



Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова
Российское научное медицинское общество терапевтов
Научно-исследовательский институт терапии Сибирского отделения РАМН
Институт повышения квалификации ФМБА России
Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи
Всероссийское научное общество кардиологов
Всероссийское общество неврологов
Научное общество гастроэнтерологов России
Российское общество клинических исследователей
Научное общество нефрологов России
Общество специалистов по сердечной недостаточности

135 лет со дня рождения Н. Д. Стражеско



Национальный конгресс терапевтов

[сборник материалов]

Москва,
23–25 ноября 2011 года

Шестой Национальный конгресс терапевтов

сборник
материалов

Москва,
23—25 ноября 2011 года

Министерство здравоохранения и социального развития РФ
Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова
Российское научное медицинское общество терапевтов
Научно-исследовательский институт терапии Сибирского отделения РАМН
Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России
Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи
Всероссийское научное общество кардиологов
Всероссийское общество неврологов
Научное общество гастроэнтерологов России
Российское общество клинических исследователей
Научное общество нефрологов России
Общество специалистов по сердечной недостаточности

Материалы шестого Национального конгресса терапевтов. –
М., ООО “Издательский дом “Бионика”, 2011. 314 с.

Редактор – Лаврова Е.Р.
Художественный редактор – М.А. Лындина
Компьютерная верстка – Д.В. Петухов

Сдано в набор 20.10.11. Подписано в печать 31.10.2011. Бум. офсет. Формат 60×90/8.
Гарнитура Calibri. Печать офсетная. Усл. печ. л. 39,25. Уч.-изд. л. 45.

© Оформление, оригинал-макет,

ООО “Издательский дом “Бионика”, 2011

Многоцелевая терапия гастроинтестинальных заболеваний

Malfertheiner (Малфертейнер) Р.(П.),

Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektologie Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg

Функциональные желудочно-кишечные расстройства, такие как функциональная диспепсия (ФД) и синдром раздраженного кишечника (СРК), характеризуются широким спектром симптомов со стороны верхних и нижних отделов живота, не имеющих выявляемой причины при использовании рутинной диагностики. Считается, что нарушения функции кишечника (расстройства моторики и чувствительности) играют ключевую роль в возникновении этих заболеваний. Патофизиология их еще не полностью изучена. Тем не менее, имеющиеся данные указывают на ряд факторов, которые способствуют появлению симптомов ФД и СРК. Эти факторы включают в себя ситуацию перенесенного воспаления, стрессорные факторы и генетическую предрасположенность. Учитывая большое количество механизмов, лечение, направленное на каждый из них, будет наиболее желательным. Плацебо-контролируемые исследования показали убедительную эффективность многокомпонентного растительного препарата STW 5 (Иберогаст) для лечения больных с ФД и СРК. Этот лекарственный фитопрепарат представляет собой комбинацию девяти растительных экстрактов, каждый из которых содержит ряд активных ингредиентов. Фармакологические исследования показали воздействие отдельных растительных экстрактов препарата на все механизмы, которые рассматриваются как основные в проявлении симптомов. Различные хорошо контролируемые клинические исследования, проведенные независимо, подтвердили клиническую эффективность и безопасность фитопрепарата. Растительные лекарственные препараты содержат комплекс экстрактов лекарственных растений с большим количеством действующих веществ. Комбинация активных ингредиентов растительных экстрактов, оказывающих различное влияние на ЖКТ, является выгодной для многоцелевой терапии таких гетерогенных расстройств, как ФД и СРК.

Оценка некоторых общих и профессиональных факторов риска развития гипертонической болезни у рабочих

Атаманчук А.А., Тараканова С.Н.

Московский областной научно-исследовательский институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

Цель исследования: выявление факторов риска гипертонической болезни (ГБ) у рабочих.

Материалы и методы. В исследование включены 46 рабочих, мужчин в возрасте $46,8 \pm 13,3$ года. ГБ выявлена у 21 (45,7%) рабочего, нормотензивных 25 (54,35%) человек. Оценивался ряд общих факторов риска: индекс курения (ИК), индекс массы тела (ИМТ), частота сердечных сокращений (ЧСС). По данным аттестации рабочих

мест, проведенной территориальным отделом Роспотребнадзора, изучались условия труда, уровни воздействия профессиональных вредностей — шума и вибрации пыли. Также учитывался стаж работы в контакте с вредными производственными факторами. В случае наличия гипертонической болезни учитывалось время начала заболевания и предшествовавший стаж работы во вредных условиях. Все рабочие по признаку наличия ГБ были распределены на 2 группы: 1-я — с ГБ, 2-я — без нее.

Результаты. В 1-й группе ИК $24,9 \pm 16,7$ пачка/лет во 2-й $13,5 \pm 13,55$ пачка/лет, ИМТ в 1-й группе $30 \pm 4,51$ кг/м² во 2-й $24,56 \pm 2,93$ кг/м² ЧСС в 1-й группе $78,4 \pm 15,2$ уд/мин во 2-й $70,88 \pm 10,72$ уд/мин. Уровень шума в 1-й $80,5 \pm 9,4$ Дб группе во 2-й группе $76,7 \pm 14,6$ Дб, воздействие вибрации в 1-й группе составило $115,4 \pm 5,41$ Дб, во 2-й группе $106,6 \pm 13,3$ Дб. Запыленность в 1-й группе $3,8 \pm 2,4$ мг/м³ во 2-й группе $4,11 \pm 3,22$ мг/м³. Распределение по условиям труда среди рабочих 1-й группы составило: 2 класс, допустимые (соответствуют безопасным условиям труда) 5 человек (24%); 1 степень 3-го класса (3.1) 7 человек (33%) 2 степень 3-го класса (3.2) 6 человек (29%) 3 степень 3-го класса (3.3) 3 человека (14%). Условия 3.1, 3.2, 3.3 соответствуют вредным условиям труда, всего среди рабочих 1-й группы (24%) работали в безопасных условиях (76%) во вредных условиях труда. Среди рабочих 2-й группы: 2 класс 13 человек (52%), 1 степень 3-го класса 8 человек (32%), 2 степень 3-го класса (3.2) 4 человека (16%). Всего среди рабочих 2-й группы 52% работали в безопасных условиях, 48% во вредных условиях труда. При сравнении групп по критерию Манна-Уитни двухвыборочному критерию Колмогорова-Смирнова достоверные различия между группами были выявлены только по ИМТ ($p < 0,001$) и обнаружена тенденция к худшим условиям труда и большему курению среди гипертоников. Коэффициент корреляции гамма выявил наличие взаимосвязи между ИМТ и ГБ ($\gamma = -0,7$ $p < 0,001$) ИК ($\gamma = -0,31$ $p < 0,05$) общими условиями труда ($\gamma = -0,41$ $p < 0,05$).

Выводы. Повышенная масса тела и курение являются факторами риска развития артериальной гипертензии. Комплексное воздействие производственных факторов может способствовать к развитию гипертонии.

Выявляемость нарушений углеводного обмена у больных с постинфарктным кардиосклерозом

Аблина К.Н., Какорин С.В., Карамышев Д.В.

Городская клиническая больница № 63, Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва

Цель: оценить частоту и сроки выявления нарушений углеводного обмена у больных с постинфарктным кардиосклерозом.

Материалы и методы. Проведен анализ 2242 историй болезни пациентов с ИБС отделения неотложной кардиологии ГКБ № 63 за 2009 г., 2010 г. и январь—август 2011 г. За 2011 г. рассмотрены данные 702 пациентов отделения обоих полов в возрасте от 35 до 89 лет, 216 из которых имели нарушения углеводного обмена: 162 — сахарный диабет 2 типа (СД2), 54 — нарушение толерантности к глюкозе (НТГ). За 2010 г. рассмотрены данные 1296 пациентов

отделения обоих полов в возрасте от 42 до 88 лет, 308 из которых имели нарушения углеводного обмена (263 — СД 2 типа, 45 — НТГ). За 2009 г. рассмотрены данные 244 пациентов отделения обоих полов в возрасте от 53 до 90 лет, страдавших СД 2 (228 больных) и НТГ (6 больных). Изучаемые параметры включали: наличие СД 2 или НТГ, пол, наличие в анамнезе инфаркта миокарда и его давность.

Результаты. Из 653 пациентов с СД2 у 126 (19%) выявление нарушения углеводного обмена произошло после возникновения инфаркта миокарда. В 62% случаев (78 человек) срок от возникновения первого инфаркта миокарда до выявления сахарного диабета составил менее 6 лет, в 15% (19 человек) 7 — 10 лет, в 23% случаев (29 человек) — более 10 лет. В группе больных, где срок от возникновения первого инфаркта миокарда до выявления нарушений углеводного обмена был более 10 лет, отмечались повторные инфаркты миокарда, по времени более приближенные к возникновению сахарного диабета. Разница между группами с различными сроками достоверна $t > 2$. Выводы. В срок менее 6 лет от развития инфаркта миокарда имеется вероятность выявления нарушений углеводного обмена у лиц с повышенным ИМТ (составляет 62%), что требует своевременной диагностики.

Распространенность хронической сердечной недостаточности у больных ишемической болезнью сердца с нарушением углеводного обмена

Аблина К.Н., Какорин С.В., Аверкова И.А.

Городская клиническая больница № 63, Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва

Цель: изучить наличие и выраженность хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с нарушениями углеводного обмена.

Материалы и методы. Проведен анализ 1998 историй болезни пациентов с ИБС отделения неотложной кардиологии ГКБ № 63 за 2010 г. и январь—август 2011 г. За 2011 г. рассмотрены данные 702 пациентов отделения обоих полов в возрасте от 35 до 89 лет, 216 из которых имели нарушения углеводного обмена (162 — сахарный диабет 2 типа, 54 — НТГ). За 2010 г. рассмотрены данные 1296 пациентов отделения обоих полов в возрасте от 42 до 88 лет, 308 из которых имели нарушения углеводного обмена (263 — сахарный диабет 2 типа, 45 — НТГ). Были выделены 2 группы пациентов — с нарушениями углеводного обмена (524 человека) и с нормальным углеводным обменом (1474 человека). Изучаемые параметры включали: наличие сахарного диабета 2 типа или НТГ, наличие ХСН НК2А или НК2Б, наличие постинфарктного кардиосклероза (ПИКС). Результаты. ХСН выявлена у 1168 пациентов, из них 847 имели НК2А, 321 — НК2Б. В группе больных с нарушением углеводного обмена ХСН выявлена у 442 пациентов, из них 290 имели НК2А, 152 — НК2Б. Встречаемость ХСН у пациентов без нарушений углеводного обмена составила 49,25%, у пациентов с нарушениями углеводного обмена — 84,35%. Встречаемость НК2А у пациентов без нарушений углеводного обмена составила 37,79%, у пациентов с нарушениями углеводного обмена — 55,34%. Встречаемость НК2Б у пациентов без нарушений углеводного обмена составила 11,46%, с нарушениями углеводного обмена — 29%. ПИКС отмечался у 599 пациентов, 242 (40%) из которых имели нарушения углеводного обмена. Встречаемость ПИКС у пациентов без нарушений углеводного обмена составила 24,22%, у пациентов с нарушениями углеводного обмена — 46,18%.

Выводы. У больных ИБС с нарушениями углеводного обмена встречаемость ХСН достоверно выше ($t > 2$), чем у пациентов с нормальным углеводным обменом. ПИКС в анамнезе достоверно ($t > 2$) чаще встречается у пациентов, страдающих нарушениями углеводного обмена, чем у пациентов без нарушений углеводного обмена.

Перспективы применения современных методов обследования и психологического тестирования при профессиональных заболеваниях легких

Аверина О.М., Бабанов С.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

В настоящее время профессиональные заболевания легких являются одной из ведущих проблем профессиональной пульмонологии и занимают в структуре профессиональной патологии одно из ведущих мест. По данным отделения профпатологии клиник Самарского государственного медицинского университета за последние 5 лет из 1805 больных с впервые выявленной профессиональной патологией 433 с профессиональными заболеваниями легких. Согласно доклада главного профпатолога МЗ и СР РФ профессора А.Ю. Бушманова на IX конгрессе «Профессия и здоровье» г. Москва в 2010 г., отделение профпатологии, входящее в структуру клиник Самарского государственного медицинского университета, является наиболее оснащенным среди всех профпатологических центров РФ. При диагностике профессиональных заболеваний легких используются: общеклиническое обследование, исследование ФВД методом компьютерной пневмотахографии и бодиплетизмографии, ФБС с визуальной оценкой состояния бронхов, биопсией и проведением диагностического бронхоальвеолярного лаважа, стандартная рентгенография легких, компьютерная томография органов грудной клетки (по предварительным данным компьютерная томография показывает высокий процент выявляемости интерстициального и узелкового пневмосклероза (т.е. пневмокониозов) при обследовании больных пылевыми бронхитами, что свидетельствует о гиподиагностике пневмокониоза по данным стандартной рентгенографии легких). Кроме того, в настоящее время важнейшее значение придается социальной и психологической адаптации лиц с различными в том числе и профессиональными заболеваниями, а также оценке качества жизни при данной патологии. В настоящее время нами получены предварительные данные анкетирования больных с профессиональными, заболеваниями легких по следующим опросникам: опросник Госпиталя Святого Георгия, опросник «Тип отношения к болезни», опросник Плутчика-Келлермана-Конте, опросник «Торонтская алекситимическая школа», опросник Баса-Дарки, что позволяет оценить психологический статус данных больных и качество жизни пациентов, и наметить корректирующие мероприятия.

Диагностическая значимость эхокардиологических показателей при оценке систолической функции правого желудочка

Акрамова Э.Г.

Центральная городская клиническая больница № 18, Казань

Состояние правого желудочка (ПЖ) сердца имеет огромное прогностическое значение, особенно при респираторной и

кардиологической патологии. Вместе с тем диагностика систолической дисфункции ПЖ вызывает клинические и эхокардиографические трудности.

Цель исследования: оценить диагностическую информативность эхокардиографических показателей, характеризующих систолическую дисфункцию ПЖ.

Материалы и методы. На ультразвуковом сканере HD11XE (Philips, США) по стандартной методике выполнена эхокардиография 197 пациентам с ИБС, АГ, ХОБЛ и 23 здоровым лицам в возрасте от 27 до 78 лет. Определяли систолическую скорость движения (S') фиброзного кольца трехстворчатого клапана (ФК ТК) в режиме тканевого импульсоволнового доплера (см/с); экскурсию ФК ТК (мм), систолическую скорость (см/с) и интеграл линейной скорости потока в легочной артерии (см), доплеровский индекс миокардиальной сократимости ПЖ, фракции выброса ПЖ и ЛЖ методом дисков в двухмерном режиме из апикального доступа (%), коэффициент диастолических площадей ПЖ и ЛЖ, толщина свободной стенки ПЖ (мм). В последние годы все большее распространение получает обработка эхокардиографических данных в режиме offline, в том числе в программе Q-lab. Мы использовали ее версию 7.1.

Результаты исследования. систолическую дисфункцию ПЖ диагностировали при значении S' ФК ТК $<11,5$ см/с. По нашим данным при традиционной эхокардиографии наибольшей диагностической ценностью для систолической дисфункции ПЖ обладали значения экскурсии ФК ТК <20 мм (чувствительность 84,2% и специфичность 65,2%) и доплеровского индекса $>0,35$ (59,5 и 62,0%). В программе Q-lab чувствительность и специфичность составили для S' ФК ТК $<7,5$ см/с — 56,2 и 77,2%; для экскурсии ФК ТК $<10,5$ мм — 55,1 и 66,1%. Между S' ФК ТК, с одной стороны, и экскурсией ФК ТК ($r=0,45$) и S' в программе Q-lab ($r=0,41$), с другой стороны, установлена статистически достоверная корреляция. Связь S' ФК ТК с остальными показателями оказалась недостоверной.

Выводы. Использование трех показателей (S' ФК ТК в тканевом импульсоволновом режиме, экскурсия ТК в двухмерном режиме и S' в программе Q-lab) повышает объективность заключения о систолической дисфункции ПЖ.

Особенности физического и психического функционирования у больных с синдромом боли в нижних отделах спины при дорсопатии до и после лечения

Алексеев Н.Ю., Кузьменко Н.Ю., Кобанцев Ю.А.,

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Согласно современным представлениям интенсивность и длительность боли при синдроме боли в нижних отделах спины (БНС) могут быть различными. Поэтому изучение особенностей психического и физического состояния у больных с острым, подострым и хроническим синдромом БНС до и после комплексного лечения представляет несомненный интерес.

Цель: изучить особенности физического и психического функционирования у больных с острым, подострым и хроническим синдромом БНС до и после лечения.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 82 пациента мужского пола, распределенные на 3 группы: 42 пациента с острым, 15 пациентов с подострым и 25 пациентов с хроническим БНС. Средний возраст пациентов — 37 лет, достоверных различий в группах нет. У

всех пациентов до и после лечения изучали интенсивность боли с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), процент физических расстройств с помощью опросника Осверстри, интегральные показатели физического (PHint SF-36) и психического здоровья (MHint SF-36) по опроснику качества жизни SF-36. Независимые группы сравнивали по критерию Краскела-Уоллеса, зависимые Вилкоксона.

Результаты. Самочувствие больных с острой БНС до начала лечения было статистически значимо хуже, чем в группах с подострой и хронической БНС. Во всех группах до лечения физические расстройства по опроснику Осверстри оценивали как «тяжелые нарушения» функций. В процессе лечения во всех группах показатели снизились до «легких» и «умеренных нарушений», КЖ статистически значимо улучшалось. Интенсивность боли по ВАШ до и после лечения между группами существенно не отличалась. После лечения в группах с острой и хронической БНС уменьшение боли было статистически значимо, а в группе с подострой БНС снижение статистически незначимо. Показатели PHint SF-36 до лечения были ниже нормы во всех группах. В группе с острой болью статистически значимо ниже, чем в группах с подострой и хронической БНС. После проведенного лечения во всех исследуемых группах выявили статистически значимое повышение качества жизни по показателю PHint SF-36. Показатель MHint SF-36 в исследуемых группах был ниже нормы, после лечения он статистически значимо повышался во всех группах, хотя и оставался сниженным по окончании лечения. В группе с острой болью он был статистически значимо выше, чем в группах с подострой и хронической БНС, как до, так и после лечения.

Выводы. По влиянию на физическое и психическое функционирование больных острая БНС, существенно отличается от подострой и хронической БНС.

Взаимосвязь провоспалительных цитокинов с липидами крови у больных острыми формами ишемической болезни сердца

Алексеева Г.В., Гавришева Н.А., Панов А.В., Шляхто Е.В.

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

Современная концепция развития ишемической болезни сердца (ИБС) в равной степени связана как с нарушениями липидного обмена, так и с воспалительными реакциями с участием цитокинов, однако взаимовлияние этих участников атерогенеза изучено недостаточно.

Цель: исследовать взаимосвязь провоспалительных цитокинов: факторы некроза опухолей-альфа (ФНО- α) и интерлейкина-6 (ИЛ-6) с липидами крови у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы. Обследованы 95 больных с ОКС: нестабильная стенокардия — 30 чел.; инфаркт миокарда без зубца Q — 30 чел.; инфаркт миокарда с зубцом Q — 35 чел. в возрасте от 35 до 72 лет (средний возраст — $51,0 \pm 0,8$ года) и 22 добровольца без признаков поражения сердечно-сосудистой системы (средний возраст $53,0 \pm 0,2$ года). Все обследованные — мужчины. Цитокины определяли методом ИФА с использованием стандартных наборов (пг/мл), липиды крови — ферментным методом (ммоль/л). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ Statistica 6.0.

Результаты. Уровень ФНО- α в группе ОКС был выше, чем контрольные показатели: $71,8 \pm 7,7$ и $17,6 \pm 3,9$ ($p < 0,01$). Концентрация ИЛ-6 также была выше контрольных значений: $39,2 \pm 4,9$ и $12,8 \pm 2,6$ ($p < 0,01$). Уровень общего холестерина сыворотки крови у больных ОКС и в

группе контроля не различался: $5,4 \pm 0,1$ и $4,9 \pm 0,3$ ($p > 0,5$). Холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) у пациентов в группе ОКС был ниже контрольных значений: $1,1 \pm 0,04$ и $1,3 \pm 0,1$ ($p < 0,05$); холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) превышал контрольные параметры: $3,4 \pm 0,1$ и $2,8 \pm 0,9$ ($p < 0,05$); более высокие значения были и триглицеридов (ТГ): $2,2 \pm 0,2$ и $1,3 \pm 0,2$ ($p < 0,01$). Корреляционный анализ показал положительную взаимосвязь между ИЛ-6 и ТГ ($r = 0,262$; $p < 0,05$), тенденцию к корреляции ИЛ-6 и ХС ЛПНП ($r = 0,248$; $p = 0,08$) и тенденцию к отрицательной взаимосвязи между данным цитокином и ХС ЛПВП ($r = 0,245$; $p = 0,07$).

Заключение. У пациентов с ОКС отмечается высокий уровень ФНО- α и ИЛ-6 на фоне проатерогенных сдвигов липидов сыворотки крови. Установленные взаимосвязи отражают сопряженность процессов воспаления и нарушений липидного обмена в патогенезе дестабилизации течения ИБС.

Клинико-диагностическое значение антител к нуклеозидам при системной красной волчанке

Алехина И.Ю., Александров А.В., Бондаренко Е.А., Коренская Е.Г., Парамонова О.В., Александрова Н.В., Емельянов Н.И., Зборовская И.А.

Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии, Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной терапии, Волгоград

Иммунологическая картина СКВ характеризуется широким спектром аутоантител (Ат), включая антитела к нуклеозидам ДНК (в первую очередь Ат к гуанозину).

Цель работы: разработка дополнительных критериев лабораторной диагностики системной красной волчанки (СКВ) с помощью иммобилизованных антигенных наносистем (АНС) на основе гуанозина в качестве антигенной матрицы.

Материалы и методы. Исследовалась сыворотка крови 30 практически здоровых лиц (контрольная группа) и 68 больных СКВ. Средний возраст больных СКВ составил $36,4 \pm 15,8$ года, средний возраст лиц контрольной группы — $26,4 \pm 5,7$ года. Среди больных СКВ преобладали женщины (91,2%), абсолютное большинство составляли лица трудоспособного возраста (89,7%). У 16 больных СКВ констатирована I степень, у 41 — II степень и у 11 — III степень активности патологического процесса. АНС были апробированы в модифицированном иммуноферментном анализе (ИФА) для выявления аутоантител к гуанозину (анти-ГЗ). Иммобилизация гуанозина происходила в поверхностном слое двойной полиакриламидной гранулы АНС, что дало возможность создать высокую концентрацию антигена именно в реакционно-активной поверхностной зоне и повысить чувствительность ИФА.

Результаты. В сыворотке крови пациентов контрольной группы анти-ГЗ были выявлены в 6,7% случаев, у больных СКВ — в 45,6% случаев. У больных СКВ уровни анти-ГЗ положительно коррелировали с увеличением SLEDAI ($p = 0,007$) и ECLAM ($p = 0,025$), а также уровнем антител к нативной ДНК (анти-нДНК) ($p = 0,002$). У больных с низкой активностью СКВ анти-сGMP выявлялись в 22,2% случаев ($M \pm SD$, $0,069 \pm 0,028$), в то время как у больных с умеренной активностью — у 41,2% ($M \pm SD$, $0,112 \pm 0,063$), а при высокой активности — у 88,2% больных СКВ ($M \pm SD$, $0,171 \pm 0,095$). Полученные результаты свидетельствуют о возможности использования показателей уровня

анти-ГЗ в качестве дополнительного маркера активности СКВ. В многомерном анализе клинических проявлений анти-ГЗ класса IgG демонстрировали связь с поражением почек (люпус-нефрит), нервной системы ($p < 0,001$) и наличием выраженного цитопенического синдрома ($p = 0,033$). Не было отмечено достоверной связи уровня анти-ГЗ класса IgM от клинических проявлений СКВ (наметилась тенденция к увеличению данных антител при наличии суставного синдрома, $p = 0,058$).

Заключение. Таким образом, изучение роли аутоантител к гуанозину, являющихся, по-видимому, отдельной фракцией антител к ДНК, может обеспечить более полное понимание основных патогенетических механизмов развития СКВ.

Оценка качества жизни у больных остеоартрозом в процессе реабилитации

Алиханова К.А., Абугалиева Т.О.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда

Цель работы: оценить качество жизни у больных остеоартрозом (ОА), работающих на предприятиях угольной промышленности, в процессе реабилитации.

Материалы и методы. Материалами исследования служили акты освидетельствования (форма Н-1) больных с ОА; выписки из медицинской карты стационарного больного (003/у) и медицинской карты амбулаторного больного (025/у); учетная форма (088/у) «Направление на МСЭК». Оценка качества жизни (КЖ) по методике NAIF (New Assessment and Information form to Measure Quality of life. P.Y. Hugenholtz and R.A.M. Erdman, 2000) проводилась путем анкетирования. Изучен интегральный показатель их качества жизни. Разработан комплекс реабилитационных мероприятий, включающий аспекты медицинской, социальной и профессиональной технологии.

Результаты и обсуждения. Обследованы 205 больных с ОА, из них на начальный момент 93 (45,4%) были признаны инвалидами, 112 (54,6%) больным был установлен процент утраты трудоспособности. КЖ было определено в каждой из наблюдаемых групп до и после проведения реабилитационных мероприятий. Так, до проведения реабилитации интегральный показатель КЖ у 112 больных был снижен умеренно до 70%, физическая мобильность — до 55%, эмоциональный статус — до 62%, сексуальная функция — до 70%, социальная функция — до 75%, познавательная функция — до 64%, экономический статус — до 43%. После проведения реабилитационных мероприятий интегральный показатель КЖ у больных снизился незначительно — до 75%, физическая мобильность — до 64%, эмоциональный статус — до 71%, сексуальная функция — до 78%, социальная функция — до 91%, познавательная функция — до 69%, экономический статус до — 57%. У 80 больных III группы инвалидности до проведения реабилитации интегральный показатель КЖ был снижен значительно — до 49%, физическая мобильность — до 53%, эмоциональный статус — до 84%, сексуальная функция — до 53%, социальная функция — до 27%, познавательная функция — до 36%, экономический статус — до 46%. После проведения реабилитации у этих же больных интегральный показатель КЖ был снижен умеренно до 62%, физическая мобильность — до 62%, эмоциональный статус — до 75%, сексуальная функция — до 71%, социальная функция — до 55%, познавательная функция — до 74%, экономический статус — до 71%. Показатели КЖ до проведения реабилитационных мероприятий

у 13 больных II группы инвалидности свидетельствовали о резком снижении качества жизни, но после проведения реабилитации отмечалось улучшение КЖ в процессе реабилитации. Таким образом, определение показателей КЖ позволяет обосновать необходимость комплексного обследования при проведении реабилитационных мероприятий. Выявлен высокий интегральный показатель КЖ у лиц с ранними формами ОА.

Оценка качества жизни больных артериальной гипертонией с метаболическим синдромом у лиц пожилого возраста

Алиханова К.А., Жакипбекова В.А., Серикова М.С.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда

Артериальная гипертония (АГ) является одним из распространенных хронических заболеваний у лиц пожилого возраста. По данным эпидемиологических исследований, в 50% случаев АГ сочетается с нарушением метаболизма углеводов и липидов, что определяется метаболическим синдромом (МС).

Цель работы: изучение качества жизни у лиц пожилого возраста с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Обследованы 150 больных АГ 2 степени, которые были распределены на 2 группы. I группу наблюдения составили 50 больных с артериальной гипертонией 2 степени и II группу — 100 больных артериальной гипертонией 2 степени в сочетании с метаболическим синдромом. Больным первой группы был назначен телмисартан в дозе 20 мг/сут, во второй групп — телмисартан (20 мг/сут) + симвастатин (10 мг/сут). Показатели качества жизни у исследуемых больных в двух группах оценивали при помощи международного сертифицированного вопросника Medical Outcomes Study Form (SF-36).

Результаты и обсуждения. Изучение показателей качества жизни больных артериальной гипертонией 2 степени показало, что исходно качество жизни больных АГ 2 степени с МС по опроснику SF-36 выявило снижение показателей по всем шкалам. По завершению лечения в двух группах наблюдения достоверно улучшились значения по всем шкалам опросника, которая составила в среднем 74,5%, в сравнении с первой группой (66,6%). Показатель физической функции (PF) был снижен после лечения на 79,3 и 77,8%. Показатель ролевое функционирование RP составил после лечения 70,3% в 1-й группе, 71,3% — во 2-й группе. Показатель физическая боль BP после лечения составил 68,9 и 69,3%. При оценке общего здоровья пациенты в основном отмечали стабильное состояние и после лечения показатель GH составил 66,1 и 67,1%. Низкий показатель жизнеспособности (VT) связан с быстрым утомлением больных, сниженной жизненной активностью, что составило после лечения 66,5 и 67,3%. Сниженный показатель социального функционирования (SF) связан со снижением уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния и составило после лечения 61,4 и 62,4%. Влияние эмоционального состояния после лечения составило 66,4 и 69,1%. Таким образом, хорошая переносимость препаратов и уменьшение симптомов, связанных с заболеванием, на фоне монотерапии телмисартаном у больных АГ 2 степени и сочетанной терапии телмисартана с симвастатином у больных АГ 2 степени + МС достоверно улучшают качество жизни больных, причем во второй группе показатели КЖ были выше, чем в первой группе.

Влияние состояния левого желудочка на функцию почек у больных с артериальной гипертонией

Андреева Д.В.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Поражение почек встречается достаточно часто на фоне течения артериальной гипертонии. Изменение скорости клубочковой фильтрации является одним из показателей, отражающих состояние почечного кровотока.

Цель работы: оценить влияние состояния левого желудочка на функцию почек при артериальной гипертонии. С этой целью проведено общеклиническое обследование 23 больных с гипертонической болезнью 2 стадии без признаков сердечной недостаточности, среди которых 11 женщин и 12 мужчин. Средний возраст пациентов 58,1±4,02 лет. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле Кокрофта-Голта.

Результаты. Проанализированы основные эхокардиографические показатели, отражающие состояние левого желудочка и выявлены определенные корреляционные связи со СКФ. Так выявлена достаточно тесная корреляционная связь между конечным систолическим и конечным диастолическим размерами левого желудочка со СКФ ($r = 0,47$ и $r = 0,5$ соответственно), в меньшей степени с массой миокарда левого желудочка ($r = 0,314$). Скорость клубочковой фильтрации нарастала при нарушении систолической функции левого желудочка (снижении фракции выброса $r = -0,425$). Таким образом, развитие гипертрофии левого желудочка и нарушение его функции у больных с артериальной гипертонией, возможно, способствует нарушению почечного кровотока (увеличение скорости клубочковой фильтрации является начальным проявлением поражения почек).

Особенности возбуждения левого желудочка при ИБС с и без ГЛЖ по данным ЭКГ

Андреичев Н.А., Галеева З.М.

Кафедра факультетской терапии и кардиологии, Казанский государственный медицинский университет, Казань

Электрокардиограмма (ЭКГ) обладает широкими диагностическими возможностями при гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ).

Цель исследования: изучить электрическое поле сердца (ЭПС) при ИБС с и без ГЛЖ. Задачи исследования: оценить особенности возбуждения левого желудочка (ЛЖ) при ИБС с и без ГЛЖ.

Материал и методы. ЭКГ проведена в группе 1 — ИБС со стенокардией напряжения (СН) без ГЛЖ — 24 чел; в группе 2 — ИБС СН с умеренной ГЛЖ — 13 чел. Выделены группы 1.1. и 2.1. — с нормальным положением (НП) электрической оси сердца (ЭОС), 1.2. и 2.2. — с горизонтальным положением (ГП) ЭОС. Группа практически здоровых лиц (КГ) составила 78 чел. Для выявления ГЛЖ использованы departure index (DI) и departure area (DA) (регионы $>+2SD$ и $<-2SD$).

Результаты. Почти все критерии диагностики ГЛЖ на основе отдельных сумм или соотношений зубцов, предложенные разными авторами при использовании ЭКГ или ЭКТГ, попадают в DA (с учетом ЭОС). Важно выявление зоны (з.) DA, где максимально отражаются потенциалы левого желудочка (ЛЖ) как базальных,

так и верхушечных отделов ЛЖ. Возникновение з. rsr' связано с конечной фазой возбуждения ЛЖ у КГ и она отражает проекцию возбуждения задней части межжелудочковой перегородки (МЖП) и заднебазальных отделов ЛЖ (зависит от ЭОС). Зона перекрытия (ЗП) прогрессивно уменьшается при патологии левого сердца (группы 1. и 2.) — это более значимо при ГП ЭОС, что связано с малым углом направления максимального и конечного вектора возбуждения ЛЖ. Образованную при суммировании ЗП по ЭП при всех положениях ЭОС у КГ можно оценить как реципрокную проекцию возбуждения задней части МЖП и заднебазальных отделов ЛЖ. По зубцу г в з. rsr' судим о возбуждении перегородки. Выделены проекции прямых и реципрокных признаков возбуждения стенок ЛЖ. Нижняя граница суммированной ЗП по ЭП является линией разграничения базальных и нижележащих отделов ЛЖ. Подразделение МЖП на переднюю и заднюю часть позволяет выделить проекцию задней части МЖП, которая проецируется как на переднюю, так и на заднюю поверхность грудной клетки.

Выводы. ЗП по ЭП достоверно уменьшается по площади при патологии левых камер сердца независимо от наличия или отсутствия ГЛЖ. Выделены проекции прямых и реципрокных признаков возбуждения стенок ЛЖ, проведено разграничение локализации базальных и нижележащих отделов.

ЭКТГ в топической диагностике инфаркта миокарда

Андреичев Н.А., Галеева З.М.

Кафедра факультетской терапии и кардиологии, Казанский государственный медицинский университет, Казань

Применение электрокардиографии (ЭКТГ) показало ее широкие диагностические возможности при остром инфаркте миокарда (ИМ).

Цель исследования: уточнить топическую диагностику прямых и реципрокных признаков (ПРП) ИМ различной локализации на основе ЭКТГ.

Задачи исследования. При анализе литературных данных и изучении электрического поля сердца (ЭПС) у практически здоровых лиц (КГ), у больных ИБС со стенокардией напряжения (СН) при отсутствии и наличии гипертрофии левого желудочка (ЛЖ), у больных ИМ создать теоретическую модель топической диагностики (ТМТД) ИМ, уточненную собственными данными.

Материал и методы. ЭКТГ проведена у 478 чел. (78 чел. составили КГ, 147 чел. с острым ИМ, 116 чел. с постинфарктным кардиосклерозом, 104 чел. со СН и 33 чел. с некоронарогенной патологией). Изучено ЭПС при ИМ с зубцом Q: передний — 9 чел., переднебоковой распространенный и строгий — 20 чел., нижний — 21 чел., нижнезадний, нижнепередний и циркулярный — 25 чел.

Результаты. Проведен анализ амплитудных и количественных параметров комплекса QRS и зубца Т, составлены усредненные топограммы исследуемых групп. Проведен анализ ЭПС с помощью departure index (DI) и departure area (DA). Отклонения $DA > 2SD$ или $< -2SD$ (отклонение от нормы) указывают на основные сдвиги ЭПС, а нулевые зоны (НЗ) — на смену типа комплекса QRS. DA выявляют отличия ЭПС в сравниваемых группах и вносят надежность в критерии диагностики. DA часто выходит за пределы распространения НЗ, т.е. и за пределами зоны QS или R происходит значимое снижение зубцов. Для оценки распространенности поражения используют комбинированные топокарты departure area and zero zone

(DAZZ), объединяющие анализ распространенности процесса и одновременную оценку DA при сравнении с КГ. Проекция ПРП возбуждения ЛЖ отражается на поверхности грудной клетки (ГК). Проведено разграничение локализации базальных и нижележащих отделов по передней и задней поверхности ГК. Локализация распространенности ИМ на разные стенки определяется суммой зон, что позволяет проследить переход поражения одного отдела в другой. Анализ учитывал данные ЭКГ, совпадение DA, НЗ или зон типа $qs-qs$ или $r-r$, совпадение НЗ и зон достоверного снижения потенциалов ИМ смежной локализации и уточнил ТМТД ИМ для оценки распространенности процесса.

Выводы. На поверхности ГК выделено 14 ПРП для оценки локализации ИМ.

Регионы информативных признаков при гипертрофии левого желудочка при ЭКТГ

Андреичев Н.А., Галеева З.М.

