациональных регионов.

Цель. Изучить влияние полиморфизмов гена CYP2C9 на режим дозирования варфарина и поддержания уровня МНО (2,0–3,0) у представителей национальностей саха и русские.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 77 человек в возрасте от 23 до 85 лет, (сахы – 53 пациента, русские – 24 пациента). Идентификацию генотипов проводили при помощи полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени: всем пациентам проводили генотипирование трех полиморфизмов гена CYP2C9: CYP2C9*1, CYP2C9*2, CYP2C9*3. Большинство больных имели в анамнезе фибрилляцию предсердий (67,5%), хроническую сердечную недостаточность (60%), около половины артериальную гипертензию (49%), ишемическую болезнь сердца (28%) и протезирование клапанов сердца (26%). Все пациенты получали варфарин (Варфарин, Никомед) в дозе от 1,25 до 8 мг/сутки под контролем международного нормализованного отношения (МНО), целевые значения МНО 2,0–3,0. Статистическую обработку проводили с помощью точного критерия Фишера, U-критерия Манна Уитни, хи квадрата.

Результаты. У представителей народности саха среди 46 носителей генотипа CYP2C9*1/*1 кровотечение развились у 10 (19%), а среди остальных пациентов, у которых генотип отличался от CYP2C9*1/*1 («не-CYP2C9*1/*1») у 1 (1,9%) пациента, различия статистически не значимы (p=0,6). Среди русских, у 19 носителей генотипа CYP2C9*1/*1 кровотечение развилось у 3 (13%), у пациентов «не-CYP2C9*1/*1» кровотечений не наблюдалось, различия статистически не значимы (p=0,5). Статистически значимой разницы в частоте кровотечений по полиморфизму CYP2C9*3 не обнаружено ни у саха, ни у русских. Чрезмерная гипокоагуляция (МНО>3,0) у саха с генотипом CYP2C9*1/*1 развилась у 13 (25%) пациентов, в то время как среди «не-CYP2C9*1/*1» только у 1 (2%), различия статистически не значимы (p=0,4). Гипокоагуляция (МНО>3) у русских носителей генотипа CYP2C9*1/*1 развилась у 1 (5%) пациента, в то же время среди «не-CYP2C9*1/*1» МНО превысило 3,0 у 2 (9%) пациентов, различия статистически малозначимы (p=0,07). При сравнении подобранных доз варфарина различия между носителями генотипа CYP2C9*1/*1 и «не-CYP2C9*1/*1» у русских оказались статистически значимы (p=0,03), у саха – на грани статистической значимости (p=0,05).

Заключение. Не обнаружено влияния полиморфизма гена CYP2C9 на развитие кровотечений и чрезмерной гипокоагуляции (увеличение МНО более 3) на фоне применения варфарина, что может быть связано с небольшим количеством включенных пациентов. Статистически значимые различия при подборе доз варфарина были обнаружены у русских носителей генотипа CYP2C9*1/*1 по сравнению с другими генотипами и схожая тенденция у представителей саха. Полученные результаты могут быть основой для создания алгоритма персонализации дозирования варфарина на основе результатов фармакогенетического тестирования с учетом этнической принадлежности.

Сравнительная эффективность усредненной и традиционной ЭКГ по оценке динамики индексов гипертрофии левого желудочка у больных артериальной гипертензией на фоне антигипертензивной терапии

Чиндарева О.И.

Омский государственный медицинский университет, Омск

Цель исследования. Оценить эффективность усредненной ЭКГ при оценке динамики индексов гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у больных артериальной гипертензией (АГ) на фоне антигипертензивной терапии (АГТ) в сравнении с традиционным методом.

Материалы и методы. Сравнение воспроизводимости стандартной и усредненной ЭКГ при повторном исследовании с интервалом в 1 неделю проведено у 20 молодых здоровых добровольцев. Сравнительная оценка эффективности традиционной и усредненной ЭКГ по определению динамики индексов ГЛЖ проведена у 44 больных АГ, получавших антигипертензивную терапию на протяжении 3 месяцев. Для регистрации, обработки и усреднения ЭКГ использовалась разработанная нами программа «HR ECG».

Результаты. При оценке воспроизводимости коэффициент вариабельности временных показателей стандартной ЭКГ составил 13–16% и около 5% для усредненной ЭКГ ($p < 0,01$ как для ЭКГ в 12 отведениях, так и ортогональной ЭКГ по Франку). По амплитудным характеристикам вариабельность данных усредненной ЭКГ также была достоверно ниже и составила около 7% против 10–12% для традиционной ЭКГ ($p < 0,05$). Достоверная динамика индекса Соколова-Лайона и корнельского вольтажа через 3 месяца АГТ по данным ЭКГ было значимым при использовании как традиционного метода ($-1,1$ мм и $-1,0$ мм, $p < 0,001$ и $p < 0,01$, соответственно), так и усредненной ЭКГ ($-1,2$ мм и $-1,1$ мм, $p < 0,001$ и $p < 0,001$, соответственно). Однако ЭКГ высокого разрешения в отличие от традиционной ЭКГ позволяла регистрировать значимые изменения этих показателей уже через 2 недели терапии и более достоверную динамику корнельского вольтажа через 3 месяца.

Выводы. Метод ЭКГ высокого разрешения значительно превосходит традиционный по воспроизводимости и по возможности оценки ранних изменений амплитудных критериев ГЛЖ на фоне медикаментозной терапии АГ. Использование метода усредненной ЭКГ в клинических исследованиях позволит уменьшить объем групп или время, необходимые для достижения статистически значимого эффекта.

Анализ факторов риска и структурные особенности генных полиморфизмов у пациентов с ишемическими повреждениями органов при отсутствии признаков стенозирующего атеросклероза

Шабалина Е.А., Анисенкова А.Ю.

Городская больница №40, Санкт-Петербург, Сестрорецк

Актуальность. Сердце и головной мозг являются взаимосвязанными органами-мишенями сосудистой патологии, клинические варианты которой (ишемическая болезнь сердца – ИБС, мозговой инсульт) продолжают лидировать в структуре причин смертности населения развитых стран. Известно, что приблизительно у 10–20% больных, которым проводится диагностическая коронарография в связи с острым или хроническим ишемическим синдромом, артерии оказываются интактными. Единой теории повреждения органов-мишеней сосудистого генеза без признаков атеросклеротического повреждения не существует. Ключевыми теориями являются теория эндотелиальной дисфункции, обусловленной в большинстве случаев полиморфизмом генов; воспалительное повреждение артерий, воздействие нейро-гуморальных факторов, а также наличие генетической предрасположенности.

Научная новизна. Нами будут обобщены данные факторов риска, клинко-ангиографического, генетического обследования у пациентов перенесших инфаркт миокарда или ишемический инсульт, но не имеющих признаков атеросклеротического повреждения сосудов. Генетическое обследование предполагает выявление у обследуемых генетических полиморфизмов следующих генов: липидный обмен (ApoE, ApoB, LIPC, MTP, PCSK9, SCARB1, ABCG8, OLC1); структура и тонус сосудистой стенки (ENPP1, MMP1, MMP3,

MMP9, MTHFR, MTRR, e NO-синтетаза, ACE, PAOD1); коагуляционный и тромбоцитарный гемостаз (FGB, F2, F5, P2Y12); воспаление (CRP, IL1A и IL18, TNF, IL6, TGFb, PDE4D, COL4A1, HDAC4 (гистон-диацетилаза), CRP (С-реактивный протеин), VEGFR (рецептор эпидермального фактора роста, NOTCH3 Критерии включения. Пул для включения в исследование составят все больные, перенесшие ИМ или ОНМК, находящиеся под наблюдением больницы №40, а также поликлиник Курортного района и некоторых других районов Санкт-Петербурга в возрасте от 20–59 лет при условии добровольного согласия принять участие в исследовании. Материалы и методы исследования. Исследуемую группу составляют более 150 пациентов в возрасте от 20–59 лет, 2/3 из которых имеют атеросклеротическое поражение коронарных, церебральных артерий, либо артерий нижних конечностей и 1/3 пациентов, в анамнезе которых имеет место инфаркт миокарда и ОНМК без признаков стенозирующего атеросклероза. Контрольную группу составляют здоровые либо практически здоровые лица. На каждого больного в рамках исследования заводится карта исследуемого, включающая результаты липидограммы с развернутыми показателями, коагулограммы, гликемического профиля; ЭКГ с оценкой возможных очаговых изменений, признаков коронарной недостаточности, ЭХОКГ с оценкой сократительной способности, зон гипо-акинезии и фракции выброса, нагрузочные пробы (ВЭМ, стресс-ЭХОКГ) либо данные Холтеровского мониторирования с оценкой ишемических изменений, дуплексное и триплексное исследование церебральных артерий, артерий нижних конечностей, измерения лодыжечно-плечевого индекса, коронарной ангиографии и исследование полиморфизмов генов, предрасполагающих к развитию атеросклероза коронарных артерий, церебральных артерий.

Влияние комплексной терапии омега-3-полиненасыщенными жирными кислотами на аритмическую активность сердца у больных острым инфарктом миокарда

Швейнов А.И., Михин В.П.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Актуальность. Использование препаратов омега-3-полиненасыщенных жирных кислот, в частности, омакора в качестве антиаритмогенного средства при хронических формах ишемической болезни сердца (ИБС) является одним из перспективных направлений современной кардиологии. Однако его эффективность при остром коронарном синдроме практически не изучалась.

Цель исследования: оценить эффективность омакора для профилактики аритмических осложнений при остром инфаркте миокарда в период госпитальной реабилитации.

Материалы и методы исследования. Проведено открытое, рандомизированное исследование с участием 60 пациентов от 45 до 70 лет, с диагнозом «острый Q-инфаркт миокарда». Пациенты были разделены на две равные группы: в первой – основной группе к стандартному лечению добавлялась терапия препаратом Омакор в дозе 1 г/сут. В контрольной группе комплексная терапия оставалась без изменений. Тромболитическая терапия в рандомизированных группах не проводилась. На 3 и 14 сутки лечения, пациентам производилось холтеровское мониторирование ЭКГ, с оценкой изменения числа одиночных и парных желудочковых экстрасистол (ЖЭ), одиночных, парных и групповых наджелудочковых экстрасистол (НЖЭ). Количество экстрасистол оценивалось в соответствии с классификацией Lawl. Обработка результатов исследования проводилась с использованием методов непараметрической статистики в программе Statistica 6.0.

Результаты исследования. У пациентов основной и контрольной групп по результатам суточного мониторирования ЭКГ на 3 суток отмечались одиночные и парные ЖЭ, одиночные, парные, групповые НЖЭ. Достоверных различий между группами по этим показателям не было. Проведение суточного мониторирования ЭКГ на 14 суток показало статистическую значимость снижения числа экстрасистол до и после лечения ($p < 0,05$). Анализ распределения желудочковых экстрасистол по Lawn показывает, что как в основной, так и в контрольной группах снижаются градации аритмий на фоне лечения – в основной группе – 10 пациентов относятся к классу 0–1 до лечения, 24 пациента к 0–1 класс после лечения. В контрольной группе до лечения 14 пациентов, после лечения 22 пациента относятся к классу 0–1. Медиана общего количества желудочковых экстрасистол в основной группе до лечения составила 11 (интерквартильная широта от 276 до 2), после лечения – снизилась до 2 (11 –1). В контрольной группе медиана до лечения – 10 (241–0), после лечения – снижение до 1 (147–0). Медиана общего количества наджелудочковых экстрасистол в основной группе до лечения составила 125 (интерквартильная широта от 206 до 12), после лечения – 12 (70–0), а в контрольной группе медиана до лечения – 131 (282–65), после лечения – 44 (100–13). Различия между контрольной и основной группами в данном случае статистически значимы ($p < 0,05$). В результате анализа отмечена явная эффективность комплексной терапии омакором в отношении профилактики наджелудочковых экстрасистол, по сравнению с группой контроля, что объясняется доказанным антиаритмогенным эффектом омакора. Эффективная профилактика желудочковых экстрасистол обеспечивается, в первую очередь, комплексным лечением инфаркта миокарда, благодаря которому достигнуты одинаково низкие показатели в обеих группах исследования.

Выводы: применение омакора в комплексной терапии острого инфаркта миокарда позволяет уменьшить наджелудочковую аритмическую активность, при этом влияние на желудочковую аритмическую активность выражено меньше.