Кафедра факультетской терапии и кардиологии, Казанский государственный медицинский университет, Казань

Применение электрокардиографии (ЭКТГ) показало ее широкие диагностические возможности при гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ).

Цель исследования: изучить электрическое поле сердца (ЭПС) и улучшить диагностику ГЛЖ на фоне ИБС при ЭКТГ.

Задачи исследования. Изучить ЭПС у практически здоровых лиц (КГ) и у больных ИБС со стенокардией напряжения (СН) при отсутствии и наличии ГЛЖ.

Материал и методы. ЭКТГ проведена в группе 1 — ИБС СН без ГЛЖ — 24 чел. (19 муж. и 5 жен.); в группе 2 — ИБС СН с умеренной ГЛЖ — 13 больных (10 муж. и 3 жен.). При подборе группы 1.6. в нее включались больные с умеренной ГЛЖ. КГ составила 78 чел. Для выявления ГЛЖ использованы departure index (DI) и departure area (DA) (оценивались регионы, превышающие $\pm 2SD$).

Результаты. Выделены подгруппы 1.1. и 2.1. — с нормальным положением (НП) электрической оси сердца (ЭОС), 1.2. и 2.2. — с горизонтальным положением (ГП) ЭОС. При сравнении КГ с НП ЭОС и 1.1. выявлены DA по электропозитивности (ЭП) в верхнелевой части грудной клетки (ГК) сзади. На карте зубца Т DA нет. При сравнении КГ с ГП ЭОС и 1.2 по ЭП DA выявлена в шести точках с максимумом (max) в I-8. На карте зубца Т DA выявляются в переднеправой части ГК. При сравнении КГ с НП ЭОС и 2.1. по ЭП выделены две DA. Первая располагается в верхнелевой части ГК сзади. Вторая располагается в заднебоковой части ГК справа. По электронегативности (ЭН) DA располагается преимущественно по 10 линии. На карте зубца Т DA нет. При сравнении КГ с ГП ЭОС и 2.2. по ЭП DA располагаются по нижнебоковой части ГК слева. По ЭН DA располагается в точке II-10. На карте зубца Т DA выявляется в переднеправой части ГК. Полученные DA позволяют иначе оценить значение DI и DA показателей. При сравнении КГ с НП ЭОС с 2.1 и КГ с ГП ЭОС с 2.2., т.е. группы с наличием ГЛЖ, выявляются DA, которые отличаются друг от друга местоположением и характеризуют основные отличия сравниваемых групп.

Выводы. При сравнении ЭПС у КГ с НП ЭОС и с ГП ЭОС и у больных ИБС с наличием ГЛЖ с учетом соответствующего положения ЭОС выявляется принципиальная разница DA по их локализации, что позволяет уточнить и расширить зоны диагностического поиска для выработки критериев диагностики ГЛЖ.

Ивабрадин при лечении ИБС со стенокардией напряжения и хронической сердечной недостаточностью I и IIa стадиями

Андреичев Н.А., Галева З.М.

Кафедра факультетской терапии и кардиологии, Казанский государственный медицинский университет, Казань

Важным компонентом лечения ИБС со стенокардией напряжения (СН) в сочетании с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) является достижение пульсурежающего и антиишемического эффектов. Замедление частоты сердечных сокращений (ЧСС) при СН с помощью β -адреноблокаторов (ББ) не всегда возможно. Для замедления ЧСС и достижения антиангинального эффекта эффективна комбинация I β ингибитора — ивабрадина (Ив.) с ББ. Ив. снижает риск коронарных осложнений при стабильной ИБС и ЧСС > 70 уд/мин. Использование Ив. уменьшает сердечно-сосудистую смертность и потребность в госпитализации из-за ХСН на 18% ($p < 0,0001$).

Цель исследования: возможности Ив. при лечении ИБС со СН и ХСН. Материалы и методы. Наблюдались пациенты, получавшие Ив. в дозе 10—15 мг (11 м. и 5 ж.); из них 6 чел. (6 м.) получали ББ, 10 чел. (5 м. и 5 ж.) не получали ББ. Помимо этого, наблюдались 6 чел. (3 м. и 3 ж.), не получавших Ив. на фоне общепринятой терапии.

Результаты. В процессе наблюдения за больными оценивались: динамика ЧСС, количество приступов СН, фракция выброса. Средняя ЧСС в группе больных с ХСН I и IIa, получавших Ив. и ББ, Ив., ББ составляла, соответственно, 96,8; 86,78 и 86 уд/мин в начале лечения. В этих же группах, получавших Ив. и ББ, Ив., ББ, урежение ЧСС составило, соответственно, 24,8 уд/мин (34,9%); 12,44 (18,37%); 12 (16%) при ИБС со СН ФК I-III, ХСН I-IIa, ФК 1-3. Средняя ЧСС в группе больных с ХСН I, получавших Ив. и ББ, Ив., ББ, составляла, соответственно, 96; 88,83 и 84 уд/мин в начале лечения. В этих же группах, получавших Ив. и ББ, Ив., ББ, урежение ЧСС, составило, соответственно, 24 уд/мин (33,5%); 15,25 (22,04%); 13 (17%) при ИБС со СН ФК I-II, ХСН I, ФК 1-3. Средняя ЧСС в группе больных с ХСН IIa, получавших Ив. и ББ, Ив., ББ, составляла, соответственно, 98; 82,67 и 88 уд/мин в начале лечения. В этих же группах, получавших Ив. и ББ, Ив., ББ, урежение ЧСС составило, соответственно, 26 уд/мин (37%); 16,33 (24,76%); 12 (15%) при ИБС со СН ФК I-III, ХСН IIa, ФК 1-3.

Выводы. Комбинированная терапия Ив. и ББ одинаково эффективна при ХСН I и IIa.

Анализ результатов хирургического лечения пароксизмальных тахикардий

Андрянов М.Т.

Тюменский кардиологический центр, Челябинск

Цель исследования: оценить эффективность хирургического лечения пароксизмальных тахикардий в Тюменском кардиологическом центре.

Материалы и методы. Ретроспективно изучены истории 256 жителей Челябинска и Челябинской области, пролеченных в Тюменском кардиологическом центре за период с 2007 по 2011 г. Из них женщин — 137 (53,5%), мужчин — 119 (46,5%). Средний возраст больных — $46 \pm 14,3$ года. Больных с атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардией (АВУРТ) было 110 (43%) человек, с реципрокной тахикардией с участием дополнительных путей проведения (РТДПП)

— 36 (14,1%), с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП) — 67 (26,2%), с пароксизмами трепетания предсердий (ТП) — 30 (11,7%), с желудочковой экстрасистолией (ЖЭ) — 8 (3,1%) и желудочковой тахикардией (ЖТ) — 4 (1,6%). У всех больных была выполнена радиочастотная абляция аритмогенных зон.

Результаты исследования. В группе больных АВУРТ операция была эффективна в 94,5% случаев, повторное вмешательство потребовалось 6 (5,4%) больным. В группе РТДПП эффективность составила 91,7%, повторная операция потребовалась 3 (8,3%) больным. У больных с ФП и ТП эффективность первой абляции также высока: 71,6 и 63,3% соответственно.

Выводы. Хирургическое лечение пароксизмальных тахикардий в Тюменском кардиологическом центре высокоэффективно. Полученные результаты соответствуют зарубежным.

Место селективного β -1-адреноблокатора Беталок в лечении пациентов с сердечно-сосудистой патологией на догоспитальном этапе

Аникин Е.В., Холкин И.В., Хусаинова Д.Ф.

Станция скорой медицинской помощи им. В.Ф. Капиноса, Екатеринбург

Основные воздействия β -адреноблокаторов на сердечно-сосудистую систему включают: гипотензивный, антиишемический, антиаритмический эффекты, которые неоспоримо повышают выживаемость пациентов при их своевременном применении.

Цель исследования: оценить эффективность использования беталока (Б) в лечении пациентов с сердечно-сосудистой патологией на догоспитальном этапе.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование на базе МУ «Станции СМП им. В.Ф. Капиноса» 122 больных, которым врачами СМП вводился Б. Возраст пациентов составил 25—88 лет (медиана $56,5 \pm 1,25$ года).

Результаты и обсуждения. Группа больных в возрасте старше 70 лет (24,6%) получала среднетерапевтическую дозу 5—10 мг (6,3 мг) Б в/в без осложнений. После терапии Б осложнений со стороны бронхолегочной системы у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в стадии ремиссии (4 чел., 3%) не выявлено. Пациенты с фибрилляцией предсердий (ФП) нуждались в терапии Б в 20 случаях (16%) и у 6 из них (30%) восстановлен синусовый ритм. Группа больных с суправентрикулярной тахикардией составила 12 чел. (10%), у 4 — восстановление синусового ритма Б (10 мг). Группа с ОКС составила 49 пациентов (40%), которым Б применялся в комбинации с другими необходимыми препаратами, у которых достигнуто снижение АД в 82% случаев, купирование синусовой тахикардии — 76,8%, урежение ритма при ФП — в 21,2%. Купирование экстрасистолии достигнуто в 67,2%, у трети пациентов снизилось число экстрасистол. У пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и нейроциркуляторной дистонией (НЦД) при введении Б снизилось АД в 96,5%, купирована синусовая тахикардия в 85,7%. Применение Б во всех группах, как в моно, так и в комбинированной терапии, позволило добиться снижения АД в 89,2% случаев, восстановления синусового ритма при всех видах его нарушения в 8,8%. Клинически значимой брадикардии не выявлено. Удлинения интервала PQ после введения Б от исходного значения выявлено в 18%, не превышая 0,2 с.

Выводы. 1. Применение Б в условиях СМП при учете показаний и противопоказаний возможно и безопасно. 2. Побочных действий препарата не выявлено. 3. Б может применяться в любой возрастной

группе. 4. Доказана эффективность Б при различных видах нарушений сердечного ритма, АГ и НЦД. 5. Б может применяться у пациентов с ХОБЛ в стадии стойкой ремиссии в минимальной терапевтической дозе от 2,5 до 5 мг.

Влияние гиполипидемической и омега-3 ПНЖК терапии на липидно-реологические показатели крови у больных сахарным диабетом тип 2 с сопутствующей ХИБС

Апухтин А.Ф., Инина Л.И.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Цель исследования: оценить влияние комбинированной терапии статином-акталипидом и биологически активной добавкой, содержащей ω -3 ПНЖК-атероблоком на показатели липидного обмена во взаимосвязи с реологическими показателями крови у больных сахарным диабетом 2 типа с ИБС и АГ.

Материалы и методы. Обследовано 40 пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа в стадии компенсации и субкомпенсации углеводного обмена с ИБС стенокардией напряжения 1-2 ФК и АГ. Ср. возраст пациентов — 63,2±10,6 года в двух одинаковых по полу и численности группах. Пациенты первой (основной) группы кроме гипогликемической и гиполипидемической терапии симвастиатином (акталипидом) в дозе 20 мг/с дополнительно получали атероблок в дозе 1г/с. Определяли общий холестерин (ОХ); холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП); с расчетом показателей холестерина липопротеидов низкой и очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), индекса атерогенности (ИА); триглицериды (ТГ), вязкости крови оригинальным устройством вискозиметрии (Патент № 2390758, патентообладатель ВолГМУ) при скоростях сдвига: 3,1с-1; 6,3 с-1; 18 с-1; 36 с-1; 60 с-1; 78с-1; Кровь 6,0 мл (25 ед.гепарина / на 1 мл крови) забирали утром натощак из кубитальной вены.

Результаты и их обсуждения. В результате проведенного 12-недельного лечения в исследованных группах пациентов отмечено положительное влияние обеих схем применения препаратов на показатели липидного спектра крови: ОХ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, ТГ, индекс атерогенности (ИА). В группе комбинированной терапии отмечено снижение показателей вязкости крови практически всего исследуемого диапазона скоростей сдвига. В группе больных СД, получавших монотерапию акталипидом, статистически достоверно снизились показатели вязкости крови малой скорости сдвига (3,1с-1). После лечения статином-акталипидом установлены прямые связи: между уровнем бета-липопротеидов и показателями вязкости на скорости сдвига $r_{36с-1}=0,39$ ($p<0,05$); $r_{78с-1}=0,36$ ($p<0,05$); между индексом атерогенности и вязкостью скорости сдвига $r_{18с-1}=0,402$ ($p<0,05$). В группе больных СД комбинированного лечения отмечено появление достоверных взаимосвязей: между ЛПВП и вязкостью крови низкой скорости сдвига $r_{3,1с-1}=0,56$, $p<0,0025$; отрицательной взаимосвязи между ОХС и вязкостью крови 6,3с-1 и 18 с-1 ($r=-0,427$ $p<0,025$; $r=-0,361$ $p<0,05$); отрицательной взаимосвязи между индексом атерогенности и вязкостью диапазона сдвиговых напряжений 3,1 и 6,3 с-1 $r=-0,647$ ($p<0,0025$); $r=-0,465$ ($p<0,025$), соответственно.

Выводы. Применение в течение 12 недель комбинированной терапии препаратами Акталипид и Атероблок у больных сахарным диабетом 2 типа с сопутствующей ХИБС снижает индекс атерогенности, показатели вязкости крови малых, средних и высоких сдвиговых напряжений усиливает их взаимосвязи с содержанием триглицеридов, ОХС и ЛПВП, индексом атерогенности. Применение статина-акталипида в течение

12 недель у больных сахарным диабетом 2 типа с сопутствующей ХИБС достоверно улучшает взаимосвязь бета-липопротеидов с показателем вязкости крови диапазона низкого сдвигового напряжения.

Факторы риска гипертонической болезни у рабочих машиностроительных предприятий Московской области

Атаманчук А.А., Любченко П.Н.

Московский областной научно-исследовательский институт им М.Ф. Владимирского, Москва

Общезвестно, что гипертоническая болезнь (ГБ) является одним из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы в РФ (в среднем 40%) и имеет стойкую тенденцию к увеличению распространенности.

Цель: изучение влияния антропометрических параметров, биохимических показателей сыворотки крови, стажа работы во вредных условиях на риск возникновения гипертонической болезни у рабочих машиностроительных предприятий Московской области. Материалы и методы. Наблюдались рабочие, мужчины (90 человек), машиностроительных предприятий Московской области, работавшие в контакте с профессиональными вредностями (шумом, пылью, вибрацией), в возрасте 40—59 лет. Среднее время наблюдения составило 8,4±0,34года. У исследуемых определяли вес, рост, вычисляли индекс массы тела (ИМТ), исследовали липиды сыворотки крови (общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды, коэффициент атерогенности), проводили подсчет форменных элементов крови и измеряли СОЭ и уровень гемоглобина крови, измеряли АД. Конечной точкой наблюдения было принято развитие стойкой артериальной гипертонии: АД свыше 140 мм рт.ст. систолическое, диастолическое более 90 мм рт. ст. По возникновению ГБ или нет все рабочие были разделены на две группы: в первую вошли рабочие с нормальными показателями АД, во вторую — с повышенным АД. Обработку результатов проводили при помощи пакета прикладных программ Statistica 6.0. Результаты. За время наблюдения гипертоническая болезнь развилась у 33% рабочих, в среднем через 6,06±0,58 года наблюдения. В группе рабочих с развившейся ГБ на начальном этапе уровни ТГ, глюкозы, общего кальция, щелочной фосфатазы достоверно ($p<0,05$) превышали таковые в группе рабочих без развившейся в последствии артериальной гипертонии, обнаружена тенденция к повышенному уровню общего холестерина ($p=0,08$) в группе больных с развившейся ГБ. Достоверного влияния стажа работы во вредных условиях на развитие артериальной гипертонии не получено. Выводы. У рабочих машиностроительных предприятий Московской области в развитии ГБ большую роль играют внутренние особенности метаболических путей организма, чем производственные факторы.

Особенности метаболических нарушений у мужчин с хронической обструктивной болезнью легких и сахарным диабетом 2 типа

Афанасьева И.И., Шамурова Ю.Ю.

Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск

Цель: провести сравнительный анализ метаболических нарушений у мужчин с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и

сочетанной патологией-ХОБЛ и сахарный диабет типа 2 (СД).
Задачи. 1) изучить и сопоставить частоту и характер дислипидемии (ДЛП) у мужчин с ХОБЛ и при сочетании ХОБЛ и СД; 2) оценить частоту поражения брахиоцефальных артерий (БЦА) и толщину комплекса интима-медиа (ТИМ) среди пациентов обеих групп.

Материалы и методы. Обследованы 42 мужчины в возрасте от 40 до 76 лет. Из них 57% (24 человека) с ХОБЛ — 1 группа, и 43% (18 человек) с ХОБЛ с СД — 2 группа. Все пациенты проходили лабораторно-инструментальные методы исследования для верификации ХОБЛ и СД и метаболических нарушений (липидограмма, уровень глюкозы крови натощак (УГН), ультрозвуковую доплерографию с дуплексным сканированием БЦА по стандартным методикам с оценкой комплекса интима-медиа (ТИМ).

Результаты. Проведенное исследование показало, что частота выявленных ДЛП в обследуемых группах больных достоверно не отличается, являясь практически равной, составляя 75 и 72% соответственно. В 1-й группе среднее значение общего холестерина (ОХ) равнялось 5,4 ммоль/л, триглицеридов (ТГ) — 1,18 ммоль/л, холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) — 3,51 ммоль/л, холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП) — 1,42 ммоль/л, коэффициент атерогенности (КА) — 2,98, УГН — 4,3 ммоль/л. Среди пациентов 1-й группы 8% принимали статины. Во 2-й группе: среднее значение ОХ составило 5,8 ммоль/л, ТГ — 1,91 ммоль/л, ХСЛПНП — 3,52 ммоль/л, ХСЛПВП — 1,56 ммоль/л, КА — 3,02, УГН — 7,0 ммоль/л. Среди пациентов 2 группы статины принимали 44%. Частота поражения БЦА среди больных в 1-й группе составила 62%, во 2-й — 100%.

Выводы. Как у мужчин с ХОБЛ, так и при сочетанной патологии, ДЛП встречается практически с равной частотой. В то же время, у пациентов с сочетанной патологией, несмотря на достоверно большую долю лиц с липиднормализующей терапией, спектр патологических изменений липидограммы шире (повышен уровень ОХ, ХСЛПНП, ТГ), чем у больных с ХОБЛ, где ДЛП характеризуется повышением уровня ОХ и ХСЛПНП, и отмечается 100%-ное поражение БЦА. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о наличии различий в характере метаболических расстройств в обследованных группах больных. Одновременно складывается впечатление о самостоятельном развитии метаболических нарушений, как патологического процесса, в определенной мере независимого от класса заболеваний внутренних органов.

Гендерно-возрастные особенности агрегатно-сuspензионного состояния крови у пациентов с ишемической болезнью сердца и различной степенью стеноза коронарных артерий

Ахмадуллина Л.Г., Малинова Л.И.

Саратовский научно-исследовательский институт кардиологии, Саратов

Цель: оценить гендерные и возрастные особенности агрегатно-сuspензионного состояния крови у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) с различными степенями стенозирования коронарных артерий.

Материалы и методы. В анализ включены архивные истории болезни СарНИИК Минздравсоцразвития России (г. Саратов) пациентов, у которых на основании решения комиссии по проведению коронарографии было принято решение о целесообразности проведения этого исследования, за период 2001—2010 гг. Для предварительной оценки методом случайных чисел было рандомизировано 50 пациентов. Для

анализа использовались цитоморфологические и функциональные параметры цельной крови, морфологические характеристики состояния коронарного кровотока.

Результаты. При сопоставлении мужчин зрелого и пожилого возраста были выявлены следующие статистически значимые изменения: снижение показателей «гемоглобинового здоровья» (количество эритроцитов, гемоглобин, гематокрит, МСН), нарастание СОЭ, а также увеличение количества пораженных коронарных артерий. В то время как у женщин перечисленные параметры были практически неизменными, происходило статистически достоверное увеличение величины стенозирования (%) коронарных артерий. Проведение корреляционного анализа в общей выборке выявило наличие умеренной силы положительной корреляционной связи между количеством пораженных артерий ($\tau = 0,580$, $p < 0,050$), процентом стеноза ($R = 0,671$, $p < 0,05$) и возрастом.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о специфике изменения состояния коронарных артерий у мужчин и женщин с возрастом и подчеркивают перспективы дальнейшего исследования.

Влияние современной базисной терапии на функцию щитовидной железы у больных ревматоидным артритом

Ахунова Г.Р., Валеева Ф.В., Киселева Т.А.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Цель: изучить функциональное состояние щитовидной железы (ЩЖ) у больных ревматоидным артритом (РА), получающих современную базисную терапию.

Материалы и методы. Обследованы 55 пациентов с РА, наблюдавшихся в отделении ревматологии 7 городской больницы г. Казани МЗ РТ и Республиканской клинической больницы МЗ РТ. (Возрастной интервал составил от 38,5 до 55 лет, длительность заболевания РА от 1 до 8 лет). Больным с РА ($n=37$) на фоне имеющейся базисной терапии были назначены биологические агенты (БА) (инфликсимаб, адалимумаб, ритуксимаб, тоцилизумаб, абатацепт, голимумаб). Пациенты с РА ($n=18$) получали базисные противовоспалительные препараты (БПВП) впервые (метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин, плаквенил). В исследование не включались пациенты, которые принимали L — тироксин. Всем пациентам исходно и через 3 месяца определяли тиреотропный гормон (ТТГ), свободные Т3 (св. Т3) и Т4 (св. Т4), антитела (АТ) к ЩЖ.

Результаты. Установлено, что в начале исследования у 6 (33,3%) больных РА из 18, получавших БПВП, были выявлены АТ к ЩЖ. Через 3 месяца после лечения БПВП также отмечалось наличие АТ к ЩЖ у этих же больных ($n=6$). В начале исследования у 9 (24,3%) больных РА из 37, получавших БА, были обнаружены АТ к ЩЖ. Через 3 месяца после лечения БА АТ к ЩЖ были выявлены у 14 (37,8%) больных РА. В начале исследования у 4 (22,2%) больных РА из 18, получавших БПВП, и у 4 (10,8%) больных РА из 37, получавших БА, был выявлен субклинический гипотиреоз. Через 3 месяца после лечения у всех пациентов с субклиническим гипотиреозом, получавших БПВП, был эутиреоз, у пациентов на фоне БА только у 1 (2,7%) пациента был диагностирован субклинический гипотиреоз. У 1 (5,6%) пациента на фоне приема БПВП был обнаружен высокий уровень св.Т3, который нормализовался через 3 месяца после лечения. У 3 (8,1%) пациентов, получавших БА, был выявлен высокий уровень св.Т3. Через 3 месяца после лечения уровень св.Т3 у 2 пациентов

нормализовался, а у 1 пациента остался неизменным. Также высокий св.Т3 был диагностирован у пациента с исходно нормальными показателями. У 3 (8,1%) пациентов, получавших БА, были обнаружены функциональные нарушения тиреоидного статуса, соответствующие синдрому эутиреоидной патологии, который был представлен тремя вариантами — низким уровнем Т3 (n=1), низким уровнем Т3 и Т4 (n=1), высоким уровнем Т4 (n=1). Через 3 месяца после лечения у данных пациентов уровни гормонов нормализовались. Выводы. Современная базисная терапия оказывает положительное влияние на функциональное состояние ЩЖ у пациентов с РА.

Применение метода компьютерной томографии в диагностике пылевых заболеваний легких

Бабанов С.А., Васюков П.А., Аверина О.М., Осадчий А.С., Устинова Т.А., Коренченко Н.В.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

В настоящее время в диагностике заболеваний легких широко применяется компьютерная томография (КТ) легких, более широкое использование которой сдерживается высокой стоимостью проведения исследования. КТ обладает большой разрешающей способностью. Тонкие срезы органов грудной клетки, компьютерная обработка информации, выполнение исследования в сжатые сроки (10—20 секунд) устраняют артефакты, связанные с дыханием, передаточной пульсацией. Объемная реконструкция дает представление о бронхолегочной системе в режиме виртуальной реальности. Проведено обследование 26 больных с пылевыми заболеваниями легких методом компьютерной томографии (пневмокопоз, интерстициальная форма — 9 человек, силикоз, интерстициальная форма — 7 человек, хронический пылевой бронхит — 10 человек). В 50% при хроническом пылевом бронхите (у 5 человек) выявлены признаки интерстициального или узелкового пневмокопоза, у 2 больных пневмокопозом (22,22%) из 9 обследованных выявлены признаки узелкового пневмокопоза, у 1 больного силикозом также выявлены признаки узелковой формы заболевания. Таким образом, предварительные результаты исследования позволяют говорить о высокой информативности метода компьютерной томографии в диагностике пылевых заболеваний легких и наличии определенной гиподиагностики при проведении стандартной рентгенографии легких. Ниже приводим описание КТ-картины у больного В., 47 лет, полировщика лопаток. На серии компьютерных томограмм органов грудной клетки, выполненных по специальной программе, воздушность легочной ткани диффузно снижена за счет интерстициальных изменений. С обеих сторон в медиа-базальных отделах легких отмечается парасептальные интерстициальные изменения легочной ткани в виде умеренно выраженных линейных и ретикулярных тяжей за счет уплотнения внутридольковой интерстиции. В субплевральных зонах определяются единичные участки уплотнения легочной ткани по типу матового стекла. Отмечается некоторое усиление и деформация легочного рисунка преимущественно в отделах легких. Стенки бронхов фрагментарно уплотнены. Корни легких структурны, несколько расширены за счет фиброзных изменений. Лимфоузлы не увеличены и единично уплотнены. В верхушках субплеврально и медиастенально отмечаются мелкокалиберные ассептальные и центрилобулярные воздушные полости (блэбсы), сердце, магистральные сосуды и диафрагма обычно расположены, контуры их не изменены. Жидкости в плевральных полостях не визуализируются.

Заключение. КТ-картина пневмокопоза легких интерстициального типа (s). Диффузный пневмокопоз. Парасептальная эмфизема верхушек легких.

Совершенствование медицинского обслуживания работающего населения

Бабанов С.А., Васюкова Г.Ф., Тюрин М.Н., Устинова Т.В., Коренченко Н.В., Бабанова Н.Т., Аверина О.М.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Показатель профессиональной заболеваемости в Российской Федерации в 2009 г. составил 1,79 на 10 тыс. работающих (по объектам всех форм собственности), в 2008 и 2007 гг. — 1,51 и 1,59 соответственно. При этом за последние 5 лет (2005—2009 гг.) в Российской Федерации зарегистрировано 7885 случаев новых профессиональных заболеваний (6269 — 79,5% у мужчин и 1616 — 20,5% у женщин). Кроме того, в 2010—2011 гг. в России отмечается снижение доли лиц трудоспособного возраста в общей численности населения страны. Кроме того, на протяжении уже многих лет наблюдается увеличение среднего возраста работников: только за период с 2000 по 2006 г. он вырос с 38,9 до 39,3 года у мужчин и с 39,3 до 40,0 года у женщин. Очевидно, что в этих условиях к состоянию здоровья работников будут предъявлены повышенные требования, и, соответственно еще большее значение приобретет медико-профилактическая деятельность, направленная на увеличение трудового долголетия работников. Достаточно низкий уровень профессиональной заболеваемости в Российской Федерации, по сравнению с развитыми экономическими странами, можно объяснить в том числе и низким качеством проводимых периодических медицинских осмотров работающего населения, недостаточной квалификацией врачей, их проводящих, и, как следствие этого, выявляется «вершина айсберга» — тяжелые инвалидизирующие формы профессиональных заболеваний, когда человек практически нетрудоспособен и нуждается в определении степени утраты трудоспособности и группы инвалидности. В сложившихся условиях виновниками подобной ситуации являются работодатель, сам работающий, трудовая инспекция. Работающий (человек наемного труда) вынужден мириться с условиями труда, в противном случае ему быстро найдется замена. Поэтому, дорожа своим рабочим местом, работник скрывает до поры до времени ухудшение состояния здоровья. К тому же существующее трудовое законодательство не позволяет произвести перевод человека с начальными формами профессионального заболевания на другое место работы с сохранением среднего заработка. Работник остается на своем прежнем рабочем месте до тех пор, пока не будет установлен диагноз профессионального заболевания. Впоследствии установленное профзаболевание дает возможность получать дополнительные выплаты, путевки в санаторий и пр. Такое положение дел становится выгодным и работодателям, так как вложения на охрану труда гораздо существеннее, чем затраты на реабилитационные мероприятия. Работодатель, исходя из экономических соображений, становится малотребовательным к качеству проводимых профилактических медосмотров, тем самым освобождая себя от необходимости реализовывать профилактические мероприятия по результатам осмотров. Практически отсутствует заинтересованность в снижении профессиональных заболеваний и среди лечебно-профилактических учреждений, так как они работают по договорам с предприятиями. С одной стороны, они слабо ориентированы в проблемах медико-санитарного обслуживания работающих (особенно если это частная коммерческая медицинская организация, а не исторически созданная

при предприятии медико-санитарная часть), не знают специфику условий труда, наличия неблагоприятно влияющих производственных факторов на состояние здоровья. С другой стороны, лечебно-профилактические учреждения не заинтересованы в повышении качества медосмотров, дообследовании лиц с подозрением на профзаболевание, выявлении начальных форм профессиональных заболеваний, так как впоследствии это может сказаться на договорных отношениях с предприятием.

Клиническая диагностика больных бронхиальной астмой с учетом возрастного дебюта

Багаева С.Н., Евтушенко Г.Н., Акаева С.А.

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

Цель исследования: оценка начальных проявлений клинико-функциональных показателей бронхиальной астмы (БА) в зависимости от возрастного периода.

Материалы и методы. Среди 267 обследованных больных в возрасте от 3 до 78 лет, преобладали женщины (82,3 %). Дебют «ранней БА» состоялся в детском и юношеском возрасте у 39 чел. (14,6 %), в среднем возрасте — у 184 (68,9 %), «поздняя БА» имела место у 44 (16,5 %) больных. Факторы риска развития БА имели возрастные отличия. Так, ведущая роль в развитии «ранней астмы» и «астмы среднего возраста» принадлежала аллергическому механизму, роль которого отходила на второй план, уступая место неаллергическим и смешанным формам болезни с иными факторами риска (гормональным нарушениям, гастроэзофагеальному рефлюксу и др.). Если длительность течения БА (по данным спирографии, пневмотахометрии, пикфлоуметрии) не оказывала существенного влияния на степень тяжести течения, то роль патогенетического механизма была несомненной. У пациентов с аллергическим механизмом развития заболевания контроль персистирующей БА достигался легче, что обусловлено исходно меньшей тяжестью и резистентностью БА к проводимой терапии. Поздно развившаяся БА чаще имела смешанный характер, развивалась на фоне пусковой или сопутствующей патологии, что требовало более расширенного ассортимента и более высоких доз лекарственных средств, в ряде случаев без достижения полного контроля заболевания. Поздно развившаяся БА более сложна в диагностическом плане, требует консультаций специалистов разного профиля, экономически более затратна при низком уровне контроля тяжести течения.

Вывод. Поскольку прогноз БА зависит от своевременной диагностики и адекватности проводимой патогенетически обоснованной терапии, необходимо учитывать возрастной дебют заболевания, вносящий свои коррективы.

Патология сердечно-сосудистой системы у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких

Багаева С.Н., Евтушенко Г.Н., Акаева С.А.

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

Цель: изучение особенностей клинического течения патологических процессов в сердечно-сосудистой системе у больных хроническими

обструктивными заболеваниями легких (ХОБЛ), а также их диагностики и лечения.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки в пульмонологических отделениях обследованы 120 больных, госпитализированных по поводу обострений ХОБЛ. Возраст в диапазоне от 42 до 78 лет (средний возраст — 60 лет). Всем больным были выполнены определение ФВД, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография ОГК, клинико-биохимические анализы. У всех больных определялись нарушения функции внешнего дыхания по обструктивному и смешанному типу, разной степени выраженности. Сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы имела место практически у всех пациентов. Так, артериальная гипертензия отмечена у 43,1 % (из них гипертоническая болезнь — у 28 %), кардиалгии — у 61,3 % (ИБС в виде стабильной стенокардии напряжения — у 58,4 %, причем у половины — высоких функциональных классов). У трети больных (37 %) выявлены нарушения сердечного ритма в виде синусовой тахикардии (ЧСС более 100 в 1 мин), желудочковой экстрасистолии (нередко бигимении), реже — фибрилляции предсердий; у 0,9 % они носили жизнеугрожающий характер. Вывод. Значительный контингент больных ХОБЛ с сочетанной патологией сердечно-сосудистой системы, нуждается при лечении в совместном динамическом контакте с кардиологической службой, как в диагностическом плане, так и в выборе наиболее рациональных схем терапии, с соответствующим акцентом воздействия.

Влияние уровня доходов на качество жизни больных бронхиальной астмой

Багаева С.Н., Евтушенко Г.Н., Акаева С.А.

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

Цель: соотнести показатели шкалы качества жизни больных бронхиальной астмой (БА) с различным уровнем доходов.

Материалы и методы. 170 пациентов, в возрасте 30-70 лет, разделены на три группы, в зависимости от уровня доходов — меняющегося прожиточного минимума. 1-я группа имела доходы много ниже прожиточного минимума (39 человек, 22,9%), 2-я группа (113 человек, 66,5%) с доходом, равным прожиточному минимуму, и 3-я группа (18 человек, 10,6%) с доходами, превышающими прожиточный минимум. Проведен анализ анкетирования пациентов с помощью вопросника ВОЗ КЖ-100. Установлено: если значения физической сферы не имели групповых отличий, то значения остальных сфер качества жизни в группе больных БА с доходом менее прожиточного минимума оказались достоверно более низкими, чем во 2-й и 3-й группах. Так, показатели психологической сферы у них были на 15% ниже, и более выражены заниженная самооценка и влияние отрицательных эмоций на повседневную деятельность. Значение сферы «окружающая среда» были более низкими в 1-й и 2-й группах (соответственно на 16 и 12%) и чаще сводилось к неудовлетворенности жилищными условиями, реализацией права на комфортный отдых. Показатели сферы «уровень независимости» коррелировались со сферой «социальные отношения» и в 1-й группе были соответственно на 12% и 17% показателей в 3-й группе. Что касается показателей 2-й группы, то в этих сферах их показатели были ближе к 3-й группе, хотя и в ней они были снижены (соответственно, 7 и 10%).

Выводы. Низкие показатели качества жизни больных БА находятся в прямой зависимости от уровня доходов, что требует подхода к решению проблемы на государственном уровне.

Роль неинвазивной диагностики неалкогольной жировой болезни печени на примере FibroScan у пациентов с метаболическим синдромом

Багиров Р.Н., Трошина Т.И., Кичигина О.Н., Курская А.Г.

Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень

Цель: оценить место неинвазивной ультразвуковой эластометрии в диагностике фиброза у пациентов с метаболическим синдромом и неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материалы и методы. Обследовали 60 больных НАЖБП, включающее клиническое, инструментальное и лабораторное обследование, а также применение неинвазивной ультразвуковой эластометрии печени FibroScan (Echosens, Франция). Морфологическая оценка стадии фиброза проводилась по системе METAVIR. Стадия F0 соответствовала отсутствию фиброза, F1 — расширению портальных трактов без формирования септ, F2 — портальному фиброзу в сочетании с единичными септами, F3 — портальному фиброзу в сочетании с множественными септами, без ложных долек, F4 — циррозу печени. Проведен анализ данных у 60 больных НАЖБП (30 мужчин — 50%, 30 женщин — 50%), средний возраст которых составил 46 лет. 1 группа больных с ожирением I-II степени, ИМТ 30,0—34,9 кг/м² (n=20). 2 группа: МС без НУО (n=20). 3 группа: МС с СД 2 типа (n=20).

Результаты. В ходе исследования было выявлено, что степень активности печеночных трансаминаз не имеет отчетливой корреляции с выраженностью стеатоза и фиброза печени. В 1 группе стеатоз выявили у 80% больных, НАСГ — 20%. По данным неинвазивной эластометрии печени на аппарате FibroScan выявили стадии фиброза: F0 у 20% исследуемых, F1 — 20%, F2 — 33%, F3 — 20%, F4 — у 7% исследуемых. Во 2 группе больных при традиционном исследовании стеатоз выявили в 50% случаев, НАСГ — в 50%. По данным FibroScan: F0 выявляли у 45%, F1 — у 27%, F2 — у 20%, F3 — 5%, F4 — у 3% исследуемых. В 3 группе — стеатоз у 71% больных, НАСГ — 29. Данные FibroScan: F0 у 57% исследуемых, F1 — 0%, F2 — 14%, F3 — 14%, F4 — у 14% исследуемых.

Выводы. 1. Традиционные биохимические маркеры оценки функции печени не имеют отчетливой корреляции с выраженностью стеатоза и фиброза печени. 2. Неинвазивное исследование с помощью аппарата FibroScan позволяет проводить раннюю диагностику клинически невыраженного фиброза печени у пациентов с ожирением и МС.

Холестероз желчного пузыря — ранний маркер атеросклеротического процесса у больных с метаболическим синдромом

Багиров Р.Н., Трошина Т.И., Кичигина О.Н.

Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень

Цель исследования: дать характеристику клинического течения сочетания ХЖП с метаболическими и функциональными нарушениями гепато-билиарной системы и сосудистой стенки у больных с ожирением и метаболическим синдромом (МС).

Материалы и Методы исследования. Обследовали 90 пациентов в возрасте от 30 до 55 лет: 1 группа с ожирением 1—2 ст., 30 пациентов с МС без нарушений углеводного обмена и 30 пациентов с ожирением и СД2 типа (стаж до 5 лет). Проводили стандартное обследование функции печени (общий билирубин, уровень трансаминаз, УЗИ печени и желчного пузыря, сократительную функцию желчного пузыря

(СФЖП). Липидный профиль (ОХ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ). Измерение толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) общих сонных артерий (ОСА) проводилось по стандартной методике на аппарате VOLUSON 730 EXPERT 2006 г., оснащенный линейным датчиком с фазированной решеткой с частотой 7,5 МГц. Вычислялась средняя ТКИМ ОСА по 6 точкам. Наличие ранних признаков атеросклероза определялось как местное утолщение ТКИМ ОСА более 1,0 мм в любой из точек сонных артерий (ТКИМ ОСА максимальная).

Результаты. Наличие жировой инфильтрации паренхимы печени выявили у 77 пациентов из 90 обследованных. Отклонение трансаминаз не более 2 норм у 52% пациентов 1 группы, повышение уровня триглицеридов и общего холестерина — у 48% пациентов. Признаки жирового гепатоза по данным УЗИ — в 62% 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 признаки ХЖП. У пациентов 2 группы дислипидемия выявлена в 69%, признаки жирового гепатоза — у 75% пациентов, признаки ХЖП — у 70%, превышение ТКИМ ОСА — у 58% пациентов с наличием сочетания НЖБП и ХЖП. В 3 группе признаки жирового гепатоза по УЗИ — у 83% больных, снижение СФЖП — у 88% больных, превышение ТКИМ ОСА — у 92% пациентов. Из них все имели ХЖП, признаки НЖБП, нарушение липидного спектра. Выводы. 1. У больных с ожирением и МС выявляется сочетание жирового гепатоза и ХЖП более чем в 60%, характеризуется малосимптомностью, что требует изучения дополнительных факторов их формирования. 2. Сочетание увеличения ТКИМ ОСА с признаками ХЖП у пациентов с ожирением и МС может учитываться как ранний маркер атеросклеротического процесса.

Уровень метаболитов оксида азота и эндотелина-1 у больных с метаболическим синдромом и холестерозом желчного пузыря

Багиров Р.Н., Трошина И.А., Гончарова М.В., Сидорова Е.А.

Областная клиническая больница № 2, Тюмень

Цель: у больных с метаболическим синдромом (МС) и холестерозом желчного пузыря (ХЖП) определить уровень метаболитов оксида азота (NO₂) и эндотелина — (1—21).

Материалы и методы. Обследовали больных с ожирением (40 человек) и МС (40 человек) с ранними нарушениями углеводного обмена и признаками ХЖП, медиана возраста составила 49 лет. У больных отмечался кластер МС, состоящий из нарушения толерантности к глюкозе, гиперлипидемии IIb типа, АО (ИМТ более 30 кг/м²). Контроль составил 21 здоровый человек. Группа сравнения (30 чел.) была представлена пациентами с ожирением без ХЖП. ХЖП устанавливали при проведении УЗИ с определением сократительной функции желчного пузыря (СФЖП). Коэффициент сокращения в норме равен 50—75%. Биохимические исследования венозной крови проводили на автоматическом биохимическом анализаторе Chem Well Awareness Technology (США), контрольные сыворотки Humatrol фирмы Humaп. Определяли уровень нитритов (NO₂) методом Карпюк В.Б. с сотр., с помощью реакции Грисса. Уровень эндотелина — (1—21) иммуноферментным методом.

Результаты. Уровень нитритов плазмы был достоверно выше у больных с МС и ХЖП, достоверного отличия в группе сравнения — у больных с ожирением без ХЖП с группой контроля не было получено. Уровень эндотелина (1—21) был максимальным у пациентов с МС и

ХЖП ($p < 0,001$), относительно группы больных с ожирением и группой сравнения ($p < 0,001$). Выявили высокую степень зависимости ($r = 0,62$) между показателями нитритов плазмы и уровнем эндотелина-1 (1—21) у больных с МС и ХЖП ($p < 0,001$).

Выводы. 1. Повышение уровня нитритов — метаболитов оксида азота у больных с метаболическими нарушениями и формированием ХЖП отражает более высокий уровень системного воспаления у данных пациентов. 2. Повышение уровня эндотелина (1—21) у больных с МС и ХЖП отражает возрастание эндотелиальной дисфункции у данной категории больных.

Течение инфекционного эндокардита в современной практике

Базина И.Б., Павлова М.В.

Смоленская государственная медицинская академия, Смоленск

Цель: изучить особенности течения инфекционного эндокардита (ИЭ) по материалам историй болезни пациентов, находившихся на лечении в клинической больнице скорой медицинской помощи (КБСМП) г. Смоленска.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни пациентов, находившихся на лечении с 2006 по 2011 гг.

Результаты. В 2006—2011 гг. лечились 24 больных с подтвержденным ИЭ. Мужчин было 60%, женщин — 40%. Чаще болели люди 46—50 лет (35%). Из факторов риска развития ИЭ преобладали врожденные пороки сердца (20%) и предшествующие хирургические манипуляции (25%). В 10% случаев из крови были выделены стрептококки, в 5% — энтерококки, в 40% — гемокультура отрицательная, в 45% — исследование не проводилось. При эхокардиографии вегетации обнаружены у 75% пациентов, из них митральный клапан поражен у 30%, аортальный — у 30%, сочетание митрального и аортального клапанов — у 5%, трикуспидального — у 5%. Наиболее частые осложнения: мерцание предсердий — 30%, синусовая тахикардия — 45%, сердечная недостаточность (острая и хроническая) — 90%, тромбоэмболия легочной артерии — 5% (наркоман). Летальность составила 10%. На хирургическое лечение были направлены и прооперированы 55% пациентов.

Выводы. Для улучшения прогноза при ИЭ и снижения летальности необходимо проведение профилактики данного заболевания, своевременное выявление всех факторов риска и определение группы риска для каждого конкретного больного, проведение адекватной антибиотикотерапии, кардиохирургическое лечение.

Медико-психологические аспекты реабилитации постинфарктных больных

Байсултанова М.Б., Эльгаров А.А., Татарова З.И., Эльгаров М.А.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Цель: определить эффективность реабилитации постинфарктных больных.

Материал и методы. Осуществлен комплексный клинико-статистический анализ течения инфаркта миокарда (ИМ) у 2873 мужчин (М) и 985 женщин (Ж) в возрасте 27—80 лет, а также медико-социальных и психологических параметров постинфарктных пациентов — 673 М и 495 Ж в течение 5,5 лет (2006-2010 гг) в рамках восстановительного лечения. Для оценки программы реабилитации

постинфарктных больных сформированы 2 группы: 1-я — основная (ОГ) 296 лиц, перенесших ИМ (М — 174 и Ж — 122) в возрасте 31—60 лет (средний возраст — $56,7 \pm 4,7$ года); 2-я — контрольная (КГ) 269 постинфарктных больных (М — 157, Ж — 112) 30—60 лет ($56,4 \pm 4,5$ года). В ОГ наблюдение включало фармако-, физио-, психотерапию, индивидуальные ЛФК, терренкур (ходьба), участие в образовательном проекте, регистрация психосоматического статуса и при необходимости коррекция содержания мониторинга каждые 3 месяца. Лица КГ находились под опекой врачей поликлиник. Клинико-гемодинамические и психосоматические характеристики, а также профессиональная деятельность пациентов в обеих группах значимо не различались. Преобладали бизнесмены, строители, школьные, вузовские, торговые и социальные работники, водители транспорта, сотрудники правоохранительных органов.

Результаты. Достоверная динамика клинико-психологических, гемодинамических параметров в ОГ зарегистрирована у 209 (70,6%) больных, из которых значительное улучшение и восстановление работоспособности (возвращение к прежней работе) отмечено в 69 случаях (33,0%); улучшение — в 128 (61,2%), из них вернулись к труду 68 пациентов (53,1%), незначительное улучшение — в 12 (5,7%). Повторный ИМ отмечен у 2 (0,6%) больных. Из 79 (26,7%) постинфарктных пациентов ОГ, признанных инвалидами II группы, к завершению периода активного мониторинга отмечено восстановление работоспособности и возвращение к прежнему труду у 55 (69,6%), 12 (15,2%) — определена III и у 12 (15,2%) сохранилась II группа. Вместе с этим из 168 (56,7%) больных ИМ, признанных инвалидами III группы, к концу комплексного наблюдения признаны работоспособными 165 (98,2%) лиц. В КГ благоприятные изменения состояния пациентов наблюдались в 129 (47,9%) случаях: значительное улучшение — у 26 (20,1%) пациентов, улучшение — у 57 (44,2%), незначительное улучшение — у 28 (21,7%). Повторный ИМ и развитие осложнений зарегистрированы в 6,2 и 7,5% соответственно. Из 269 пациентов инвалидность II группы была определена у 79 (29,3%), из которых к работе вернулись 11 (13,9%), а 13 (16,4%) определена III группа; у остальных 55 (69,6%) II группа сохранилась. У 139 (51,6%) лиц с ИМ, имевших до начала авторского проекта III группу, к окончанию наблюдения состояние работоспособности восстановилось лишь в 26 (18,7%) случаях, а в 99 (76,7%) группа инвалидности сохранена и 14 (10,0%) в связи с ухудшением состояния переведены на II группу. Выводы. Использованный комплекс медико-психологического мониторинга постинфарктных больных обеспечивает более высокую эффективность восстановительного лечения при сравнении с КГ.

Сравнительная оценка качества неотложной помощи больным инфарктом миокарда в регионе

Байсултанова М.Б., Эльгаров А.А., Тагирова М.М., Татарова З.И.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Цель: оценить эффективность неотложной помощи больным инфарктом миокарда (ИМ) в регионе.

Материал и методы. Проанализированы медицинская документация (истории болезни, карточки вызовов ССМП), материалы 1643 больных — мужчин (М, 959) 27-82 лет и женщин (Ж, 684) 27—82 лет с инфарктом миокарда (ИМ) 31—85 лет.

Результаты. В первые 6 часов доставлены в стационар лишь 41,3% М и 42,6% Ж с ИМ, через 6—12 часов — 16,8 и 13,6% соответственно, через 12—24 часов — 7,9 и 7,4% и более чем через сутки (?) — 33,9 и 36,2%,

что в значительной мере определяет характер течения и прогноз ИМ. Структура неотложной помощи на догоспитальном этапе у М и Ж — «литическая смесь» — 53,5 и 65,6% соответственно; антикоагулянтная терапия (АКТ) — 52,2 и 58,2%; глюкокортикостероиды (ГКС) — 40,2 и 36,9%; мезатон — 40,8 и 41,8%), диуретики — 41,0 и 41,6%; наркотические анальгетики — 32,1 и 33,2%; новокаинамид — 18,9 и 20,0%; магния сульфат — 18,2 и 16,9%; лидокаин 18,9 и 16,9%; нитраты — 19,2 и 18,1%; аспирин — 14,5 и 15,4%; нейролептолептоаналгезия (НЛА) -26,5 и 15,9%. В первые часы после развития ангинозного приступа за медицинской помощью обратились лишь 2,8% Ж, в т.ч. самостоятельное обращение за медицинской помощью в ЛПУ — 8 (7,7%) Ж и 22,6% М. В стационарных условиях 10,2% М была проведена инфузия тромболитических препаратов (1,5 млн ЕД стрептокиназы в/в капельно) под мониторным наблюдением. Проведение тромболитической терапии у женщин с ИМ было крайне ограниченным (4,5%), что связано с поздним обращением за медицинской помощью. Обезболивание осуществлялось с помощью так называемой литической смеси в 25,1%. Наркотические препараты вводились только в 1/3 случаев (33,2%); еще реже (15,9%) проводилась НЛА. В некоторых случаях НЛА применялась после морфина (или его аналогов), что является ошибочной тактикой. В связи с высокой частотой АГ у лиц с ИМ широко использовалась гипотензивная терапия, в т.ч. и «литическая смесь» в 15,6 % случаев, мочегонные (19,9%), раствор магния сульфата (35,1%), клофелин (20,5%). Несмотря на отсутствие противопоказаний, АКТ проведена лишь у 59,7% пациентов, а дезагрегантная — у 14,3%, антиангинальная терапия (нитроглицерин в таблетках сублингвально?) — 34,1%. В целом, несмотря на проводимую терапию, в состоянии гипотонии в стационар были доставлены 5,3% Ж и 4,7% М с кардиогенным шоком (1,2 и 2,7%), аритмиями сердца (пароксизмы мерцания предсердий, МП) — 2,86 и 4,9%, желудочковой тахикардией — 1,2 и 9,4%, эпизодами фибрилляции желудочков (1,2 и 7,5%), нарушениями проводимости сердца: АВ-блокада II степени с периодами Самойлова-Венкебаха (3,6 и 1,9%), полная поперечная АВ-блокада (2,4 и 4,3%).

Выводы. Поздняя обращаемость и неадекватная неотложная помощь характерны для М и Ж с ИМ примерно одинаково часто. Соответствие существующим стандартам оказания неотложной помощи установлено лишь в 1/3 случаев. Необходима разработка практических рекомендаций по оказанию неотложной помощи пациентам с ИМ и организация постоянно действующего научно-практического семинара для врачей СМП.

Динамика маркеров начальной стадии патологии сосудов у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска под воздействием генерических и оригинальных препаратов

Баландина Ю.А., Тарловская Е.И., Сапожникова И.Е., Максимчук Н.С.

Кировская государственная медицинская академия, Киров

Цель: сравнить комбинации генерических и оригинальных препаратов в группе пациентов высокого сердечно-сосудистого риска с учетом выраженности эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) и микроальбуминурии (МАУ).

Методы. Обследованы 49 пациентов с АГ 2 степени + СД 2 типа без клинически явной ИБС, с дислипидемией, не получавшие медикаментозной гиполлипидемической терапии как минимум за 1 месяц до начала наблюдения. Пациенты группы А (21 человек) получали оригинальный симвастатин (Merck Sharp

& Dohme, Нидерланды), периндоприл + индапамид (Servier, Франция). Пациенты группы Б (28 человек) получали генерический симвастатин, эналаприл, индапамид (Nemofarm, Сербия). Группы были сопоставимы по исходным данным ($p > 0,05$). Коррекция доз препаратов проводилась с интервалом в 4 недели. Исходно и через 12 недель лечения у пациентов оценивали ЭЗВД по методике Celermajer и выраженность МАУ полуквантитативным способом с помощью тест-полосок. Пациенты исходно сопоставимы по уровню ЭЗВД: группа А $6,88 \pm 0,49\%$, группа Б $6,13 \pm 0,65\%$ ($p > 0,05$). Пациенты были сопоставимы по степени выраженности МАУ: в группе А 48 % (10 чел.) без МАУ, 52 % (11 чел.) с МАУ в диапазоне 20-50 мг/л. В группе Б 64 % (18 чел.) без МАУ, 36 % (10 чел.) с МАУ в диапазоне 20—50 мг/л (хи-квадрат $\chi^2 1,36$, $p > 0,05$).

Результаты. К 12-й неделе лечения в группе А 57 % достигли целевого уровня ХС ЛПНП при начальной дозе симвастатина 20 мг, в группе Б — лишь 25 % (хи-квадрат $\chi^2 5,226$, $p < 0,05$). В группе А целевой уровень АД достигнут у 57 % на начальной дозе препаратов, в группе Б — у 61 % (хи-квадрат $\chi^2 0,063$, $p > 0,05$). К концу наблюдения в группе А ЭЗВД составила $11,7 \pm 0,53\%$, в группе Б $9,1 \pm 0,55\%$ ($p < 0,05$). В целом ЭЗВД улучшилась в группе А на $4,84 \pm 0,32\%$, в группе Б на $2,97 \pm 0,33\%$ ($p < 0,05$). К 12-й неделе в группе А утренняя МАУ выявлена у 2 из 11 человек, имевших ее первоначально. В группе Б у 5 из 10 человек МАУ сохранилась. Разница статистически недостоверна (двусторонний вариант точного критерия Фишера 0,1827, $p > 0,05$).

Выводы. Оригинальный препарат симвастатина превосходит генерический симвастатин по гиполлипидемическому эффекту. По гипотензивному действию изучаемые комбинации эквивалентны. Оригинальные препараты в большей степени способствовали улучшению показателя ЭЗВД у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска. Обе комбинации препаратов в равной степени уменьшили выраженность МАУ. Для более подробной оценки необходимо определение МАУ точным количественным способом.

Фармакотерапевтическая оценка комплексного растительного средства при твиновой дислипидемии

Банзаракшеев В.Г., Ажунова Т.А., Нагаслаева О.В.

Институт общей и экспериментальной биологии, Улан-Удэ

Цель: оценка фармакотерапевтической эффективности комплексного растительного средства при твин-индуцированной дислипидемии. Материалы и методы. Объектом исследования явилось многокомпонентное растительное средство из арсенала тибетской медицины. Указанное средство в форме отвара, полученного по ГФ (XI), вводилось крысам профилактическим курсом 1 раз в сутки в течение 7 дней в форме отвара в объеме 1 мл/100 г массы. Животным контрольной группы по аналогичной схеме вводили эквивалентное количество дистиллированной воды. Экспериментальную дислипидемию индуцировали однократным внутривентральным введением детергента Tween-80 в дозе 250 мг/кг. Активность фитосредства оценивали через 12 часов после индукции дислипидемии по содержанию в крови крыс общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) по формуле Фридвальда, расчету индекса атерогенности (ИА) и отношения ХС ЛПНП/ХС ЛПВП. Полученные данные статистически обработаны с применением t-критерия Стьюдента.

Результаты. Под воздействием Tween-80 у крыс развивалась выраженная дислипидемия, сопровождаемая повышением уровня ТГ в 2,1 раза, ХС ЛПНП — на 34 %, снижением ХС ЛПВП на 29 %, возрастанием ИА в 1,9 раза и на 65 % отношения ХС ЛПНП/ХС ЛПВП по сравнению с интактной группой животных. При профилактическом назначении испытуемого средства наблюдалась нормализация показателей липидного обмена. Так, содержание ТГ снижалось на 46 %, ХС ЛПНП — на 47 %, наряду с этим ХС ЛПВП повышался на 23 %, ИА уменьшался в 2,1 раза и более чем в 2 раза отношение ХС ЛПНП/ХС ЛПВП по сравнению с контрольной группой крыс.

Выводы. 1) Превентивное введение комплексного растительного средства предотвращает развитие нарушений липидного обмена при твиновой дислипидемии. 2) Фитосредство снижает содержание в крови ТГ и антиатерогенный ХС ЛПНП, повышает антиатерогенную фракцию ХС ЛПВП, а также уменьшает ИА и отношение ХС ЛПНП/ХС ЛПВП. 3) Полученные данные позволяют рекомендовать включение фитосредства в комплексную профилактику и терапию дислипидемий различного генеза.

Фармакотерапевтическая эффективность многокомпонентного растительного средства при этаноловой дислипидемии

Банзаракшеев В.Г., Ажунова Т.А., Нагаслаева О.В.

Институт общей и экспериментальной биологии, Улан-Удэ

Цель: фармакотерапевтическая оценка эффективности комплексного средства растительного происхождения при дислипидемии, индуцированной введением этанола.

Материалы и методы. Комплексное фитосредство было составлено на основе тибетской рецептуры «Чжуд-ши». Отвар испытуемого фитосредства, полученный по ПФ (XI), вводили опытной группе крыс превентивно 1 раз в сутки в течение 7 дней в объеме 1 мл/100 г массы. Контрольная группа животных получала дистиллированную воду по аналогичной схеме в эквивалентном количестве. Дислипидемию индуцировали однократным внутривенным введением крысам 40 % раствора этанола в дозе 9 г/кг массы после 24-часового голодания. Исследования показателей липидного обмена проводили натощак через 16 часов после индукции дислипидемии. Определяли в крови содержание общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), производили расчет по формуле Фридвальда холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), а также индекс атерогенности (ИА) и отношение ХС ЛПНП/ХС ЛПВП. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты. При однократном введении этанола в крови крыс возрастало содержание ОХС на 46 %, ТГ — на 52 %, ХС ЛПНП — более чем в 2 раза, ИА — в 2,4 раза, отношение ХС ЛПНП/ХС ЛПВП — в 2,5 раза, ХС ЛПВП снижался на 29 % в сравнении с данными в интактной группе крыс. Превентивное курсовое введение изучаемого средства сопровождалось снижением ОХС на 18 %, ТГ на 31 %, ХС ЛПНП — на 45 %, ИА — на 55 %, отношения ХС ЛПНП/ХС ЛПВП — в 2,2 раза, повышением ХС ЛПВП на 20 % по сравнению с показателями в контрольной группе животных.

Выводы. 1) Курсовое профилактическое назначение многокомпонентного фитосредства препятствует нарушению липидного обмена при этанол-индуцированной дислипидемии. 2) Испытуемое средство уменьшает содержание в крови лабораторных животных ОХС, ТГ, ХС ЛПНП, повышает ХС ЛПВП, снижает ИА и

отношение ХС ЛПНП/ХС ЛПВП. 3) Выявленная гиподислипидемическая активность комплексного растительного средства аргументирует целесообразность его использования в профилактике и лечении различных этиопатогенетических форм дислипидемий.

Роль колоноскопии в оценке функционального состояния толстой кишки при различных заболеваниях

Баранская Е.К., Сизова Ж.М., Великолуг К.А.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Цель исследования: определение роли диагностической колоноскопии в оценке функционального состояния толстой кишки при функциональных и воспалительных поражениях толстой кишки.

Материалы и методы. Обследовано 315 больных (150 мужчин, 165 женщин) с синдромом раздраженного кишечника и различными формами хронического колита. Средний возраст больных составил 59,3 года. Для проведения эндоскопического исследования использовалась видеоэндоскопическая аппаратура компании OLYMPUS (Япония) EVIS EXERA II. При определении тонуса кишечной стенки в различных отделах толстой кишки (восходящая ободочная кишка, поперечная ободочная кишка, нисходящая ободочная кишка, сигмовидная кишка), используя размеченные катетеры, определялись следующие эндоскопические признаки: 1) расстояние между складками; 2) высота циркулярных складок; 3) толщина складок; 4) время расправления просвета кишки воздухом.

Результаты. У 125 (64,1 %) больных с синдромом раздраженного кишечника наблюдалось повышение тонуса кишечной стенки, что затрудняло продвижение эндоскопа. Слизистая оболочка была не изменена, бледно-розового цвета, гладкая, блестящая, с четким сосудистым рисунком. Нарушение тонуса кишечной стенки смешанного характера отмечено у 70 (35,9 %) пациентов: при этом в левых отделах толстой кишки (сигмовидная кишка, нисходящая ободочная кишка) наблюдалось повышение ее тонуса при гипотонии в восходящей ободочной кишке и проксимальном отделе поперечной ободочной кишки. Из 120 больных с хроническим атрофическим колитом у 112 (93,3 %) наблюдалось снижение тонуса преимущественно в сигмовидной кишке и нисходящей ободочной кишке. Слизистая оболочка была истончена, сосудистый рисунок местами деформирован. У 8 (6,7 %) пациентов по данным клинической и эндоскопической картин наблюдались признаки обострения хронического атрофического колита, имеющие полисегментарный характер (проктосигмоидит). При эндоскопическом исследовании наблюдались признаки гипертонуса кишечной стенки и умеренно выраженного катарального колита: каждая гаустра представляла собой сфинктероподобный участок, кишка выглядела как непрерывная цепь спазмированных участков, слизистая оболочка была отечна, гиперемирована, сосудистый рисунок смазан.

Выводы. На основании данных колоноскопии можно выявлять различные функциональные нарушения толстой кишки. Эндоскопические критерии позволяют судить о характере дистоний при воспалительно-дегенеративных и функциональных поражениях толстой кишки. Диагностическая колоноскопия является важной составляющей частью экспертно-реабилитационной диагностики в процессе освидетельствования пациентов для установления степени ограничения жизнедеятельности и группы инвалидности при различных заболеваниях толстой кишки.

Антрум-гастрит и дуоденогастральный рефлюкс

Барт Б.Я., Михайлусов С.В., Силуянов С.В., Михайлусова М.П., Николаева А.С.

Российский государственный медицинский университет, Москва

Цель: оценить частоту встречаемости и характера изменений слизистой антрального отдела желудка (АОЖ) (антрум-гастрита (АГ) при наличии и отсутствии дуоденогастрального рефлюкса (ДГР).

Материалы и методы. В плановом порядке в условиях поликлиники и стационара обследовано 1660 больных в возрасте от 15 до 90 лет с различной степенью выраженности диспепсических проявлений (39,9% — от 45 до 65 лет). Во всех случаях выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). За ДГР1 принимали помарки желчи в АОЖ, ДГР2 — незначительное количество желчи в АОЖ и в теле желудка, ДГР3 — желчь во всех отделах желудка. В 161 случае выполнена эндоскопическая pH-метрия с помощью pH-метрических зондов типа Г1-Э, Г1-Д-Э с торцевым (или кольцевым) сурьмяным измерительным электродом ЗАО НПП «Исток-Система» г. Фрязино. Статистическая обработка проводилась с помощью программы BIOSTAT. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Признаки АГ диагностированы в 1147 случаях (69,1%), причем чаще при ДГР, чем без рефлюкса (соответственно, в 603 — из 652 (92,5%) и в 544 — из 1008 (54%) ($p < 0,001$). Подобная закономерность прослеживается при любой степени выраженности ДГР: при ДГР1 — в 305 случаях из 344 (88,7%) ($p < 0,001$); при ДГР2 — в 182 из 190 (95,8%) ($p < 0,001$); при ДГР3 — в 116 из 118 (98,3%) ($p < 0,001$). У 435 пациентов из 1147 с АГ (37,9%) обнаружены эрозии (Э) слизистой, в 310 (72,3%) множественные. При отсутствии ДГР Э в АОЖ диагностированы чаще, чем при ДГР (соответственно, в 325 из 1008 случаев (32,2%) и в 110 — из 652 (16,9%). В то же время подтверждено, что по мере выраженности ДГР Э слизистой АОЖ выявляются чаще: ДГР1 — у 47 из 344 (13,7%), при ДГР2-3 — в 63 из 308 (20,5%) ($p = 0,027$). При эндоскопической pH-метрии в зонах кислотопродукции (в теле желудка) в 28 наблюдениях из 161 (17,4%) отмечена гипоацидность, в 84 (52,2%) — нормацидность и в 42 (26,1%) — гиперацидность. В данной группе пациентов АГ выявлен в 127 случаях (78,9%), чаще при ДГР (соответственно, у 103 из 113 (91,2%) и у 24 из 48 (50%) ($p < 0,001$). При гиперацидности в зонах кислотопродукции в «озерце» АОЖ на фоне ДГР, чем в случаях без рефлюкса достоверно чаще выявлены признаки гипоацидности ($p = 0,022$) и реже — гиперацидности ($p = 0,011$). Это подтверждается и при нормацидности в теле желудка. На фоне ДГР тенденция снижения кислотности в АОЖ по сравнению с зонами кислотопродукции отмечается в 69,2% случаях, без ДГР — в 53,7%. Прослеживается корреляционная связь между наличием желчного рефлюкса и снижением pH в АОЖ ($r = 0,451$; $p < 0,001$).

Выводы. На фоне ДГР любой степени выраженности чаще встречаются признаки АГ, чем без рефлюкса. Чем массивнее рефлюкс, тем чаще встречаются признаки АГ. ДГР служит механизмом нейтрализации соляной кислоты в АОЖ, вызывая эрозивные изменения за счет дуоденального содержимого.

Опыт проведения тромболизиса на удаленных локациях

Барташевич Б.И.

Международная медицинская клиника, Москва

Специфика экспедиций в труднодоступные районы и осуществление различного рода работ на удаленных локациях определяют

особенности оказания неотложной кардиологической помощи в экстремальных условиях. Выполнение современных протоколов лечения инфаркта миокарда (ИМ), по ряду объективных причин, чаще всего при этом оказывается трудновыполнимым (удаленность места, низкая транспортная обеспеченность, неблагоприятные природно-климатические особенности и т.п.). В таких условиях, как правило, лечение ИМ ограничивается выжидательной консервативной тактикой, хотя необходимость достижения реперфузии в инфарктсвязанной коронарной артерии в максимально ранние сроки является неоспоримой и общепризнанной истиной.

Цель исследования: оценка возможности проведения тромболитической терапии (ТЛТ) препаратами альтеплазы (Актилизе) и тенектеплазы (Метализе) в максимально ранние сроки при оказании помощи больным ИМ на удаленных локациях в труднодоступных районах.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов оказания помощи 48 больным ИМ на удаленных локациях при осуществлении работ в условиях Крайнего Севера, Антарктики и Ближнего Востока за 2005—2010 гг. (AEA International SOS Company, Российская антарктическая экспедиция, ГУП «Здравэкспорт»).

Результаты и их обсуждение. Показанием для проведения ТЛТ было наличие диагностически значимого подъема сегмента ST и отсутствие противопоказаний. Решение о проведении ТЛТ принималось после согласования с врачом-координатором аларм центра. Средняя продолжительность болевого синдрома от момента возникновения до начала оказания помощи составляла $36,4 \pm 13,5$ минут. Время от момента возникновения заболевания до начала ТЛТ было $56,3 \pm 0,99$ минут. Клинически значимых осложнений в ходе проведения ТЛТ зафиксировано не было (отмечались геморрагические осложнения по типу повышенной кровоточивости из мест внутривенных инъекций). Использование Метализе не сопровождалось развитием реперфузионных нарушений ритма. Введение Актилизе характеризовалось появлением транзиторной брадикардии. Снижение сегмента ST более чем на 50% от исходной амплитуды наблюдалось в 56% случаев в первые 12 часов от начала ТЛТ. В дальнейшем больные эвакуировались в специализированный центр для выполнения экстренной коронарографии с определением степени реканализации участка окклюзии коронарной артерии и выявлением показаний для последующего проведения эндоваскулярной хирургии («фармакоинвазивная стратегия»).

Закключение. Чаще всего медицинский персонал «первого контакта», оказывающий помощь больным на удаленных локациях, сталкивается с необходимостью проведения ТЛТ относительно редко и не имеет соответствующих навыков. Имеющиеся при этом диагностические возможности, как правило, очень ограничены. Такое положение вещей обуславливает необходимость проведения для персонала специальной подготовки, позволяющей быстро ориентироваться в стандартах оказания экстренной кардиологической помощи. Использование высокоэффективных современных лекарственных средств позволяет компенсировать ограниченность во времени и недостаток людских ресурсов. Использование препарата Метализе значительно упрощает и ускоряет процедуру проведения ТЛТ на догоспитальном этапе. Одной из опций улучшения качества помощи является наличие возможности передачи ЭКГ пациента в круглосуточно работающий аларм-центр.

Характеристика эндотелиальной дисфункции у больных сахарным диабетом 2 типа на фоне гипоплипидемической терапии

Батрак Г.А., Мясоедова С.Е.,

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Цель исследования: установить динамику сосудодвигательной функции эндотелия у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа на фоне гипоплипидемической терапии аторвастатином и фенофибратом.

Материалы и методы. В течение 6 месяцев наблюдали 44 больных (38 женщин и 6 мужчин) 60—74 лет, средний возраст $64,4 \pm 4,1$ года, с СД 2 типа легкой (18%) и средней степени тяжести (82%), длительностью СД 1—17 лет, в среднем $4,9 \pm 4,4$ лет. Пациенты имели артериальную гипертензию 2 степени (86,5%) со средним уровнем АД $136,3 \pm 16/83 \pm 10$ мм рт.ст., ишемическую болезнь сердца (18%), перенесли инфаркт миокарда (7%), мозговой инсульт (21%). Гликемия исследовалась глюкозооксидазным методом, уровень общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ) — стандартным биохимическим методом. Эндотелийзависимую вазодилатацию оценивали с помощью пробы с реактивной гиперемией исходно и через 6 месяцев терапии аторвастатином 20 мг в сутки (32 чел.) и фенофибратом 145 мг в сутки (12 чел.). Все пациенты получали антигипертензивную терапию ингибиторами АПФ, антагонистами кальция, кардиоселективными β -блокаторами, тиазидоподобными диуретиками. Уровень гликемии корректировался препаратами сульфонилмочевины, метформинном. Статистическая обработка результатов проводилась методами вариационной статистики с использованием электронной программы Microsoft Excel Windows XP. Для оценки достоверности средних величин по группам использовался *t*-критерий Стьюдента. Результаты представляли в виде $M \pm \sigma$, где *M* — среднестатистическое значение, σ — стандартное отклонение. Различия при $p < 0,05$ рассматривались как статистически значимые.

Результаты. Через 6 месяцев все пациенты достигли нормогликемии: средний уровень глюкозы крови натощак снизился с $7,3 \pm 1,8$ до $6,2 \pm 1,6$ ммоль/л ($p = 0,01$), постпрандиальной гликемии — с $9,1 \pm 2,8$ до $7,6 \pm 1,9$ ммоль/л ($p = 0,001$), уровень HbA1c — с $7,7 \pm 1,4$ % до $7,1 \pm 1,1$ % ($p = 0,07$). На фоне гипоплипидемической терапии выявлено снижение ОХС с $7,2 \pm 1,9$ до $4,7 \pm 0,6$ ммоль/л ($p = 0,001$), ТГ с $3,6 \pm 1,8$ до $1,7 \pm 0,7$ ммоль/л ($p = 0,01$). Через 6 месяцев терапии прирост диаметра плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией увеличился с $6,1 \pm 5,1$ % до $7,8 \pm 4,4$ %, ($p = 0,001$). Эндотелийзависимая вазодилатация на фоне терапии аторвастатином возросла с $5,5 \pm 5,4$ % до $7,6 \pm 4,6$ % ($p = 0,001$), фенофибратом — с $7,3 \pm 4,1$ % до $8,1 \pm 4,0$ % ($p = 0,05$). Выводы. гипоплипидемическая терапия как аторвастатином, так и фенофибратом в составе комплексного лечения больных СД 2 типа с дислипидемией достоверно улучшает сосудодвигательную функцию эндотелия.

Состояние слизистой оболочки желудка у больных циррозом печени

Бедельбаева Г.Г.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы

Цель работы: оценить состояние слизистой оболочки желудка при циррозе печени (ЦП) в различные стадии портальной гипертензии (ПГ).

Материал и Методы исследования. Пациенты ЦП отбирались для исследования методом случайной выборки при установлении эндоскопическим способом диагноза поражений желудка (ПЖ), неассоциированные с инфекцией *Helicobacter Pylori* (НР). Критерием отсутствия НР явилось совпадение отрицательных результатов бактериологического, цитологического, гистологического методов исследования. Обследовано 110 больных от 35 до 60 лет, которые были разделены на две группы: 1-я группа состояла из 82 больных ЦП с ПЖ во II клинической стадии ПГ, 2-я группа — 28 больных с III клинической стадией ПГ. Методы исследования включали клинический минимум.