Оценка конечных точек у больных, перенесших инфаркт миокарда

Юсупов Д.М., Пулатов О.Я., Камилова У.К.

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Фергана, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить конечные точки у больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ИМ).

Методы исследования. Были обследованы 62 больных мужского пола с первичным Q-волновым ИМ в возрасте от 31 до 55 лет (средний возраст $48,61 \pm 6,76$ года). На стационарном этапе лечение больных осуществлялось в соответствии с рекомендациями по ведению больных ИМ с элевацией сегмента ST. Согласно протоколу исследования в окончательный анализ включали данные больных, у которых в течение 6 месяцев от начала ИМ развились значимые клинические исходы: внезапная смерть, повторный нефатальный и фатальный ИМ; появление или прогрессирование признаков сердечной недостаточности или дестабилизации ИБС, потребовавшие госпитализации.

Полученные результаты. Анализ полученных результатов показал, что ИМ передней локализации имел место у 41 (66,1%), ИМ задней стенки отмечался у 21 (33,9%) больных. У 12 (19,4%) обследованных больных течение острого периода заболевания осложнилось развитием

клинических признаков сердечной недостаточности (Killip, класс II–IV), в том числе II класса – в 7 (58,3%), III класса – в 4 (35,3%), IV класса (кардиогенный шок) – в 1 (8,3%) случаях. У 2 (3,2%) больных в течение первых 2-х суток ОИМ развилась фибрилляция желудочков (ФЖ). У 29 (36,3%) больных отмечалось раннее возобновление приступов стенокардии (РПИС). У 60 (96,8%) больных определялись нарушения ритма сердца, в том числе, согласно классификации J.Bigger, потенциально опасных желудочковых аритмий (ПОЖА) регистрировались у 14 больных – в 22,2% случаев, при этом в 10 (16,1%) случаях ПОЖА встречалась у больных с ИМ передней локализации. Конечные точки оценивались через 6 месяцев наблюдения. Анализ показал, что за 6 месяцев наблюдения отмечено развитие повторных ИМ в 8 случаях, в том числе 2 фатальных и 6 нефатальных, а также 1 внезапная смерть. Наличие исходно ПОЖА статистически достоверно оказывало влияние на развитие повторного ИМ: так, в группе с ПОЖА в 25% случаев развился повторный ИМ, причем во всех случаях он завершился летальным исходом.

Выводы. У больных, перенесших ИМ, наличие ПОЖА и ИМ передней локализации являются прогностически неблагоприятными факторами, влияющими на развитие повторных коронарных событий.

Значение роли воспаления в процессе развития легочной гипертензии в эксперименте

Яцевич О.Н., Адзерихо И.Э., Семенкова Г.Н., Шерстюк Г.В., Владимирская Т.Э.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Введение. Легочная артериальная гипертензия (ЛАГ) представляет собой тяжелое прогрессирующее заболевание, вызываемое сложными нарушениями функции эндотелия легочных сосудов и проявляющееся выраженным снижением толерантности к физическим нагрузкам, нарастающей одышке и сердечной недостаточности. Несмотря на стремительное обогащение знаниями в области патофизиологии и патобиологии ЛАГ, сложно найти унифицированный подход к лечению пациентов ЛАГ из-за неясности и неоднозначности патогенеза. Совсем недавно научно-исследовательские усилия были направлены на понимание роли воспаления в патогенезе ЛАГ, но механизмы формирования воспаления у пациентов с ЛАГ до конца не выяснены.

Идея. Определение новых терапевтических возможностей в лечении ЛАГ. Цель. Изучить роль воспалительных реакций в процессе формирования и развития ЛАГ в эксперименте. Материалы и методы. Беспородным белым крысам ввели монокроталин в дозе 60 мг/кг. Кровь для общеклинического, иммуноферментного анализов, миокард, легочная ткань забирали в процессе формирования ЛГ через 2 недели (1 группа; $n=10$), 4 недели (2 группа; $n=10$), 1,5 месяца (3 группа; $n=10$), 2 месяца (4 группа; $n=10$) после введения препарата. ИЛ-6 определяли иммуноферментным методом с помощью наборов Rat IL-6 фирмы «Invitrogen» (США). Из образцов тканей готовились парафиновые срезы, которые окрашивались гематоксилином и эозином, по Массону. Общий анализ крови экспериментальных животных проводили с помощью автоматического гематологического анализатора «MedonicCA 620» (Balder) фирмы «BohleMedicalAB» (Швеция), имеющий плавающий дискриминатор, что позволяет учитывать видовые особенности клеток. Генерацию нейтрофилами активных форм кислорода и хлора исследовали хемилюминесцентным методом.

Результаты. По мере развития легочной гипертензии (ЛГ) через 2 и 4 недели отмечается снижение продукции активных форм кислорода и хлора

нейтрофилами в 4,3 и 2,1 раза по сравнению с группой контроля, а выход супероксидных анион-радикалов в 12 и 6 раз соответственно. В общем анализе крови по мере развития ЛГ происходит увеличение количества сегментоядерных нейтрофилов с максимальными показателями к 4 недели формирования ЛГ ($45,5 \cdot 10^9$ по сравнению с $18,0 \cdot 10^9$ в контрольной группе $p < 0,05$; Me [25; 75]), а количество лимфоцитов снижается с максимальным уровнем в 1,6 раз к 4 неделям развития ЛГ ($p < 0,05$) с сохранением тенденции к снижению на всех этапах формирования ЛГ. Провоспалительный медиатор интерлейкин-6 (ИЛ-6) повышался до 26,44 пг/мл значительно к 4 неделям развития ЛГ ($p < 0,05$; Me [25; 75]), а в остальных группах не отличался от контрольных значений (0,00 пг/мл). Наряду с этим, при оценке микроскопических изменений в легочной ткани наблюдается муфтообразное окаймление лимфоцитами в просвете легочных артериол от слабого выраженного (2 недели эксперимента)

до умеренного (начиная с 4 недель) до значительных (1,5 месяца эксперимента), которое не наблюдалось в группе интактных крыс. Кроме этого, отмечалось перибронхиальное скопление лимфоцитов, распространяющиеся вокруг средних и особенно крупных бронхов с инфильтрацией их стенки вплоть до эпителия слизистой оболочки во всех экспериментальных группах.

Обсуждение и выводы. 1. Максимальные колебания уровней воспалительных маркеров происходят на 2-ой и 4-ой неделе развития ЛГ. 2. Уменьшение кислородоактивирующей способности нейтрофилов, повышение уровня ИЛ-6, обнаружение скопления лимфоидных инфильтратов в легочных артериолах могут свидетельствовать об ослаблении противомикробной защиты и активации аутоиммунных реакций в процессе развития ЛАГ. 3. Найденные особенности требуют дальнейшего поиска воспалительных маркеров повреждения при ЛАГ.

Содержание

Сборник тезисов

Атипичные формы инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST Абдрахманова А.И.	1
Частота вторичных артериальных гипертензий у больных «гипертонической болезнью» Абдулгасанов Р.А.	1
Изучение эффективности статинов и растительного препарата флатерон при ишемической болезни сердца Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Исаков Ш.А., Касимова Г.М., Турсунов Р.Р., Турдикулова Ш.У.	2
Нарушения липидного обмена в возрастном аспекте и функциональное состояние печени при ишемической болезни сердца Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Каримов М.М., Исаков Ш.А., Турсунов Р.Р., Касимова Г.М.	2
Эффективность сочетания иммунофана с базисной терапией в профилактике и лечении цитомегаловирусной инфекции Абдуллаев А.Х., Нурмухамедов А.И., Аляви Б.А., Турсунбаев А.К.	3
Опыт клинического применения берлитиона при хронических токсических заболеваниях печени профессионального генеза Агзамова Г.С.	3
Особенности усталости и когнитивных нарушений у пациентов аутоиммунными заболеваниями печени Акберова Д.Р., Абдулганиева Д.И., Одинцова А.Х.	4
Сочетание гипертонической болезни и хронической обструктивной болезни легких: фенотипы коморбидного заболевания Аксенова Т.А., Горбунов В.В., Царенок С.Ю.	4
Состояние тромбоцитарно-сосудистого гемостаза и цитокинового статуса у больных анкилозирующим спондилоартритом Алиахунова М.Ю., Нуритдинова С.К.	5
Кардиоваскулярные заболевания при анкилозирующем спондилоартрите Алиахунова М.Ю., Нуритдинова С.К., Хакимова Р.А., Камалова Н.А., Исламова Д.Н.	6
Молекулярные механизмы образования ангиогенных факторов под влиянием ударно-волновой терапии при экспериментальном атеросклерозе Аляви А.Л., Касимова Г.М., Абдуллаев А.Х., Утемуратов Б.Б., Шарипова Р.М.	6
Религиозный пост и сахарный диабет 2 типа: модифицируемые факторы, влияющие на комплаентность Аметов А.С., Камынина Л.Л.	7
Лабораторные показатели, отражающие степень поражения клапанного аппарата сердца Андреева Д.В.	7
Возможное влияние метаболического синдрома на особенности пищевого поведения у лиц молодого возраста с учетом пола Андреева Е.А.	8
Место и роль лечебной физической культуры в комплексной методике продления активного долголетия Анопоченко А.С., Агранович Н.В., Кнышова С.А.	8
Артериальная ригидность и стресс-реактивность у пациентов с предгипертонией Антропова О.Н., Осипова И.В., Кондаков В.Д.	9
Динамика микрореологического профиля больных сахарным диабетом при курсовой гиполипидемической терапии Апухтин А.Ф., Инина Л.И.	9
Эволюция методов измерения артериального давления Арефьев Е.Ю., Симоненко В.Б., Дулин П.А., Демьяненко А.В.	10
Оценка состояния обмена кальция, фосфора и витамина 25(ОН)D у больных с 3–4 стадией хронической болезни почек Архипов Е.В., Сигитова О.Н.	10
Особенности строения средней оболочки грудного и брюшного отделов аорты у крыс линии Вистар Атаев И.А., Вебер В.Р., Рубанова М.П., Губская П.М., Прошина Л.Г., Карев В.Е., Жмайлова С.В., Румянцев Е.Е.	11

Антире моделирующая эффективность периндоприла, бисопролола и верошпирона в комбинации с метформином и аторвастатином у больных хронической сердечной недостаточностью и метаболическим синдромом Атаходжаева Г.А., Рахимов Ш.М., Икрамова А.Ш.	11
Особенности морфофункционального состояния печени у пациентов с сахарным диабетом 1 типа Ахмадуллина Г.И., Курникова И.А.	12
Артериальная гипертония у беременных Бабанская Е.Б., Цыбикжапова А.С., Бачюрина С.М., Дорофеева В.В.	12
Обеспечение паллиативной медицинской помощью больных онкологической и неонкологической природы Багаева С.Н., Кульдагова С.Х.	13
Анализ причин хронического кашля у коморбидных больных Багаева С.Н., Кульдагова С.Х.	14
К проблеме приверженности к самоконтролю артериального давления у коморбидных больных Багаева С.Н., Кульдагова С.Х.	14
Особенности течения подагры у мужчин и женщин трудоспособного возраста Базина И.Б., Козырев О.А., Литвинова И.А., Павлова М.В., Кречикова Д.Г., Погодина М.В., Гераськина Т.М., Гераськина М.М., Хандожко Е.А., Корнеева И.Г.	14
Клинико-патогенетические механизмы формирования легочной гипертензии у пациентов с кардиореспираторной патологией Бакшеев В.И., Коломоец Н.М., Шкловский Б.Л.	15
К вопросу об эндотелиальной дисфункции при вибрационной болезни Бараева Р.А., Бабанов С.А., Блажнова Е.М., Строганова Е.С.	15
Возможности улучшения медицинской помощи на основе дистанционной функциональной диагностики Баркан В.С., Губанова М.В., Карасёва Н.В., Кузина Е.В., Логинова Ю.В., Петрова К.О., Пешкова С.В.	16
Взаимосвязь эффективности срар-терапии с нормализацией кардиологических проявлений у пациентов с синдром обструктивного апноэ сна Баркан В.С., Губанова М.В., Карасёва Н.В., Логинова Ю.В., Мязин В.Е., Пешкова С.В.	16
Влияние факторов сердечно-сосудистого риска и скорости клубочковой фильтрации на внутригоспитальные кардиоваскулярные осложнения у пациентов с острым инфарктом миокарда Белкорей О.С., Хасанов Н.Р.	17
Характеристика факторов риска и проводимой анти тромботической терапии у больных, перенесших ишемический инсульт на фоне фибрилляции предсердий Белокрылова Л.В., Пушкинов А.А., Власенко Э.С., Кузакбирдиева О.Х., Олейникова А.В.	17
Вариабельность сердечного ритма у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, находящихся на разных видах заместительной почечной терапии Билевич О.А., Бунова С.С., Семченко С.Б.	17
Лечение артериальной гипертонии у пациентов с заболеваниями суставов в условиях реальной клинической практики Бледнова А.Ю., Елисеева Л.Н.	18
Некоторые аспекты микробиологической диагностики и лечения внебольничных пневмоний Блинова И.П., Антонова А.В.	19
Изменения показателей системы гемостаза у больных бессимптомной ишемией миокарда Бобылева Т.А.	19
Снижение минеральной плотности костной ткани у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника Бодрягина Е.С., Абдулганиева Д.И.	20
Распространенность снижения скорости клубочковой фильтрации у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких Болотова Е.В., Дудникова А.В.	20
Особенности питания в сельской популяции Краснодарского края Болотова Е.В., Комиссарова И.М.	21
Распространенность никотиновой зависимости среди работников общественного транспорта г. Краснодара Болотова Е.В., Являнская В.В., Дудникова А.В., Аванесова Л.В.	21
Функциональная активность агранулоцитов цельной крови у больных с ИБС и возможности ее коррекции немедикаментозными методами Бондарь С.С., Логаткина А.В., Собченко А.А., Терехов И.В.	21

Особенности антиоксидантного статуса при внебольничной пневмонии и его коррекция низкоинтенсивным микроволновым излучением Бондарь С.С., Терехов И.В.	22
Состояние неспецифической резистентности и ее коррекция у больных с внебольничной пневмонией Бондарь С.С., Терехов И.В.	22
Прогностическое значение изменений реологических свойств желудочной слизи при осложненных формах язвенной болезни Борисов Ю.Ю., Ворончихина Ю.К.	23
Частота и факторы риска пневмоний в гематологическом стационаре Борисова И.С.	24
Клинические особенности дилатационной кардиомиопатии на современном этапе Боровкова Н.Ю., Буянова М.В., Голицына Н.А., Боровков Н.Н.	24
Клинические особенности вазоспастической стенокардии на современном этапе по данным кардиологического стационара Боровкова Н.Ю., Никитина М.Н., Голицына Н.А., Боровков Н.Н.	24
Частота и этиопатогенетические причины хронической болезни почек у больных с амилоидозом Боровкова Н.Ю., Смирнова И.В., Маслова Т.И.	25
Суточный ритм артериального давления у больных акромегалией Боровков Н.Н., Завьялова Ю.В., Боровкова Н.Ю., Занозина О.В., Симоненко В.Б., Дулин П.А.	25
Перспективы использования компьютерной программы для оценки эффективности терапии гемореовазотропными препаратами у больных ревматоидным артритом Бубликов Д.С., Лычев В.Г., Андриенко А.В.	26
Приверженность к длительной лекарственной терапии пациентов с сердечно-сосудистой патологией районной больницы малого города Саратовской области через 12 месяцев после выписки из стационара Булаева Ю.В., Наумова Е.А., Семенова О.Н.	26
Влияние низкоинтенсивного лазерного облучения крови на вариабельность ритма сердца у больных внебольничной пневмонией Бурдули Н.М., Габуева А.А.	27
Гемодинамические типы микроциркуляции у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью Бурдули Н.М., Тадтаева Д.Я., Крифарида А.С.	27
Цитомегаловирус и сердечно-сосудистые заболевания Бутакова Н.В.	28
Токсоплазмоз – это одна из причин развития сердечно-сосудистых заболеваний Бутакова Н.В.	28
От современных технологий производства к новым фармакотерапевтическим возможностям лечения и профилактики синдрома избыточного бактериального роста Буторова Л.И., Токмулина Г.М., Нугаева Н.Р., Дулин П.А.	28
Прокинетическая терапия при функциональной диспепсии Буторова Л.И., Нугаева Н.Р., Токмулина Г.М., Джанашия Е.А., Дулин П.А.	29
Современные возможности лечения постинфекционного синдрома раздраженного кишечника Буторова Л.И., Нугаева Н.Р., Джанашия Е.А., Токмулина Г.М., Дулин П.А.	29
Сочетанные функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта Буторова Л.И., Нугаева Н.Р., Джанашия Е.А., Токмулина Г.М., Дулин П.А.	29
Метаболические нарушения и их коррекция при лечении больных артериальной гипертензией с метаболическим синдромом Васильева Л.В., Лахин Д.И., Никитин А.В.	30
Терапия розувастатином при сочетании хронической обструктивной болезни легких с гиперлипидемией Васильева Л.В., Никитин В.А., Гостев Е.В.	30
Влияние типа курительного поведения на вентиляционные нарушения у больных ХОБЛ в сочетании с гипертонической болезнью Василькова Т.Н., Рыбина Ю.А.	31
Регистр тромбозов легочной артерии и прогнозирование летального исхода Васильцева О.Я., Ворожцова И.Н., Панфилова И.Х., Карпов Р.С.	32

Распространенность недостаточной продолжительности сна у студентов-медиков с разным уровнем артериального давления Ватутин Н.Т., Складная Е.В.	32
Влияние бупропиона гидрохлорида на уровень мозгового натрийуретического пептида у пациентов с хронической сердечной недостаточностью ишемической этиологии и тревожно-депрессивными расстройствами Ватутин Н.Т., Христинченко М.А., Гончарук М.С.	33
Психологический климат в семье как фактор риска развития хронического панкреатита Вахрушев Я.М., Михайлова О.Д., Тухватуллина А.А., Григус Я.И.	33
Ремоделирование внеклеточного матрикса меди грудной аорты крыс линии Вистар при моделировании хронического адренергического стресса и через 1 месяц после окончания эксперимента Вебер В.Р., Лобзин Ю.В., Рубанова М.П., Жмайлова С.В., Губская П.М., Карев В.Е., Румянцев Е.Е., Атаев И.А.	34
Уровень резистина у больных сахарным диабетом 2 типа и подагрой Вербовой А.Ф., Цанава И.А., Каторжанская Т.Ю., Каторжанский В.К.	34
Снижение продолжительности сна и вазомоторная дисфункция эндотелия Виноградов А.А., Виноградова Н.А.	35
Проблема приверженности лечению у лиц с нестабильной стенокардией Виноградова Н.А., Виноградов А.А.	35
Вопросы экспертизы профпригодности работника с фибрилляцией предсердий в практике медицины труда Власова Е.М.	36
Изменение психического и вегетативного статуса в ходе эксперимента по частичной сенсорной изоляции Водопьян А.В., Водопьян О.В.	37
Риск развития атеросклероза и остеопороза у женщин с хирургической менопаузой, возникшей в репродуктивном возрасте на фоне заместительной гормональной терапии Воеводина И.В., Майчук Е.Ю., Митрохина Т.В., Передерко А.В., Юренева С.В.	37
Метод прогнозирования развития сердечной недостаточности у больных системной красной волчанкой Войнова Ю.В., Козлова Л.К., Багирова Г.Г., Кучма Г.Б.	38
Оценка ассоциации генетических полиморфизмов РААС с клиническим течением хронической сердечной недостаточности Волкова С.Ю., Томашевич К.А.	38
Мерцательная аритмия у больных хронической обструктивной болезнью легких не ассоциирована с повышением концентрации С-реактивного белка Волчкова Е.А., Затеищикова А.А., Шаври И.В., Сафарян В.И., Иванова Л.А., Затеищиков Д.А.	39
Фенотипические особенности лечения больных остеоартрозом коленных суставов с оксалатной нефропатией Воронина Н.В., Маркина О.И., Гельмутдинов Д.Д., Ковальская Л.П.	40
Нарушения функции внешнего дыхания и оценка прогноза у больных с терминальной стадией ХПН, получающих программный гемодиализ Вякина Н.А., Кляшев С.М., Межонов Е.М., Вякина Ю.А.	40
Особенности экологических рисков при возникновении заболеваний органов дыхания в Республике Башкортостан Габитова Д.М., Ахмадуллина Г.Х., Ильясова Т.М., Лузин В.Ю.	40
К особенностям подготовки специалистов по работе с курящим населением Габитова Д.М., Садретдинова Л.Д., Ахметова Р.Н., Ахмадуллина Г.Х.	41
Использование разных подходов к ведению пациентов с табачной зависимостью Габитова Д.М., Садретдинова Л.Д., Ильясова Т.М., Ахмадуллина Г.Х.	41
Особенности стационарного лечения пациентов с никотиновой зависимостью Габитова Д.М., Садретдинова Л.Д., Лузин В.Ю., Ильясова Т.М.	42
Оценка регуляции центральной и периферической гемодинамики у тяжелых больных с применением ортостатических проб Гаврилова Е.С., Ермаков М.А.	42
Гендерные особенности субфракционного спектра аполипопротеин В-содержащих липопротеинов Гаврилова Н.Е., Метельская В.А., Озерова И.Н., Бойцов С.А.	43
Частота дуоденогастрального рефлюкса и морфологических изменений слизистой оболочки желудка при заболеваниях желчного пузыря с нарушением его сократительной функции Галиев Ш.З., Амиров Н.Б., Закирова Г.Р., Гостяева Т.А., Баранова О.А., Кулагин Р.Н.	44

Влияние генетических полиморфизмов ABCB1 и CYP2C19 на исходы у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, подвергшихся чрескожным коронарным вмешательствам Галицкая С.С., Митьковская Н.П.	44
Проявления нейрорейкемии у больных миелодисплазиями в Республике Таджикистан Ганиева М.П., Ходжиева Г.Б., Хасанов Д.М.	45
Полиморфизм генов-кандидатов у пациентов с различным течением атеросклероза Гараева Л.А., Маянская С.Д.	45
Влияние длительной терапии серетидом на частоту обострений и качество жизни при хронической обструктивной болезни легких Герасимова А.С., Тарасеева Г.Н., Олейников В.Э.	46
Вариабельность ритма сердца у больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST ЭКГ в зависимости от стадии хронической сердечной недостаточности Гиривенко А.И., Низов А.А., Бороздин А.В., Пчелинцев В.П.	46
Изучение особенностей микроциркуляторного русла в зависимости от темпов старения у пациентов с артериальной гипертензией Глова С.Е., Хаишева Л.А., Бучукури Л.В., Шлык С.В.	47
Анализ влияния распределения водных сред организма у пациентов с острым коронарным синдромом на сердечно-сосудистый прогноз Головинова Е.О., Батюшин М.М., Левицкая Е.С., Гульченко В.В., Хрипун А.В.	47
Составляющие липидного дистресс-синдрома у больных с абдоминальным ожирением и метаболическим синдромом Голубева Т.И., Кичигина О.Н., Трошина И.А., Медведева И.В.	47
Определение уровня кишечной эластазы-1 в диагностике внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы у пациентов с метаболическим синдромом Голубева Т.И., Трошина И.А., Медведева И.В.	48
Особенности структуры диастолы у больных артериальной гипертензией в сочетании с метаболическим синдромом и без него Горбунова М.Л., Шкарин В.В.	48
Клинико-функциональное течение сердечно-сосудистых заболеваний в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких у лиц пожилого и старческого возраста Горбунова С.И., Соколова С.Д., Эрканова Д.С.	49
Влияние различных факторов на выживаемость пациентов с инфарктом миокарда при лечении в терапевтическом стационаре Гордиенко А.В., Будылина О.А., Сахин В.Т., Рейза В.А., Сотников А.В.	49
Саркопения как ведущий патогенетический фактор прогрессирования кардиоваскулярных заболеваний у людей старшего возраста Горшунова Н.К.	49
Изменения упруго-эластических свойств артериального русла у больных артериальной гипертензией разного возраста Горшунова Н.К., Коробанов Ю.Ю.	50
Иммуногенетика процессов ремоделирования сердца и сосудов при артериальной гипертензии Григоричева Е.А., Шмунк И.В., Бурмистрова А.Л., Сулова Т.А.	51
Поражение почек при множественной миеломе Григорьева Е.В., Голубинов Ф.Д., Лукьянова Л.Ю., Усачева М.А.	51
Стрессоустойчивость у лиц старшего возраста, страдающих ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией Григорьян М.Ф., Горшунова Н.К.	52
Сравнительная эффективность свободных и фиксированных комбинаций гипотензивных средств у больных артериальной гипертензией высокого и очень высокого риска Гридина С.А., Поветкин С.В.	52
Традиционные и «болезнь – обусловленные» факторы риска хронических неинфекционных заболеваний у женщин больных ревматоидным артритом Громова О.А., Синеглазова А.В.	53
Влияние алаприла на внеклеточный матрикс меди грудной аорты крыс линии Вистар при моделировании хронического адренергического стресса Губская П.М., Вебер В.Р., Рубанова М.П., Карев В.Е., Жмайлова С.В., Румянцев Е.Е., Атаев И.А., Кулик Н.А.	53
Микробиологические нарушения микрофлоры кишечника при ревматических заболеваниях Гульнева М.Ю., Носков С.М., Малафеева Э.В.	54