Результаты исследования. Анализируя анамнестические данные, отмечен высокий процент (52 %) больных 1-й группы, болеющих НР-неассоциированным хроническим гастритом более 5 лет. У большинства 2-й группы (53%) длительность анамнеза составляла более трех лет, в то же время они чаще всего отмечают начало заболевания со школьных или студенческих лет. Исследования показали, что по мере нарастания ПГ происходит нивелирование характера болевого синдрома ($p < 0,05$). У больных 1-й группы преобладали гастритический (42 %) и язвенноподобный варианты (41 %) течения заболевания. Во 2-й группе боли становились менее выраженными, преобладал неопределенный болевой синдром. Гастритические жалобы с тяжестью или дискомфортом в эпигастральной области после еды отмечались у 33 % 2-й группы. Различия в структуре болевого синдрома между изучаемыми группами достоверны ($p < 0,05$). Считается, что нивелирование болевого синдрома с нарастанием портальной гипертензии связано с развитием тяжелой степени портальной гастропатии. У больных 1-й группы достоверно чаще, чем во 2-й, болевой синдром отмечался в эпигастральной области (45,9 и 18 % $p < 0,05$). В то же время во 2-й группе отмечено увеличение числа пациентов, которые не предъявляли жалобы на боли в животе (14,7 и 50 %, $p < 0,05$). Высокая частота отсутствия болевого синдрома у больных 2-й группы лишний раз подтверждает современную точку зрения на критерии диагностики поражений желудка (не клинические, а морфологические). У больных 1-й группы чаще, чем во 2-й, встречались диспепсические жалобы на рвоту (23,2 и 3,6 %, $p < 0,05$) и неустойчивый стул (30,4 и 7,2 %, $p < 0,05$).

Выводы. Особенности *Helicobacter pylori*-неассоциированных поражений желудка у больных циррозом печени выражаются в том, что с увеличением клинической стадии портальной гипертензии происходит уменьшение выраженности характерных для поражений желудка клинических проявлений болевого абдоминального и диспепсического синдромов.

Факторы риска внезапной смерти у больных с метаболическим синдромом

Бекишева М.Г., Котляров А.А., Дмитриева О.А., Карякина Т.Н., Сурина Т.А.

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

Цель и задачи работы: изучить виды факторов риска внезапной смерти у пациентов с абдоминальным ожирением.

Методы исследования. Клиническое обследование и анализ медицинских карт 30 больных, находившихся на стационарном лечении в МУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Саранск и имевших признаки метаболического синдрома.

Результаты исследования. Обследованы 30 больных в возрасте от 20

до 65 лет (средний возраст составил 51,6±1,8 года). 1 группу составили 4 мужчины в возрасте от 20 до 45 лет (средний возраст — 33±5,6 лет). 2 группу — 10 мужчин от 45 лет и старше (средний возраст — 56,4±1,1 года). 3 группа включала 8 женщин в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст — 48,4±2,1 года), 4 группа — 8 женщин от 55 лет и старше (средний возраст — 58,3±0,9 года). Причиной госпитализации пациентов явились ИБС и некоронарогенные заболевания сердца (НКЗС), нарушения ритма, у всех выявлены признаки метаболического синдрома (МС). В первой группе ИБС диагностирована у 2 пациентов (50%), у 1 (25%) — ХСН II ФК, у 4 (100%) — артериальная гипертензия, впервые выявленный СД 2 типа — у 1 (25%) и желудочковые нарушения ритма (ЖНР) у 2 (50%). Во второй группе ИБС у 10 пациентов (100%), у 7 больных (70%) — ХСН II ФК, у 10 (100%) — АГ, СД 2 типа у 3 (30%), ЖНР у 4 (13%). В третьей группе ИБС у 6 пациентов (75%), НКЗС — у 2 (25%), у 7 (87,5%) — ХСН I-II ФК, у 7 (87,5%) — АГ, СД 2 типа — у 1 (12,5%). В 4 группе ИБС диагностирована у 8 пациентов (100%), у 8 (100%) — ХСН II ФК в сочетании с АГ, СД 2 типа у 3 (37,5%), ЖНР у 5 больных (17%). Внезапная смерть у родственников была в 1 группе у 3 больных (10%), во 2 группе — у 2 больных (7%), а также в 4 группе — у 1 больного (3%). ОТ увеличена у женщин в среднем на 46,2% у мужчин — на 50%, индекс ОТ/рост у женщин в среднем составляет 0,72±0,01 см/м², у мужчин — 0,65±0,02 см/м². В 1 группе — 0,59±0,04 см/м² (повышен на 18%), во 2 группе — 0,68±0,02 см/м² (на 30%), в 3 группе — 0,69±0,03 см/м² (на 38%), в 4 группе — 0,72±0,02 см/м² (на 44%). Индекс массы тела в среднем — 37,5±0,7 кг/м². В 1 группе ИМТ — 34,2±1,5 кг/м², в остальных 3 группах ИМТ — 37,9±0,7 кг/м². АГ диагностирована у 14 (47%) мужчин и 15 (50%) женщин. В тесте с шестиминутной ходьбой (ТШХ) пациенты 1 группы прошли — 427,5±7,2 м, в 2 группы 306,9±9,3 м (p<0,001), 3 группы — 323,6±13,5 м, 4 группы — 287,8±4,5 м (p<0,001). По ХМ ЭКГ — вариабельность частоты до 20 в 1 мин наблюдается у 3 пациентов (10%), от 21 до 60 — 16 пациентов (56%), более 60 ударов в минуту — у 11 пациентов (33%). ЖНР чаще наблюдались у больных с ИБС (69%). Повышение ИММЛЖ выявлено у 25 больных (83%), у мужчин в среднем 135,3±9,1, а у женщин — 148,4±7,4. В 1 группе ИММЛЖ 116,2±16,2 г/м², во 2 группе 155,5±7,2 (p<0,05), в 3 группе 133,4±6,3, в 4 группе 160,2±10,2 (p<0,05). В группе с ИБС, ассоциированного с МС, значимо чаще регистрировались признаки ГЛЖ, чем в группе без ИБС (df=1, χ²=5,4, p<0,05).

Вывод. Результаты работы свидетельствуют об увеличении количества факторов риска внезапной смерти у больных с метаболическим синдромом с возрастом.

Цитокины у пациентов со стенокардией покоя и вазоспастической стенокардией

Белокопытова И.С., Палеев Ф.Н., Москалец О.В., Зотова О.В.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

В последние годы все большее внимание исследователей привлекает изучение цитокинов при различных функциональных классах стенокардии. В плазме крови таких больных выявляются неспецифические маркеры воспалительного процесса, такие как интерлейкин-6, неоптерин и др.

Цель: сравнительное изучение концентрации цитокинов — интерлейкина-6 и неоптерина — у пациентов со стенокардией покоя и вазоспастической стенокардией.

Материал и методы исследования. Всего было обследовано 40 пациентов в возрасте от 50 до 70 лет. Первую группу составили

20 больных со стенокардией покоя, вторую — 20 больных с вазоспастической стенокардией. Диагноз устанавливался по данным клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования (в том числе электрокардиографического и эхокардиографического, а также суточного мониторирования электрокардиограммы по Холтеру, нагрузочных тестов). Всем больным проводилась коронароангиография, определялось содержание интерлейкина-6 и неоптерина в плазме крови. У лиц с вазоспастической стенокардией при коронароангиографическом исследовании стенозов коронарных артерий выявлено не было. Нормальным считался уровень интерлейкина-6 до 14,1 нг/мл, неоптерина до 10,0 нг/л. Результаты. У больных со стенокардией покоя концентрация интерлейкина-6 не превышала нормальные величины и составила 3,7±0,5 нг/мл. Содержание неоптерина в данной группе было повышено, составив 11,3±1,3 нг/л. У лиц с вазоспастической стенокардией концентрации интерлейкина-6 и неоптерина находились в пределах нормальных значений и составили 2,9±0,8 нг/мл и 9,0±1,3 нг/л соответственно.

Выводы. Обращает на себя внимание небольшое увеличение содержания неоптерина у пациентов со стенокардией покоя. Это подтверждает существующее мнение о взаимосвязи между концентрацией данного маркера воспаления и тяжестью атеросклероза коронарных, мозговых, периферических артерий, риском повторных ишемических атак у больных со стенокардией покоя.

Изменение С-реактивного белка при различных функциональных классах стенокардии

Белокопытова И.С., Палеев Ф.Н., Москалец О.В., Минченко Б.И., Зотова О.В.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — наиболее распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы, которое сопровождается высоким риском сосудистых событий и смерти. Роль воспаления, видимо, наиболее значима в развитии атеросклероза. Реальность воспалительной теории атеросклероза подтверждается выявлением в плазме или сыворотке крови больных с ИБС С-реактивного белка (СРБ) и других неспецифических маркеров воспалительного процесса. С целью выявления иммунного воспаления Европейское общество кардиологов рекомендует у пациентов с ИБС определять уровень СРБ в плазме крови. При интерпретации результатов определения СРБ необходимо придерживаться следующих рекомендаций: при СРБ < 1 мг/л риск развития сосудистых осложнений (острого инфаркта миокарда, инсульта) низкий, при СРБ от 1 до 3 мг/л — средний, при концентрации СРБ > 3 мг/л — высокий. Если концентрация данного маркера превышает 10 мг/л, то для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений этот показатель неинформативен. Цель: изучить роль СРБ в развитии стенокардии у больных с ИБС.

Материал и методы. Обследованы 67 больных с ИБС, из них у 20 диагностирована стенокардия напряжения II функционального класса (ФК), у 30 — стенокардия напряжения III ФК, у 17 — стенокардия покоя (IV ФК). Оценка состояния больных и прогрессирование ИБС определялись с помощью опросника, данных электрокардиограммы (ЭКГ), эхокардиографии (ЭхоКГ), суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру, вельзгометрии (ВЭМ). Всем пациентам проводилась коронароангиография. Для характеристики реакций иммунного воспаления методом иммунотурбидиметрии с латексным усилением

определяли уровень СРБ. Все пациенты были распределены на 3 группы в зависимости от ФК стенокардии. Первую группу составили больные со стенокардией напряжения II ФК, вторую — со стенокардией напряжения III ФК, третью — со стенокардией покоя.

Результаты. Установлено, что концентрация СРБ при стенокардии напряжения II и III ФК находилась в пределах нормальных величин, составив $0,5 \pm 0,04$ мг/л и $0,78 \pm 0,04$ мг/л соответственно, и возросла при стенокардии покоя, составив $3,22 \pm 0,10$ мг/л ($p < 0,05$). Значение СРБ при стенокардии IV ФК существенно превышало данные больных со стенокардией напряжения II и III ФК. В нашем исследовании установлено, что изменение уровня СРБ взаимосвязано с ФК стенокардии, однако наиболее выражено при стенокардии покоя. Выводы. Выраженность иммуновоспалительных реакций у больных ИБС зависит от тяжести ФК стенокардии. Стенокардия покоя сопровождается повышенной экспрессией СРБ. Повышение данного неспецифического маркера воспаления расценено как высокий уровень риска сердечно-сосудистых событий у больных с ИБС.

Некоторые показатели витаминного статуса у женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Белокрылова Л.В., Молокова М.С., Медведева И.В., Пушников А.А.

Тюменская государственная медицинская академия, кафедра госпитальной терапии с курсом эндокринологии, Тюмень

В настоящее время проблема дефицита микронутриентов, в частности витаминов, является весьма актуальной для различных групп населения. При этом остается малоизученным вопрос исследования взаимосвязи сердечно-сосудистых заболеваний с нарушениями витаминного обмена и характером питания у женщин.

Цель исследования: изучить особенности обмена витаминов у женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 62 женщины с сердечно-сосудистыми заболеваниями (гипертоническая болезнь I, II ст., ИБС, стабильная стенокардия II, III функциональный класс) в сочетании с ожирением, гиперхолестеринемией и сахарным диабетом 2 типа в стадии компенсации углеводного обмена; средний возраст обследованных составил $59,1 \pm 9,2$ года. Контрольную группу составили 30 практически здоровых женщин, средний возраст $50,3 \pm 6,5$ года. Для оценки характера питания и обеспеченности витаминами использовался метод изучения фактического питания по анализу частоты потребления пищи («частотный метод»). Статистическая обработка материала проводилась в программе STATISTICA.

Результаты исследования. При анализе фактического питания у женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями по сравнению с контрольной группой выявлен достоверный дефицит ($p < 0,05$) потребления витамина А и витамина В1 и несколько избыточное потребление витамина Е. При проведении корреляционного анализа были установлены отрицательные корреляционные зависимости между возрастом обследованных и потреблением витамина С ($r = -0,33$; $p < 0,05$); возрастом и потреблением витамина Е ($r = -0,34$; $p < 0,05$).

Таким образом, у женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями при анализе фактического питания установлен дефицит витамина-антиоксиданта А, витамина В1 (необходим для нормального функционирования сердечно-сосудистой системы) на фоне некоторого избытка потребления витамина Е. Изменения обмена витаминов С и Е, по данным корреляционного анализа, усугубляются с возрастом пациенток.

Возможности ультразвуковой диагностики нестабильности надколенника

Беляев Д.В., Чижов П.А.

Дорожная клиническая больница на станции «Ярославль», Ярославль

Нестабильность надколенника (НН) — одна из наиболее частых причин возникновения болей в переднем отделе коленного сустава у молодых людей и является серьезной проблемой в ревматологии и ортопедии. Диагностика НН затруднена, так как часто болевой синдром в переднем отделе сустава принимается за патологию менисков или передней крестообразной связки и сам по себе является достаточно вариативным. Бесспорно осложняет диагностику НН и проблемы в терминологии, отсутствии четкой нозологической единицы, границ норма/патология и злоупотребление узким термином «хондромалиция надколенника». Цель работы: оценить возможности ультразвукового метода в ранней диагностике НН.

Материал. Обследованы 148 пациентов, средний возраст — $24 \pm 1,2$ года, с клиникой боли в передних отделах коленного сустава и отсутствием рентгенологических проявлений остеоартроза. 64 пациентам основной группы по показаниям выполнена лечебно-диагностическая артроскопия. Количественная оценка болевого с-ма проводилась по шкале KOOS, средний балл по группе — $28,4 \pm 4,6$. Предлагаемые нами ультразвуковые критерии НН: наличие латеропозиции, степень выраженности хондромалиции надколенника по ультразвуковым признакам, энтезопатия сухожилия четырехглавой мышцы, уплотнение тела Гоффа, выпот в инфрапателлярной сумке.

Результаты. На основании предлагаемых ультразвуковых, клинических и артроскопических данных диагноз нестабильности надколенника выставлен у 81 пациента (55% основной группы). У 21 пациента выявлена изолированная хондромалиция надколенника (14%), у 14 пациентов выявлено повреждение переднего рога медиального мениска (9,5%), у 9 пациентов — синдром медиопателлярной складки (6%), у 8 пациентов — болезнь Гоффа (5,4%), у 6 пациентов — повреждение передней крестообразной связки (4%), у 5 пациентов — реактивный артрит (3,3%), у 2 пациентов — болезнь Кенига (1,3%) и у 2 пациентов — тендинит собственной связки надколенника (1,3%). Оценка НН по прилагаемым ультразвуковым критериям показала высокий диагностический потенциал, в том числе в дифференциальной диагностике. В частности, чувствительность и специфичность метода в диагностике хондромалиции надколенника составили 88,3 и 99,5% соответственно.

Выводы. Очевидно, распространенность НН гораздо выше, чем описано в современной литературе. Ультразвуковая диагностика в сочетании с клиническим обследованием — наиболее оптимальный способ диагностики данной патологии у молодых пациентов, что облегчает назначение своевременного и адекватного лечения.

Иммунологические механизмы нарушения пуринового метаболизма при системной красной волчанке и системной склеродермии

Бenedицкая Е.В., Алехина И.Ю., Курбанова Р.Д., Шилова Л.Н., Александрова Н.В., Черкесова Е.Г., Емельянова О.И., Александров А.В.

Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии, Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной терапии, Волгоград

Цель работы: Разработка дополнительных критериев диагностики системной красной волчанки (СКВ) и системной склеродермии (ССД) с помощью иммобилизованных антигенных наносистем (АНС) на основе пуриннуклеозидфосфорилазы (ПНФ), аденозиндезаминазы (АДА), гуаниндезаминазы (ГДА) и 5-нуклеотидазы (5-НТ).

Материалы и методы. Исследовалась сыворотка крови 30 практически здоровых лиц (контрольная группа; 17 женщин и 13 мужчин в возрасте от 25 до 47 лет), 68 больных СКВ и 35 больных ССД. У 16 больных СКВ констатирована I степень, у 41 — II степень и у 11 — III степень активности патологического процесса. У больных ССД I степень активности заболевания диагностирована у 10, II — у 20, III — у 5 человек. Антитела к ПНФ (анти ПНФ), АДА (анти АДА), ГДА (анти ГДА) и 5-НТ (анти 5НТ) определялись в сыворотке крови по модифицированной методике ELISA-теста с использованием АНС на основе соответствующего фермента в качестве антигенной матрицы.

Результаты. У больных СКВ анти ГДА были выявлены в 48,5% случаев. При СКВ отмечена положительная корреляция уровня анти ГДА со значениями индекса SLEDAI ($r=0,361$) и отрицательная корреляция с биохимической активностью ГДА ($r=-0,35$). Наиболее высокие уровни анти ГДА отмечались у больных СКВ с поражением печени ($p=0,024$) и у больных с выраженным цитопеническим синдромом ($p=0,039$). Анти 5НТ были выявлены у 31 (45,6%) больных СКВ и коррелировали с увеличением индекса SLEDAI ($p=0,012$); сравнение групп продемонстрировало большую тяжесть поражения почек ($p=0,024$) у больных, имевших анти 5НТ. Анти ПНФ были выявлены у 19 (41,3%) больных СКВ и коррелировали с увеличением индекса SLEDAI ($p=0,012$); при наличии анти ПНФ обнаруживалась более низкая активность ПНФ ($p=0,007$). При ССД повышенные значения анти АДА и анти ГДА были выявлены у 51,4 и 54,3% человек соответственно. Отмечены значимые положительные корреляции: с уровнем билирубина — анти ГДА (Spearman $R=0,28$, $p=0,01$); с количеством аланинаминотрансфераз — анти АДА (Spearman $R=0,46$, $p=0,00001$), анти ГДА (Spearman $R=0,73$, $p=0,0000$). При сравнении группы больных с/без поражением печени и поджелудочной железы получены существенные отличия для анти АДА и анти ГДА ($p=0,001$). Статистически значимых различий в содержании антител к 5-НТ и ПНФ у больных ССД с различными клиническими проявлениями выявлено не было.

Заключение. Наличие аутоантител к ферментам ПМ может свидетельствовать о глубине нарушения анаболических и деструктивных процессов у больных СКВ и ССД.

Оценка эффективности затрат на терапию никотиновой зависимости варениклином перед проведением плановых кардиохирургических вмешательств у пожилых пациентов

Бережнова М.С., Рудакова А.В.

Санкт-Петербургская химико-фармацевтическая академия, Санкт-Петербург

Цель работы: оценка эффективности затрат на терапию никотиновой зависимости варениклином перед проведением плановых кардиохирургических вмешательств у пожилых пациентов.

Методы. Моделирующее исследование на основе результатов наблюдательных исследований. Анализ проводился с позиции системы здравоохранения. Затраты на госпитализацию пациентов рассчитывались на основе тарифов ОМС по Санкт-Петербургу на 2011 г.

Результаты. Мета-анализ результатов 6 рандомизированных клинических исследований показал, что отказ от курения перед оперативным вмешательством приводит к снижению общей частоты осложнений на 41%. У курящих 70-летних пациентов после кардиохирургии госпитальная летальность в 7 раз выше по сравнению с некурящими (14,4% по сравнению с 2,1%). Инфекции возникают у курящих пациентов в 2 раза чаще, чем у некурящих (44,4% по сравнению с 23,8%), легочные осложнения — в 3 раза чаще (8,2% по сравнению с 24,7%). Повторная госпитализация в блок интенсивной терапии необходима 19,8% курящих пациентов и 5,2% некурящих. Длительность пребывания пациентов в блоке интенсивной терапии у курящих пациентов в 2 раза больше по сравнению с некурящими (6,2 сут по сравнению с 2,8 сут). Моделирование на основе результатов данных исследований показало, что терапия курящих пациентов варениклином в течение 12 недель перед кардиохирургическим вмешательством не оказывает влияния на бюджет здравоохранения, поскольку при этом на ту же величину снижаются средние затраты на терапию осложнений после кардиохирургии. При этом ожидаемое увеличение продолжительности жизни 70-летних пациентов в данной ситуации — 0,632 года (без дисконтирования). Выводы. Затраты на терапию никотиновой зависимости варениклином у пожилых пациентов перед проведением плановых кардиохирургических вмешательств клинически и экономически оправданно, поскольку улучшает прогноз пациентов без увеличения бюджета здравоохранения.

Особенности суточного мониторирования рН пищевода и ЭКГ у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, ассоциированной с артериальной гипертензией

Береснева Л.Н., Хлынова О.В.

Пермская краевая клиническая больница, Пермь

Цель работы: изучить хронобиологические особенности рН-метрии пищевода и холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ-ЭКГ) у пациентов с ассоциированным течением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы. В условиях стационара обследованы 22 пациента, страдающих ГЭРБ в сочетании с ЭАГ (средний возраст — 38,4±6,7 года). Группу сравнения составили 19 больных с изолированно протекающей ГЭРБ, сопоставимых с основной группой по полу, возрасту, индексу массы тела (ИМТ). Из обследования исключались пациенты с органическим поражением сердечно-сосудистой системы. Для верификации диагноза проводились ЭФГДС, рентгеноскопия ЖКТ с барием, рН-метрия и ХМ-ЭКГ с помощью прибора Гастроскан-ЭКГ (Фрязино, НПП «Исток-Система»).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что признаки дисфункции нижнего пищеводного сфинктера наиболее выражены в группе пациентов с сочетанием ГЭРБ и АГ. В основной группе обнаружено достоверное увеличение числа кислотных рефлюксов до 189±14,3 против 168,2 ±12,4 ($p=0,002$) в группе сравнения, увеличение общего процента времени с рН<4 до 13,8±2,1% против 10,8±1,8% ($p=0,002$), увеличение индекса De Meester до 42,2±4,1 против 38,3±3,6 ($p=0,002$). При сравнении показателей суточного профиля ЭКГ было установлено, что изменения на ЭКГ, которые совпадали по времени с эпизодами рефлюкса, были выявлены у 18 (81,8%) больных в группе с ассоциированным течением против 10 (52,6%) пациентов в группе сравнения ($p=0,004$). Изменения на ЭКГ были

представлены различными типами нарушений ритма сердца (НРС) и смещением сегмента ST. Так, в основной группе у 5 (27,78%) пациентов регистрировалось НРС по типу единичной наджелудочковой экстрасистолии (НЖЭС), у 2 (11,1%) — частая НЖЭС, у 2 (11,1%) — неустойчивые пароксизмы наджелудочковой тахикардии (НЖТ), у 2 (11,1%) — неустойчивые пароксизмы фибрилляции предсердий, у 3 (16,7%) — единичная желудочковая экстрасистолия (ЖЭС), у 1 (5,56%) — частая и спаренная ЖЭС и у 3 (16,7%) — горизонтальная депрессия сегмента ST.

Выводы. Результаты исследования показали, что ассоциированное течение ГЭРБ и АГ отрицательно сказывается как на показателях суточной рН-граммы пищевода, так и показателях ХМ-ЭКГ. При ассоциированном течении АГ и ГЭРБ наблюдается отчетливое усугубление тяжести патологии пищевода, что сопровождается большей частотой возникновения НРС и эпизодов ложной стенокардии в рамках кардиальных масок гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Роль диспансеризации в реабилитации больных с постинфарктным кардиосклерозом

Бибарсова А.М.

Пензенского государственного университета Медицинский институт, кафедра внутренних болезней, Пенза

Цель работы: анализ эффективности диспансеризации и реабилитации больных с постинфарктным кардиосклерозом.

Материалы и методы. Проанализированы анамнестические и клинико-функциональные характеристики 50 мужчин в возрасте до 60 лет после инфаркта миокарда за период с 2007 по 2010 гг. Все пациенты были разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 35 человек (70%), это те пациенты, которые диспансеризацию проходили в условиях поликлиники. 2-ю группу составили 15 человек (30%). Миокардиальный резерв рассчитывался по данным эхокардиографии. Наибольший эффект реабилитации достигался по трехэтапной схеме: стационар, кардиологический санаторий, диспансеризация в поликлинике при следующих принципах: раннее начало, комплексность, непрерывность, преемственность. Все больные в первый месяц после инфаркта миокарда осматривались дважды, затем ежемесячно, а с 4-го месяца наблюдения — 1 раз в квартал. Больные 1-й группы 3 дня в неделю занимались по 2-часовой программе, которая включала лечебную физкультуру и тренировки на велоэргометре. Больные 2 группы поликлинику не посещали. Физические тренировки выполняли самостоятельно (по имеющейся схеме) по рекомендации лечащего врача.

Результаты. Реабилитация была эффективной в 1-й группе больных и менее значимой — во 2-й группе. По данным ВЭМ толерантность к физической нагрузке 125 Вт через 6 месяцев диспансерного наблюдения в условиях поликлиники отмечалась у 55% пациентов; а через 12 месяцев наблюдения толерантность к физической нагрузке 125 Вт отмечалась у 67% пациентов. Во же время у пациентов, проходящих реабилитацию в домашних условиях, результаты отличались неустойчивостью, а в некоторых случаях ухудшались к 12-му месяцу наблюдения.

Выводы. Наибольший эффект реабилитации больных, перенесших ИМ, достигается при диспансеризации в условиях поликлиники. Рекомендации по рациональному трудоустройству больных после ИМ должны основываться на показателях физической работоспособности больных и быть итогом реабилитации.

Оценка функции почек при гипертонической нефропатии и факторы, ухудшающие прогноз

Бикмухамметова Э.И., Сигитова О.Н., Щербакова А.Г. Богданова А.Р.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Среди причин стойкого ухудшения функции почек в популяции одну из главных позиций сохраняет гипертоническая болезнь (ГБ, первичная артериальная гипертензия). При поражении почек формируется гипертоническая нефропатия (Гн), которая может прогрессировать в терминальную хроническую почечную недостаточность. Закономерности формирования и факторы, обуславливающие прогредиентность течения Гн, остаются до конца не изученными. Процесс вовлечения почек представляет несомненный интерес, поскольку является одним из звеньев кардиоренального континуума, обуславливающего высокий риск развития сердечно-сосудистых катастроф.

Цель исследования: изучение факторов развития Гн и функции почек у больных ГБ.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 73 пациента с ГБ II-III стадии, которые поделены на 2 подгруппы: 1 — больные с ГБ без поражения почек (25 чел; М/Ж=15/10) без протеинурии (ПУ) или с эпизодической ПУ менее 3 мес; и 2 — с Гн (47 чел; М/Ж=31/16) с ПУ более 3 мес. Контрольная группа — 20 здоровых человек. Возраст в группах: 51,52±1,6 и 52,58±1,2 соответственно. Обследование включало: изучение анамнеза с анализом приверженности к лечению, клиническое обследование, расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по Кокрофту-Голту, суточную протеинурию (СПУ), объем почек и плотность по данным ультразвукового исследования (УЗИ).

Результаты исследования. Длительность ГБ в 1 группе (7,48±0,9 лет) была меньше, чем во 2 (11,19±1,23 лет). Уровень СКФ в 1 и 2 группах составил 100±3,9 мл/мин и 73±3,9 мл/мин соответственно и был ниже, чем в контрольной группе (110±7,5 мл/мин). Уровень САД в 1-й группе (144,2±3,8) ниже, чем во 2-й (157,8±4,0), $p < 0,01$; и в обеих группах — выше, чем в контрольной группе (119,8±2,28), $p < 0,05$. Уровни ДАД в 1 и 2 группах: 91,8±2,5 и 94,5±2,4 соответственно, $p > 0,05$, по сравнению с контрольной группой (75,9±1,6), $p < 0,05$ для каждой группы. При сравнении групп по приверженности к лечению прослеживается тенденция к увеличению количества больных, не принимающих гипотензивную терапию или не достигающих целевых уровней АД. В 1 группе регулярно получали терапию 17 человек (68%), достигали целевого уровня 6 человек (25%), во 2 — приверженных к терапии, оказалось меньше, чем в 1 группе — 28 больных (59,5%). При этом достигали целевого уровня 7 человек (15,5%).

Выводы. Отсутствие гипотензивной терапии или недостижение целевого уровня АД относится к факторам риска Гн наряду с другими факторами. Исследование СКФ позволяет заподозрить Гн у больных с ГБ без протеинурии.

Влияние полиморфизма маркера G/T гена TCF7L2 на риск развития метаболического синдрома

Бирюкова Е.В., Соловьева И.В., Гарбузова М.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва

Цель работы: изучить влияние полиморфизма маркера G/T гена TCF7L2 на риск развития метаболического синдрома у лиц русской популяции.

Объект исследования. В исследование были включены 204 человека русской национальности, не имеющие родства между собой. Группы «МС+» составили 104 пациента с метаболическим синдромом и 100 здоровых лиц «МС-». Группы соответствовали по возрасту и полу. Оценка степени ожирения проводилась по классификации ВОЗ 1997 г. Диагноз метаболический синдром установлен на основании критериев АТРИИ (Adult Treatment Panel III) 2001 г. Всем пациентам было проведено генотипирование по исследуемому гену. Полученные результаты обработаны при помощи дисперсионного анализа ANOVA (Analysis of Variance). При статистической значимости различий частот проводился расчет рисков (отношение шансов — OR) с 95%-ным доверительным интервалом (95%-ный CI). OR = 1 рассматривали как отсутствие ассоциации, OR > 1 — как положительную ассоциацию (повышенный риск развития МС), OR < 1 — как отрицательную ассоциацию (пониженный риск развития МС). При проведении исследования предпринята попытка выявить взаимосвязь полиморфизмов маркера G/T гена TCF7L2 с риском развития метаболического синдрома у лиц русской популяции. Результаты. При исследовании распределения аллелей G и T полиморфного маркера G/T гена TCF7L2 мы выявили, что в группах «МС+» и «МС-» частота аллеля G (OR = 2,11; CI = 1,4—3,18) преобладала над частотой аллеля T (OR = 0,47; CI = 0,31 — 0,71). Так, определение частоты аллелей G и T показало, что в группе «МС+» частота указанных аллелей составила 141 / 0,705 и 59 / 0,295, в группе «МС-» — 107 / 0,535 и 93 / 0,465 соответственно. Анализ распределения генотипов полиморфного маркера G/T гена TCF7L2 выявил преобладание гетерозигот G/T над встречаемостью генотипов G/G и T/T. Выводы. Таким образом, риск развития МС в русской популяции оказался связан с носительством аллеля G полиморфного маркера G/T гена TCF7L2.

Миокардит у больных с генетическими кардиомиопатиями: клиничко-морфологическая диагностика, лечение, исходы

Благова О.В., Недоступ А.В., Коган Е.А., Седов В.П., Гагарина Н.В., Мершина Е.А., Донников А.Е., Куприянова А.Г., Зайденов В.А.

Клиника факультетской терапии им. В.Н. Виноградова Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Москва

Цель: изучить особенности клиники, диагностики (включая использование биопсии миокарда) и лечения при генетических кардиомиопатиях, осложненных миокардитом. Материал и методы. Отобраны 20 больных с дилатацией камер сердца и снижением ФВ (11 женщин, ср. возраст — 43,0±13,5 года, КДР левого желудочка — 6,3±0,8 см, ФВ — 29,1±13,2%), у которых диагноз генетической кардиомиопатии не вызывал сомнений: у 2 пациенток (мать и дочь) имелась ДКМП, у 2 — генетическая миопатия, у 5 — аритмогенная дисплазия правого желудочка (АДПЖ), у 1 — рестриктивная кардиомиопатия (болезнь накопления) в сочетании с WPW-синдромом; у 13 (в т.ч. у 3 из перечисленных больных) выявлен некомпактный миокард. Проведены ЭхоКГ, КТ (n=13) и/или МРТ сердца (n=10), определение генома вирусов (ПЦР), антикардиальных антител, биопсия миокарда/мышц/ аутопсия (n=2/1/3), подтвердившие миопатию, АДПЖ, некомпактный миокард. Результаты. Миокардит диагностирован у 13 больных (65%): в 5 случаях он верифицирован морфологически (в 3 выявлен геном вирусов герпеса 1, 6 типов, парвовируса В19), еще у 5 больных вирусный геном

выявлен в крови (вирус Эбштейна—Барр — у 3, герпес 6 типа — у 1, их сочетание — у 1). Из антикардиальных антител наиболее специфичным для миокардита был АНФ (с антигеном сердца быка), выявленный у 46% больных с миокардитом (1:80—1:320) и лишь у 1 пациентки без достоверного диагноза миокардита (1:40). Только среди больных миокардитом отмечено острое развитие декомпенсации (61,5%), в т.ч. после инфекции (53,8%). При меньшей дилатации левых желудочка (КДР 6,2±0,6 и 6,7±1,0 см) и предсердия (69,7±21,9 и 119,3±81,3 мл, p<0,05) пациенты с миокардитом имели и меньшую ФВ (27,6±13,9 и 31,9±12,3%), что отражает быстрое развитие дисфункции миокарда. При КТ отсроченное накопление контрастного препарата выявлено в 85,7% среди больных с миокардитом и в 33,3% при его отсутствии. Проводилась противовирусная (n=10) и стероидная (n=7) терапия, однако смертность среди всех больных составила 25% (n=5), в т.ч. 30,8% в группе миокардита и 14,3% среди пациентов без него (большая ДКМП умерла в 58 лет), в 1 случае (миокардит и некомпактный миокард) выполнена пересадка сердца; факторами неблагоприятного прогноза были развитие декомпенсации до 30 лет, острое течение миокардита, сердечная недостаточность 3—4 ФК, ФВ<20%. Выводы. Одной из важных причин тяжелой декомпенсации у больных генетическими кардиомиопатиями является развитие миокардита, который существенно ухудшает течение заболевания и не всегда поддается специфической терапии.

Дилатационная кардиомиопатия воспалительного генеза: диагностика с применением биопсии миокарда и результаты специфического лечения

Благова О.В., Недоступ А.В., Коган Е.А., Седов В.П., Сулимов В.А., Абугов С.А., Фролова Ю.В., Дземешкевич С.Л., Донников А.Е., Куприянова А.Г., Зайденов В.А.

Клиника факультетской терапии им. В.Н. Виноградова Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского, Москва

Цель: опираясь на данные биопсии, оценить возможность диагностики воспалительной и невоспалительной ДКМП и эффективность специфического лечения при миокардите. Материал и методы. 90 больным с синдромом ДКМП (58 мужчин, ср. возраст 46,2±12,5 года, ХСН IIA-III ст. у 93,3%, 3—4 ФК у 54,5%, КДР левого желудочка 6,7±0,9 см, ФВ 30,1±11,7%) выполнены ЭхоКГ, определение антикардиальных антител, IgG и генома (ПЦР) кардиотропных вирусов, коронарография (n=36), МСКТ (n=58), МРТ (n=17), скintiграфия миокарда (n=25), биопсия/аутопсия миокарда (n=20/5), скелетной мышцы (n=2). Для оценки эффективности специфического лечения миокардита выделены группа терапии (n=21) и группа сравнения (с доказанным или вероятным миокардитом, n=21) с достаточным сроком наблюдения (в среднем 8,7 месяцев). Результаты. Диагноз инфекционно-иммунного миокардита поставлен 59 больным (65,6%), в т.ч. вирусного у 21 (вирус в крови у 14, в миокарде у 11), что соответствует частоте изолированного миокардита по данным биопсии (68%); собственно ДКМП — 14 (15,6%, в т.ч. 12% среди тех, кому проведена биопсия); некомпактный миокард выявлен у 9 пациентов (10%), АДПЖ — у 5 (5,5%), генетическая миопатия — у 2 (2,2%), у 9 генетическая патология сочеталась с миокардитом; болезнь Такаюсу выявлена у 1 больной. Всего вирусный геном в крови и/или миокарде выявлен в 31%. В группах лечения и сравнения

миокардит подтвержден морфологически у 5 и 9 больных, вирусный геном выявлен в миокарде у 2 и 5, в крови — у 3 и 5, проведено противовирусное лечение (12 и 15 больных). В группе лечения (21 больной получал кортикостероиды в ср. дозе 37,7±11,9 мг/сутки, от 20 до 60 мг в пересчете на преднизолон; 2 пульсотерапию метипредом; 8 плаквенил 200 мг/сутки; 3 азатиоприн в ср. 100 мг/сутки), отмечены меньшая летальность, чем в группе сравнения (2/5 больных, т.е. 9,5 и 23,4%, $p < 0,001$), меньшая потребность в хирургии (2/6 операций обратного ремоделирования сердца, по 1 пересадке сердца), имплантации стимуляторов (0/2), дефибрилляторов (0/3), ресинхронизирующих устройств (0/1) и CRT-D (по 2), всего 23,8 и 71,4%. В группе лечения возросла ФВ (с 32,4±13,0 до 43,3±13,7%, $p = 0,001$), снизились КДР левого желудочка (с 6,5±0,9 до 6,1±1,0, $p < 0,001$), легочная гипертензия (с 49,1±19,5 до 38,6±13,3, $p = 0,005$). Заключение. Разработан эффективный алгоритм нозологической диагностики при синдроме ДКМП; 2/3 ее причин составляет миокардит, при котором иммуносупрессивная терапия достоверно улучшает течение заболевания в сравнении со стандартным лечением.