Возрастная динамика параметров локальной сосудистой жесткости у пациентов с ишемической болезнью сердца Гусаковская Л.И., Хромова А.А., Томашевская Ю.А., Фадеева С.С.	54
Миконсителство и микоз как диагностический тест на степень иммунодефицита при ВИЧ-инфекции Гяургиева О.Х.	55
Спектр микобиоты у больных ВИЧ-инфекцией Гяургиева О.Х.	55
Взаимосвязь характеристик качества жизни больных хронической ишемической болезнью сердца: сравнение консервативного и интервенционного методов лечения Дедов Д.В., Евтюхин И.Ю., Эльгардт И.А., Маслов А.Н.	56
Прогноз аритмических осложнений у больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией Дедов Д.В., Масюков С.А., Эльгардт И.А., Леонтьев В.А., Ярахмедова Т.Р., Азизова М.Р.	56
Дисфункция эндотелия сосудов и гипергомоцистеинемия у больных сахарным диабетом 2 типа как факторы риска хронической сердечной недостаточности Денисова А.Г., Татарченко И.П., Позднякова Н.В., Морозова О.И., Кулюцина Е.Р., Левашова О.А.	57
Коррекция эндотелиальной дисфункции у больных сахарным диабетом 2 типа при назначении антигипертензивной терапии Деревянченко М.В., Стаценко М.Е.	58
Особенности течения ишемической болезни сердца при ревматоидном артрите у пожилых Джалилова Р.А., Курбанова М.С., Гаджиева М.И., Сулейманов С.Ш.	58
Комплексная методика коррекции факторов сердечно-сосудистого риска у больных ИБС и метаболическим синдромом Донцов А.В.	58
Региональные особенности выявления хронических неинфекционных заболеваний и установления диспансерного наблюдения по результатам диспансеризации определенных групп взрослого населения Дроздова Л.Ю., Егоров В.А., Кушунина Д.В.	59
Инфаркт миокарда: сезонные и гендерные особенности Дудина О.В.	59
Мониторинг состояния когнитивных функций и распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с каротидным атеросклерозом Дума С.Н., Латынцева Л.Д., Щербакова Л.В.	60
Влияние времени проведения чрескожного коронарного вмешательства на маркеры электрической нестабильности миокарда у пациентов со STEMI Душина Е.В., Лукьянова М. В., Шиготарова Е.А.	60
Влияние деносуида на минеральную плотность кости и эрозивно-деструктивные изменения у пациентов с ревматоидным артритом и остеопорозом, в зависимости от противовоспалительной терапии Дыдыкина П.С., Петрова Е.В., Дыдыкина И.С., Смирнов А.В., Глухова С.И., Насонов Е.Л.	60
Проводящая система сердца при симптомной и бессимптомной изолированной фибрилляции предсердий у женщин детородного возраста Дятлов Н.Е., Куряева А.М., Рахматуллин Ф.К., Рахматуллин Р.Ф., Бурмистрова Л.Ф., Климова С.В.	61
Оценка давления на плечевой артерии и аорте у молодых женщин с признаками кардиометаболического синдрома Евсеева М.Е., Сергеева О.В., Прохоренко-Коломойцева И.И.	62
Характер патологии почек у больных артериальной гипертензией резистентного к терапии течения Евсиков Е.М., Телова Н.В., Шарипов Р.А., Жапова М.Х., Курумлиду Е.Г.	62
Взаимосвязь отдельных аспектов психологического состояния и приверженности немедикаментозным рекомендациям больных артериальной гипертензией Егорова Л.А., Егорова В.В.	63
Факторы риска сердечно-сосудистой патологии при сочетании и коморбидности артериальной гипертензии и ревматоидного артрита Елисеева Л.Н., Бледнова А.Ю., Давыдова А.Ф., Просёлков Ю.Е.	63
Влияние электрофизиологических методов лечения на некоторые показатели желудочковой асинхронии Еремеева Е.Н., Лещанкина Н.Ю.	64
Мониторинг факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у лиц разного возраста по данным центра здоровья Ермакова А.Е., Киндрас М.Н., Суслина Е.Д.	64
Гендерные особенности эпидемиологии факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в случайной выборке населения г. Тюмени и юга области Ефанов А.Ю., Медведева И.В.	65

Коррекция влияния климатических факторов на амбулаторную обращаемость больных артериальной гипертонией в условиях Севера Ефимова Л.П., Шестакова Г.Н., Литвишкова А.Ю., Соколов С.В.	65
Вариабельность сердечного ритма при сахарном диабете 2 типа Ефремова О.Н., Прекина В.И., Есина М.В., Ямашкина Е.И.	66
Маркёры ремоделирования магистральных артерий головы как предикторы острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) при дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) и артериальной гипертензии (АГ) Ефремушкин Г.Г., Подсонная И.В.	66
Рабдомиолиз, вызванный физической нагрузкой у людей молодого возраста в организованном коллективе Жарский С.Л., Слободянюк О.Н., Слободянюк С.Н.	67
Отдаленные последствия изменений внеклеточного матрикса меди брышной аорты крыс линии Вистар через 1 месяц после моделирования хронического адренергического стресса Жмайлова С.В., Рубанова М.П., Вебер В.Р., Губская П.М., Карев В.Е., Атаев И.А., Румянцев Е.Е.	67
Нейроиммунноэндокринные взаимодействия в формировании коморбидной патологии Зайцева Н.С.	68
Влияние комбинированной терапии амлодипином с валсартаном на показатели церебрального кровотока у больных артериальной гипертензией Запесочная И.Л., Автандилов А.Г.	68
Эффективность и безопасность фармакологической кардиоверсии оригинальными отечественными антиаритмическими препаратами при рецидивах фибрилляции предсердий у пожилых Зиц С.В., Розанов В.Е., Зиц В.Р., Курная И.В., Погабало А.В., Синельникова А.Н.	69
Прогностическое значение маркеров гемостаза у пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших кардиоэмболический инсульт Золотовская И. А., Давыдкин И.Л.	69
Оценка эффективности тромболитической терапии острого коронарного синдрома препаратом тенектеплаза на догоспитальном этапе Иванов Л.А., Шилов С.П., Галимова Г.А.	70
Профессиональные коммуникации как проблемное звено профилактической работы фельдшера с пациентами кардиологического профиля Иванова Н.А., Литвинова Н.И., Журавлева Т.П., Шумова А.Л.	71
Хроническая сердечная недостаточность и остеопороз Иванова Ю.И., Чижов П.А., Беляев Д.В.	71
Острое почечное повреждение у больных с острым коронарным синдромом в клинической практике врача стационара Ильина А.С., Боровкова Н.Ю., Спасский А.А., Боровков Н.Н., Пайкова Н.Н.	72
Показатели сосудистой жесткости у лиц с ожирением и метаболическим синдромом Ипатов Д.В., Стрижаков Л.А., Милованова Л.Ю.	72
Лекарственные поражения печени в многопрофильном стационаре Калачнюк Т.Н.	73
Многофакторный контроль сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с сахарным диабетом старшей возрастной группы Калинникова Л.А. Рунова А.А. Жулина Н.И.	73
Влияние лозартана на сосудистое ремоделирование у больных хронической сердечной недостаточностью по данным доплерографии брахиоцефальных сосудов Камилова У.К., Расулова З.Д., Ибабекова Ш.Р., Иргашева С.С., Мирхайтова Н.А.	74
Оценка показателей нейрогуморальной системы у больных с кардиоренальным синдромом Камилова У.К., Расулова З.Д., Касимова Г.М.	74
Неизмененные коронарные артерии еще не критерий отсутствующей ишемической болезни сердца (ИБС) Камышева Е.П., Горбунова М.Л., Масик А.А.	75
Связь пораженности коронарных артерий у больных ишемической болезнью сердца в Донбассе с основными факторами риска в предвоенные годы Кардашевская Л.И., Михайличенко Е.С., Кравченко И.Н.	75
Долгосрочная реабилитации больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в поликлинике Карманова Т.Т.	76
Обучение студентов-выпускников технологиям оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) взрослому населению Карманова Т.Т., Бабушкин И.Е.	76

Выбор гепатопротекторов практикующими врачами при беременности по результатам Всероссийского фармакоэпидемиологического исследования «Эпидемиология лекарственных средств при беременности» (2-ой этап) Карцева В.С., Чухарева Н.А.	77
Влияние среднечастотной ударно-волновой терапии на уровень белков острой фазы воспаления при экспериментальном аллергическом артрите Касимова Г.М., Утемуратов Б.Б., Рахматуллаев Х.У., Шарипова Р.М.	77
Эволюция коморбидных состояний и хроническая склеротическая болезнь Кац Я.А., Скрипцова С.А.	78
Кардиогенные факторы и маркеры риска развития внезапной аритмической смерти у сердечно-сосудистых больных Кириллов В.В.	78
Определение уровня гомоцистеина у пациентов с метаболическим синдромом и неалкогольной жировой болезнью печени Кичигина О.Н., Голубева Т.И., Трошина И.А.	79
Уровень провоспалительных цитокинов у больных с метаболическим синдромом и неалкогольной жировой болезнью печени в зависимости от стадии фиброза Кичигина О.Н., Голубева Т.И., Трошина И.А., Медведева И.В.	79
Количественная оценка коморбидности у пациентов с ХОБЛ Клестер Е.Б., Клестер К.В., Боронина Е.А.	80
Инфекционный эндокардит в общетерапевтической практике: современное состояние проблемы Клестер Е.Б., Клестер К.В., Данилова М.В., Бердюгина А.	80
Ассоциации функции внешнего дыхания и когнитивных нарушений Ковалькова Н.А., Рагино Ю.И., Шишкин С.В., Воевода М.И.	80
Этнические аспекты персонализированной медицины Колесников С.И., Колесникова Л.И., Даренская М.А., Гребенкина Л.А., Баирова Т.А., Мадаева И.М.	81
Опыт применения комбинации урсосан+зубикор в лечении билиарной недостаточности у лиц с ПХЭС на фоне метаболического синдрома Колпакова Н.В., Шестакова Н.В.	81
Результаты лечения инфликсимабом анкилозирующего спондилоартрита Комаров В.Т., Девина О.В., Никишина А.Ю., Носанова М.Н., Хичина Н.С.	82
Эффективность дистанционного мониторинга пациентов с повышенным уровнем артериального давления: результаты проспективного исследования Комков Д.С., Бойцов С.А., Топоркова В.В., Горячкин Е.А.	82
Эффективность липидкорректирующей терапии с применением аторвастатина у больных ИБС Корнилов Л.Я., Мишина И.Е., Гудухин А.А., Мазанко О.Е., Архипова С.Л., Калинина Н.Ю.	83
Практика применения критериев Сизтла при выявлении жизнеугрожающих состояний у молодых спортсменов Королёва Л.Ю., Ермаков Д.И.	83
Сахарный диабет 2 типа как фактор риска развития ХОБЛ Королик О.Д., Морозова Т.А., Некрасова С.П., Хортиева С.С.	84
Анализ вариабельности ритма сердца в зависимости от выявления кардиоваскулярной патологии Корягина Н.А., Петрищева А.В., Василец Л.М., Туев А.В., Щекотов А.В.	85
Концентрация лептина у больных сахарным диабетом 2 типа и подагрой Косарева О.В., Цанова И.А., Вербовой А.Ф.	85
Роль изменения уровня цинка у пациентов с гипертонической болезнью Котова Ю.А., Зуйкова А.А., Пашков А.Н., Красноручкая О.Н.	85
Оптимизация антигипертензивной терапии применением фиксированной комбинации эналаприла с нитрендипином (препарат «Энанорм») Крючкова О.Н., Лутай Ю.А., Турна Э.Ю.	86
Долгосрочная динамика артериального давления у больных с артериальной гипертензией первой степени Кубышкин В.Ф., Мангилева Т.А., Гафарова Н.Х.	87
Дисфункциональные расстройства билиарного тракта и билиарный сладж. Современный взгляд на проблему диагностики и профилактики холелитиаза Куделькина Н.А., Елисеев А.В.	87
Лечение пиелонефрита у беременных Кульдагова С.Х., Багаева С.Н.	88