Анемия, качество жизни и нарушения настроения у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника

Бодрягина Е.С., Абдулганиева Д.И.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Качество жизни (КЖ) и эмоциональная составляющая пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) ухудшаются с течением болезни. Хроническое течение ВЗК обуславливает также развитие у таких больных анемии.

Цель исследования: изучить связь анемии со снижением КЖ пациентов с ВЗК и развитием у них тревоги и депрессии. Материалы и методы. Были обследованы 72 пациента с ВЗК. Всем пациентам было проведено клиническое обследование с определением уровня гемоглобина крови, эритроцитов, гематокрита. Для оценки КЖ использовались специализированный международный опросник КЖ пациентов с ВЗК (IBDQ), неспецифический опросник КЖ (SF-36), а также шкала тревоги и депрессии (HAD).

Результаты. Среди пациентов с ВЗК 43 (59,7%) имели диагноз язвенного колита (ЯК), 29 (40,3%) — болезнь Крона (БК). Мужчины — 33 (45,8%), женщины — 39 (54,2). Средний возраст больных составил 37,7±2,6 года. Анемия различной степени тяжести выявлена у 51 (70,8%) пациента. Средний уровень КЖ (IBDQ) составил 131,3 балла при максимуме в 224 балла. Средний уровень физического здоровья SF-36 (PH) — 44,7, психического здоровья (MH) — 43,5 (в здоровой популяции данные показатели выше 50). По опроснику HAD клинически значимая депрессия обнаружена у 10 (13,9%) пациентов, тревожные расстройства — у 8 (11,1%) пациентов. Уровень гемоглобина был взаимосвязан с уровнем КЖ по опроснику IBDQ ($r = 0,28$, $p < 0,05$) и показателем физического компонента КЖ по SF-36 ($r = 0,33$, $p < 0,01$). Не выявлено взаимосвязи между наличием анемии и выраженностью депрессии и тревоги, а также уровнем психического здоровья пациентов с ВЗК.

Выводы. Была обнаружена связь между уровнем гемоглобина и снижением КЖ пациентов с ВЗК по опроснику SF-36, в частности с доменом физического здоровья, что может быть в определенной степени объяснено наличием слабости. Также выявлена взаимосвязь между наличием анемии и ухудшением КЖ по специализированному опроснику IBDQ. Уровень гемоглобина не был взаимосвязан с

доменом эмоционального благополучия пациентов с ВЗК, наличием у них тревоги и депрессии.

Нарушения спектра короткоцепочечных жирных кислот на фоне аллергодерматоза

Бойкова И.С., Загидуллин Ш.З., Власова Н.А.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа.

Цель исследования: изучить количественное и качественное содержание короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) в кале у больных с крапивницей методом ГЖХ-анализа.

Материалы и методы. Исследовали 132 больных с крапивницей среднего возраста 42,31±0,92 года. Диагноз установлен согласно стандартам после полного клинико-лабораторного обследования, при котором была исключена другая кожная патология. Группой контроля служили 30 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и по полу.

Результаты. В результате исследования суммарного содержания КЖК, профилей C2-C4 кислот (уксусной, пропионовой и масляной), вносящих основной вклад в общий пул КЖК, значений анаэробного индекса (АИ), отображающего окислительно-восстановительный потенциал внутрипросветной среды, и содержания изокилот у больных с крапивницей было установлено исходное снижение (в 2 раза) абсолютной концентрации КЖК, повышение относительного содержания изоСн до 0,258±0,080 ед. и изменение профиля C2-C4 кислот: увеличение долей пропионовой и масляной кислот при снижении доли уксусной кислоты. При этом значения АИ отклоняются в область «резко» отрицательных значений (-0,851 ед). Отношение C3/C4 > 1,1. Дисбиоз различной степени (1—4 ст.) выявлен при бактериологическом исследовании кала за счет дефицита бифидобактерий и увеличения анаэробных бактерий родов *Bacteroides* и *Clostridium*, т.е. микробиологические нарушения преимущественно касаются сдвигов соотношения анаэробы/аэробы в пользу последних. Наиболее значительные изменения состава облигатной, факультативной и остаточной микрофлоры кишечника коррелировали с увеличением пропионовой и масляной кислот, снижением уксусной кислоты.

Выводы. Установлено снижение продукции КЖК у больных крапивницей, что свидетельствует об измененной активности и численности различных популяций микроорганизмов индигенной толстокишечной микрофлоры. Выявленное при этом повышение уровней пропионовой и масляной кислот свидетельствует об активизации анаэробного звена микрофлоры, что также подтверждает анализ значений АИ. Анализ продукции изомеров КЖК обнаруживает активизации некоторых родов аэробов, в частности *Escherichia*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, обладающих выраженной протеолитической активностью. Т.о., можно констатировать, что у больных с крапивницей имеет место нарушение микробиоценоза с активизацией микроорганизмов, способных продуцировать биогенные амины.

Динамика метаболитов кишечной микрофлоры у больных аллергодерматозом на фоне лечения Энтеросаном

Бойкова И.С., Загидуллин Ш.З., Власова Н.А.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Цель исследования: оценить клиническую эффективность препарата Энтеросан в комплексной терапии больных с крапивницей и отеком Квинке по содержанию короткоцепочечных жирных кислот в кале. Материалы и методы. Исследовали 132 больных с крапивницей в возрасте от 25 до 64 лет. Диагноз был установлен согласно стандартам после полного клинико-лабораторного обследования, при котором была исключена другая кожная патология. Количественное и качественное содержание короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) в кале проводилось методом ГЖХ-анализа. Препарат назначался в дозе 1 капсула 3 раза в день в течение 1 месяца. Энтеросан — это природная смесь, состоящая из секрета простых желез и покровного эпителия желудка птиц, гликопротеидов, гликозаминогликанов, желчных и нуклеиновых кислот, сиаломуцина.

Результаты. На фоне проводимой терапии у пациентов восстанавливался качественный и количественный состав и улучшалась метаболическая активность индигенной микрофлоры, что проявлялось в повышении абсолютного суммарного содержания КЖК до $7,82 \pm 1,18$ мг/г (до лечения — $5,21 \pm 1,38$ мг/г). Результаты изучения профилей уксусной, пропионовой и масляной кислот, вносящих основной вклад в общий пул КЖК, и значений анаэробного индекса (АИ), отображающего окислительно-восстановительный потенциал внутрисрединной среды, у больных аллергодерматозом на фоне лечения показали повышение доли уксусной кислоты с $0,523 \pm 0,008$ ед. (до лечения) до $0,607 \pm 0,008$ ед. (после лечения) ($p < 0,05$), при снижении долей пропионовой и масляной кислот и смещении значения АИ в сторону нормальных значений: до $-0,647 \pm 0,016$ ед. при достоверной разности значений АИ до и после лечения $0,225$ ед. ($p < 0,05$). После курса лечения выявлены положительные сдвиги в качественном составе микрофлоры толстой кишки: увеличилась или нормализовалась численность представителей молочнокислой флоры (бифидо- и лактобактерий), уменьшилось или исчезло количество высеваемой условно-патогенной флоры, что нашло свое отражение в изменении степени дисбактериоза в сторону уменьшения его тяжести. Данные изменения можно объяснить фармакологическим действием препарата, который оказывает бактериостатическое действие на G+ микроорганизмы (как анаэробные, так и аэробные), обладающие возможностью продуцировать гистамин, и способствует повышению активности и численности облигатной молочнокислой.

Выводы. Прием обоснованного Энтеросана в составе комплексной терапии приводит к нормализации показателей основных кислот в кале, что обуславливает целесообразность его патогенетического применения при лечении больных крапивницей и отеком Квинке.

Концентрация ренина плазмы у пациентов с хронической сердечной недостаточностью при различных терапевтических вариантах блокады ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС)

Бондарева З.Г., Арутюнян И.В., Цыганкова О.В., Екимова Ю.С., Латынцева Л.Д.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Цель работы: изучить динамику концентрации ренина плазмы у пациентов с артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II и III функционального класса (ФК) по классификации NYHA на фоне терапии эналаприлом, лозартаном, алискиреном и комбинацией лозартана с прямым ингибитором ренина.

Материалы и методы. Обследованы 155 больных (73 мужчины, 82 женщины) от 37 до 59 лет (средний возраст — $48,2 \pm 11,1$ года), получающих стандартную терапию ХСН, включающую β -адреноблокаторы и спиронолактон. Группа I получала эналаприл в средней дозе $19,1 \pm 3,4$ мг/сутки, группа II — лозартан $65,4 \pm 9,6$ мг/сутки, подгруппа III А — алискирен $274,5 \pm 25,5$ мг/сутки, а III В — комбинацию алискирена $276,2 \pm 23,7$ мг/сутки с лозартаном $59,4 \pm 12,6$ мг/сутки с достижением целевых значений артериального давления. Состояние больных оценивалось на момент поступления в стационар, перед выпиской (15—18 суток) и через 12 месяцев. Определение концентрации ренина плазмы (КРП) в вертикальном положении проводилось в соответствии с требованиями международного стандарта (ISO 15189:2007) с помощью теста №206 (Dia Sorin) по методу хемилюминесцентного иммуноанализа.

Результаты. К моменту выписки отмечено максимальное нарастание КРП в подгруппе III А — на 105,9% от исходного — от $12,7 \pm 3,9$ до $26,16 \pm 2,8$ мкМЕд/мл, $p = 0,001$. Через 12 месяцев подобная динамика сохранилась, уровни direct renin превысили исходные значения на 230% ($p = 0,001$), составив $41,91 \pm 5,3$ мкМЕд/мл. Значительный рост КРП зафиксирован также в подгруппе III В — на 70% к моменту выписки из стационара ($13,6 \pm 3,9$ и $23,12 \pm 4,4$ мкМЕд/мл соответственно, $p = 0,033$) и на 180% в конечной точке наблюдения ($38,08 \pm 5,6$ мкМЕд/мл, $p = 0,001$). В отличие от однонаправленных изменений КРП в подгруппах IIIA и IIIB, в группе I на 15—18 суток увеличение КРП было менее значимо — на 64,9% от исходных значений, однако достоверно: от $16,7 \pm 4,7$ до $27,55 \pm 3,9$ мкМЕд/мл, $p = 0,021$, в то время как через один год direct renin снизился на 67,6% от исходного определения и на 80,1% от максимального значения при выписке, составив $5,41 \pm 0,9$ мкМЕд/мл. В группе II в указанные сроки КРП увеличилась на 80%: от $17,2 \pm 5,1$ до $30,96 \pm 3,9$ мкМЕд/мл, $p = 0,007$, а в последующем снизилась на 90% от уровня, зафиксированного перед выпиской ($3,96 \pm 0,4$ мкМЕд/мл).

Выводы. Значительное увеличение КРП в подгруппе терапии расилезом говорит о его высокой способности к снижению активации РААС. Умеренное увеличение КРП в подгруппе комбинации расилеза и лозартана меньше, чем в монотерапии расилезом, но больше, чем в группах лечения лозартаном или эналаприлом, где, напротив, отмечается уменьшение уровней direct renin, свидетельствует о снижении активности РААС не только при монотерапии расилезом, но и в его комбинации с сартаном, позволяя нивелировать компенсаторное увеличение активности ренина, ассоциированное с последним.

Субклиническая пневмония

Борисов И.М., Борисова М.С.

19 Военный госпиталь ракетных войск стратегического назначения, Знаменск

Цель: изучение особенностей клинической картины и терапии субклинической пневмонии у военнослужащих организованных воинских коллективов.

Материалы и методы. В исследование были включены 267 больных пневмонией, мужчин, военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, в возрасте от 18 до 22 лет ($19,2 \pm 0,9$), госпитализированных в пульмонологическое отделение военного госпиталя в период с 1998 по 2010 г., у которых диагноз пневмонии был установлен в результате планового флюорографического обследования органов грудной полости, при отсутствии жалоб и соответствующей клинической симптоматики заболевания. Всем пациентам проводилась стандартная

терапия (антибиотики, комплекс физиотерапевтических процедур и лечебной гимнастики).

Результаты и обсуждение. Основную часть больных субклинической пневмонией составили военнослужащие со сроком службы от 5 до 6 месяцев — 244 чел. (91,7%), от 0,5 до 5 месяцев составили 12 чел. (4,3%), свыше 6 месяцев — 11 чел. (4,0%). Большинство больных субклинической пневмонией (96,7%) составили больные, ранее вакцинированные полисахаридной поливалентной пневмококковой вакциной «Пневмо-23» (Aventis Pasteur SA, Франция). Пациенты, которым вакцинопрофилактика не проводилась, составили 3,3%. Клиническая картина у больных с субклинической пневмонией характеризовалась отсутствием жалоб, физикальных данных и признаков интоксикации. Так, основные показатели клинического течения заболевания и объективные признаки (укорочение перкуторного тона над зоной поражения легочной ткани, влажные мелкопузырчатые хрипы) отсутствовали у большинства пациентов (97,4%). Основным объективным методом диагностики субклинической пневмонии явилось рентгенологическое исследование органов грудной полости. Продолжительность применения антибиотиков у данной категории больных не превысила 5 дней. У всех больных с субклиническим течением отмечалась более быстрая регрессия рентгенологических признаков пневмонии. По рентгенологическим данным, время разрешения субклинической пневмонии составило $10,1 \pm 1,8$ суток, а длительность пребывания в стационаре — $15,3 \pm 1,7$ дня. У больных с субклинической пневмонией не отмечено остаточных рентгенологических изменений после перенесенной пневмонии. Заключение. Субклиническое течение пневмонии характерно для военнослужащих, прослуживших более 5 месяцев и вакцинированных пневмококковой вакциной. Плановое рентгенологическое исследование органов грудной полости у военнослужащих организованных воинских коллективов оправдано для диагностики субклинической пневмонии. Для субклинической пневмонии характерно легкое течение, более быстрое разрешение очага воспаления легочной ткани.

Диагностика и лечение иммунных нарушений при стандартизации терапевтической помощи

Борисов А.Г.

Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера, Красноярск

Большинство терапевтических заболеваний сопровождаются дисфункцией иммунной системы. Оценка иммунных дисфункций до настоящего времени еще во многом не оптимизирована. С современных позиций диагноз нарушений функции иммунной системы базируется на клинических данных и подтверждается в дальнейшем специальными лабораторными исследованиями. Однако уже на предварительном этапе есть возможность квалифицировать иммунные нарушения и на основании этих данных проводить лечение и реабилитацию заболевания.

Цель работы: на основании клинических данных квалифицировать нарушения функции иммунной системы и предложить методы коррекции их с целью включения в стандарты ведения пациентов с основными терапевтическими заболеваниями.

Материалы и методы. Всего обследовано 748 амбулаторных больных, находящихся под наблюдением клинического иммунолога. Все больные на основании предложенной нами ранее методики (Козлов В.А. и соавт., 2009 г.) квалифицировались с постановкой иммунологического диагноза. С учетом диагноза проведено лечение.

Полученные результаты и выводы. При клиническом исследовании у 579 пациентов выявлены нарушения функции иммунной системы. Чаще всего диагностированы гипореактивные иммунопатологические состояния — $55,5 \pm 2,3$ %, в $16,1 + 1,59$ % случаях выявлены гиперреактивные состояния и в $28,4 + 2,1$ % смешанные нарушения. В основном это были стойкие иммунные нарушения легкой степени тяжести. Более чем в половине случаев ($56,4 + 2,4$ %) выявлены причины нарушения функции иммунной системы. Чаще всего это были глистные инвазии, анемии и эндокринные заболевания. По уровню нарушения звена иммунитета чаще всего встречаются гуморально-эффektorные ($44,3 \pm 2,6$ %) и клеточно-эффektorные ($32,2 \pm 1,4$ %) нарушения. Нарушения макрофагально-фагоцитарного звена пришлось $13,2 \pm 0,6$ %, на комбинированные нарушения и нарушения в регуляторном звене иммунитета — $10,3 \pm 0,3$ % случаев. Чаще всего клинический диагноз подтверждался лабораторно. При наличии выявленной причины осуществлялись попытки их устранения. У всех пациентов устранился патогенный агент (санация, этиотропная терапия, нормализация микрофлоры), проводились иммунометаболическая терапия и мероприятия, направленные на улучшения клеточного окружения (коррекция реологии и микроциркуляции, детоксикация). При среднетяжелых и тяжелых иммунных нарушениях проведена иммуноактивная терапия. Таким образом, клиническая диагностика иммунопатологических состояний позволяет практически индивидуально подойти к стандартам ведения пациентов.

Частота развития пневмоний у больных с нарушениями иммунитета на фоне онкогематологической патологии

Борисова И.С., Каплан П.Е.

Многопрофильное клиническое объединение № 4, Днепрпетровск

Введение стандартизованных протоколов с позиций доказательной медицины позволило достичь определенных успехов в вопросах диагностики и лечения больных пневмониями [ERS, 1998; Canadian Guidelines for the Initial Management of Community-Acquired Pneumonia, 2000; American Thoracic Society: Guidelines for the Initial Management of Adults with Community-Acquired Pneumonia, 1993, 1998; Чучалин А.Г., Синопальников А.И. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации, 2003; Нозокомиальная пневмония у взрослых: Российские национальные рекомендации, 2009; Приказ МОЗ Украины №127, 2007]. Актуальной и дискуссионной остается проблема пневмоний у больных с тяжелыми нарушениями иммунитета. Известно, что тяжелые нарушения иммунитета имеют больные с онкологической патологией, которые обусловлены как основным заболеванием, так и воздействием противоопухолевой терапии [Glauser MP and Pizzo PA Management of Infections in Immunocompromised Patients, 2000]. Среди таких больных наиболее часто подвержены инфекционным осложнениям (ИО) больные с онкогематологической патологией [Дмитриева Н.В., Петухова И.Н., 1998, 2004; Mulinde J., Joshi M. 1998; Van Bunk A., 2005; Чучалин А.Г., Соколов А.Н., Галстян Г.М., 2007]. Проанализировано 655 историй болезни больных гемобластомами, которые на протяжении 2009—2010 гг. проходили лечение на базе онкогематологического центра горьковского многопрофильного клинического объединения № 4 г. Днепрпетровска, Украина. Возраст больных — 21—75 лет. Среди них 219 женщин и 436 мужчин. Среди исследованных было 125 (19,1%) больных острым лимфобластным лейкозом (ОЛ), 283 (43,2%) больных

хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ), 46 (7,0%) волосатоклеточным лейкозом, 56 (8,6%) больных множественной миеломой (ММ), 43 (6,5%) больных хроническим миелобластным лейкозом (ХМЛ), 82 (12,5%) больных с лимфогрануломатозом (ЛГМ), 20 (3,1%) больных с эритремией. Инфекционные осложнения (ИО) были диагностированы у 379 больных, что составило 57,8%. Наиболее частыми ИО были фебрильная нейтропения (ФН), пневмония, сепсис, бронхит. ФН осложняла течение основного заболевания в 87,5% случаев и чаще всего предшествовала развитию других ИО — в 67,7% случаев. Пневмония составила 45,2% от всех ИО, сепсис — 23,4%, бронхит — 11,6% случаев. Таким образом, высокий риск развития такого инфекционного осложнения как пневмония, особенности течения и трудности диагностики, представляют проблему пневмоний у больных с тяжелыми нарушениями иммунитета на фоне онкогематологической патологии как актуальную и требующую дальнейшего изучения.

Острая декомпенсация сердечной недостаточности и сопутствующая патология

Борисова М.В.

Рязанский государственный медицинский университет, Рязань

Актуальность: хроническая сердечная недостаточность в настоящее время является одним из наиболее неблагоприятных, прогрессирующих сердечно-сосудистых заболеваний. Для РФ характерна высокая частота госпитализаций больных с ХСН, вызванная проявлениями острой декомпенсации сердечной недостаточности (ОДСН). Важно, что именно сопутствующие заболевания, наряду с ключевыми патофизиологическими процессами при ХСН (ремоделирование ЛЖ, паталогическая активация системных процессов, а также возраст), становятся основными определяющими факторами неблагоприятного прогноза.

Цель: оценить влияние сопутствующей патологии (инфекционных заболеваний, нарушений функции почек, анемии) на возникновение ОДСН.

Материалы и методы. В нашем центре были обследованы 73 пациента (48% мужчин и 52% женщин) в возрасте от 39 до 85 лет, причиной госпитализации которых являлась декомпенсация ХСН. В исследование включались пациенты с тяжелой ХСН любой этиологии IIБ — III стадией III—IV ФК. ХСН диагностировалась согласно российским национальным рекомендациям по диагностике и лечению ХСН третьего пересмотра.

Изучалось: анамнез, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (общий белок, железо сыворотки, креатинин), расчетная скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD, антропометрические показатели, рентгенография органов грудной клетки.

Результаты. Длительность ХСН в исследуемой группе больных составила 122±75 месяцев. 27% пациентов имели III стадию ХСН, 73% — IIБ стадию, 62% — III ФК, 38% — IV ФК. При изучении причин декомпенсации ХСН получены следующие данные: 33% больных при поступлении имели пневмонию, 14% — обострение хронического пиелонефрита, 7% — обострение хронической обструктивной болезни легких, 19% в течение 2 недель до поступления перенесли ОРВИ, у 12% пациентов ухудшение состояния связано с отменой лекарственных препаратов, у 7% — с развитием пароксизма фибрилляции предсердий. У 56 больных (76%) выявлено снижение СКФ, из них у 36 пациентов диагностирована хроническая болезнь почек (ХБП) 2 стадии, у 15 — ХБП 3 стадии, у 3 — ХБП 4 стадии, у 1 — ХБП 5 стадии.

Число пациентов с анемией составило 17 (23%), причем уровень сывороточного железа находился в пределах нормы.

Выводы. 1) у больных с тяжелой ХСН IIБ-III стадии III—IV ФК в нашем исследовании основные причины декомпенсации связаны с инфекционными заболеваниями (пневмония, пиелонефрит, ОРВИ, ХОБЛ). 2) В 2/3 случаев у пациентов с тяжелой ХСН диагностирована ХБП различных стадий.

Влияние уровня артериального давления на качество жизни у больных с сочетанием артериальной гипертензии и бронхиальной астмы

Боровков Н.Н., Добротина И.С., Бердникова Л.В.

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

Цель: оценить влияние уровня артериального давления (АД) на общее качество жизни (ОКЖ) у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с бронхиальной астмой (БА). Материалы и методы. обследовано 60 пациентов (41 женщина, 19 мужчин, медиана возраста составляла 51,0 [46,0; 55,0] год), страдающих эссенциальной АГ II стадии и БА средней степени тяжести в фазе обострения. Диагноз АГ устанавливался в соответствии с рекомендациями Российского медицинского общества по АГ и ВНОК (2011 г.), БА — критериями GINA (2008 г.). В рамках исследования выполнялись суточное мониторирование АД (СМАД), спирометрия, тестирование с использованием опросника МОС SF-36 v2. Все пациенты получали комбинированную гипотензивную и противоастматическую терапию. При обработке данных использованы методы непараметрической статистики.

Результаты. Корреляционный анализ показал наличие положительных связей между средним систолическим АД в дневные часы (ср. САДд) и шкалами опросника SF36-v2 — общего здоровья (GH) ($R=0,31$, $p=0,024$) и физического функционирования (PF) ($R=0,31$, $p=0,029$). Уровень АД в ночные часы, как и параметры диастолического АД, не влияли на ОКЖ. Шкалы, отражающие психический компонент ОКЖ не были связаны с параметрами СМАД. По уровню ср. САДд пациенты были разделены на подгруппы с нормальным (120-140 мм рт.ст.), повышенным (более 141 мм рт.ст.) и пониженным (менее 119 мм рт.ст.) уровнем АД. Группы были сопоставимы по выраженности бронхообструктивного синдрома. Ранговый анализ Крускала-Уолиса (ANOVA) выявил достоверные отличия по шкалам PF ($p=0,022$) и GH ($p=0,0065$). Параметры ОКЖ лиц с повышенным и нормальным ср. САДд статистически не отличались. Больные с пониженным ср. САДд характеризовались, в сравнении с нормотониками, более низкими значениями GH (25,0 [20,0; 30,0] против 35,0 [30,0; 50,0], $p=0,0047$) и PF (20,0 [10,0; 55,0] против 45,0 [35,0; 70,0], $p=0,024$).

Вывод. Медикаментозная гипотония в дневные часы у лиц с АГ и БА сопряжена со снижением параметров физического компонента ОКЖ.

Особенности клинических проявлений артериальной гипертензии у больных хроническим гломерулонефритом

Боровкова Н.Ю., Хорькина Ю.А., Боровков Н.Н., Маслова Т.И.

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

Цель работы: уточнить особенности клинических проявлений артериальной гипертензии (АГ) у больных хроническим гломерулонефритом (ХГН).

Материалы и методы. Проведено обследование 136 больных гипертонической формой ХГН в возрасте $39,2 \pm 14,6$ года, имеющих 2-4 стадию хронической болезни почек. Среди них 24 человека имели 1 степень (ст.), 81 — 2 ст. и 31 — 3 ст. АГ (ВНОК, 2010). В сопоставимую группу сравнения вошли 49 больных эссенциальной артериальной гипертензией (ЭГ). Согласно рекомендациям ВНОК (2010) ориентировались на показатели клинического АД, измеренного врачом в условиях стационара по методу Короткова в соответствии с правилами его измерения. Результаты исследования обработаны при помощи пакета программ STATISTICA 6.0 (StatSoft, Inc., США).

Результаты. Клинические показатели САД/ДАД соответственно составили $171,48 \pm 22,59/102,12 \pm 8,46$ у больных ХГН с АГ и $165,83 \pm 17,98/102,25 \pm 9,90$ мм рт.ст. в группе ЭГ. Различий как по САД, так и по ДАД между САГ при ХГН и ЭГ не было ($p=0,24$ и $p=0,94$). Однако сравнительный анализ в группах больных ХГН с АГ и ЭГ показал значительные различия ($\chi^2=54,07$, $p<0,0001$) субъективных ощущений у пациентов, связанных с повышенным АД по таким критериям как головные боли, «тяжесть» в голове, снижение работоспособности, плохой сон. Так, среди 136 гипертонических лиц, страдающих ХГН, лишь 25 указывали на вышеперечисленные жалобы при повышенном АД у них. Судя по анамнезу, ни у одного из этих больных не отмечалось гипертонических кризов. Наоборот, в случае ЭГ значительная часть больных (38 из 49 человек) констатировало наличие выше указанных жалоб во время повышения АД. У трети из них (17 человек) имели место гипертонические кризы. В процентном соотношении это выглядело следующим образом. Подавляющее большинство больных ХГН с АГ — 81,7% и лишь 22,5% лиц с ЭГ повышенное АД практически не ощущали. Кроме того, из вышеуказанных больных с ЭГ 34,6% имели в анамнезе гипертонические кризы. Из этого следует, что симптоматическая АГ при ХГН субъективно значительно лучше переносилась больными, чем ЭГ, а также не имела тенденций к кризовому течению. Результат анализа жалоб на плохое самочувствие в зависимости от степени тяжести АГ больными ХГН и ЭГ также имел достоверные отличия ($\chi^2=20,82$, $p<0,00001$; $\chi^2=32,66$; $p<0,00001$ и $\chi^2=13,92$, $p<0,001$). Так, при 1 ст. АГ в группе ХГН жалоб на плохое самочувствие при повышении АД практически не было. При 2 и 3 ст. АГ самочувствие ухудшалось (22,2 и 22,5% больных соответственно). Напротив, при ЭГ более половины пациентов (69%) уже при 1 ст., и подавляющее большинство при 2 и тем более при 3 ст. АГ (75,8 и 100% соответственно) отмечали плохое самочувствие при повышенном АД. Из этого следует, что с нарастанием АГ ЭГ все чаще сопровождалась плохим самочувствием больных, чем симптоматическая АГ. При этом нужно отметить, что больные ХГН в подавляющем большинстве не ощущали повышенное АД, даже при высокой АГ.

Выводы. Из изложенного можно сделать вывод, что больные ХГН хорошо переносят наличие у них АГ. Практически это может создавать трудности не только для своевременной диагностики основного заболевания, его неадекватного патогенетического лечения, но и низкой приверженности больных гломерулонефритом к антигипертензивной терапии.

Динамика показателей состояния левого желудочка сердца при лечении ренопаренхиматозной артериальной гипертензии

Боровкова Н.Ю., Хорькина Ю.А., Бирюкова Л.А., Аршинова А.И., Боровков Н.Н.

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

Цель работы: оценить динамику показателей состояния левого желудочка (ЛЖ) сердца при лечении ренопаренхиматозной артериальной гипертензии (РАГ).

Материалы и методы. Исследовали состояние ЛЖ сердца методом эходоплеркардиографии (ЭхоКГ) на ультразвуковом сканере ALOKA SSD — 4000 (Япония) у 50 больных гипертонической формой хронического гломерулонефрита (ХГН) в возрасте $39,2 \pm 14,6$ года, имеющих 2—4 стадию хронической болезни почек. Все больные получали адекватную антигипертензивную терапию согласно современным рекомендациям (ВНОК, 2010). Статистическая обработка проведена с помощью программ STATISTICA 6.0 и представлена в виде $M \pm m$.

Результаты. Оценку динамики показателей ЭХОКГ у больных ХГН под влиянием антигипертензивной терапии проводили в течение 1 года и 5 лет. Была отмечена очевидная тенденция к уменьшению исходных признаков гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) в результате лечения РАГ. Хотя достоверных отличий между показателями толщины межжелудочковой перегородки (МЖП, соответственно, $1,19 \pm 0,12$ см исходно против $1,10 \pm 0,09$ см через год, $p=0,061$), задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ соответственно, $1,16 \pm 0,23$ см исходно против $0,98 \pm 0,09$ см через год, $p=0,09$) и относительной толщины стенки ЛЖ (ОТС, соответственно, $0,47 \pm 0,05$ см исходно против $0,43 \pm 0,03$ см через год, $p=0,074$) в результате лечения РАГ в целом по группе больных не отмечено. Однако масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ — $274,45 \pm 50,79$ г исходно против $206,01 \pm 15,76$ г через год, $p<0,01$) и индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ — $152,95 \pm 58,91$ г/м² исходно против $114,84 \pm 16,35$ г/м² через год, $p<0,01$) статистически достоверно уменьшались уже после 1 года терапии. Через 5 лет лечения РАГ ММЛЖ и ИММЛЖ сохраняли свои регрессивные значения (соответственно $209,19 \pm 13,41$ г/м², $p<0,01$ и $118,30 \pm 17,73$ г/м², $p<0,01$). По группе в целом прослеживалась, хотя и недостоверная, но все же положительная тенденция к улучшению систолической функции ЛЖ у больных ХГН, что касалось в первую очередь фракции выброса (ФВ — $57,30 \pm 1,41\%$ исходно против $63,06 \pm 5,65\%$, $p=0,065$ через год и $64,11 \pm 4,80\%$, $p=0,12$ через 5 лет), ударного объема (УО — $68,07 \pm 9,85$ мл исходно против $70,14 \pm 11,94$ мл, $p=0,162$ через год и $75,51 \pm 8,26$ мл, $p=0,21$ через 5 лет). Улучшение диастолической функции ЛЖ характеризовал достоверный рост после 5 лет лечения РАГ значения E/A (за счет увеличения пика E — показателя максимальной скорости раннего диастолического наполнения и уменьшения пика A — показателя скорости предсердной систолы), соответственно, $0,80 \pm 0,07$ исходно против $1,11 \pm 0,25$ через 5 лет, $p<0,01$.

Выводы. Учитывая вышеизложенное, можно констатировать, что долговременная терапия РАГ у больных ХГН не только ведет к регрессу ГЛЖ, но и позволяет сохранить систолическую и еще более диастолическую функции.

Курение и риск развития хронической обструктивной болезни легких среди населения крупного промышленного города

Ботова Ж.О., Степанищева Л.А.

Городская клиническая больница № 3, Челябинск

Курение табака неблагоприятно воздействует на течение ряда легочных заболеваний и является главным этиологическим фактором развития хронической обструктивной болезни легких.

Цели и задачи: изучение распространенности курения среди населения крупного промышленного города и возможности развития ХОБЛ у курящих людей.

Материалы и методы. Методом случайной выборки были обследованы 2226 человек — жителей крупного промышленного города. Обследование включало заполнение анкеты на выявление ХОБЛ, куда, помимо паспортных данных, места и стажа работы, вносились сведения о курении. Данные анамнеза содержали вопросы о перенесенных заболеваниях, наличия патологии у родственников, наличия аллергических реакций.

В анкету вносились вопросы, касающиеся симптомов заболевания, включая кашель, выделение мокроты, наличие приступов одышки, свистящего дыхания. Отдельно выносились вопросы, касающиеся частоты проявления клинических симптомов, наличия и продолжительности обострений заболевания. Все пациенты с респираторными жалобами были подвергнуты клиническому и инструментальному исследованию. Диагноз ХОБЛ устанавливался на основании (GOLD 2008).

Результаты и выводы. В обследованной группе признаки болезни были выявлены у 10,02% — жителей промышленного города. Среди здоровых людей крупного промышленного города курящие составили 35,15%; среди больных ХОБЛ — 74,89%. Причем женщины, страдающие ХОБЛ, имели эту вредную привычку в 25,35% случаев. Для того чтобы оценить влияние курения на развитие ХОБЛ, нами проанализирована интенсивность курения. Индекс курящего человека рассчитывается по формуле: $ИК = (\text{число сигарет выкуриваемых в день}) \times 12$.

По данным нашего исследования у 34,52% здоровых людей ИК был 120 (10 сигарет в день), в группе больных ХОБЛ ИК меньше 120 отмечен только у 17,37% больных, у всех остальных пациентов ИК был выше 240. Мы изучили анамнестические данные о длительности курения у населения крупного промышленного города.

У курящих пациентов с ХОБЛ длительность воздействия никотина более 10 лет встречалась в 95,9%, в то время как у здоровых лиц такой длительный стаж курения отмечен только в 57,95% случаев. Нами проанализирована степень никотиновой зависимости у обследованных курильщиков по тесту Фагерстрема. У 45,51% курящих пациентов с ХОБЛ сильная степень табачной зависимости, что требует лечения у специалиста. Таким образом, проведя наше исследование, мы выявили, что курение является основным и ведущим фактором развития ХОБЛ среди населения крупного промышленного города.

Ремоделирование левого желудочка и провоспалительные цитокины у больных хронической сердечной недостаточности на фоне постинфарктного кардиосклероза

Боченина Ю.А., Кузнецов Г.Э., Тенчурина Л.Р., Мурзакаев И.Г., Лапшина О.В.

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург

Цель исследования: оценить изменение уровней провоспалительных цитокинов и ремоделирование левого желудочка у больных ХСН на фоне постинфарктного кардиосклероза (ПИКС).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 38 пациентов в возрасте от 40 до 80 лет (5 женщин и 33 мужчины) с ХСН I-IV ФК на фоне ПИКС. Средний возраст — 63,28 ± 8,71. Все пациенты перенесли инфаркт миокарда не ранее чем за 6 месяцев до начала исследования. При предварительном обследовании были исключены состояния, сопровождаемые активацией системы цитокинов. Всем пациентам была выполнена ЭХО-кардиография по стандартному протоколу с оценкой систолической и диастолической функции левого желудочка на приборе Vivid 3 Expert (General Electric, Германия). ФНО-а и ИЛ-6 сыворотки крови определяли методом иммуноферментного анализа с использованием набора реагентов ООО «Протеиновый контур». На основании данных проблемной лаборатории ОрГМА Росздрав, при обследовании группы здоровых лиц, уровень ФНО-а 4,64 ± 0,19, ИЛ-6 7,27 ± 0,42.

Результаты. В результате исследования было выявлено, что концентрация ФНО-а в сыворотке крови колебалась от 0,23 до 90,53 пг/мл, концентрация ИЛ-6 сыворотки крови находилась в пределах от 0,14 до 77,9 пг/мл. Все пациенты разделились на две группы: 1 группа — 21 (55%) пациент с повышением уровня провоспалительных цитокинов в сыворотке крови, 2 группа — 17 (45%) без повышения. Сравнительный анализ двух групп показал, что в 1 группе отмечена наиболее частая встречаемость аневризмы ЛЖ (43%), чем во 2 группе (23%); мерцательная аритмия встречалась в 28 и 17%; желудочковые и предсердные экстрасистолы в 21 и 14% соответственно. Было отмечено, что больные 1 группы отличаются более тяжелым течением заболевания. ФК ХСН составил 2,92 ± 0,94 и 2,22 ± 0,92 ($p > 0,05$) соответственно. При изучении морфофункциональных параметров сердца нами было выявлено достоверно более выраженное снижение сократительной функции миокарда ЛЖ в 1 группе больных. ФВ ЛЖ 31,19 ± 7,75 и 37,36 ± 10,93% ($p > 0,05$), КДР 66,15 ± 11,67 и 61,57 ± 10,75 ($p > 0,05$), КСР 51,53 ± 13,54 и 46,26 ± 12,52 ($p > 0,05$), КДО 233 ± 87,07 и 198,49 ± 80,69 ($p > 0,05$), КСО 138,28 ± 74,42 и 108,66 ± 72,98 ($p > 0,05$) соответственно. Мы предполагаем, что процесс перехода адаптивного ремоделирования в дезадаптивное состояние сопровождается не только соответствующими структурно-геометрическими изменениями ЛЖ, но и значительным повышением уровня провоспалительных цитокинов.

Закключение. В результате проведенного исследования выявлено, что повышение уровня провоспалительных цитокинов способствует утяжелению ФК ХСН на фоне ПИКС и усилению процессов ремоделирования ЛЖ.

Лечение суправентрикулярной экстрасистолии у больных климактерической кардиопатией

Брек В.В., Кучеренко О.Д.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

Цель исследования: изучить особенности влияния антагониста медленных кальциевых каналов дилтиазема на клиническое течение суправентрикулярной экстрасистолии у больных климактерической кардиопатией.

Материалы и методы. Обследованы 24 больных с климактерической кардиопатией в возрасте 49-50 лет. У 13 больных (59,1%) наблюдался климактерический синдром; у 12 (54,8%) — признаки ишемической болезни сердца (ИБС); у 10 (45,5%) — нарушения ритма в виде суправентрикулярной экстрасистолии. У 14 пациенток на ЭКГ определялся отрицательный или 2-фазный зубец Т. Дилтиазем назначали по 60 мг 3 раза в день. Продолжительность лечения составила 6 недель. Состояние сократительной функции миокарда и показатели центральной гемодинамики определяли с помощью импульсной ЭхоКГ.

Результаты исследования. Под влиянием лечения верапамилом выраженность кардиалгического синдрома уменьшилась у 16 больных (72,7%); частота приступов стенокардии у больных ИБС снизилась с $3,58 \pm 0,31$ в сутки до лечения до $1,83 \pm 0,32$ после ($p < 0,05$); суправентрикулярная экстрасистолия полностью исчезла у 9 больных. Лечение препаратом сопровождалось незначительным увеличением размеров полости левого желудочка как в систолу, так и в диастолу. Препарат не вызывал значимого уменьшения фракции выброса. ЧСС, АД достоверно снижались. ОПСС снизилось с $1528,3 \pm 129,7$ дин*с*см — 5 до лечения до $963,4 \pm 83,7$ дин*с*см — 5 после ($p < 0,05$).

Выводы. Антагонист кальция дилтиазем у больных с дисгормональной кардиопатией оказывал антиаритмическое действие, снижая частоту суправентрикулярной экстрасистолии, способствовал снижению выраженности кардиалгии, частоты ангинозных приступов. Он вызывал урежение ЧСС, снижал АД, ОПСС.

Автоматизированная экспертная оценка качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью, обусловленной гипертонической болезнью

Бурмистров В.И.

Городская больница № 3, Магнитогорск

Актуальность исследования обусловлена необходимостью разработки автоматизированных методов, оценки эффективности лечения больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), обусловленной гипертонической болезнью (ГБ).

Цель исследования: разработать методику оценки и прогнозирования качества жизни (КЖ) больных с ХСН, обусловленной ГБ.

Материалы и методы. В основу исследования положена концепция, рассматривающая КЖ в аспекте многомерности, временной динамики и участия больного в оценке своего состояния. Этапы исследования: 1) формирование критериев и выбор опросника КЖ; 2) выбор метода прогнозирования, построение модели КЖ; 3) компьютерная адаптация опросника Миннесотского университета MLHFQ; 4) выбор лечебного учреждения для проведения исследования; 5) статистическая обработка результатов.

Результаты исследования. Выбор показателей КЖ основан на рекомендациях Всемирной организации здравоохранения. На базе опросника MLHFQ разработана трехуровневая экспертная методика оценки КЖ. Нижний — вопросы и ответы. Средний — сводные показатели КЖ. Верхний — интегральный показатель КЖ. При адаптации опросника MLHFQ предусмотрено дополнение, уточнение и исключение вопросов. Экспертные суждения о важности влияния вопросов на интегральный и

сводные показатели оценивались в баллах по теории нечетких множеств. Методами регрессионного анализа получены модели КЖ сводных и интегральных показателей. Они использованы для прогнозирования значений КЖ. Исследование выполнено на базе кардиологического отделения МУЗ «Городская больница №3» г. Магнитогорска, кафедры внутренних болезней и семейной медицины ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава». Обследуемая когорта составляла 211 человек, контрольная группа — 28 человек.

Выводы. Анализ применения предложенной методики оценки и прогнозирования КЖ показал высокую информативность выбранного подхода: — выявлена значимая корреляционная связь интегрального показателя КЖ со сводными показателями 2-го уровня у больных с ХСН, обусловленной ГБ; установлено, по мере увеличения функционального класса (ФК) ХСН наблюдается достоверное ухудшение интегрального показателя КЖ. Это позволяет обоснованно прогнозировать КЖ и оценивать тяжесть ХСН. Совпадение прогнозируемых и фактических оценок КЖ составило 75%. В целом достигнутый уровень автоматизации, компьютерной адаптации, диалоговый режим имеют важное значение для практикующего врача в процессе лечения больных с ХСН, обусловленной ГБ.

Показатели липидвысвобождающей способности лейкоцитов при добавлении ФНО- α in vitro у больных ишемической болезнью сердца

Бурцева Т.В., Мишланов В.Ю., Владимирский В.Е., Туев А.В.

Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь

Цель исследования: состояла в изучение влияния провоспалительного цитокина ФНО- α на величину липидвысвобождающей способности лейкоцитов (ЛВСЛ) (in vitro) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Мы обследовали 9 больных ИБС в форме стенокардии напряжения III функционального класса, изучали ЛВСЛ венозной крови по методу, описанному А.В. Туевым и В.Ю. Мишлановым (2002 г.). В исследование включались мужчины в возрасте 46—57 лет. Вся группа соответствовала III ФК стенокардии напряжения. Все получали стандартную кардиотропную терапию (аспирин, бисопролол или метопролол, ингибитор АПФ).

Результаты. Добавление в культуральную среду ФНО- α в дозе 0,005 пкг/мл вызывало повышение уровня ЛВСЛ в 100% случаев (9 из 9). Средняя величина ЛВСЛ до внесения препарата составила $0,152 \pm 0,051$, после — $0,353 \pm 0,237$ ммоль/л. Различия между группами статистически достоверно ($p = 0,027$).

Выводы. ФНО- α стимулирует увеличение ЛВСЛ у больных ИБС. Установлена взаимосвязь иммуновоспалительных и атерогенных механизмов, заключающаяся в участии лейкоцитов (нейтрофилов и иммунокомпетентных клеток) в процессе атерогенеза.

Влияние хронического очага инфекции в носоглотке на уровень тирозиновой кислоты

Бутакова Н.В.

Центр гиродотерапии Бутаковой Н.В., Псков

Йодсодержащие гормоны оказывают выраженное влияние на умственное и физическое развитие, половое созревание, регулируют метаболические процессы в нервной, сердечно-сосудистой, мышечной системах, влияют на иммунную систему, изменяют свойства мембран, интенсивность биоэнергетических реакций. Синтез йодсодержащих гормонов — тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3) — происходит из аминокислоты тирозина или тирозиновой кислоты (ТК), так как она является йодированным компонентом. Для всех этих процессов нужна здоровая ткань щитовидной железы. Одной из причин нарушения железистой ткани щитовидной железы является хронический тонзиллит.

Цель исследования: частота изменения уровня тирозиновой кислоты при наличии хронического очага инфекции в носоглотке, какова дифференциация патогенных микроорганизмов.

Материалы и методы. 60 произвольно взятых случаев, в анализе крови которых обнаружены измененные показатели ТК. Возрастная категория — от 25 лет до 64 лет. Для скрининговой оценки показателей крови использовался неинвазивный анализатор АМП Малыгина— Пулавского, в основе которого лежит мультилокальная биотермия крови. Бактериологическое исследование мазков из носа и зева на наличие патогенных микроорганизмов в условиях бактериологической лаборатории, дабы избежать какой-либо случайности загрязнения при перевозке анализов.

Результаты. Повышение показателя ТК обнаружено в 53 случаях (88,3%). Снижение показателя ТК обнаружено в 7 случаях (11,6%). В 2 случаях показатель ТК находился на границе нормы в сторону повышения, поэтому эти случаи отнесены в группу с повышенным показателем ТК. Тирозиновая кислота в крови в норме составляет 1,4—1,8 мг%. В группе с повышенным показателем ТК в 35 случаях обнаружена патогенная микрофлора в носоглотке, что составило — 58,3%. В группе с пониженным показателем ТК в 4 случаях обнаружена патогенная микрофлора, что составило — 6,6%. Дифференциация патогенных микроорганизмов во всех 39 случаях такова: *St.aureus* — 13 сл. (33,3%), *N.perflava* — 11 сл. (28,2%), *Str.pyogenes* — 10 сл. (25,6%), *Str.pneumoniae* — 4 сл. (10,2%), *Kl.pneumoniae* — 2 сл. (5%), *Haemophilus parahaemoliticus* — 3 сл. (7,7%), *Haemophilus influenzae* — 3 сл. (7,7%), *Branchamella catarrhalis* — 1 сл. (2,5%).

Выводы. Изменение показателей ТК при наличии каких-либо патогенных микроорганизмов в носоглотке составляет — 39 сл. (65%). Процент достаточно высокий, чтобы не обратить на него внимания. Поэтому вполне аргументированна необходимость обязательного бактериологического исследования носа и зева на наличие патогенных микроорганизмов при лечении любых заболеваний щитовидной железы с обязательной санацией и лечением хронического очага инфекции по соседству. Наиболее высокий процент составили наиболее опасные патогенные микроорганизмы, обладающие так называемым гнойным метастазированием: *St.aureus* (33,3%), *N.perflava* (28,2%), *Str.pyogenes* (25,6%). Также рассматривалось любое их сочетание. Золотистый стафилококк вновь на первом месте!

Классификация септического эндокардита Н.Д. Стражеско с позиций представлений о первично-хроническом септическом эндокардите

Бушманова Г.М., Непомнящих Л.М.

Научно-исследовательский институт региональной патологии и патоморфологии, Новосибирск

Классификация эндокардитов выдающегося российского кардиолога Н.Д. Стражеско – автора септической теории ревматизма построена

с учетом выдвигаемого им положения, что 98% эндокардитов имеют септическое происхождение, а ревматизм монопатогенетичен, но полиэтиологичен. Ученый выделил острую, подострую, хроническую формы болезни, каждая из которых имеет доброкачественный и злокачественный варианты. В рубрику хронического эндокардита включен еще неопределенный вариант. Наряду с этим, автор выделил скрытую, субфебрильную и затяжную с остросептическими явлениями формы эндокардита, рассматривая в рамках последней *Endocarditis septica lenta Schottmullera*. Многолетнее изучение (1980—2011 гг.) в НИИ патологии кровообращения, ныне им. акад. Е.Н. Мешалкина, и НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН впервые выявленной нами клинически «новой» формы болезни первично-хронического септического эндокардита (П-ХСЭ) у больных ППС позволило увидеть старую болезнь в новом свете и нозологически связать ее с ревматизмом. Классификация эндокардита (*Endocarditis septica lenta*), представленная Н.Д. Стражеско, на первый взгляд, отражает доминирующее в то время воззрение на хроническое воспаление как исход острого, т.е. его вторично-хроническое происхождение. Однако тот факт, что ученый отнес все формы эндокардита к *Endocarditis septica lenta*, включая острые и подострые, при этом войдя в противоречие с самим собой, открывает иное понимание им начальной природы воспаления, свойственного данной патологии, предоставляя основания для ассоциации последнего с первично-хронической его природой. С позиций результатов изучения П-ХСЭ, представленные в этой классификации формы болезни (скрытая, субфебрильная, затяжная с остросептическими явлениями) следует рассматривать как последовательные стадии естественного развития СЭ, что нами было прослежено проспективно на примере больных исходно ранними стадиями П-ХСЭ. Созданная акад. Н.Д. Стражеско классификация эндокардитов (*Endocarditis septica lenta*), несмотря на отделяющее ее не одно десятилетие, в настоящее время представляется, как никогда, современной, свидетельствуя о выдающихся способностях ее автора, сумевшего рассмотреть не лежащую на поверхности особенность изначально сопровождающего СЭ воспаления.

Особенности формирования артериальной гипертензии у рабочих пылевых профессий

Вавилова В.А., Рушкевич О.П., Мелентьев А.В.

Федеральный научный центр гигиены им.Ф.Ф. Эрисмана, Мытищи

Цель исследования: изучить частоту и особенности артериальной гипертензии (АГ) у работающих в условиях повышенной запыленности.

Материалы и методы. Проведено комплексное клинко-функциональное обследование кардиореспираторной системы у 182 человек, работавших, либо продолжающих работать в условиях повышенной запыленности. Все обследованные — мужчины, средний возраст составил 55,8±8,4 года, средний стаж работы во вредных условиях — 22,8±8,0 года. Проводилось клинко-лабораторное обследование, спирометрия, электрокардиография (ЭКГ), доплероэхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ и артериального давления (АД). Пациенты были рандомизированы в 4 клинические группы. Первая группа (n=70) представлена большими хроническим пылевым бронхитом (ХПБ), 1А группа (n=49) — лица с подозрением на ХПБ. Вторую группу составили больные пневмокониозом (ПК) (n=48), 2А группу — пациенты с подозрением на ПК.

Результаты. Сердечно-сосудистые заболевания выявлены у 74,7% обследованных, из них у 34% — артериальная гипертония, у 27,5% — сочетание артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца (ИБС). Наиболее часто АГ диагностировалась у больных ХПБ, ПК и лиц с подозрением на ХПБ — в 62,9±5,8%, 62,5±7,0% и 67,4±6,7% случаев, в том числе в сочетании с ИБС (34,3±5,6%, 29,2±6,6% и 18,4±5,5% соответственно). В группе с подозрением на ПК в 13,3±8,8% случаев выявлена изолированная АГ и в 20,0±10,3% — в сочетании с ИБС. АГ относилась преимущественно к 1 и 2 степени. Больные ХПБ чаще страдали АГ 1 ст. — 61%. В группе больных ПК и группах с подозрением на пылевые заболевания одинаково часто выявлялась 1 и 2 степень АГ. По данным суточного мониторирования АД выявлено отличие по суточному индексу (СИ) систолического артериального давления (САД). Во всех группах были больные с недостаточным снижением СИ САД в ночное время, что ассоциируется с увеличением риска развития инсультов, гипертрофии левого желудочка, выраженной микроальбуминурии. У больных ХПБ и ПК выявлены отрицательные показатели СИ, что характеризует злокачественное течение АГ, раннее развитие хронической почечной и сердечной недостаточности. Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте встречаемости сочетанной сердечно-сосудистой и легочной патологии у рабочих пылевых профессий, что необходимо учитывать при проведении предварительных и периодических медицинских осмотрах. Кроме того, необходим дифференцированный подход к выбору гипотензивной и бронхолитической терапии с учетом особенностей патогенеза сочетанной патологии.

Заболеваемость моряков Сахалинской области, выявленная при медицинских осмотрах

Вагин В.А., Фоимных С.А.

Холмская больница Дальневосточного окружного медицинского центра, Холмск

Цель исследования: оценка группового здоровья моряков Сахалинской области на основе изучения динамики показателей заболеваемости, выявленной при проведении медицинских осмотров в 2001—2010 гг. Материал и методы. В исследование было включено 15 115 моряков Сахалинской области проходивших профессиональный отбор для работы в море в 2001-2010 гг. Изучена динамика общей и первичной заболеваемости выявленной при медицинских осмотрах моряков. Для нивелирования случайных причин анализ проводился с использованием средних показателей за два года (2001—2002 гг., 2003—2004 гг. и т.д.).

Результаты. Общая заболеваемость, выявленная при медицинских осмотрах моряков за анализируемые годы, выросла в 6,3 раза: с 121,8±5,3% в 2001—2002 гг. до 265,8±7,2% в 2003—2004 гг. (темп прироста — 118,2%), 312,6±8,3% в 2005—2006 гг. (темп прироста — 17,6%), 630,2±9,9% в 2007—2008 гг. (темп прироста — 101,6%) и 768,0±9,2% в 2009—2010 гг. (темп прироста — 21,8%) (во всех случаях $p < 0,0001$). Первичная заболеваемость, выявленная при медосмотрах работников плавсостава, выросла с 26,8±2,6% в 2001—2002 гг. до 64,1±4,0% в 2003—2004 гг. (темп прироста — 139,2%, $p < 0,0001$), практически не изменилась в 2005—2006 гг. — 73,1±4,7% (темп прироста — 14,1%, $p > 0,05$) и в 2007—2008 гг. — 66,4±5,1% в 2007—2008 гг. (темп снижения — 9,2%, $p > 0,05$) и увеличилась до 98,7±6,5% в 2009—2010 гг. (темп прироста — 48,6%, $p < 0,001$). Таким образом, показатель вел себя нестабильно, но за анализируемый период достоверно увеличился в 3,7 раза ($p < 0,0001$). Проведенное

исследование показало, что в 2001—2010 гг. произошел существенный и достоверный рост заболеваемости, выявленной при медосмотрах моряков, в 6,3 раза, в том числе первичной в 3,7 раза. Что как представляется, связано не только с качеством медицинских осмотров, но и с ухудшением состояния человеческих ресурсов (увеличением работников старших возрастных групп и пенсионеров с грузом хронических заболеваний). Так, только с 2005 по 2010 г. средний возраст моряков Сахалинской области достоверно увеличился на три года, с 38,1±0,11 до 41,1±0,1 лет ($p < 0,0001$).

Структурные изменения миокарда, изменение внутрисердечной гемодинамики и характеристика состояния ренин-ангиотензиновой системы (РААС) у детей после аллогенной трансплантации костного мозга

Вайнунская Н.И., Семенова Е.В., Гудкова А.Я., Зубаровская Л.С.

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

Введение. Частота острых лейкозов у детей составляет 3,2—4,4 на 100 тыс. человек. Основным методом лечения является стандартная химиотерапия. Высокодозная химиотерапия с трансплантацией аллогенного костного мозга широко используется при лечении прогностически неблагоприятных и резистентных вариантов, а также рецидивов заболевания. Сочетание этих методов позволяет добиться 5-летней безрецидивной выживаемости у 60% пациентов, но является высокотоксичным методом лечения.

Цель работы: изучить состояние РААС и сердечно-сосудистой системы у детей, перенесших аллогенную трансплантацию костного мозга (АллоТКМ).

Материалы и методы. Обследованы 20 детей (12 мальчиков, 8 девочек в возрасте от 9 до 22 лет, средний возраст — 15,6 ± 3,2 года), имевших в анамнезе онкогематологическое заболевание и перенесших АллоТКМ. Период наблюдения с момента проведения АллоТКМ составил от 4 до 12 лет. Всем детям выполняли эхокардиографическое исследование с оценкой внутрисердечной гемодинамики, определяли активность ренина и концентрацию альдостерона. В контрольную группу были включены 20 детей без хронической соматической патологии.

Результаты и обсуждение. Фракция выброса варьировала от 50,7 до 75,5% (среднее значение — 61,5% ± 7,6) спустя не менее 4 лет после высокодозной химиотерапии и АллоТКМ, что можно объяснить отсутствием суммарной кардиотоксической дозы препаратов. Пограничные значения фракции выброса (50—53%) были зарегистрированы у 1% детей ($n=2$). Ни у одного из пациентов не было обнаружено структурных изменений в миокарде. У 8 пациентов выявлено повышение давления в легочной артерии до 30—33 мм рт. ст. Концентрации ренина от 0,4 до 1,6 нг/(мл.ч) (среднее 1 нг/(мл.ч) ± 0,2) и альдостерона от 34,8 до 340 пг/мл (среднее 106,1 пг/мл ± 40,3) у детей основной группы находятся в пределах референтных значений, но достоверно выше значений контрольной группы.

Выводы. Обнаружены повышение активности ренина, концентрации альдостерона и пограничные значения показателей давления в легочной артерии у пациентов, перенесших АллоТКМ. Во всех случаях значимые структурные изменения миокарда не выявлены. По-видимому, в генезе постцитостатической кардиомиопатии наряду с прямым токсическим действием цитостатических препаратов имеет значение их сочетание с присоединением инфекции различной этиологии на фоне развития вторичного иммунодефицита.

Особенности лабораторных показателей у лиц разного возраста в остром периоде инфаркта миокарда с подъемом ST

Валиахметов М.Н., Веневцева Ю.Л., Гомова Т.А., Мельников А.Х.

Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д.Я. Ваныкина, Тульский государственный университет, Тула

В недавних работах установлена прогностическая значимость числа лейкоцитов (L) и уровня гликемии для внутрибольничной и 30-дневной летальности пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом ST (ИМпST), однако влияние возраста на динамику лабораторных показателей представляется менее изученным. В исследование было включено 158 нефатальных ИМпST без инвазивных вмешательств, в том числе 84 — у пациентов 29—54 лет ($45,3 \pm 0,59$ года) и 74—58—91 года ($74,0 \pm 0,76$ лет). В каждой группе было по 2 женщины. Курили 89,3% молодых и 23,4% пожилых пациентов ($p < 0,001$). Повторным данным ИМ был у 11 (13,1%) и у 17 (23,0%) лиц. Тромболитическая терапия была проведена в 55,0 и 25,9% случаев. Лабораторные показатели, определяемые при поступлении и на 2—3 день, представлены как $M \pm m$. В острейшем периоде (до 12 часов от начала болей) не было различий в уровне общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), ЛПВП и ЛПНП, СРБ, АСТ, ЛДГ и креатинина, проценте эозинофилов, палочкоядерных нейтрофилов и моноцитов (М). Вместе с тем у молодых пациентов был достоверно ниже уровень глюкозы ($7,10 \pm 0,66$ и $9,88 \pm 1,25$ ммоль/л, $p = 0,028$), МВ-КФК и СОЭ, ниже процент сегментоядерных нейтрофилов; и выше уровень Hb и лимфоцитов (Л, $17,5 \pm 0,9$ и $15,1 \pm 1,1\%$) при одинаковом числе L ($12,0 \pm 0,4$ и $11,2 \pm 0,5 \times 10^9$ /л). Кроме того, отмечена тенденция к увеличению числа тромбоцитов. Реакция стресса по Л.Х.Гаркави (число L в лейкоцитарной формуле ниже 20%) наблюдалась у 40,4% молодых и у 52,7% — пожилых пациентов (тенденция к достоверности). В начале острого периода ИМпST различия были еще более выражены. Так, у молодых пациентов были выше уровни ОХ, ТГ ($1,88 \pm 0,18$ и $1,0 \pm 0,08$ ммоль/л, $P < 0,001$), ЛПНП и ниже — ЛПВП ($1,16 \pm 0,05$ и $1,28 \pm 1,28 \pm 0,05$ ммоль/л, $P < 0,05$), что указывает на большее нарушение липидного профиля. Кроме того, высокодостоверно выше было число L ($11,6 \pm 0,3$ и $10,5 \pm 0,3 \times 10^9$ /л) и тромбоцитов, ниже процент М, СОЭ, а также средние по группе уровни мочевины и креатинина, достигавшие у пожилых пациентов верхней границы нормы. Как и в острейшем периоде, процент Л был выше у молодых пациентов ($21,0 \pm 0,8$ и $18,8 \pm 0,9\%$), вместе с тем исчезли различия в уровне глюкозы и МВ-КФК. Таким образом, возраст является значимым фактором в развитии метаболических нарушений при ИМпST. Хотя в острейшем периоде адаптационный потенциал у молодых пациентов выше, чем у пожилых, впоследствии у них в большей степени нарушается липидный профиль, выше число лейкоцитов, что увеличивает риск развития осложнений.

Оценка 10-летней вероятности остеопоротических переломов с использованием программы FRAX

Васильев А.Г., Мясоутова Л.И., Лапшина С.А.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Цель: оценить 10-летнюю вероятность остеопоротических переломов с использованием программы FRAX.

Материалы и методы. В исследование были включены 70 пациентов (35 мужчин и 35 женщин) в возрасте 40—90 лет, обратившихся в наиболее крупные поликлиники г. Казани по различным причинам в период с января по июнь 2011г. В каждой из 7 поликлиник (по количеству районов города) случайным образом были отобраны 10 пациентов (5 мужчин и 5 женщин). Все включенные в исследование пациенты были приглашены на визит в Городской ревматологический центр для оценки факторов риска и расчета 10-летней вероятности остеопоротических переломов (общих и шейки бедра) при помощи программы FRAX (сайт <http://www.shef.ac.uk/FRAX/>), валидизированной для этих целей. За основу для расчета были взяты эпидемиологические показатели распространенности факторов риска в финской популяции (данных по России пока нет). Всем пациентам была проведена рентгеновская двухэнергетическая абсорбциометрия на денситометре Hologic с определением минеральной плотности кости МПК в шейке бедра. Далее рассчитывалась 10-летняя вероятность переломов с поправкой на МПК в шейке бедра. Порогом вмешательства (начала антиостеопоротической терапии) считалась 10-летняя вероятность переломов более 20% для переломов всех локализаций и/или более 3% для переломов шейки бедра.

Результаты. Средний возраст участников исследования составил $61,8 \pm 21,3$ года (женщины — $59,2 \pm 23,5$ года, мужчины — $63,5 \pm 18,1$ года). Вероятность переломов всех локализаций в ближайшие 10 лет более 20% наблюдалась у 15 (21,4%) человек — 11 (31,4%) женщин и 4 (11,4%) мужчин. Вероятность переломов шейки бедра в течение последующих 10 лет превышающая 3%, определена у 13 (18,5%) человек — 10 (28,6%) женщин и 3 (8,6%) мужчин. С учетом результата рентгеновской денситометрии (МПК в шейке бедра) 10-летняя вероятность переломов всех локализаций более 20% выявлена у 19 (27,1%) человек — 13 (37,1%) женщин и 6 (17,1%) мужчин. 10-летняя вероятность переломов шейки бедра более 3% с поправкой на МПК в шейке бедра наблюдалась у 20 (28,6%) человек (13 (34,3%) женщин и 7 (20%) мужчин).

Выводы. Программа FRAX позволяет оценить 10-летнюю вероятность остеопоротических переломов и определить порог вмешательства у лиц из группы риска. Достоинством данной программы является возможность определения вероятности переломов при отсутствии сведений о МПК в шейке бедра. Однако знание величины МПК значительно увеличивает чувствительность метода.

Изменения минеральной плотности кости у пациентов с ревматическими заболеваниями

Васильев А.Г., Мясоутова Л.И., Лапшина С.А.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Цель: оценить изменения минеральной плотности кости (МПК) у пациентов с ревматическими заболеваниями.

Материалы и методы. Произведен ретроспективный анализ протоколов рентгеновской денситометрии, произведенной пациентам, находившимся на диспансерном наблюдении в Городском ревматологическом центре г. Казани в период с января 2010 г. по январь 2011 г. В анализ были включены 347 пациентов со следующими ревматическими заболеваниями: ревматоидный артрит (РА) — 231, анкилозирующий спондилит (АС) — 63 и остеоартроз (ОА) — 53 человека. Учитывались изменения МПК в 2 точках: поясничном отделе позвоночника и проксимальном отделе бедра. Т-критерий оценивался у женщин в постменопаузе и мужчин старше 50 лет, Z-критерий — у женщин до наступления менопаузы и мужчин моложе 50 лет.

Результаты. Согласно критериям ВОЗ диагноз «остеопороз» был выставлен 85 (24,5%) из 347 пациентов (женщины — 74, мужчины — 11 человек), прошедших денситометрию, «остеопения» — 145 (41,8%) (женщины — 121, мужчины — 21 человек). Распределение по нозологиям было следующим. Среди 231 пациента с РА у 55 (23,8%) был выявлен остеопороз, у 89 (38,5%) — остеопения. Из 63 пациентов с АС у 13 (20,6%) также был определен остеопороз, у 32 (50,8%) — остеопения. Среди 53 пациентов с ОА у 17 (32,1%) диагностирован остеопороз, у 24 (45,3%) — остеопения.

Выводы. Остеопороз достаточно часто встречался при ревматических заболеваниях, особенно при РА и АС. Однако распространенность остеопении еще выше, что требует проведения мероприятий, направленных на профилактику остеопороза и переломов. Кроме того, при ОА остеопороз и остеопения наблюдаются значительно чаще, чем считалось раньше.

Вариабельность ритма сердца и диастолическая функция левого желудочка у больных с ожирением без ишемической болезни сердца

Васильева Ю.А., Кратнов А.Е.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

Цель исследования: изучение показателей variability ритма сердца (ВРС) и диастолической функции левого желудочка у больных с ожирением без ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы. Обследованы 320 пациентов в возрасте от 18 лет до 61 года, (средний возраст — 42,1±10,5 года). Для исключения ИБС выполнялась электрокардиография (ЭКГ), велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография. С избыточной массой тела (индекс массы тела ≥ 25 кг/м²) было выявлено 136 (42,5%), с ожирением (индекс массы тела ≥ 30 кг/м²) — 89 (27,8%) пациентов. Анализ ВРС во временной области за 24 часа записи ЭКГ проводился с помощью программы Astrocad® HOLTERSYSTEM-2F Elite (ЗАО «Медитек», Москва). Эхокардиография производилась на ультразвуковом сканере Philips En Visor С.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что у пациентов с наличием избыточной массы тела наблюдались достоверно более низкие показатели стандартного отклонения от средних длительностей интервалов R—R (SDNN, $p = 0,02$), числа разностей между соседними интервалами R—R, различающимися более чем на 50 мс (NN50, $p = 0,04$), среднеквадратичного различия между продолжительностью соседних интервалов R—R (RMSSD, $p = 0,01$), мощности в диапазоне высоких (HF, $p = 0,002$) и низких частот (LF, $p = 0,005$). У пациентов с ожирением выявлялось достоверное снижение показателей NN50 (6849,1±6012,7 < 9141,9±9103,9; $p = 0,03$), RMSSD (34,8±16 < 42,5±30,9 мс; $p = 0,02$), HF (346,2±306,2 < 660,3±1435,8 мс²; $p = 0,04$), что свидетельствует о подавлении активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Наименьшие значения показателей HF (144±100,8 мс²) на фоне снижения значений LF (882,2±610,3 мс²) наблюдались у пациентов с ожирением III степени (индекс массы тела ≥ 40 кг/м²). При исключении лиц с артериальной гипертензией у пациентов с ожирением выявлялась диастолическая дисфункция левого желудочка, о чем свидетельствовало достоверное увеличение IVRT (128,1±173,6 > 86,1±12,2 мс; $p = 0,006$) и DT (186,1±18,4 > 178±20,6 мс; $p = 0,03$), снижение E/A (1,4±0,4 < 1,2±0,2; $p = 0,01$).

Заключение. Ожирение у пациентов без ИБС ассоциируется со снижением активности преимущественно парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что сопровождается развитием диастолической дисфункции левого желудочка.

Распространенность основных факторов риска сердечно-сосудистой патологии у работников нефтеперерабатывающей отрасли в условиях Крайнего Севера

Вахитова З.Р., Мухетдинова Г.А.

Городская больница, Губкинский

Болезни системы кровообращения занимают лидирующее положение в структуре заболеваемости, смертности населения экономически развитых стран и являются серьезной угрозой для общественного здоровья.

Цель исследования: изучить распространенность основных факторов риска сердечно-сосудистой патологии у работников нефтеперерабатывающей отрасли, страдающих гипертонической болезнью (ГБ), проживающих в климатически неблагоприятных условиях.

Материал и методы. Критерии включения: больные (бол.) ГБ I и II стадии (по классификации ВОЗ), в возрасте 45—65 лет. У всех пациентов (пац.) изучались жалобы, анамнестические данные, учитывали традиционные факторы риска (ФР). Все бол. подвергались лабораторному обследованию ОХС, ХС ЛПНП. Значения показателей: возраст, пол, статус курения, систолическое артериальное давление (САД), общий холестерин (ОХ) проецировали на таблицу SCORE.

Результаты. В исследование включено 86 пац., которые прошли стационарное обследование. Из них 22(26%) бол. страдали АГ I степени, 36 (42%) бол. АГ II степени, 8 (32%) бол. — АГ III степени. Женщин (жен.) — 47 (54%) человек (чел.), средний возраст — 53±3 года, мужчин (муж.) 39 (46%) чел., средний возраст — 57±2 года. Курение сигарет, выявили у 40 (46,5%) чел. Из них у 31 (77,5%) муж., 9 (22,5%)жен. Ранее начало ИБС у ближайших родственников отметили 58 (67,4%) бол. ГБ. Абдоминальное ожирение по окружности талии (у муж. >102 см, у жен. >88 см) выявлено у 67 (78%) чел. (38 жен., 29 муж.). Имели нарушение толерантности к глюкозе 4(4,6%)муж. По показателям липидного спектра:25(29%) пац. имели высокий уровень ОХС — 7,15±0,57ммоль/л (>6,0 ммоль/л) и ХСЛНП — 4,58±0,49 ммоль/л (>4,0 ммоль/л) ($p < 0,001$); 42(49%) пац. с умеренно повышенным уровнем ОХС — 5,53±0,98 ммоль/л (5,0—5,9 ммоль/л) и ХС ЛНП — 3,67±0,57 ммоль/л (3,0—3,9 ммоль/л) ($p < 0,0001$); 19 (22%) пац. с оптимальным уровнем ОХС — 4,67±0,74 ммоль/л (<5,0 ммоль/л) и ХС ЛНП — 2,74±0,46 ммоль/л (<3,0 ммоль/л) ($p < 0,002$). Все пац., стратифицированы на три категории 10-летнего риска смерти от ССЗ. Пац. с риском <5% оказалось 54(63%) чел.(20 муж.,34 жен). Пац. с риском >5% выявилось 32 (37%) чел. (19 муж.,13жен.).

Выводы. Установлено, что объектом особого внимания должны быть пац. трудоспособного возраста с ГБ, имеющих по таблице SCORE10-летний риск смерти от ССЗ. Именно у них должна быть проведена своевременная диагностика ДЛП, как условие рациональной профилактики и терапии атеросклероза с достижением целевых уровней ХС ЛНП, ХС ЛВП, АД(<140/90 мм рт.ст.), снижение веса, отказ от курения.

Парадоксы манжеточной пробы у больных артериальной гипертензией II степени женщин с избыточной массой тела

Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Бондаренко В.С., Мирошниченко О.М., Кулик Н.А.

Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого. Институт медицинского образования, Великий Новгород

Цель исследования: изучить особенности эндотелиальной функции у больных артериальной гипертензией (АГ) II ст. женщин в зависимости от индекса массы тела.