К вопросу о реноваскулярной гипертензии (клинико-морфологические исследования) Кульдагова С.Х., Багаева С.Н.	88
Анафилактический шок (клинико-морфологическое исследование) Кульдагова С.Х., Багаева С.Н.	89
Влияние беременности на эффективность пробы вальсальвы, однократного приема пропанорма и их сочетания при пароксизмах реципрокной ортодромной тахикардии Куряева А.М., Дятлов Н.Е., Рахматуллов Ф.К., Рахматуллов Р.Ф., Бурмистрова Л.Ф.	89
Исследование влияния интрелейкина-3 на эритропоэз у пациентов с хронической болезнью почек 5Д стадии Лапина Е.С., Батюшин М.М., Сарвилина И.В.	90
Приверженность к медикаментозному лечению больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью Ларина В.Н., Карпенко Д.Г.	90
Острая декомпенсация хронической сердечной недостаточности и вариабельность QT Ларионова Н.В., Шугов А.М., Мензоров М.В.	91
Клиническая эффективность бисфосфонатов в комплексной терапии пациентов остеоартрозом с метаболическим синдромом Лахин Д.И.	91
Случай тяжелого течения дерматомиозита Ободзинская Т.Е., Соболева В.Н., Машукова Ю.М., Волов Н.А., Кокорин В.А.	92
Антитела к кардиолипину как маркеры антифосфолипидного синдрома при хронических гепатитах и циррозах печени Левитан Б.Н., Левитан М.Е.	92
Анализ влияния диастолической дисфункции левого желудочка на показатели распределения водных сред организма у пациентов с острым коронарным синдромом Левицкая Е.С., Батюшин М.М., Головинова Е.О., Гульченко В.В., Хрипун А.В.	93
Особенности психологического статуса как предиктор эффективности антигипертензивной терапии Легконогов А.В., Соколовская Е.А.	93
Структурная патология сердца и синдром «спортивного сердца» у спортсменов различной квалификации Легконогов А.В., Соколовская Е.А.	94
Особенности течения хронической обструктивной болезни легких, влияющие на развитие фибрилляции предсердий Леонова Е.И., Шехян Г.Г., Задионченко В.С., Адашева Т.В.	95
Отдаленная эффективность радиочастотной абляции при различных вариантах персистирующей мерцательной аритмии Лещанкина Н.Ю., Чекашкина Е.Е., Назаркина М.Г., Еремеева Е.Н.	95
Стратификация риска инсульта и кровотечений у больных с фибрилляцией предсердий врачами разных специальностей Линчак Р.М., Недбайкин А.М., Компаниец О.Г., Комков Д.С., Борискина Е.А.	96
Каким оральным антикоагулянтам для профилактики инсульта у больных с фибрилляцией предсердий отдадут предпочтение врачи разных специальностей? Линчак Р.М., Недбайкин А.М., Компаниец О.Г., Комков Д.С., Борискина Е.А.	96
Уровень вазоактивных молекул в динамике лечения больных с АГ Логаткина А.В., Собченко А.А., Бондарь С.С., Терехов И.В.	96
Возможности физических тренировок в коррекции дисфункции правого желудочка сердца у больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью Ломакина Н.А., Кондакова Г.Б.	97
Структура коморбидных профилей у пациентов с атеросклерозом брахиоцефальных сосудов Лузина Т.В., Урванцева И.А., Ефимова Л.П., Милованова Е.В.	97
Особенности манифестации и течения системной красной волчанки Лушпаева Ю.А., Витик А.А., Гвоздева Д.Д.	98
Особенности периферического кровообращения у практически здоровых женщин в до- и постменопаузальном периоде Магкаева О.В., Автандилов А.Г.	98
Аскаридоз в практике терапевта. Клинический случай Мадоян М.А.	99

Выявление и оценка рисков развития атеросклеротических изменений сосудов у пациенток с синдромом постовариоэктомии в зависимости от коррекции хирургической менопаузы Майчук Е.Ю., Воеводина И.В., Передерко А.В.	100
Роль факторов риска в ремоделировании сосудистого русла Макеева Т.Г., Потехин Н.П., Фурсов А.Н., Заславская М.А., Гурина А.М.	100
Оценка функциональной значимости и степени развития коллатерального кровотока сердца Малов А.А. Фейсханова Л.И.	100
Роль гипотензивной терапии у больных с геморрагическим инсультом Маль Г.С., Хамед А.А., Кувшинова Ю.А.	101
Комплексное лечение остеоартроза коленных суставов с включением локальной стероидной терапии Маманазарова Д.К., Искандерова С.Дж.	101
Анализ назначения двойной дезагрегантной терапии участковыми терапевтами и кардиологами амбулаторно-поликлинического звена больным, перенесшим острый инфаркт миокарда в период одного года и менее в рамках регистра РЕКВАЗА Марцевич С.Ю., Загребельный А.В., Лукьянов М.М., Якушин С.С., Воробьев А.Н., Переверзева К.Г., Бойцов С.А.	102
Оценка вероятности неблагоприятного исхода хронической сердечной недостаточности у больных артериальной гипертензией пожилого возраста Медведев Н.В.	102
Роль эритропоэтина сыворотки крови в ранней диагностике и прогнозировании острого повреждения почек у больных с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности Мензоров М.В., Шутов А.М., Макеева Е.Р., Ларионова Н.В., Морозова И.В., Голубчиков А.Ю.	103
Использование N-концевого предшественника мозгового натрийуретического гормона (NT-proBNP) сыворотки крови для ранней диагностики и прогнозирования острого повреждения почек у больных с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности Мензоров М.В., Шутов А.М., Макеева Е.Р., Ларионова Н.В., Шевченко С.В., Бубнова Т.В.	104
Предикторы падений и переломов у женщин пожилого возраста с остеопорозом Мешалкина Л.Ю., Ли Е.Д.	104
Дисметаболическое состояние при острой коронарной недостаточности в оценке ее течения и прогноза Михайлис А.А.	105
Комплексная терапия больных язвенной болезнью желудка с применением магнитолазерной терапии Михеева Е.С., Никитин А.В., Малиюков Д.А.	105
Эффективность терапии остеопороза бисфосфонатами в комбинации с активными метаболитами витамина д у больных ревматоидным и псориатическим артритом Мишина Ю.В., Горбатов М.Ф., Барсукова Н.А.	106
ЭХОКГ в оценке кардиального риска при абдоминальных операциях Мозжухина Н.В., Чомахидзе П.Ш., Полтавская М.Г.	107
Коррекция сахарного диабета 2 типа у пациентов с печеночной недостаточностью Моргунов Л.Ю.	107
Ремоделирование миокарда у пациентов с сахарным диабетом 1 типа и артериальной гипертензией Моргунов Л.Ю.	107
Влияние терапии гелем тестостерона на факторы риска кардиоваскулярной патологии у пожилых мужчин с андрогенным дефицитом Моргунов Л.Ю.	108
Структурно-функциональные изменения миокарда левого желудочка у больных с впервые выявленным сахарным диабетом 1 типа, осложненным кетоацидозом Муха Н.В., Говорин А.В., Перевалова Е.Б., Суворова Т.В.	108
Эхокардиографические критерии диастолической дисфункции левого желудочка у больных сахарным диабетом 1 типа, осложненным кетоацидозом Муха Н.В., Говорин А.В., Перевалова Е.Б., Филев А.П., Цырендоржиева В.Б.	108
Психологические особенности проявлений агрессивности у больных ревматоидным артритом Мякишев М.В., Грехов Р.А., Рогаткина Т.Ф., Красильников А.Н., Хортиева С.С., Левкина М.В.	109
Гендерные аспекты нарушений сна больных с ишемической кардиомиопатией Мясоедова Е.И., Сарбасов Г.И., Копнин И.Г.	109

Совершенствование методики выявления и коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в центре здоровья Найденова Н.Е.	110
Современные возможности методов дуплексного сканирования с цветным картированием кровотока и соноэластографии вен нижних конечностей в ранней диагностике тромбозов глубоких вен Ненарочнов С.В., Куделькина Н.А., Новикова Я.В.	110
Роль провоспалительных цитокинов и нарушений липидного обмена у пациентов с нарушениями углеводного обмена Нефедова А.Б., Хасанова Ю.В., Нелаева А.А., Южакова А.Е.	111
Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц молодого возраста Никитин А.В., Васильева Е.М., Булат А.А., Жемчужников С.В.	111
Структурные и функциональные особенности миокарда у больных ревматоидным артритом в зависимости от эффективности противовоспалительной терапии Никитина Н.М., Афанасьев И.А., Романова Т.А., Лукьянова Л. В., Ребров А.П.	112
Влияние уровня тиреотропного гормона на состояние фильтрационной функции почек у больных первичным гипотиреозом в сочетании с артериальной гипертензией Николаева А.В.	112
Участие антигенов системы HLA класса I в развитии псориатического артрита Нуриждинова С.К., Алиахунова М.Ю., Хакимова Р.А., Исламова Д. Н.	113
Профилактика кардиоваскулярных осложнений у женщин пожилого возраста с эстрогендефицитным состоянием Нурмухамедов А.И., Абдуллаев А.Х., Туляганова Д.К.	113
Оценка роли биомаркеров стресс-реализующих систем и липидного спектра крови в разных возрастных группах Ойроткинова О.Ш., Ермакова Е.Ю., Емельянов В.В., Поддубская Е.А., Шкловский Б.Л., Бакшеев В.И., Литвиненко А.А., Никулин А.И.	114
Роль психотропной и антиоксидантной терапии в реабилитации кардиохирургических пациентов Ойроткинова О.Ш., Паценко М.Б., Шкловский Б.Л., Бакшеев В.И., Баранов А.П., Кушнарева Ю.Б., Корниенко Е.А.	114
Оценка С-пептида предиктора сердечно-сосудистых осложнений при инсулинорезистентности у пациентов с метаболическим синдромом Ойроткинова О.Ш., Шкловский Б. Л., Паценко М.Б., Бакшеев В.И., Баранов А.П., Кушнарева Ю.Б., Карнеев Е.А.	115
Частота выявления психоэмоциональных расстройств у больных активным ревматоидным артритом Октябрьская И.В., Беляева И.Б., Ташлыков В.А.	115
Влияние остеопороза на течение остеоартроза и при его сочетании с сахарным диабетом 2 типа Олейник М.А., Журавлева Л.В.	116
Корреляция показателей сосудистой стенки общей сонной артерии по данным ультразвукового исследования методом эхотрекинг у больных ишемической болезнью сердца Олейников В.Э., Гусаковская Л.И., Мельникова Е.А., Хромова А.А.	117
Изменение резерва вегетативного обеспечения у больных артериальной гипертензией, ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа Ораева Б.Н., Ходжакулиев Б.Г.	117
Уровень тревожности у больных анкилозирующим спондилитом под влиянием хрономанитотерапии Оросс И.В., Ненашева Н.В., Черкашина И.В., Александров А.В., Никитин М.В.	117
Сравнительная оценка распространенности различных форм диабетической полинейропатии в амбулаторно-поликлинической практике Осепьянц В.Г., Санеева Г.А., Карпов С.М.	118
Артериальная гипертензия и сердечно-сосудистые осложнения при ревматоидном артрите Осипова И.В., Стародубова Ю.Н., Сопотова И.В.	119
Кардиоваскулярный риск у женщин с высокой активностью ревматоидного артрита Осипова И.В., Стародубова Ю.Н., Сопотова И.В.	119
Значимость различных неинвазивных критериев в диагностике миокардита: сопоставление с биопсией миокарда Осипова Ю.В., Благова О.В., Недоступ А.В., Коган Е.А., Сулимов В.А.	120
Клиническое течение сочетанной кардиопульмональной патологии в зависимости от программы ведения пациентов Павленко В.И., Нарышкина С.В.	120
Изучение спектра сенсibilизации больных аллергическим ринитом по данным лабораторного исследования уровня специфического иммуноглобулина Е Панина А.А., Белан Э.Б.	121

Суточные профили сосудистой ригидности и центрального аортального давления у коморбидных больных	
Панченкова Л.А., Хамидова Х.А., Шелковникова М.О., Юркова Т.Е., Рассудова Н.В., Устинова М.Р., Зиновьева С.Ю., Казанцева Е.Э., Бычкова Е.В.	121
Клинико-лабораторные особенности и цитокиновый профиль при псориатическом артрите	
Паньшина Н.Н., Шилова Л.Н., Красильников А.Н., Рогаткина Т.Ф.	122
Взаимосвязь показателей липидного спектра и секреции инсулинпродуцирующих клеток у больных сахарным диабетом 2 типа в зависимости от его длительности	
Парамонова О.В., Коренская Е.Г., Черкесова Е.Г., Бондаренко Е.А.	122
Полиморфизм T174M гена ангиотензиногена у больных артериальной гипертензией и бронхообструктивной патологией	
Пахомя Н.С., Урясьев О.М.	123
Липидный профиль, артериальное давление и частота сердечных сокращений: интеграции, современные взгляды	
Пелло Е.В., Кузнецова Т.В., Никитин Ю.П., Staessen J.A.	123
Оптимизация диспансеризации жителей Крайнего Севера	
Петров И.М., Шоломов И.Ф., Петрова Ю.А., Исаев Я.В., Медведева И.В.	124
Оценка переносимости физической нагрузки и особенности реабилитационного потенциала лиц с постинфарктным кардиосклерозом на фоне абдоминального ожирения	
Петрова Е.Б., Митьковская Н.П., Статкевич Т.В., Авдей Л.Л., Прибыльская В.В., Шкребнева Э.И., Скороход М.М.	124
Сравнительный анализ продолжительности артрита и воспаления суставов у пациентов с подагрой и нефролитиазом в Якутске	
Петрова М.Н.	125
Прогнозирование повторного инфаркта миокарда	
Пинчук А.Ф., Митьковская Н.П., Статкевич Т.В., Балыш Е.М.	126
Характеристика процессов липидпероксидации и неспецифической ферментативной антиоксидантной защиты у больных железодефицитной анемией на фоне лечения карбоксимальтозатом железа	
Платицын В.А., Юмачиков А.Н., Платицына С.В., Медведева И.В.	126
Особенности когнитивных нарушений при артериальной гипертензии у больных с пострадиационной хронической ишемией мозга	
Подсонная И.В., Ефремушкин Г.Г.	127
Патогенетическая роль факталькинемии в ремоделировании миокарда при артериальной гипертензии	
Полунина Е.А., Тарасочкина Д.С., Полунина О.С., Севостьянова И.В., Гусейнов Г.Т.	127
Антибактериальная терапия инфекционного эндокардита: рекомендации и реальная практика	
Пономарева Е.Ю.	128
Обоснование ограничения приема поваренной соли у больных как важнейшего метода первичной и вторичной профилактики артериальной гипертензии	
Поселюгина О.Б.	129
Цереброкардиальный синдром при ишемическом инсульте	
Прекина В.И., Самолькина О.Г., Ефремова О.Н., Есина М.В.	129
Прогностическая оценка эндотелиальной дисфункции и состояние эпикардального жира у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ	
Прибылов С.А., Прибылова Н.Н., Шабанов Е.А., Махова О.Ю.	129
Окончательный сравнительный анализ динамики температурной реакции в раннем поствакцинальном периоде при применении конъюгированной и полисахаридной пневмококковых вакцин у пациентов с бронхиальной астмой	
Протасов А.Д., Костинова Т.А.	130
Окончательный сравнительный анализ безопасности применения конъюгированной и полисахаридной пневмококковых вакцин у пациентов с бронхиальной астмой (общее состояние и местные реакции)	
Протасов А.Д., Костинова Т.А.	130
Системные реакции в раннем поствакцинальном периоде при применении конъюгированной и полисахаридной пневмококковых вакцин у пациентов с бронхиальной астмой (окончательный анализ)	
Протасов А.Д., Магаршак О.О.	131
Анализ серьезных нежелательных явлений в течение года после применения конъюгированной или полисахаридной пневмококковых вакцин у пациентов с бронхиальной астмой	
Протасов А.Д., Пахомов Д.В.	131
Патогенетические риски у пациентов с ХОБЛ стадии В (GOLD 2014)	
Пустоветова М.Г., Чикинев Ю.В., Пионтовская К.А., Дробязгин Е.А., Самсонова Е.Н.	132

Эндотелиальные факторы в патогенезе спонтанного пневмоторакса и буллезной болезни легких Пустоветова М.Г., Чикинев Ю.В., Пионтковская К.А., Дробязгин Е.А., Самсонова Е.Н.	132
Изучение факторов риска для здоровья человека Рашид М.А., Аринина Е.Е., Угрехелидзе Д.Т., Ягудина Р.И., Хабриев Р.У.	133
Сравнительная оценка антиишемической, кардиопротективной и эндотелиопротективной эффективности стандартной терапии ИБС с включением никорандила и изосорбида динитрата Резванова Ю.А., Адамчик А.С.	133
Формирование метаболического синдрома у пациентов с нарушенной чувствительностью к инсулину (итоги пятилетнего наблюдения) Ройтберг Г.Е., Дорош Ж.В., Шархун О.О.	134
Оценка эффективности гипотензивной терапии методом суточного мониторирования у лиц с метаболическим синдромом Ройтберг Г.Е., Сланикова И.Д.	135
Глобальная продольная деформация левого желудочка у больных алкогольным циррозом печени Романова В.А., Гончаров А.С., Аришева О.С., Гармаш И.В., Моисеев В.С.	135
Оценка структурно-функциональных изменений миокарда у больных в зависимости от тяжести алкогольного цирроза печени Романова В.А., Гончаров А.С., Аришева О.С., Гармаш И.В., Моисеев В.С.	136
Ремоделирование эластиновых волокон в меди грудного и брюшного отделов аорты при трех вариантах хронического стресса в эксперименте Рубанова М.П., Вебер В.Р., Лобзин Ю.В., Губская П.М., Карев В.Е., Жмайлова С.В., Атаев И.А., Румянцев Е.Е.	136
Риск переломов и падений и эффективность его коррекции у пациентов ревматоидным артритом Рубцова О.А., Мясоедова С.Е., Корягина Н.В., Васильева Н.В.	136
Сывороточные уровни TGF β у пациентов с синдромом марфана и «серологическая томография аорты» Рудой А.С., Урываев А.М.	137
Оценка профибротических иммуногистохимических показателей в слизистой оболочке желудка у пациентов с синдромом марфана Рудой А.С., Урываев А.М.	138
Профибротические иммуногистохимические показатели в слизистой оболочке желудка у пациентов с синдромом марфана Рудой А.С., Урываев А.М.	138
Особенности изменений внеклеточного матрикса меди грудного и брюшного отделов аорты крыс линии Вистар при моделировании хронического холинергического стресса Румянцев Е.Е., Вебер В.Р., Рубанова М.П., Губская П.М., Прошина Л.Г., Карев В.Е., Жмайлова С.В., Атаев И.А.	139
Особенности нарушений функции почек у больных сахарным диабетом 2 типа пожилого возраста Рунова А.А., Жулина Н.И., Веселкова М.В., Калининкова Л.А., Шамова С.А.	139
Суточный профиль артериального давления у больных с хроническими диффузными заболеваниями печени Савельева Т.В., Чернышова Т.Е., Эшмаков С.В.	140
Состояние духовного здоровья больных людей на курорте Савченко В.М., Федоркина О.А., Шилина Д.А.	140
Опыт применения найзилата в лечении пациентов с анкилозирующим спондилитом Сагитова Э.Р., Багирова Г.Г.	141
Частота выявления антител к Ro/SS-A и La/SS-B среди больных аутоиммунным гепатитом для диагностики синдрома Шегрена Сагынбаева В.Э., Лазебник Л.Б.	142
Влияние адалимумаба на титр антител к Yersinia enterocolitica у больных болезнью Крона Сагынбаева В.Э., Лазебник Л.Б.	142
Лекарственное средство на основе панкреатической дезоксирибонуклеазы Сальникова С.А., Мельникова Я.В., Дмитриева А.М., Фарбер Н.А., Арсениев Н.А., Глазова Н.В.	142
Сравнение влияния комбинаций препаратов эпросартана в сочетании с индапамидом и хинаприла в сочетании с индапамидом на суточный профиль артериального давления у больных гипертонической болезнью 2–3 степени Самойленко Т.Н.	143
Клиническая эффективность хинаприла в сочетании с индапамидом у больных гипертонической болезнью Самойленко Т.Н., Маркова Л.И.	143

Распространенность дефицита витамина D и его клиническое значение при синдроме гипермобильности суставов Санеева Г.А.	144
Влияние комбинированной терапии на качество жизни пациенток с различными подтипами остеоартроза суставов кистей Сарапулова А.В., Теплякова О.В.	144
Ревматоидный артрит и венозные тромбоэмболические осложнения Сатыбалдыева М.А., Середавкина Н.В., Кашникова Л.Н., Семенова М.Н., Решетняк Т.М.	145
Особенности развития инсулинорезистентности у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой груди Сахин В.Т., Гордиенко А.В., Сотников А.В.	146
Клиническое значение и распространенность глюкокортикоидной недостаточности коры надпочечников у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой груди Сахин В.Т., Гордиенко А.В., Сотников А.В.	146
Профилактика кардиотоксичности антрациклиновых антибиотиков у больных лимфопролиферативными заболеваниями Сванадзе А.М., Потешкина Н.Г.	147
Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура: трудный диагноз Сентякова Т.Н., Кузнецова Е.О., Савинова Н.И., Гричанова Е.С., Афонькина М.Н.	147
Динамика параметров функции эндотелия у больных сахарным диабетом 2 типа по данным потоковзависимой вазодилатации на фоне СРАР-терапии Сергацкая Н.В., Гусаковская Л.И., Борисова Н.А.	148
Распространенность предгипертензии и оценка кардиоваскулярного риска у лиц молодого возраста Силкина С.Б., Антропова О.Н.	148
Случай глюкагономы поджелудочной железы Симоненко А.В., Дулин П.А., Симоненко В.Б., Маканин М.А., Джанашия Е.А.	149
Роль гиперурикемии в развитии и прогрессировании хронической болезни почек при ревматоидном артрите Симонова Н.О., Гордеев А.В.	149
Микроциркуляторное русло у прекративших курить практически здоровых лиц молодого возраста Сиротин Б.З., Корнеева Н.В.	150
Клинико-патоморфологическая характеристика острого повреждения почек в контексте системной воспалительной реакции при инфаркте миокарда на госпитальном этапе Скородумова Е.А., Костенко В.А., Ильина В.А., Пивоварова Л.П., Малышев М.Е., Арискина О.Б., Осипова И.В., Сиверина А.В., Федоров А.Н.	150
Изучение особенностей течения инфаркта миокарда у пациентов с гипергликемией Смирнова Е.С., Митьковская Н.П.	151
Взаимосвязь уровня гемоглобина, креатинина, мочевины, показателей липидного спектра и параметров эхо-кардиоскопии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с диастолической дисфункцией левого желудочка Смирнова М.П., Чижов П.А.	152
Анализ эффективности различных видов заместительной почечной терапии при лечении больных терминальной хронической почечной недостаточностью Смородина Е.И., Путинцев Д.В., Приходько О.Б., Сатурова М.В.	152
Лизиноприл и инволютивная модуляция NO-регуляции агрегации тромбоцитов и антиагрегационной активности сосудистой стенки у больных гипертонической болезнью Соболева Н.И., Горшунова Н.К.	153
Гендерные особенности структуры метаболического синдрома у пациентов с ишемической болезнью сердца Соловьева А.В.	154
Опыт ведения регистра пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки Соловьева Н.В., Трошина И.А.	154
Особенности распространения генотипов <i>Helicobacter pylori</i> , <i>cagA</i> , <i>vacA</i> , <i>iceA</i> , <i>babA</i> у пациентов с хроническим гастритом Соловьева Н.В., Трошина И.А.	155
Лимфома Ходжкина в амбулаторной практике Солодовник А.Г., Мозес К.Б., Алексеева З.М., Никулина О.М.	155
Артериальная гипертензия при раннем ревматоидном артрите у женщин Стародубова Ю.Н., Осипова И.В., Сопотова И.В.	155