Материал и методы исследования. Обследованы 25 женщин больных АГ II ст. (ЕОК/ЕОАГ, 2007), в том числе 12 женщин с нормальным индексом массы тела (ИМТ), средний возраст 51,17±1,4 года и 13 женщин с избыточным ИМТ, средний возраст — 51,46±1,3 года. Критерием исключения из исследования было наличие сахарного диабета. Всем обследованным проводилась манжеточная проба (МП) на эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД), которую проводили по методу, предложенному Д. Целеймайром в 1992 г. (проба с реактивной гиперемией). Увеличение диаметра плечевой артерии через 60 секунд на фоне реактивной гиперемии на 10 % и более считали нормальной реакцией. Исследование проводили дважды в течение дня (в 7.30 и в 14.00 часов). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы Statistica 6,0.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследование ЭЗВД показало, что эндотелиальная дисфункция (ЭД) в утренние часы встречалась у 8,3% больных АГ с нормальным ИМТ и ни у одной больной с избыточным ИМТ. В обеденное время функциональная ЭД была выявлена у 50% больных с нормальным ИМТ, тогда как в группе больных АГ женщин с избыточным ИМТ ЭД не была зарегистрирована, т.е. в ходе проведенного исследования получены парадоксальные Результаты. у больных АГ женщин с нормальным ИМТ развитие эндотелиальной дисфункции встречалось чаще, чем у больных АГ женщин с избыточной массой тела. Анализ количества пациентов, у которых при проведении МП отмечалась «избыточная» вазодилатация (прирост диаметра плечевой артерии составил 20% и более), показал, что у больных с нормальным ИМТ «избыточная» вазодилатация в утренние часы отмечалась в 8,3% случаев, а у больных с избыточной массой тела — в 36,4% случаев ($\chi^2=6,790$, $p=0,009$). В обеденное время «избыточные» показатели прироста диаметра плечевой артерии выявлены у 8,3% больных с нормальным ИМТ и у 23,1% больных с избыточной массой тела ($p>0,05$). Такой парадоксальный результат, вероятно, можно объяснить следующим: на данном этапе развития АГ у больных с избыточной массой тела значительно увеличивается объем сосудов и, соответственно, масса эндотелиальных клеток. У больных повышается общая продукция оксида азота, что и способствует «избыточной» вазодилатации сосудов у этой категории больных, когда еще отсутствуют выраженные структурные (фиброзные) изменения сосудистой стенки.

Особенности функционального состояния бывших спортсменов среднего и пожилого возраста

Венецьева Ю.Л., Мельников А.Х., Борисова О.Н., Казидеева Е.Н.

Тульский государственный университет, Тула

Умеренная физическая активность, соответствующая функциональным особенностям организма, повышает адаптивный потенциал. Однако занятия профессиональным спортом могут сопровождаться рядом патологических изменений в нервной, сердечно-сосудистой и иммунной системах. Состояние здоровья бывших спортсменов остается малоизученным. Целью работы явилось сравнение данных холтеровского мониторингирования (ХМ) ЭКГ или ЭКГ+АД +дыхания (Инкарт, СПБ) у преподавателей вуза с разным уровнем привычной двигательной активности, обследованных по поводу ИБС или АГ.

Группу спортсменов (С) составили 24 мужчины 32—82 лет (53,2±2,7 года) со спортивным стажем не менее 5 лет и квалификацией не ниже кандидата в мастера спорта по спортивным играм (8), единоборствам (6), вело- или лыжному спорту (8), прочим видам спорта (2 чел.). В группу сравнения включен 41 пациент (П) 31—73 лет (55,7±1,9 года) без спортивного анамнеза. Данные представлены как $M \pm m$. В обеих группах одинаково часто встречалось ожирение: индекс массы тела (ИМТ) свыше 30 кг/м²: отмечен у 25% С и у 34,2% П. Средний рост у С был выше (176,4±1,3 и 173,0±1,1 см, $p=0,02$), вес не различался (85,0±2,5 и 86,4±2,5 кг), ИМТ у С был ниже (27,3±0,7 и 28,8±0,6, $p=0,04$). Как и ожидалось, у С была меньше ЧСС днем (72,7 и 78,3 уд/мин) и ночью (56,6 и 61,4 уд/мин). Не было найдено различий в частоте СРРЖ (4,1 и 4,8%), НЖЭС свыше 50 в сутки (45,8 и 34,2%), паузах в ночное время свыше 1,8 с (25,0 и 12,1%), СА-блокаде, пароксизмах фибрилляции предсердий (12,5 и 17,1%), депрессии ST (16,7 и 12,1%), укорочении PQ (41,1 и 4,9%) и QT (8,3 и 9,8%). Вместе с тем у С чаще наблюдалась АВ-блокада (16,7 и 2,4%, $p=0,045$), переходящее удлинение QT (25,0 и 7,3%, $p=0,04$), пароксизмы суправентрикулярной тахикардии (41,0 и 22,2%, $p=0,05$), а также ЖЭС свыше 50 в сутки (50,0 и 31,7%), парные и групповые НЖЭС (66,6 и 48,8%, тенденция к достоверности). Мощность волн VLF у С днем была выше, чем у П (2402±374 и 1662±160 мс2, $p=0,04$). Не было различий в АД как днем (131,2 и 134,1 мм рт.ст.), так и ночью (76,1 и 79,1 мм рт.ст.), однако число эпизодов ночных апноэ у С было достоверно меньше (23,4 и 58,8, $p=0,018$), как и индекс апноэ/гипопноэ (9,4 и 15,3/час, тенденция к достоверности). Вместе с тем, несмотря на большую выраженность нарушений ритма и проводимости при ХМ, С были менее обеспокоены своим здоровьем, чем П, и продолжали вести активный образ жизни. Это указывает на необходимость учета спортивного анамнеза у бывших С для повышения приверженности к терапии.

Гормонально-метаболические показатели у юношей с ожирением, манифестирующим в пубертатном периоде

Вербовой А.Ф., Долгих Ю.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Гормонально-метаболические показатели у юношей с ожирением, манифестирующим в пубертатном периоде. Было обследовано 65 пациентов с ожирением, манифестирующим в пубертатном периоде, средний возраст которых — 19,22±0,26 года. Контролем служили результаты обследования 17 здоровых юношей, средний возраст которых — 22,0 ± 0,72 года.

Цель работы: изучить взаимосвязь лептина, резистина и инсулинорезистентности у юношей с ожирением, манифестирующим в пубертатном периоде.

Материалы и методы. У всех пациентов определяли антропометрические показатели: рост, вес, ОТ, ОБ, с последующим расчетом ИМТ и соотношения ОТ/ОБ. Состояние углеводного обмена оценивалось по показателям глюкозы крови натощак, уровню инсулина натощак с расчетом индекса инсулинорезистентности НОМА-IR. Определялись уровни лептина и резистина в сыворотке крови, а также показатели липидного спектра (холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП, коэффициент атерогенности). Уровень глюкозы и показатели липидного спектра сыворотки крови определялись спектрофотометрическим методом на биохимическом анализаторе Screen Master Plus (Hospitex diagnostic, Швейцария). Уровень

иммунореактивного инсулина (ИРИ) исследовался методом иммуноферментного анализа на аппарате AxSYM (Abbot, Германия). Уровни лептина и резистина в сыворотке крови исследовались методом иммуноферментного анализа на аппарате Expert Plus (Asys, Австрия). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета SPSS 11.5.

Результаты. У больных с ожирением по сравнению с контрольной группой был достоверно более высокий уровень ИМТ ($36,04 \pm 0,73$ кг/м², $p < 0,005$). Окружность талии у данных пациентов была выше ($110,21 \pm 1,46$ см) по сравнению с контрольной группой ($76,18 \pm 2,49$ см). Таким образом, у всех обследованных юношей с ожирением наблюдалось увеличение ИМТ более 30 кг/м², окружность талии более 94 см, что свидетельствует о наличии у них висцерального ожирения. Также достоверно высоким было отношение ОТ/ОБ ($0,93 \pm 0,01$ см, $p < 0,05$) у больных с ожирением по сравнению с контролем ($0,85 \pm 0,02$ см). Выявлено достоверное повышение уровней лептина ($30,71 \pm 2,15$, $p < 0,05$), инсулина ($26,30 \pm 2,05$, $p < 0,05$) и тенденция к повышению резистина ($9,51 \pm 0,54$ нг/мл, $p = 0,273$) по сравнению с контрольной группой ($3,59 \pm 0,38$ нг/мл, $8,66 \pm 1,48$ мкЕд/мл и $7,98 \pm 0,71$ нг/мл соответственно). Показатель НОМА-IR был достоверно выше в группе больных с ожирением ($5,04 \pm 0,38$, $p < 0,05$) в сравнении с группой контроля ($1,4 \pm 0,19$). Достоверно повышалась концентрация холестерина ($243,68 \pm 4,91$ мг/дл, $p < 0,05$), триглицеридов ($169,82 \pm 7,53$ мг/дл, $p < 0,05$), ЛПНП ($172,55 \pm 3,87$ мг/дл, $p < 0,05$), коэффициента атерогенности ($5,52 \pm 0,22$, $p < 0,05$) у пациентов с ожирением по сравнению с контролем ($188,94 \pm 4,91$, $99,63 \pm 6,88$, $126,1 \pm 3,8$, $126,01 \pm 3,8$ и $3,41 \pm 0,13$ соответственно). Уровень ЛПВП у больных с ожирением был ниже ($38,62 \pm 0,52$ мг/дл, $p < 0,05$), чем у лиц контрольной группы ($43,69 \pm 0,77$ мг/дл). Отмечается прямая зависимость уровней лептина и резистина сыворотки крови от ИМТ, ОТ, ОБ ($r = 0,641$, $r = 0,584$, $r = 0,604$, $p < 0,05$ для лептина и $r = 0,269$, $r = 0,253$, $r = 0,286$, $p < 0,05$ для резистина); уровень инсулина прямо коррелировал с ИМТ, ОТ ($r = 0,294$, $r = 0,406$, $p < 0,05$), а также с уровнем лептина ($r = 0,650$, $p < 0,05$). Обнаружена обратная корреляционная связь между глюкозой и уровнем резистина ($r = -0,308$, $p < 0,05$) и прямая связь между резистином и лептином ($r = 0,276$, $p < 0,05$). Выводы. У пациентов с ожирением, манифестирующим в пубертатном периоде, выявлено абдоминальное ожирение, инсулинорезистентность, повышение уровня лептина и тенденция к повышению резистина.

Некоторые гормональные показатели при ожирении, дебютировавшем в пубертатном периоде, в зависимости от уровня артериального давления

Вербовой А.Ф., Долгих Ю.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Некоторые гормональные показатели при ожирении, дебютировавшем в пубертатном периоде, в зависимости от уровня артериального давления. Было обследовано 67 пациентов с ожирением, дебютировавшем в пубертатном периоде, средний возраст которых $19,22 \pm 0,26$ года. Больные были разделены на две группы: 1 группа — юноши с ожирением и артериальной гипертензией (АГ) (27 человек) и 2 группа — юноши с нормальным артериальным давлением (АД) (40 человек). Контролем служили результаты обследования 17 здоровых юношей, средний возраст которых $22,0 \pm 0,72$ года.

Цель работы: изучить содержание некоторых гормональных

показателей у юношей с ожирением, дебютировавшем в пубертатном периоде, в зависимости от уровня артериального давления.

Материалы и методы. У всех пациентов определяли антропометрические показатели: рост, вес, ОТ, ОБ, с последующим расчетом ИМТ. Состояние углеводного обмена оценивалось по показателям глюкозы венозной крови натощак, уровню инсулина натощак с расчетом индекса инсулинорезистентности НОМА-IR. Определялись уровни лептина и резистина в сыворотке крови. Уровень глюкозы крови определяли спектрофотометрическим методом на биохимическом анализаторе Screen Master Plus (Hospitex diagnostic, Швейцария). Уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ) исследовался методом иммуноферментного анализа на аппарате AxSYM (Abbot, Германия). Уровни лептина и резистина в сыворотке крови и содержание метанефрина в моче исследовались методом иммуноферментного анализа на аппарате Expert Plus (Asys, Австрия). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета SPSS 11.5.

Результаты. У всех обследованных юношей с ожирением наблюдалось увеличение ИМТ более 30 кг/м², окружность талии более 94 см, что свидетельствует о наличии у них висцерального ожирения. У всех юношей с ожирением выявлено достоверное повышение уровней лептина ($30,71 \pm 2,15$ нг/мл, $p < 0,05$) и тенденция к повышению резистина ($9,51 \pm 0,54$ нг/мл, $p > 0,05$) по сравнению с контрольной группой ($3,59 \pm 0,38$ нг/мл и $7,96 \pm 0,66$ нг/мл соответственно). Показатель НОМА-IR также был достоверно выше у всех больных с ожирением ($5,04 \pm 0,38$, $p < 0,05$) в сравнении с контролем ($1,62 \pm 0,22$). У всех пациентов с ожирением была выявлена гиперинсулинемия. Было обнаружено, что в группе юношей с ожирением и повышенным АД имеется тенденция к повышению уровня лептина ($35,21 \pm 3,64$ нг/мл, $p > 0,05$) и значимое повышение инсулина ($30,06 \pm 3,28$ мкЕд/мл, $p < 0,05$) по сравнению с группой пациентов с ожирением без АГ ($28,04 \pm 2,51$ нг/мл и $22,83 \pm 2,31$ мкЕд/мл соответственно). Уровень резистина в группе пациентов с ожирением без АГ прямо коррелировал с ИМТ ($r = 0,329$, $p < 0,05$), ОТ ($r = 0,348$, $p < 0,05$) и ОБ ($r = 0,335$, $p < 0,05$). Уровень экскреции метанефрина у юношей с ожирением составлял $211,70 \pm 1,36$ нмоль/сут и был достоверно выше по сравнению с контролем ($153,73 \pm 18,66$ нмоль/сут, $p < 0,05$). Выявлена прямая корреляция метанефрина с уровнем инсулина в группе пациентов с повышенным АД ($r = 0,483$, $p < 0,05$).

Выводы. У пациентов с ожирением, дебютировавшем в пубертатном периоде выявлено абдоминальное ожирение, инсулинорезистентность и повышение уровня лептина. Более высокие уровни лептина и инсулина были у юношей с ожирением и АГ по сравнению с группой юношей с нормальным артериальным давлением. Выявлено повышение экскреции метанефрина у всех пациентов с ожирением.

Дегенеративные изменения аортального клапана: необструктивная аортальная кальцификация и аортальный стеноз. Сходство

Верещагина Г.Н., Чибисова Е.А., Шабалин А.В.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Цель: изучить гемодинамические, гормональные и метаболические показатели и их сходство при необструктивной аортальной кальцификации (НАК) и стенозе аортального клапана (АК) у лиц пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией (АГ).

Методы. Исследованы 135 человек с аортальным стенозом (АС) и 76 человек с НАК. В каждой группе сформированы гендерные и возрастные подгруппы 60—75 лет и старше 75 лет. После верификации по ЭхоКГ АС и НАК определялся уровень липидов, глюкозы крови натощак и постпрандиальной, мочевой кислоты сыворотки, тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного Т4.

Результаты. Более чем у 80% обследованных давность АГ составляет более 5 лет, при этом гипертрофия левого желудочка выявлена у 92% пациентов с НАК и у 85,2% со стенозом. Дислипидемия (ДЛП) отмечена у 92% лиц с НАК и у 72% с АС. Смешанный тип ДЛП достоверно преобладает у женщин и в группе пожилых независимо от характера поражения клапана. Нарушения углеводного обмена (СД 2 и НТГ) документированы у каждого второго пациента и при НАК (52%), и при стенозе АК (47,7%) независимо от пола и возраста. Частота манифестного гипотиреоза (МГ) составила 14,4% при НАК и 10,2% при АС, при этом частота МГ у женщин достоверно выше как при НАК, так и при АС. В процессе исследования выделена группа лиц с высоконормальным уровнем ТТГ (2,5—4,0 мЕд/л). Частота его у лиц с НАК 17% и 6% при АС. Гиперурикемия (ГУ) найдена у 43,4% лиц с НАК и у 23,5% с АС. Сочетание ГУ и МГ, ГУ и высоконормального уровня ТТГ выявлено у 9,2—10,5% лиц с НАК, при АС 5,5—6,6%. Из массива корреляционных связей общей для НАК и АС оказалась обратная связь фракции выброса левого желудочка и ГУ ($r = -0,346$ и $r = -0,369$, $p < 0,05$).

Выводы. Заслуживает внимания частота манифестного гипотиреоза и высоконормального уровня ТТГ при дегенеративных заболеваниях АК. Гиперурикемия и ее сочетание с манифестным гипотиреозом и высоконормальным уровнем ТТГ выявлено в 2 раза чаще при НАК.

Дегенеративные изменения аортального клапана: необструктивная аортальная кальцификация и аортальный стеноз. Различия

Верещагина Г.Н., Чибисова Е.А., Шабалин А.В.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Цель: выявить различия гемодинамических, гормональных и метаболических показателей при дегенеративных изменениях аортального клапана (АК) у лиц пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией (АГ).

Методы. Исследованы 135 с аортальным стенозом (АС) и 76 человек с необструктивной аортальной кальцификацией (НАК). В каждой группе сформированы гендерные и возрастные подгруппы 60—75 лет и старше 75 лет. После верификации по ЭхоКГ АС и НАК определялся уровень липидов, глюкозы крови, уровень мочевой кислоты сыворотки, гормонов тиреотропного (ТТГ) и свободного Т4.

Результаты. Найдена одинаковая частота концентрической гипертрофии левого желудочка при НАК и стенозе АК, однако изолированная гипертрофия межжелудочковой перегородки достоверно чаще отмечена при НАК только у лиц старше 75 лет — 39,5%. Гиперурикемия (ГУ) с достоверным преобладанием у мужчин регистрируется у пациентов с НАК в 2 раза чаще, чем при стенозе — у 43,4% ($p = 0,01$). У лиц со стенозом ГУ среди женщин и мужчин имеет одинаковую частоту, однако в возрастных группах чаще отмечена у пожилых — 31,4% ($p = 0,04$). При АС корреляционный анализ выявил тесную связь уровня ТТГ и градиента давления на аортальном клапане независимо от пола и степени стеноза ($r = 0,825$, $p < 0,05$). Кроме того, имеется связь градиента давления на аортальном клапане

и содержания глюкозы сыворотки натощак и постпрандиальной ($r = 0,352$, $r = 0,702$, $p < 0,05$). При НАК статистически значимы обратная корреляционная связь фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) с уровнем ТТГ и прямая со свободным Т4 ($r = -0,462$, $r = 0,418$, $p < 0,05$). Данные регрессионного анализа подтверждают наличие связи ФВ ЛЖ со свободным Т4 при НАК. При АС эти связи не найдены.

Выводы. У лиц с НАК ГУ выявляется достоверно чаще у мужчин, в то время как при стенозе гендерных различий не найдено. Корреляционный и множественный регрессионный анализ выявил ряд взаимосвязей при НАК, отсутствующих при стенозе — связь ФВ ЛЖ с уровнем ТТГ ($r = -0,462$) и со свободным Т4 ($r = 0,418$). При АС найдена связь уровня ТТГ и градиента давления на АК независимо от пола и степени стеноза. Кроме того, имеется связь градиента давления с уровнем глюкозы натощак и постпрандиальной.

Респираторная мышечная дисфункция в дифференциальной диагностике одышки у лиц молодого возраста с дисплазией соединительной ткани

Вершинина М.В., Нечаева Г.И., Говорова С.Е., Рожкова М.Ю.

Омская государственная медицинская академия, Омск

Одним из ярких клинических проявлений дисплазии соединительной ткани (ДСТ) является одышка при физической нагрузке. Низкая толерантность к нагрузкам у лиц молодого возраста в значительной степени ухудшает качество жизни пациентов и ограничивает возможность адекватной реабилитации.

Цель исследования: уточнение роли респираторной мышечной дисфункции в генезе одышки у лиц молодого возраста с ДСТ.

Материалы и методы. Обследованы 220 студентов медицинской академии в возрасте 18—20 лет, не имеющих в анамнезе указаний на хронические заболевания органов дыхания и сердечно-сосудистой системы. Основную группу составили 115 студентов с признаками ДСТ, группу сравнения — 105 студентов без ДСТ. Всем студентам проводились оценка одышки по шкале MRC и определение силы дыхательных мышц с помощью микро-RPM.

Результаты. Полностью отрицали симптомы одышки около трети пациентов с признаками ДСТ и больше половины пациентов без признаков ДСТ ($\chi^2 = 4,458$, $p = 0,035$). Одышка легкой степени была зарегистрирована примерно с одинаковой частотой в обеих сравниваемых группах. Одышка средней степени достоверно чаще наблюдалась у пациентов с ДСТ ($\chi^2 = 4,458$, $p = 0,035$). Тяжелая одышка была зафиксирована в двух случаях в группе пациентов с признаками ДСТ, очень тяжелая одышка не выявлена ни у одного пациента. Детализация жалоб позволила уточнить, что затрудненное дыхание не носило характер инспираторной либо экспираторной одышки, больше отвечая понятию «дыхательный дискомфорт», ощущению «нехватки воздуха», «необходимости делать дополнительные усилия», «тяжести в грудной клетке». При определении силы дыхательных мышц у пациентов с признаками ДСТ были выявлены более низкие показатели. Показатель МЕР для данной группы составил 71,5% от должной величины, что статистически значимо ниже, чем у пациентов без признаков ДСТ — 81,5% ($U = 298,5$; $p = 0,015$). При оценке показателя MIP также зафиксированы более низкие значения для пациентов с признаками ДСТ, при статистическом анализе получены достоверные различия ($U = 1012$; $p < 0,05$). Показатель давления в полости носа SNIP снижен до 75% у пациентов с ДСТ, что достоверно ниже по сравнению с пациентами без ДСТ — 88% ($U = 917$; $p < 0,05$).

Выводы. Респираторная мышечная дисфункция принимает участие в формировании синдрома одышки и низкой толерантности к физическим нагрузкам у лиц молодого возраста с ДСТ. Полученные данные открывают перспективы для разработки новых направлений лечебных и реабилитационных программ.

Изменение нагрузки повышенным и пониженным АД в течение суток у больных артериальной гипертензией под влиянием Метопролола

Виноградов А.И., Рубанова М.П., Вебер В.Р., Губская П.М., Сухенко И.А.

Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого. Институт медицинского образования, Великий Новгород

Цель исследования: изучить изменение нагрузки повышенным и пониженным АД по данным суточного мониторинга у больных артериальной гипертензией (АГ) под влиянием метопролола. Материал и методы исследования. Обследовано 2 группы женщин, больных АГ II ст. (ESC/ESH, 2007): в I группу вошли 12 женщин (средний возраст $45,7 \pm 1,2$ года) с нормальным ПЭФ; II группу составили 10 женщин (средний возраст — $46,4 \pm 1,3$ года) с субклинической депрессией. Для оценки психоэмоционального фона (ПЭФ) использованы психометрические шкалы: а) шкала депрессии CES-D (Central for Epidemiologic Studies-Depression); б) шкала Бэка (Beck Depression Inventory); в) госпитальная шкала депрессии и тревоги — HADS. К «депрессантам» относились те больные АГ, у которых в ходе психометрического анкетирования по двум из трех шкал выявлялась субклиническая депрессия. Всем больным проводилось суточное мониторирование АД с помощью портативного носимого аппарата BPLab («Петр Телегин», Н. Новгород); интервал между измерениями составлял 15 минут/днем и 30 минут/ночью. Анализировалась динамика показателей: индекс времени (ИВ) и индекс измерений (ИИ) за сутки, отражающие нагрузку повышенным и пониженным (артериальным давлением ниже 90/60 мм рт.ст. в дневные часы и 80/50 мм рт.ст. в ночные часы) систолическим АД (САД) и диастолическим АД (ДАД) на органы-мишени. Обследование больных проводилось до начала регулярной антигипертензивной терапии и через месяц лечения препаратом метопролол тартрат. В исследование включены больные, у которых по данным офисных измерений и данным самоконтроля давления был достигнут целевой уровень АД. Результаты исследования показали, что до начала регулярной антигипертензивной терапии показатель ИВ повышенным САД днем менее 20% времени наблюдалось у 16,7% больных, через месяц лечения метопрололом — у 54,5% ,больных ($\chi^2=5,427$; $p=0,02$). По показателю ИВ повышенным САД ночью и ИВ повышенным ДАД на протяжении суток до и через месяц терапии достоверных различий выявлено не было. Под влиянием лечения значительно увеличился показатель ИВ пониженным САД днем. Если до лечения высокий показатель ИВ пониженным САД днем наблюдалось в 9,1% случаев, то через месяц терапии метопрололом — у 50% больных ($\chi^2=7,863$; $p=0,005$). В ночные часы ИВ пониженным САД был равен 0, а через месяц лечения высокий ИВ пониженным САД ночью наблюдался в 36,4% случаев. ИВ пониженным ДАД в дневные и ночные часы на фоне терапии достоверно не изменялся. Вариабельность САД днем несколько увеличилась с 60% до 72,3% случаев. Таким образом, под влиянием метопролола при достижении целевого офисного

АД нарастает нагрузка пониженным САД у половины больных днем и в 36,4% случаев ночью. Такое многократное увеличение нагрузки пониженным САД на протяжении суток предъявляет повышенные требования к ауторегуляции сосудов головного мозга и регуляторным и структурным возможностям коронарных артерий.

Особенности нарушения внутрисекреторной функции поджелудочной железы при хроническом панкреатите

Винокурова Л.В., Шулятьев И.С., Дроздов В.Н., Березина О.И., Варванина Г.Г.

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

Цель исследования: выявление особенностей течения хронического панкреатита (ХП), осложненного сахарным диабетом (СД). Материалы и методы. Обследовано 66 больных ХП (55 м., 11 ж.), средний возраст $46,8 \pm 9,2$ года. Заболевание сопровождалось на ранних стадиях ХП у 13 (19,7%) формированием кист поджелудочной железы (ПЖ), на поздних стадиях болезни у 22 (33,3%) больных выявлялся кальциноз ПЖ, у 5 (7,6%) диагностирована псевдотуморозная форма ХП. По поводу осложненного течения ХП проведено 14 резекционных и 11 дренирующих операций на ПЖ. У 10 (15,2%) больных имели клиническое и лабораторное подтверждение наличия СД. Внешнесекреторную функцию ПЖ оценивали по результатам дыхательного теста с использованием ^{13}C - триоктаноин. Содержание С-пептида и антител к инсулину определяли в крови иммуноферментным методом. Результаты исследования и их обсуждение. Полученные результаты по данным дыхательного теста свидетельствовали о снижении экзокринной функции ПЖ у больных с ХП как с осложнениями, так и без осложнений при сравнении с нормой $44 \pm 3,2\%$ ($24,3 \pm 1,7$, $26,6 \pm 1,3\%$, $p < 0,05$). У больных с ХП и кальцинозом ПЖ, после резекционных операций по поводу осложнений ХП и имелись достоверные различия при сравнении с группой больных ХП без осложнений ($20,9 \pm 1,4$, $18,7 \pm 1,6\%$, $p < 0,05$). Уровень С-пептида в этих группах больных снижался и достоверно отличался при сравнении с группой больных ХП без осложнений, а у больных ХП и СД был снижен до $0,11 \pm 0,02$ нг/мл, при норме $0,7—1,9$ нг/мл. Установлена прямая корреляционная зависимость между уровнем С-пептида и показателями дыхательного теста у больных ХП после резекционных операций ($r=0,84$, $p=0,03$). Антитела к инсулину не определялись во всей группе исследуемых больных ХП. В группе больных ХП с развернутой клинической картиной СД у 7 больных выявлялся кальциноз, у 5 — были проведены резекционные операции, 3 больных имели кальциноз ПЖ и у них проведены резекционные операции на ПЖ. Этиологической причиной ХП в этой группе больных был алкоголь. Заключение. Развитие кальциноза ПЖ и проведение панкреатодуоденэктомии являются факторами риска формирования СД при ХП. Нарушение внешнесекреторной функции ПЖ у всех больных панкреатогенным СД тяжелой степени, т.е. экзокринная и эндокринная недостаточность развивается параллельно. Антитела к инсулину во всей группе исследуемых больных ХП отсутствовали, что еще раз доказывает специфический тип СД при ХП.

Формирование соматической патологии у работающих в условиях воздействия производственного шума

Власова Е.М.

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

Вопросы охраны и укрепления здоровья работающего населения в современных условиях развития новых экономических отношений — одна из важнейших проблем здравоохранения. Нейросенсорная тугоухость в структуре профессиональной заболеваемости Пермского края занимает первое ранговое место (47,7%). С физиологической точки зрения шум — это всякий неблагоприятный воспринимаемый звук, определяется как ощущение, которое воспринимается органами слуха во время действия на них звуковых волн в диапазоне частот 16—20 000 Гц.

Цель исследования: изучить состояние здоровья работающих в условиях воздействия производственного шума различного уровня.

Задачи. Оценить риск развития соматической патологии при длительном воздействии производственного шума на организм человека. Обследованы 350 человек, работающих в условиях воздействия производственного шума. Сформировано две группы сопоставимых по полу, возрасту и стажу с условиями труда различными по уровню шума. Использованы: психологическое обследование, скрининговое тестирование, отоскопия, аудиограмма, рентгенография шейного отдела позвоночника, суточное мониторирование АД, кардиоваскулярные пробы, электроэнцефалография, осмотр невролога. Шум различно влияет на людей. Среди факторов окружающей среды на производстве, оказывающих вредное влияние на здоровье работающих, одним из ведущих является акустический шум. Определяли показатели частоты сердечных сокращений (ЧСС), дыхания (ЧД) и артериального давления (АД), оценивали наличие изменений гемодинамики позвоночной артерии, неврологических нарушений. Сформированы группы риска. Выявлены и доказаны статистически достоверные причинно-следственные связи состояния здоровья работающих с условиями труда. Шум, даже когда он невелик (при уровне 50—60 дБА), создает значительную нагрузку на нервную систему человека, оказывая на него психологическое воздействие. По характеру нарушения физиологических функций шум разделяется на мешающий (препятствует языковой связи), раздражающий (вызывает нервное напряжение и вследствие этого — снижение работоспособности, общее переутомление), вредный (нарушает физиологические функции на длительный период и вызывает развитие патологических состояний: дисфункция вегетативной системы, повышение АД, нарушение ритма и проводимости и др.), травмирующий (резко нарушает физиологические функции организма человека). Воздействуя на кору головного мозга, шум оказывает раздражающее действие, ускоряет процесс утомления, ослабляет внимание и замедляет психические реакции. Основные жалобы: головная боль, шум в ушах и голове, головокружение, нарушение внимания, нарушение сна, быстрая утомляемость. Психологосоциологическое обследование: тревога — 57% при уровне шума выше предельно допустимого уровня (ПДУ — 80 дБА) и 34% ниже ПДУ, астения — 56 и 29% соответственно, депрессия — 34 и 21%. Признаки утомления проявлялись через 3—4 часа при уровне шума выше 80 дБА и через 6—8 часов при уровне шума 50 дБА и ниже. Наблюдались выраженные реакции со стороны сердечно-сосудистой

системы — учащение ЧСС и повышение АД. При проведении кардиоваскулярных проб вегетативная реактивность снижена. При электрокардиографическом исследовании регистрировались синусовая аритмия — 97 обследованных; синусовая тахикардия — 107; наджелудочковые экстрасистолы и желудочковые, не превышающие суточную норму — 116 человек. Следствием вредного действия производственного шума могут быть не только профессиональные заболевания, но и повышение общей заболеваемости, снижение работоспособности. Такие заболевания, как гипертоническая и язвенная болезни, неврозы, в ряде случаев желудочно-кишечные, связаны с перенапряжением нервной системы при воздействии шума на организм. Таким образом, производственный шум любого уровня оказывает вредное влияние на нервную систему, особенно на вегетативный отдел и способствует формированию общесоматической патологии. Заболевания можно считать производственно обусловленными, так как степень связи с работой средняя. Борьба с шумом является комплексной проблемой, связанной с решением гигиенических, клинических, управленческих и правовых задач.

Гендерные особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Водопьян А.В., Водопьян О.В.

Городская поликлиника № 1, Благовещенск

Цель: существует множество причин гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). В детском возрасте и у подростков нарушение моторики пищевода и кардиального сфинктера отмечается при расстройствах регуляторных взаимодействий эндорфин-пролактин-дофаминовой системы. Это может быть связано с гендерными особенностями у подростков. ГЭРБ имеет одинаковую распространенность среди мужчин и женщин, однако эзофагит у мужчин встречается в два раза чаще, а пищевод Баррета развивается в 10 раз чаще, по мнению разных авторов. Распространенность вариантов течения ГЭРБ при наличии гендерных нарушений практически не изучается. Было высказано предположение о наличии половых гендерных различий в течение ГЭРБ, что и было изучено в нашем исследовании.

Методы. Проведено обследование 28 студентов медицинского ВУЗа АГМА, 14 юношей и 14 девушек в возрасте от 17 до 24 лет. Все студенты опрашивались с помощью стандартного опросника Сандры Бэм. Оценивались клинические параметры, проводилась запись ЭКГ, ФГС. В исследуемой группе в анамнезе были выявлены атрофический гастрит у 7,14 % больных, эрозивный гастрит в 3,57%. Методом анкетирования оценивалось наличие признаков гастроэзофагеальной патологии в изучаемой группе пациентов. Клинические признаки ГЭРБ оценивались с помощью математического моделирования с использованием авторского изобретения «Способ диагностики рефлюкс-эзофагита у больных бронхиальной астмой». Всем пациентам с выявленным ГЭРБ проводилась эзофагогастроскопия. Дальнейшее исследование потребовало применения кода на маскулиность и феминность. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью компьютерной программы Statistica 9.0 и MS Excel 2010. Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Результаты. Выявлено с помощью математического моделирования наличие ГЭРБ у 10 (35,71%) юношей и 8 (28,57%) девушек в исследуемой группе, которые ранее не предъявляли жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта. При эзофагогастродуоденоскопии этих пациентов подтверждена гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Эзофагит 0 степени по классификации Савари-

Миллера или А по Лос-Анджелесской классификации, 1977 г., в виде гиперемии (катаральные явления) слизистой оболочки в дистальном отделе пищевода, был выявлен у 21,42 % больных, ГПОД выявлена у 1 пациента. Эндоскопически негативная ГЭРБ выявлена у 12 обследуемых. Отмечена прямая корреляционная зависимость между гендерными особенностями и выраженностью клинических и эндоскопических изменений пищевода. Так, у девушек $IS = -3,332$ ($p < 0,05$). У юношей АГМА получены данные $IS = -2,26$ ($p < 0,05$). Был сделан вывод, что не только для юношей, но и для девушек, была характерна мускулиность, и степень ее более выражена у девушек. Причем с высокой степенью зависимость утвердительных ответов на 1,4,7,10, 13,16,19, 22, 25, 28, 31, 34, 37, 40, 43, 46, 49, 52, 55, 58 у юношей и у девушек на мускулиность (r Спирмена 1,000 $p < 0,05$ и r Спирмена 1,000 $p < 0,05$, соответственно). На фемининность у девушек коэффициент $R = 0,16912123$ при ошибке средней 1,390930, очень низкий ($F = 0,5299951$) при $p < 0,0001$. Обращает на себя внимание факт некоторого увеличения уровня фемининности у юношей. Зависимость данных гендерности и ГЭРБ у девушек по данным мультирегрессии следующая: r Спирмена = 0,33886725 при $F = 0,7783667$, ($p < 0,001$), у юношей достоверно выше: r Спирмена = 0,610339, ($p < 0,001$) при $F = 3,561958$.

Выводы. Следует предположить, что возникновение гендерных различий связано с гормональной дисфункцией. Возможные повышения уровня тестостерона у женщин с гендерными нарушениями может вызывать характерные для мужчин более высокие показатели распространенности ГЭРБ, что потребует дополнительного исследования.

Возможности коррекции психоэмоциональных нарушений у больных с хроническим некалькулезным холециститом

Волвач Л.В., Хисматуллина Г.Я., Быченко М.А., Улямаева В.В.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Цель исследования: оценка эффективности влияния анксиолитического препарата Адаптол на проявления психоэмоциональных нарушений у пациентов молодого возраста с хроническим некалькулезным холециститом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 64 пациента с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ) в возрасте 18—35 лет. В верификации диагноза, оценке эффективности лечения использованы общеклинические данные и результаты клинико-психологического исследования: проведено исследование уровней личностной (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ) по методике Спилбергер—Ханина, по шкале Зунге, адаптированной Т. И. Балашовой (1981). Все пациенты были разделены на 2 группы: пациенты 1 группы ($n=32$) наряду с базисной терапией получали Адаптол в дозе 500 мг (1 таблетка) 2 раза в сутки; пациенты второй группы ($n=32$) получали базисную терапию.