Выбор антигипертензивной терапии у больных сахарным диабетом 2 типа: фокус на кардио-нефропротекцию Стаценко М.Е., Деревянченко М.В.	156
Коррекция дисфункции эндотелия – важная цель антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа Стаценко М.Е., Деревянченко М.В.	156
Влияние регулярного употребления молочнокислых продуктов на уровень стресса, тревоги, депрессии и качества жизни у пациентов с синдромом раздраженного кишечника Сторожек М.А.	157
Оценка тяжести течения хронической сердечной недостаточности у больных ишемической болезнью сердца в зависимости от наличия сахарного диабета 2 типа Суспицын А.Е., Синеглазова А.В.	157
Химические агенты промышленного производства как факторы риска развития патологии углеводного и липидного обменов у работников химического предприятия Тараненко Л.А., Малютин Н.Н.	158
Сахарный диабет 2-го типа: электрическая нестабильность миокарда при диастолической сердечной недостаточности Татарченко И.П., Денисова А.Г., Позднякова Н.В., Морозова О.И.	158
Повышение репаративного потенциала клеток цельной крови здоровых лиц с помощью низкоинтенсивного электромагнитного излучения частотой 1000 МГц Терехов И.В., Бондарь С.С., Войтенкова Т.А.	159
Соматическая коморбидность у больных с ожоговой болезнью Тимашева Г.Д., Ялалова Г.И.	159
Гендерные особенности суставного синдрома у лиц молодого возраста с дисплазией соединительной ткани Тихомирова Н.Ю., Елисеева Л.Н.	160
Особенности церебральной гемодинамики у женщин пожилого и старческого возраста Токмаков Р.П., Голованова Е.Д.	160
Особенности пищевого поведения при гипертонической болезни у лиц пожилого возраста в зависимости от наличия алекситимии Третьяков С.В.	161
Рискометрия венозного тромбоза при артериальной гипертензии у лиц среднего и пожилого возраста Третьяков С.В.	161
Цитокиновый статус и фактор роста сосудистого эндотелия у пациентов с язвенным колитом Третьякова Ю.И., Щекотов В.В.	162
Коррекция метаболических нарушений слизистой оболочки желудка внутри и в окружении язвенного дефекта Трубицына И.Е., Смирнова А.В., Тимен Л.Я., Абдулатипова З.М.	162
Кардиоваскулярный риск и структура сердечно-сосудистых факторов риска среди населения центрального Казахстана Тургунова Л.Г., Баешева Т.А., Нильдибаева Ф.У., Марченко А.	163
Комплексный подход в оценке хронической боли при остеоартрозе (ОА) коленного сустава Туровская Е.Ф., Алексеева Л.И., Филатова Е.Г.	164
Пищевые и лекарственные растения традиционных антидиабетических рецептов России, Беларуси и Украины – перспективные источники микронутриентов для специализированных пищевых продуктов с модифицированным углеводным профилем Тутельян В.А., Киселева Т.Л., Кочеткова А.А.	164
Эффективность ингибитора интерлейкина 1 артродарина в терапии остеоартроза коленных и тазобедренных суставов Удовика М.И.	165
Прогнозирование индивидуального риска формирования артериальной гипертензии у больных хронической обструктивной болезнью легких Уклистая Т.А., Полунина О.С., Уклистая Е.А.	166
Резистентность липопротеинов низкой плотности к окислению и уровень оксида азота у пожилых больных артериальной гипертензией на фоне неспецифического эндогенного воспаления Украинцева Д.Н., Горшунова Н.К.	166
Определение взаимосвязи между окружностью талии и течением гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью Унанова И.А., Андреева Е.И., Андреева Е.А., Карслиева М.В.	167
Уровни тревожности и депрессии у больных с острым миелоидным лейкозом и хроническим миелолейкозом Ураков К.З., Мельникова В.Ю., Ганиева М.П., Нуралиева М.Д.	167

Геморрагический синдром у больных острым миелобластным лейкозом Ураков К.З., Ходжиева Г.Б., Шамсов А.Т., Хасанов Д.М.	168
Оценка протективного влияния карнитина хлорида на функциональное состояние митохондрий кардиомиоцитов крыс в условиях L-NAME индуцированного дефицита синтеза оксида азота (II) Урьясов О.М., Звягина В.И., Бельских Э.С., Медведев Д.В.	168
Влияние коррекции сниженного уровня витамина D на динамику артериального давления у пациентов с гипертонической болезнью, ожирением и дефицитом витамина D Филатова Т.Е., Низов А. А., Давыдов В.В.	169
Органические и электрофизиологические изменения миокарда у лиц высокого риска в популяции трудоспособного населения Рязанской области (по данным исследования МЕРИДИАН-РО) Филиппов Е.В., Якушин С.С.	169
Особенности гемодинамики у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца с сахарным диабетом 2 типа Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г.	169
Показатели тревоги и депрессии у лиц, подверженных активному табакокурению Фролова А.К., Шоломов И.Ф., Фролова О.И., Карамова Ф.А., Петров И.М., Пушников А.А.	170
Клиническое значение показателей комплекса «интима-медиа» у лиц с высоко нормальным уровнем артериального давления с позиций факторного анализа Фурсов А.Н., Потехин Н.П., Макеева Т.Г., Шаронова С.П., Заславская М.А., Гурина А.М.	171
Риск развития побочных эффектов базисной терапии на органы пищеварения у детей с ювенильным ревматоидным артритом Халдарбекова М.А., Каримова М.Н.	171
Анализ состояния брахиоцефальных артерий у больных с системной склеродермией в сопоставлении с изменением функциональных легочных тестов Харькова А.Н., Синеглазова А.В., Несмеянова О.Б.	172
Взаимосвязь структуры желудочковых аритмий и геометрического ремоделирования сердца при артериальной гипертонии Хозяинова Н.Ю., Царева В.М., Петрущенкова О.В., Лукаш Ю.В., Романченко Н.В.	172
Антиоксидантная терапия в лечении цереброкardiaльной патологии Хохлова Л.Н., Чегодаева Л.В., Кочеткова Н.В., Бекишева М.Г., Скоробогатова Л.Н.	172
Анализ ревматологической заболеваемости взрослого населения Ставропольского края Хрипунова А.А., Хрипунова И.Г., Георгиева Е.Н.	173
Обеспечение пациентов ревматологического профиля генно-инженерными биологическими препаратами в Ставропольском крае Хрипунова И.Г., Хрипунова А.А.	174
Уровень адипонектина у больных сахарным диабетом 2 типа и подагрой Цанава И.А., Вербовой А.Ф.	174
Содержание резистина и эхокардиографические показатели у больных сахарным диабетом 2 типа и подагрой Цанава И.А., Вербовой А.Ф., Кузнецова Е.В.	175
Структура нарушений ритма сердца у беременных в Республике Мордовия Чекашкина Е.Е., Лещанкина Н.Ю., Назаркина М.Г.	175
Особенности ультразвукового исследования щитовидной железы у больных бронхиальной астмой смешанного генеза при различных течениях заболевания в период обострения Черенкова О.В., Доринская М.Я.	176
Биопсихосоциальная оценка здоровья и эмоционального выгорания врачей Удмуртии в эпоху перемен (1992–2015) Чернышова Т.Е., Зыкина С.А., Реверчук И.В.	176
Прогнозирование эффективности реабилитации пациентов синдромом марфана Чернышова Т.Е., Сметанин М.Ю., Сабирзянова Э.Р., Пименов Л.Т.	177
Фармакотерапия наиболее распространенных заболеваний при беременности в практике врача терапевта по результатам Всероссийского фармакоэпидемиологического исследования «Эпидемиология лекарственных средств при беременности» (2-ой этап) Чухарева Н.А., Ушкалова Е.А., Ткачева О.Н., Карцева В.С., Есаян Р.М.	177
Анализ факторов риска и структурные особенности у пациентов с ишемическими повреждениями органов при отсутствии признаков стенозирующего атеросклероза Шабалина Е.А.	178

Факторы, ассоциированные со смертностью от инсульта в Российской популяции Шальнова С.А., Деев А.Д., Капустина А.В., Баланова Ю.А., Константинов В.В.	179
Ассоциации между ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией среди населения 55 лет и старше и их значение для смертности от всех причин и сердечно-сосудистых заболеваний Шальнова С.А., Деев А.Д., Капустина А.В., Баланова Ю.А., Константинов В.В., Муромцева Г.А., Туаева Е.М.	179
Об эффективности сандиммуна у больных с иммунной тромбоцитопенией Шамсов А.Т., Ураков К.З., Ходжиева Г.Б.	180
Риск сердечно-сосудистой патологии у работников железнодорожного транспорта в подростковом возрасте Шардина Л.А., Шевчук В.В., Кашкина Н.В.	180
Личностный тип Д, как маркер риска развития сердечно-сосудистой патологии у лиц молодого возраста: распространенность и связь с поведенческими особенностями Шевелева О.Е.	181
Эндотелиальная дисфункция и ее коррекция при субклиническом гипотиреозе Шевчук В.В.	181
Оценка и пути профилактики кардиоваскулярного риска у подростков в условиях йоддефицита Шевчук В.В., Вазиков И.Х., Кашкина Н.В.	182
Апелин, показатели функционального состояния и ультразвуковые изменения поджелудочной железы при сочетанном течении хронического панкреатита и сахарного диабета типа 2 Шеховцова Ю.А., Олейник М.А., Журавлева Л.В.	182
Серологические и морфологические маркеры системных васкулитов Шилкина Н.П., Панченко К.И., Дряженкова И.В.	183
Динамика болевых характеристик в процессе комплексного лечения пациентов с обострением хронической неспецифической цервикалгии Широкова Л.Ю., Мокроусова М.В., Якушев С.В., Малыгина Е.А.	183
Клинические, функциональные и молекулярные особенности хронической обструктивной болезни легких, сформировавшейся в условиях действия токсического аэрозоля Шпагина Л.А., Котова О.С., Герасименко О.Н., Кармановская С.А., Кузнецова Г.В.	184
Лечение острой сердечной недостаточности препаратом серелаксин у онкогематологических больных Шпагина Л.А., Паначева Л.А., Локтин Е.М., Кохно В.Н., Рукавицына А.А.	185
Васкулоэндотелиальный фактор роста сосудов и липокалин, как маркеры нефропатии у пациентов с артериальной гипертонией, ассоциированной с ожирением Шулькина С.Г., Смирнова Е.Н., Щекотов В.В.	185
Маркеры раннего повреждения нефрона у пациентов с артериальной гипертензией высокого риска Шулькина С.Г., щекотов В.В., Смирнова Е.Н., Антипова А.А.	186
Психоэмоциональный статус и отношение к болезни пациентов со стенокардией и инфарктом миокарда Щапова Н.Н., Арсеничева О.В., Омеляненко М.Г., Куликов Ю.А.	187
Фактор некроза опухоли-альфа, васкулоэндотелиальный фактор роста, гиалуроновая кислота и их гены при циррозе печени Щёкотов В.В., Щёкотова А.П., Булатова И.А., Кривцов А.В., Насибуллина Н.И., Падучева С.В.	187
Концепция развития перипартальной кардиомиопатии Ягода А.В., Гладких Н.Н., Знаменская И.А.	188
Дефекты ведения больных воспалительными заболеваниями кишечника Якубовская А.Г., Низов А.А., Колдынская Э.И.	188
Эффективность методики самоконтроля больными ревматоидным артритом активности заболевания Якушин С.С., Лыгина Е.В., Юрова Е.В., Багирова Г.Г., Савкина Н.П.	189
Связь заболеваний желудочно-кишечного-тракта с клиновидными дефектами зубов Янбулатова Г.Х.	189

Конкурс молодых терапевтов

Способ лечения метаболического синдрома Алексеева Н.С., Салмина-Хвостова О.И., Белобородова Е.В.	190
Оценка сосудистой дисфункции у больных ревматоидным артритом с помощью офтальмоскопии Анчугина Д.А., Бубликов Д.С.	190
Взаимосвязь функционального состояния почек и гипергомоцистеинемии у пациентов, перенесших ГЛПС Артамонова И.В., Мухетдинова Г.А., Мирсаева Г.Х., Фазлыева Р.М.	191
Место метаболических нарушений в патогенезе эндотелиальной дисфункции у населения Республики Хакасия Берсенёва О.А., Агеева Е.С., Россова Н.А.	191
Случаи дефицита концентрации лития в крови Беседин А.В., Беседина Е.А., Беседина Т.В.	192
Патогенетические подходы к коррекции андрогендефицита у мужчин фертильного возраста при ожирении Вазиков И.Х.	192
Биологические факторы риска хронических неинфекционных заболеваний и синдром тревоги и депрессии во взаимосвязи с уровнем лептина сыворотки крови в молодежной популяции Гаврилова Е.С., Яшина Л.М.	193
Дифференцированный подход к диагностике хронического болевого синдрома у больных ревматоидным артритом Громова М.А.	193
Особенности кардиоренальных взаимоотношений у больных артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом 2 типа Деревянченко М.В., Стаценко М.Е.	194
Скорость прогрессирования хронической болезни почек у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких Дудникова А.В., Болотова Е.В.	194
Исследование распространенности и коморбидности синдрома обструктивного апноэ во сне на амбулаторном приеме в практике сельского участкового терапевта Дуйкин Д.В., Маркин А.В.	195
Проблема коморбидности при хронической сердечной недостаточности Ефремова Е.В., Шутов А.М.	195
Предикторы развития почечной дисфункции у больных перенесших острый коронарный синдром Зайцева В.П., Буланов Н.М.	196
Параметры функционального состояния больных с острым коронарным синдромом, исследуемые с помощью комплекса «Омега-М» Коробова В.Н., Михин В.П.	197
Мониторинг индикаторов клинической эффективности мероприятий, направленных на снижение смертности от ССЗ (АГ и ИБС) в Республике Мордовия Козлов Е.Д., Куняева Т.А., Ямашкина Е.И., Селезнева Н.М.	197
Прогностическое значение острого повреждения почек при внебольничной пневмонии Кузовенкова М.Ю., Серов В.А., Шутов А.М., Гарагедян Ю.Т., Иванова Я.В., Старая М.М.	198
Особенности диагностики легочного васкулита у пациентов с системной красной волчанкой и антифосфолипидным синдромом Лейнеман Я.А., Мазуров В.И.	198
Клинико-функциональные характеристики хронической обструктивной болезни легких, влияющие на возникновение фибрилляции предсердий Леонова Е.И.	199
Профилактика факторов риска формирования метаболического синдрома как предиктора сердечно-сосудистой патологии у водителей Лешкова И. В., Пономарева Т.А., Воробьева А.А., Власова Е.М.	199
Влияние внутрисосудистого ультразвука на тромболитическую активность липосомальных форм стрептокиназы в эксперименте in vivo Лутик И.Л., Адзерихо И.Э., Владимирская Т.Э., Яцевич О.Н.	200
Сравнительная оценка тромболитической активности имунолипосомальных форм стрептокиназы в эксперименте in vivo Лутик И.Л., Адзерихо И.Э., Владимирская Т.Э., Яцевич О.Н.	201

Влияние сахарного диабета 1 и 2 типа на минеральную плотность костной ткани Мануленко В.В., Шишкин А.Н.	201
Побочные эффекты химиотерапии при хроническом лимфолейкозе Мысливцева А.В., Снежко И.В., Заика В.Г.	202
Ассоциации различных типов сахарного диабета с заболеваниями щитовидной железы у пациентов молодого возраста Овсянникова А.К., Рымар О.Д., Воевода М.И.	203
Необходимость ранней профилактики микрососудистых осложнений у пациентов с дебютом сахарного диабета в возрасте до 40 лет Овсянникова А.К., Рымар О.Д., Воевода М.И.	203
Коррекция статинами системного воспаления, оксидативного стресса и антиоксидантной защиты у больных хронической обструктивной болезнью легких Саморукова Е.И.	204
Исследование антибиотикорезистентности штаммов <i>Streptococcus pyogenes</i> , выделенных от пациентов с тонзиллофарингитом, за период 2011–2015 гг. Соколов Н.С., Отвагин И.В., Козлов Р.С.	204
Прогностическое значение полиморфизма генов липидного обмена у пациентов, перенесших инфаркт миокарда Солодун М.В., Якушин С.С.	205
Коррекция воспалительного процесса путем применения ингибитора интерлейкина-1 в комплексном лечении вторичного остеоартроза у больных ревматоидным артритом Стародубцева И.А.	205
Влияние полиморфизма CYP2C9 на профиль эффективности, безопасности, особенности режима дозирования варфарина у представителей народности саха и русских, проживающих в Республике Саха (Якутии) Чертовских Я.В., Максимова Н.Р., Малова Е.Ю., Попова Н. В., Сычёв Д.А.	206
Сравнительная эффективность усредненной и традиционной ЭКГ по оценке динамики индексов гипертрофии левого желудочка у больных артериальной гипертензией на фоне антигипертензивной терапии Чиндарева О.И.	206
Анализ факторов риска и структурные особенности генных полиморфизмов у пациентов с ишемическими повреждениями органов при отсутствии признаков стенозирующего атеросклероза Шабалина Е.А., Анисенкова А.Ю.	207
Влияние комплексной терапии омега-3-полиненасыщенными жирными кислотами на аритмическую активность сердца у больных острым инфарктом миокарда Швейнов А.И., Михин В.П.	207
Оценка конечных точек у больных, перенесших инфаркт миокарда Юсупов Д.М., Пулатов О.Я., Камилова У.К.	208
Значение роли воспаления в процессе развития легочной гипертензии в эксперименте Яцевич О.Н., Адзериho И.Э., Семенова Г.Н., Шерстюк Г.В., Владимирская Т.Э.	208

ДЛЯ ЗАМЕТОК

[illegible]

Генеральный спонсор



Официальные спонсоры



Спонсор Lounge-зоны



Спонсоры Конкурса молодых терапевтов



НИАРМЕДИК

ГЕДЕОН РИХТЕР

Спонсор регистрации



Специальный партнер



Генеральные информационные партнеры

МЕДИЦИНСКИЙ
ВЕСТНИК

iDOCTOR





115
лет

со дня рождения
В.Ф. Зеленина

- 18-19 февраля, **Ижевск** XXII Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.izhevsk2016.rnmot.ru
- 31 марта - 1 апреля, **Тула** XXIII Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.tula2016.rnmot.ru
- 21-22 апреля, **Краснодар** XXIV Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.krasnodar2016.rnmot.ru
- 19-20 мая, **Ставрополь** III Съезд терапевтов Северо-Кавказского федерального округа РНМОТ
www.stavropol2016.rnmot.ru
- 26-27 мая, **Ярославль** XXV Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.yaroslavl2016.rnmot.ru
- 9-10 июня, **Нальчик** XXVI Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.nalchik2016.rnmot.ru
- 22-23 сентября, **Якутск** II Съезд терапевтов республики Саха (Якутия)
www.yakutsk2016.rnmot.ru
- 29-30 сентября, **Самара** XXVII Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.samara2016.rnmot.ru
- 6-7 октября, **Новосибирск** V Съезд терапевтов Сибири и Дальнего Востока
www.novosibirsk2016.rnmot.ru
- 20-21 октября, **Саранск** XXVIII Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.saransk2016.rnmot.ru
- 27-28 октября, **Екатеринбург** III Съезд терапевтов Уральского федерального округа
www.ural2016.rnmot.ru
- 23-25 ноября, **Москва** XI Национальный Конгресс терапевтов
www.congress2016.rnmot.ru

Подробности на сайте www.rnmot.ru

Оргкомитет:

117420, Москва, а/я 1
телефон: (495) 518-26-70
электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru

Технический секретариат:

ООО «КСТ Интерфорум»
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: (495) 722-64-20
электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru

16+ Реклама

Страдаете от регулярной ноющей боли в суставах?

Вольтарен® Эмульгель

12 часов

- ✓ Против хронической боли в суставах: при остеоартрите, артрозе¹
- ✓ Действует до 12 часов¹



Вольтарен® 2% специально предназначен для пациентов с хронической болью в суставах. Благодаря повышенной концентрации активное вещество проникает в сустав непосредственно к источнику боли и действует до 12 часов¹.

Вольтарен®

СВОБОДА ДВИЖЕНИЙ

¹ См. инструкцию по применению

РУН № ЛП-002267 от 04.10.2013 ОТС РЗ NR15VT0020 январь 2015

NOVARTIS

ООО «Новартис Консьюмер Хелс» 123317, Москва, Пресненская набережная, 10, 8 (495) 969 21 65. www.novartis.ru.

Реклама

Торговое название: ВОЛЬТАРЕН® ЭМУЛЬГЕЛЬ®, МНН или группировочное название: Диклофенак. Состав: 100 г препарата содержат: Активное вещество: 2,32 г диклофенака диэтиламина, что соответствует 2 г диклофенака натрия. Вспомогательные вещества: карбомеры 1,1 – 1,7 г, цетостеаромакрогол 2,0 г, кокоил каприлокапрат 2,50 г, диэтиламин 0,89 – 1,37 г, изопропанол 17,50 г, жидкий парафин 2,50 г, олеиловый спирт 0,75 г, эвкалиптовый ароматизатор 0,10 г, пропиленгликоль 5,0 г, бутилгидрокситолуол 0,02 г, вода очищенная 64,22-65,32 г. Показания к применению: • боли в спине при воспалительных и дегенеративных заболеваниях позвоночника (радикулит, остеоартроз, люмбаго, ишиас). • боли в суставах (суставы пальцев рук, коленные и др.) при ревматоидном артрите, остеоартрозе • боли в мышцах (вследствие растяжений, перенапряжений, ушибов, травм) • воспаление и отеки мягких тканей и суставов вследствие травм и при ревматических заболеваниях (тендовагинит, бурсит, поражения периартикулярных тканей, лучезапястный синдром) Способ применения и дозы: Наружно. Взрослым и детям старше 12 лет препарат наносят на кожу 2 раза в сутки (каждые 12 часов: желателен утром и вечером), слегка втирая в кожу. Необходимое количество препарата зависит от размера болезненной зоны. Разовая доза препарата – 2 – 4 г (что по объему сопоставимо соответственно с размером вишни или грецкого ореха) достаточно для обработки зоны площадью 400–800 см². Если руки не являются зоной локализации боли, то после нанесения препарата их необходимо вымыть. Длительность лечения зависит от показаний и отмечаемого эффекта. Гель не следует применять более 14 дней при посттравматических воспалениях и ревматических заболеваниях мягких тканей без рекомендации врача. Если через 7 дней применения терапевтический эффект не наблюдается или состояние ухудшается, следует обратиться к врачу. Побочное действие: Нежелательные реакции в основном характеризуются умеренно выраженными и проходящими кожными проявлениями в месте нанесения геля. В очень редких случаях возможно развитие аллергических реакций. Часто: зрительная, дерматит, в т.ч. контактный дерматит (симптомы: экзема, зуд, отечность обрабатываемого участка кожи, сыпь, папулы, везикулы, шелушение). Приведены только наиболее частые нежелательные реакции, полный список нежелательных реакций см. в инструкции по применению! Противопоказания: Повышенная чувствительность к диклофенаку или другим компонентам препарата; склонность к возникновению приступов бронхиальной астмы, кожных высыпаний или острых ринитов при применении ацетилсалициловой кислоты или других НПВП; беременность (III триместр), грудное вскармливание; детский возраст (до 12 лет); нарушение целостности кожных покровов в предполагаемом месте нанесения. С осторожностью: Печеночная порфирия (обострение), эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта, тяжелые нарушения функции печени и почек, нарушения свертываемости крови (в том числе гемофилия, удлинение времени кровотечения, склонность к кровотечениям), хроническая сердечная недостаточность, бронхиальная астма, пожилой возраст, беременность (I и II триместр). Производитель Новартис Консьюмер Хелс СА, Рю де Летраз, 1260 Ньон, Швейцария Представительство в Москве/Адрес для предъявления претензий 123317, Москва, Пресненская наб. д. 10, тел. (495) 969-21-65, факс (495) 969-21-66, e-mail: consumerhealth@novartis.ru Полную информацию о препарате см. в инструкции по применению!

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