Результаты. В результате исследования выявлено достоверное повышение показателей ЛТ и РТ у всех пациентов с ХНХ ($p < 0,001$). Чаще всего у пациентов диагностировались показатели, относимые к высокому и умеренному уровням тревожности. Динамика клинических симптомов заболевания в первой группе выражалась в более заметном улучшении самочувствия, которое проявлялось уменьшением интенсивности жалоб психосоматического характера ($p < 0,001$). Наиболее выраженные тревожные расстройства наблюдались у пациентов со стойким болевым синдромом. Эффект отмечался

уже на первой неделе терапии. На фоне проводимого лечения регрессировали клинические проявления соматопсиховегетативного неблагополучия именно в группе пациентов, принимавших на фоне базисной терапии Адаптол. Анализ показателей ЛТ и РТ по данным теста Спилбергер — Ханина и методике Зунге выявил статистически значимое снижение уровня депрессии ($p < 0,001$), а также ЛТ ($p < 0,001$) и РТ ($p < 0,05$) в первой подгруппе; во второй подгруппе значимых изменений обнаружено не было. Все изучаемые показатели, которые характеризуют соматическое состояние, когнитивные функции и субъективные отношения, в ходе проводимой терапии улучшились.

Выводы. Применение в комплексной терапии больных с ХНХ анксиолитического препарата Адаптол уменьшает психические и вегетативные проявления тревоги, способствует повышению эффективности базисной терапии.

Морфо-электрофизиологические аспекты морфогенеза нейролептической кардиомиопатии

Волков В.П.

Областная клиническая психиатрическая больница № 1 им. М.П. Литвинова, Тверь

1. Одним из наиболее тяжелых осложнений психотропной терапии, обусловленным побочным кардиотоксическим действием антипсихотических препаратов, является нейролептическая кардиомиопатия (НКМП). Морфогенез заболевания, а также его электрокардиографические проявления изучены недостаточно. 2. С целью проследить морфо-функциональные изменения сердца в процессе формирования НКМП и провести между ними возможные параллели проанализированы данные историй болезни и протоколов вскрытий 78 умерших больных шизофренией (мужчин — 53, женщин — 25), преимущественно в возрасте 41 — 60 лет (64,1%), страдавших НКМП. Из них у 44 заболевание протекало без клинических проявлений и оказалось секционной находкой. У 34 смерть наступила от хронической сердечной недостаточности (ХСН) миокардиального генеза. Контрольную группу составили 12 сопоставимых по возрасту больных шизофренией, также получавших нейролептики, но не имевших поражения сердца и умерших от некардиальных причин. 3. Проведено морфометрическое изучение различных структур миокарда, рассчитаны соответствующие индексы. Проанализированы данные прижизненно снятых 406 электрокардиограмм (ЭКГ). 4. По ходу морфогенеза НКМП в миокарде наблюдаются прогрессирующие патоморфологические сдвиги во внеклеточном матриксе и микроциркуляторном русле, что ведет к дистрофически-дегенеративным и атрофическим изменениям кардиомиоцитов. Функциональным отражением этих процессов служат патологические знаки на ЭКГ, тесно коррелирующие с показателями морфологического состояния сердечной мышцы. 5. На первом этапе морфогенеза НКМП, при стойкой функциональной компенсации и отсутствии клиники заболевания, наиболее частыми признаками указанной патологии являются: 1) диффузные мышечные изменения; 2) нарушения проводимости; 3) отклонение электрической оси сердца влево; 4) перегрузка правых отделов; 5) гипертрофия левого желудочка. 6. На втором этапе при наличии клинических проявлений ХСН особенно настораживающими феноменами на ЭКГ выступают: 1) нарушения проводимости; 2) удлинение интервала QTc; 3) перегрузка правых отделов сердца. 7. Знакомство специалистов,

занимающихся психотропной терапией, с полученными данными имеет, на наш взгляд, большое значение для клинической практики, способствуя ранней диагностике НКМП и проведению корректирующих лечебных мероприятий.

К вопросу о нейролептическом амилоидозе

Волков В.П.

Областная клиническая психиатрическая больница № 1
им. М. П. Литвинова, Тверь

1. Амилоидоз, этиологически обусловленный применением лекарственных средств, практически не описан. Вместе с тем такие препараты, как нейролептики, по своим фармако-биологическим свойствам вполне могут быть амилоидогенными агентами. 2. Приводим 12 наблюдений лекарственного нейролептического амилоидоза, главные критерии которого: а) отсутствие соматического заболевания, осложнением которого мог бы быть амилоидоз; б) длительная нейролептическая терапия; в) морфологические и гистохимические свойства амилоида, характерные для вторичного АА-амилоидоза. 3. Изучены архивные истории болезни и материалы вскрытий с 1952 г. по август 2011 г. Микропрепараты вновь окрашивались конго красным и изучались в поляризованном свете. Для верификации формы амилоидоза применен автоклавный метод Kitamoto (1986). 4. Из 12 умерших было 6 мужчин и 6 женщин в возрасте от 19 до 67 лет. Срок от начала лечения нейролептиками до появления стойкого мочевого синдрома, в среднем, 15 лет. 5. Во всех случаях отмечалась достаточно типичная клиника развития нефропатического амилоидоза. Как правило, он манифестировал изолированным мочевым синдромом, переходящим в последующем более чем у половины больных в полный нефротический синдром с отеками, нарастающей гипо- и диспротеинемией, гиперхолестеринемией и гиперфибриногенемией при отсутствии артериальной гипертензии и выраженной азотемии. 6. На секции картина нефропатического амилоидоза: большие салыные, либо амилоидно сморщенные почки. Конгофильные амилоидные массы обнаружены в капиллярных петлях клубочков и в стенке сосудов. Интенсивность отложения амилоида в гломерулах — от очагового до тотального поражения. Тяжесть и распространенность процесса коррелировала с клиническими стадиями, а также с длительностью психотропной терапии. Гистохимически верифицирован вторичный нефропатический АА-амилоидоз. 7. Нейролептический амилоидоз является одной из форм нейролептической болезни, обусловленной побочными негативными эффектами антипсихотических препаратов и включающей такую патологию, как нейролептическая кардиомиопатия, синдром внезапной сердечной смерти, злокачественный нейролептический синдром, неврологические расстройства, нарушения обмена, сахарный диабет.

Диабетическая периферическая нейропатия как фактор риска развития ишемической болезни сердца у больных сахарным диабетом 2 типа

Волкова Н.И., Сорокина Ю.А., Харахашян А.В., Давиденко И.Ю.

Ростовский государственный медицинский университет,
Городская больница № 4, Дорожная клиническая больница на ст.
«Ростов-Главный», Ростов-на-Дону

Цель исследования: оценить состояние периферической нервной системы у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа без ишемической болезни сердца (ИБС) и с различными формами ИБС.

Задачи. Выявить особенности периферической нейропатии (ПН) у больных СД 2 типа без ИБС и с различными формами ИБС. Выявить возможные предрасполагающие факторы развития безболевой ишемии миокарда (БИМ) у больных СД 2 типа, обусловленные развитием периферической нейропатии.

Материалы и методы. Были обследованы 256 больных СД 2 типа, среди которых 149 женщины и 109 мужчин, средний возраст — $58,4 \pm 8,5$ года, а стаж диабета — $7,9 \pm 6,1$ года. Обследуемые были разделены на три группы: в первую группу вошло 136 больных СД 2 типа без ИБС; во вторую — 50 пациентов с СД 2 типа и БИМ; в третью — 70 больных с СД 2 типа и стабильной стенокардией напряжения (болевого формой ИБС). Выраженность ПН исследовали по шкале Нейропатического дисфункционального счета (NDS). Статистическую обработку проводили при помощи программы Statistica 6.0 с использованием критерия Манна-Уитни. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. У подавляющего большинства обследуемых диагностирована ПН (94,85 — 99%). При этом пациенты 1-й группы, по сравнению с больными группы 2 и 3 групп, достоверно чаще страдали умеренной ПН: 78,68% против 46% и 35,71%, соответственно ($p < 0,05$). Выраженная ПН чаще наблюдалась у больных с ИБС, причем существенных различий между группами 2 и 3 выявлено не было. У больных с БИМ по сравнению с больными «изолированным» СД 2 типа достоверно снижены уровни температурной, тактильной, вибрационной чувствительности, а также коленный и ахилловый рефлексы ($p < 0,05$), в то время как уровень болевой чувствительности различался незначимо.

Выводы. 1. У больных СД 2 типа и различными формами ИБС по сравнению с больными «изолированным» СД 2 типа чаще встречается выраженная ПН, а у больных без ИБС — умеренная ПН; 2. У больных с БИМ, по сравнению с больными «изолированным» СД 2 типа, статистически значимо снижены уровни температурной, тактильной, вибрационной чувствительности, а также коленный и ахилловый рефлексы. 3. Выраженную сенсорную ПН можно рассматривать как достоверно значимый предрасполагающий фактор риска развития БИМ у больных СД 2 типа.

Современные возможности выявления липогипертрофий у больных сахарным диабетом, получающих инсулинотерапию

Волкова Н.И., Давиденко И.Ю., Рудакова Ю.А.

Ростовский государственный медицинский университет,
Ростов-на-Дону

Актуальность. Как известно, у пациентов с сахарным диабетом (СД), получающих инсулинотерапию, частые инъекции в одни и те же участки кожи могут приводить к уплотнению подкожно жировой клетчатки (ПЖК), получившему название «липогипертрофия» (ЛГ). Это достаточно частый побочный эффект подкожной инсулинотерапии, который может обнаруживаться в любом возрасте, при любой длительности инсулинотерапии, в любом месте, куда делается инъекция инсулина и быть любых размеров. Известно, что абсорбция инсулина из участков ЛГ происходит неконтролируемо, вследствие чего у пациентов возникают трудности с компенсацией углеводного обмена, что в свою очередь приводит к развитию осложнений. Однако

на сегодняшний день ввиду более высокого качества современных инсулинов и повышения их концентрации стали возникать трудности в верификации патологически измененной ПЖК. Это связано с тем, что внешние проявления ЛГ сильно претерпели изменения и практически не видны невооруженным глазом.

Цель исследования: изучение частоты встречаемости ЛГ среди пациентов с СД, получающих инсулинотерапию.

Материалы и методы. В исследование включены 192 пациента с СД 1 и 2 типов, находившихся на лечении в Городском эндокринологическом центре, получавших инсулинотерапию, среди них 126 женщин и 66 мужчин, средний возраст — $46 \pm 5,9$ года, а стаж диабета — $10 \pm 2,7$ года. ЛГ определялись пальпаторно, а также на основании данных УЗИ ПЖК мест инъекций инсулина. Оценивалось состояние ПЖК в типичных для введения инсулина местах: параумбиликальная область с радиусом 2 см, латеральные поверхности бедер, плеч и области ягодиц.

Результаты. На основании пальпаторных данных ЛГ были обнаружены у 53 пациентов (27,7%), в то время как у 139 больных (72,3%) патологически измененных участков выявлено не было. После чего всем пациентам проведено УЗИ ПЖК мест инъекций инсулина, по данным которого ЛГ были выявлены у 160 пациентов (83,2%), включая тех 45 больных с пальпаторными изменениями. Из них с СД 1 типа было 136 человек (71,7%), а с СД 2 типа — 56 больных (28,3%). При этом все пациенты находились на физиологическом (базисно-болюсном) режиме инсулинотерапии. Интересно, что чаще всего ЛГ встречались в параумбиликальной области — 98 пациентов (61%), также наиболее часто ЛГ обнаруживались одновременно в параумбиликальной области и латеральной поверхности бедер либо в параумбиликальной области и латеральной поверхности плеч — 24 и 18 больных соответственно (15%, 11%).

Вывод. 1. Ввиду более высокого качества современных инсулинов и повышения их концентрации ЛГ претерпели ряд изменений. Так пальпаторно ЛГ были выявлены у 27,7% пациентов, в то время как по данным УЗИ патологически измененная ПЖК встречалась у 83,2%. 2. Проблема ЛГ требует дальнейшего изучения с целью стратификации больных по риску развития ЛГ.

Скрининг эндогенного гиперкортицизма у пациентов с сахарным диабетом 2 типа без специфических симптомов (пилотное исследование)

Волкова Н.И., Антоненко М.И., Ганенко Л.А., Алексеева Н.А.

Ростовский государственный медицинский университет, Городской эндокринологический центр, городская больница № 4, Ростов-на-Дону

Цель: определить частоту встречаемости синдрома Кушинга у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа и повышенной массой тела без специфических признаков гиперкортицизма.

Материалы и методы. В исследование вошли 68 пациентов (19 мужчин, 49 женщин, средний возраст $53,3 \pm 17$ лет) с СД 2 типа и индексом массы тела выше 25 кг/м^2 без специфических симптомов гиперкортицизма (плетора, мышечная слабость, красно-фиолетовые стрии более 1 см в ширину, нетравматическое образование кровоподтеков). Критерием включения также являлось отсутствие в анамнезе текущего/недавнего приема глюкокортикоидов. Исследование было разделено на 3 этапа. На первом этапе проводился супрессивный тест с 1 мг дексаметазона. Если уровень кортизола плазмы после теста составлял более

50 нмоль/л, пациенты переходили на второй этап обследования для подтверждения гиперкортицизма, включающий оценку циркадного ритма секреции и определение свободного (св.) кортизола в суточной моче. В случае получения хотя бы одного ненормального показателя пациенты переходили на третий этап: определение АКТГ в 08-00 и супрессивный тест с 8 мг дексаметазона.

Результаты. На первом этапе у 11 из 68 пациентов уровень кортизола плазмы после приема 1 мг дексаметазона оказался более 50 нмоль/л. На втором этапе у 3 из 11 пациентов результаты обследования были в пределах нормы. Из оставшихся 8 пациентов, которые вышли на 3 этап обследования, у 2 было выявлено повышение св. кортизола в суточной моче, у 1 — нарушение ритма секреции без повышения кортизола плазмы в 24-00 ч и повышение св. кортизола в суточной моче, у 1 — повышение уровня кортизола плазмы в 24-00 ч без нарушения циркадного ритма секреции и повышение св. кортизола в суточной моче, у 4 — отклонения всех исследуемых показателей 2 этапа. На третьем этапе у 4 из 8 пациентов уровень АКТГ был в пределах нормы, а концентрация кортизола плазмы после теста — ниже 1 мкг/дл. У 1 пациентки диагностирована болезнь Иценко — Кушинга: подавление кортизола плазмы после приема 8 мг дексаметазона на 88% от исходного уровня, но более 1 мкг/дл, повышенный уровень АКТГ и микроаденома гипофиза по данным МРТ головного мозга. У 3 пациентов диагностирован субклинический синдром Кушинга: подавление кортизола плазмы после приема 8 мг дексаметазона было менее 50% от исходных значений, уровень АКТГ — нижние границы нормы.

Выводы. согласно результатам нашего пилотного исследования, частота встречаемости эндогенного гиперкортицизма среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа составила 5,8%, что не противоречит имеющимся данным мировой статистики. Обращает внимание частота встречаемости субклинического синдрома Кушинга среди пациентов с СД 2 типа, равная 4,4%. В связи с этим целесообразно проведение дальнейших исследований для подтверждения более высокой частоты встречаемости субклинического гиперкортицизма у больных СД 2 типа по сравнению с популяцией без диабета.

Особенности изменений центральной гемодинамики при вибрационной болезни

Воробьева Е.В., Бабанов С.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Обследовано 76 человек с вибрационной болезнью от воздействия локальной вибрации и 68 человек с вибрационной болезнью от воздействия общей вибрации. 1 группу составили 54 человека с первой степенью вибрационной болезни от воздействия локальной вибрации, 2 группа — 22 человека со второй степенью вибрационной болезни от воздействия локальной вибрации, 3 группа — 20 человек с первой степенью вибрационной болезни от воздействия общей вибрации, 4 группа — 48 человек со второй степенью вибрационной болезни от воздействия общей вибрации, в 5 группу, контрольную вошли 50 человек — работники промышленных предприятий и учреждений, не имевших в процессе работы контакта с профессиональными вредностями, без признаков поражения сердечно-сосудистой и нервной системы, по данным комплексного обследования признанные здоровыми. Эхокардиографическое исследование выполняли на аппарате ALOKA-1700 SSD в М- и двумерном режимах из левой парастеральной позиции на уровне концов створок митрального клапана по стандартной методике. Результаты исследования центральной гемодинамики у

больных вибрационной болезнью показали достоверные изменения эхокардиографических показателей при вибрационной болезни при воздействии как локальной, так и общей вибрации. ФВ левого желудочка достоверно увеличена при первой степени вибрационной болезни от воздействия локальной вибрации ($p > 0,05$), достоверно увеличена по сравнению с контрольной группой при второй степени вибрационной болезни от воздействия локальной вибрации ($p < 0,001$), достоверность межгрупповых различий при первой и второй степени заболевания при воздействии локальной вибрации — $p < 0,001$. ФВ левого желудочка достоверно увеличена ($p = 0,02$) по сравнению с контрольной группой при первой степени вибрационной болезни от воздействия общей вибрации, достоверно увеличена ($p < 0,001$) при второй степени вибрационной болезни от воздействия общей вибрации. Достоверность межгрупповых различий при вибрационной болезни при воздействии общей вибрации при первой и второй степени заболевания $p < 0,01$. ФУ достоверно увеличена ($p > 0,05$) при первой степени вибрационной болезни от действия локальной вибрации по сравнению с контрольной группой, достоверно увеличена ($p < 0,01$) при второй степени вибрационной болезни от воздействия локальной вибрации. При этом достоверность межгрупповых различий по данному показателю при воздействии локальной вибрации при первой и второй степени заболевания $p < 0,05$. ФУ достоверно увеличена ($p < 0,01$) при первой степени вибрационной болезни от действия общей вибрации и при второй степени вибрационной болезни от действия общей вибрации ($p < 0,01$). Ударный объем левого желудочка — УО достоверно увеличен при первой степени вибрационной болезни от действия локальной вибрации ($p < 0,01$), достоверно увеличен ($p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой при второй степени заболевания при воздействии локальной вибрации. Достоверность межгрупповых различий при первой и второй степени вибрационной болезни от воздействия локальной вибрации составляет $p < 0,05$. УО достоверно увеличен при вибрационной болезни первой степени от воздействия общей вибрации ($p < 0,01$), достоверно увеличен при второй степени вибрационной болезни от воздействия общей вибрации по сравнению как с контрольной группой ($p < 0,001$), так и с первой степенью заболевания ($p < 0,01$). СДЛА достоверно увеличено ($p < 0,001$) при первой степени вибрационной болезни от воздействия локальной вибрации, достоверно увеличено при второй степени вибрационной болезни от воздействия локальной вибрации ($p < 0,001$). При этом достоверность межгрупповых различий при первой и второй степени вибрационной болезни при воздействии локальной вибрации составляет $p = 0,006$. При воздействии общей вибрации СДЛА также увеличено по сравнению с контрольной группой как при первой ($p < 0,001$), так и при второй ($p < 0,001$) степени заболевания. Таким образом, при длительном воздействии локальной и общей вибрации на начальных стадиях заболевания можно говорить о формировании фазового синдрома гипердинамики миокарда и гиперкинетического варианта центральной гемодинамики, при этом гемодинамические изменения зависят от формы вибрационной болезни, степени заболевания, стажа работы в контакте с вибрацией.

Влияние хондроитин сульфата и глюкозамина сульфата на антикристаллообразование мочи к оксалатам кальция у больных с остеоартрозом и синдромом гиперкальциемии

Воронина Н.В., Беляева И.Н., Гребенюк Г.Н., Рябцева Е.Г.

Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск

Цель исследования: оценить антикристаллообразование мочи к оксалатам кальция у больных с синдромом вторичной гиперкальциемии, принимающих хондроитин сульфат и глюкозамин сульфат по поводу остеоартроза.

Материал и методы исследования. В группу обследованных были включены 45 пациентов в возрасте от 40 до 55 лет (11 мужчин и 34 женщины) с генерализованным остеоартрозом и синдромом вторичной гиперкальциемии (суточная экскреция оксалатов кальция у пациентов составляла $189,4 \pm 10,2$ мкмоль/сутки). Все пациенты наблюдались у нефролога по поводу оксалатной нефропатии (ХБП 1—2 стадии по Кокрофту и Гаулту) и у ревматолога в связи с генерализованным остеоартрозом (2—3 рентгенологической стадии). Пациенты принимали хондроитин сульфат и глюкозамин сульфат, входящие в фиксированную лекарственную комбинацию — терафлекс. Длительность приема терафлекса составляла 1 месяц, доза — по 2 капсулы 3 раза в сутки. Для оценки антикристаллообразования мочи использованы биохимические тесты (Э. Юревой). До начала лечения и через месяц приема терафлекса оценивали размеры кристаллов оксалата кальция в моче в поле зрения поляризационного микроскопа, контролировали осадок в моче.

Результаты исследования. У всех пациентов отмечалось увеличение оксалатно-кальциевой кристаллурии и снижение антикристаллообразования к оксалатам кальция. До начала терапии терафлексом размеры кристаллов оксалата кальция составили $9,2 \pm 3,5$ мк, через месяц лечения — $19,4 \pm 4,4$ мк ($p < 0,05$), антикристаллообразование мочи к оксалатам кальция (АКОС мочи) снизилось, соответственно показатель достоверно повысился в 3 раза ($p < 0,05$). У 45% больных в осадке мочи отметили появление эритроцитов в среднем до 12—15 в п/з.

Выводы. На фоне лечения терафлексом в указанной дозе у пациентов с гиперкальциемией усиливается оксалатно-кальциевая кристаллурия, имеющая негативное влияние на состояние канальцевого эпителия, о чем свидетельствует появление микрогематурии. Полагаем, что высокомолекулярные полисахариды, входящие в состав терафлекса, включающие сульфаты, являются хорошей матрицей для кристаллообразования. Лечение больных данным препаратом следует проводить с учетом изменений в анализах мочи.

Оценка количества навязанного ритма у больных ишемической болезнью сердца и электрокардиостимуляцией

Воронина Н.В., Скидан В.И., Чирикова И.А.

Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск

Оценка количества навязанного ритма важна для определения немотивированной апикальной стимуляции. Известно, что риск госпитализации больных с кардиостимулятором по причине прогрессирования сердечной недостаточности пропорционален совокупной доле апикальной правожелудочковой стимуляции. Условной границей считается количество навязанного ритма сердца из верхушки правого желудочка не превышающее 40% в сутки.

Цель исследования: оценка количества навязанного ритма сердца из верхушки правого желудочка.

Материалы и методы. Проанализированы результаты холтеровского суточного мониторинга у 86 пациентов ишемической болезнью сердца и постоянной кардиостимуляцией на аппаратно-программных комплексах ДМС «Передовые технологии» (Россия). Средний возраст

пациентов составил 65,2 ± 9,1 года, из них 48 мужчин и 38 женщин. У 56 (65,1%) больных применялась однокамерная желудочковая стимуляция в режиме VVI, обеспечивающаяся отечественными аппаратами ЭКС — 500, ЭКС — 500М, ЭКС — 552, ЭКС — 511, ЭКС — 532, остальные 30 (34,9%) пациентов имели двухкамерную последовательную стимуляцию в режимах DDD или DDDR Российской фирмы ЭЛЕСТИМ — КАРДИО, модель ЭКС — 452 и зарубежных производителей: Medtronic, модели Sensia, Adapta; Sorin Biomedica, модель Neway DR; Vitatron, модель «С60DR».

Результаты и обсуждение. При однокамерной желудочковой стимуляции в режиме VVI средний процент навязанного ритма за время мониторирования составил 95 ± 3,2%, при последовательной двухкамерной стимуляцией в режиме DDD/DDDR (Р — синхронизированная и АВ — секвенциальная) средний процент навязанного ритма за время мониторирования составил 96 ± 2,4% (p < 0,01). Выявленный высокий процент навязанного ритма связан с отсутствием учета индивидуальных особенностей электрофизиологической активности сердца, которые не всегда могут быть определены в ранние сроки имплантации постоянного кардиостимулятора, и требуют, по возможности, индивидуальной коррекции в процессе мониторинга за больным.

Выводы 1. При обследовании пациентов с постоянной электрокардиостимуляцией из верхушки правого желудочка, выявляется высокий процент частоты навязанного ритма, как у пациентов с однокамерной желудочковой, так и с двухкамерной стимуляцией. 2. Использование холтеровского суточного мониторирования позволяет оценивать процент навязанного ритма кардиостимулятора за сутки и рекомендовать использование кардиостимуляторов с алгоритмами минимизации правожелудочковой стимуляции.

Антитела к модифицированному цитруллинированному виментину и цитокиновый профиль при ревматоидном артрите

Воронина М.С., Шилкина Н.П., Виноградов А.А.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

Цель: изучить взаимосвязи титров антител к модифицированному цитруллинированному виментину (АМЦВ), интерлейкина-4 (ИЛ-4), интерлейкина-6 (ИЛ-6) и интерлейкина-8 (ИЛ-8) между собой, со степенью активности ревматоидного артрита (РА), системными проявлениями, динамикой активности и функционального статуса на фоне терапии метотрексатом (МТ).

Материалы. Обследованы 76 пациентов с ревматоидным артритом (РА) (59 женщин, 17 мужчин). 51 больному (45 женщин, 6 мужчин) было выполнено повторное клинико-лабораторное и иммунологическое исследование.

Методы. Активность РА оценивали по индексу DAS28. Класс функциональной недостаточности суставов по индексу HAQ. Определение титра АМЦВ (Ед/мл), ИЛ-4 (пг/мл), ИЛ-6 (пг/мл) и ИЛ-8 (нг/мл) в сыворотке крови осуществлялось с помощью твердофазного иммуноферментного метода.

Результаты. Содержание АМЦВ, ИЛ-6 и ИЛ-8 в сыворотке крови больных РА было достоверно выше, чем в группе контроля (p < 0,01). Не выявлено взаимосвязи уровня АМЦВ со степенью активности РА (p > 0,05). У больных с системными проявлениями были выявлены высокие титры АМЦВ (p = 0,002). В группе пациентов с исходно

высокими титрами АМЦВ (более 500 Ед/мл) получен достоверно более низкий уровень ИЛ-6 (p = 0,03), наблюдались тенденции к снижению уровня АМЦВ (p = 0,06) и увеличению значения DAS28 через 12 месяцев на фоне приема МТ (p > 0,05). Уровень ИЛ-6 был достоверно выше у пациентов с высокой степенью активности (p = 0,01) и/или сопутствующей ГБ и ИБС (p = 0,01). Титр ИЛ-8 был достоверно выше у пациентов с низкой степенью активности (p = 0,04) и/или сопутствующей ИБС. У больных РА получен низкий уровень ИЛ-4 — 2,2 (1,9-2,9) пг/мл.

Обсуждение. Можно полагать, что увеличение активности РА через 12 месяцев на фоне приема МТ у больных с исходно высокими титрами АМЦВ связано с низким уровнем ИЛ-6, а последний в свою очередь не участвует в динамике АМЦВ на фоне данной схемы лечения. Выводы. В работе выявлено, что у больных РА с исходно высоким уровнем АМЦВ имела место тенденция к снижению уровня данного маркера через 12 месяцев на фоне приема МТ. Кроме того, высокие титры АМЦВ ассоциировались с наличием системных проявлений, низким уровнем ИЛ-6 и отсутствием эффекта терапии метотрексатом. Высокие титры ИЛ-6 и ИЛ-8 ассоциировались с наличием сопутствующей сердечно-сосудистой патологии у больных РА в развернутой стадии.

Маркеры и спектр поражения почек у пациентов с ВИЧ-инфекцией

Гаджикулиева М.М., Ющук Н.Д., Волгина Г.В., Кочарян К.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва

Цель исследования: оценить частоту и варианты поражения почек у ВИЧ-инфицированных пациентов

Материалы и методы. Обследованы 610 ВИЧ-инфицированных пациентов (72,8% мужчин, 28,2% женщин) в возрасте от 18 до 54 лет (в среднем 32,2 ± 7,1). Скрининговое исследование для выявления маркеров повреждения почек (протеинурия — ПУ, снижение скорости клубочковой фильтрации — СКФ) проведено в соответствии с рекомендациями Национального почечного фонда (K/DOQI, 2002), Американской ассоциации по инфекционным болезням (IDSA, 2005). В зависимости от уровня ПУ пациенты были распределены на две группы. К первой группе (n=37) отнесены пациенты с уровнем ПУ менее 1,0 г/сутки (ПУ < 1,0), ко второй (n=29) — с ПУ более 1,0 г/сутки (ПУ > 1,0). Биопсия почки выполнена 15 пациентам с нефротическим синдромом. Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета программ SPSS 17.0.

Результаты исследования. Персистирующая ПУ (ППУ) выявлена у 66 (10,8%) пациентов. Нарушение функции почек (СКФ менее 60 мл/мин/1,73м²) установлено у 48, 3% пациентов с постоянной ПУ. Отмечалась взаимосвязь между выраженностью ПУ (ПУ < 1,0 и ПУ > 1,0) и снижением скорости клубочковой фильтрации (23,3% и 75% соответственно, p=0,000). Независимо от степени выраженности ПУ (ПУ < 1,0 и ПУ > 1,0) выявлено снижение уровня CD4+ лимфоцитов менее 200 клеток/мкл (51,4% и 51,7% соответственно, p=0,976). С нарастанием протеинурии (ПУ < 1,0 и ПУ > 1,0) наблюдалось увеличение числа пациентов с вирусной нагрузкой РНК ВИЧ более 100 000 копий/мл (48,6% и 62,1% соответственно, p=0,157). Гистологические варианты патологии почек представлены фокально-сегментарным гломерулосклерозом (n=2) и иммунокомплексным гломерулонефритом (ИКГН) (n=13).

Клинически ИКГН у пациентов с ВИЧ-инфекцией характеризовались остроснефритическим и нефротическим синдромами с сочетанием во всех случаях с гематурией. Артериальная гипертензия наблюдалась у 60% больных. Хроническая почечная недостаточность — у 30 % пациентов.

Выводы. Проведение скрининговых исследований протеинурии и скорости клубочковой фильтрации необходимо для ранней диагностики патологии почек при ВИЧ-инфекции. Предрасполагающими факторами развития поражений почек при ВИЧ-инфекции могут быть высокая вирусная нагрузка и депрессия иммунной системы. В морфологической структуре хронических гломерулонефритов по нашим данным преобладал иммунокомплексный характер поражения почек.

Ивабрадин при сочетании стенокардии напряжения и ХСН

Галева З.М., Андреев Н.А.

Кафедра факультетской терапии и кардиологии, Казанский государственный медицинский университет, Казань

Лечение сердечно-сосудистых заболеваний остается актуальной задачей. У пациентов с ИБС со стенокардией напряжения (СН), получающих современную терапию с целью профилактики, частота неблагоприятных сердечных событий остается высокой. Выделяют средства, улучшающие прогноз при СН (антиагреганты, статины, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, β-адреноблокаторы (ББ) — после инфаркта миокарда, реваскуляризация) и препараты, уменьшающие симптомы ИБС (ББ, антагонисты кальция, нитраты, If ингибиторы, метаболические препараты). Замедление частоты сердечных сокращений (ЧСС) при СН с помощью ББ не всегда возможно. Для замедления ЧСС и антиангинального эффекта действенна комбинация ББ с ивабрадином (Ив.). Ив. снижает риск коронарных осложнений при стабильной ИБС и ЧСС > 70 уд/мин и улучшает прогноз на фоне максимальной стандартной терапии ИБС. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) и систолическая дисфункция с высокой ЧСС — предикторы неблагоприятного исхода. Ив. снижает сердечно-сосудистую смертность и потребность в госпитализации из-за ХСН на 18% ($p < 0,0001$).

Цель исследования: возможности Ив. при лечении СН с ХСН.

Материалы и методы. Наблюдались 16 пациентов, получавших Ив. в дозе 10—15 мг (11 м. и 5 ж.); из них 6 чел. (6 м.) — получали ББ, 10 чел. (5 м. и 5 ж.) — не получали ББ. Помимо этого наблюдались 6 чел. (3 м. и 3 ж.), не получавших Ив. на фоне общепринятой терапии ИБС согласно рекомендациям общества кардиологов.

Результаты. Согласно инструкции Ив. в дозе 10 мг/сут снижает ЧСС на 10 уд/мин, а в дозе 15 мг/сут — на 15 уд/мин. В процессе наблюдения за больными оценивались: динамика ЧСС, количество приступов СН, фракция выброса. Средняя ЧСС в группе больных, получавших Ив. и ББ, Ив., ББ составляла, соответственно, 96,8; 86,78 и 86 уд/мин. В этих же группах, получавших Ив. и ББ, Ив., ББ урежение ЧСС составило, соответственно, 24,8 уд/мин (34,9%); 12,44 (18,37%); 12 (16,2%) при ИБС со СН ФК I-III, ХСН I-IIa, ФК 1-3. При комбинированной терапии Ив. и ББ у наших пациентов ЧСС снизилась на 24,8 уд/мин (34,9%), т.е. наблюдался аддитивный эффект.

Выводы. Для усиления пульсурежающего и антиишемического эффектов при ИБС со СН в сочетании с ХСН целесообразна комбинация If-ингибитора (Ив.) и ББ на фоне стандартной терапии ИБС.

Зависимость показателей продольной деформации миокарда левого желудочка, а также ее скорости от частоты сердечных сокращений у здоровых людей

Галимская В.А., Донченко И.А., Глумсков А.Б.

Медицинский институт Пензинского государственного университета, Пенза

Цель: оценка частотной зависимости показателей продольной деформации и скорости деформации миокарда левого желудочка (ЛЖ) у здоровых субъектов.

Методы исследования. В исследование было включено 25 практически здоровых людей мужского пола, в возрасте от 18 до 27 лет ($20,2 \pm 3,1$ года), со средней ЧСС $70,4 \pm 5,6$ в минуту, САД $119,4 \pm 10,2$ мм рт. ст., ДАД $74,2 \pm 5,7$ мм рт. ст. Эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование выполнялось ультразвуковым сканером MyLab90 (Esaote, Италия) с использованием программного обеспечения XStrain™. Стресс-ЭхоКГ проводилась на горизонтальном велоэргометре Angio производства LODÉ (Нидерланды) со ступенчатым увеличением нагрузки до субмаксимальной ЧСС, рассчитанной по таблицам Andersen K. Определяли скорость деформации миокарда и деформацию миокарда ЛЖ. Оценка деформационных характеристик миокарда проводилась в 16 сегментах ЛЖ.

Результаты. Исходно продольная деформация на базальном, среднем и апикальном уровнях ЛЖ составляла, соответственно, $-19,9\%$ ($-17,3$; $-24,2$); $-19,7\%$ ($-16,9$; $-22,6$) и $-20,5 \pm 4,9\%$. Скорость продольной деформации миокарда на соответствующих уровнях ЛЖ, имела значения: $-1,5$ сек-1 ($-1,2$; $-1,7$); $-1,3$ сек-1 ($-1,1$; $-1,5$) и $-1,3 \pm 0,4$ сек-1. После стресс-теста значения деформации на базальном, среднем и апикальном уровнях составили -23% ($-19,1$; $-27,2$), $-22,56\%$ ($-19,7$; $-24,7$) и $-20,42\% \pm 3,7\%$, показатели скорости продольной деформации, соответственно, $-1,73$ сек-1 ($-1,3$; $-1,99$), $-1,6$ сек-1 ($-1,2$; $-1,87$) и $-1,47 \pm 0,6$ сек-1. На фоне нагрузки наблюдали статистически значимое увеличение продольной деформации на базальном и среднем уровнях, соответственно на $11,6\%$ ($p = 0,001$) и 91% ($p = 0,001$), а скорости деформации на — $6,7\%$ ($p = 0,001$) и $15,4\%$ ($p = 0,001$). На апикальном уровне ЛЖ достоверная динамика продольной деформации и скорости деформации не наблюдалась.

Выводы. В условиях нагрузки продольная деформация и скорость деформации миокарда достоверно увеличивалась только на базальном и среднем уровнях левого желудочка. В апикальных сегментах на фоне нагрузки статистически значимого увеличения показателей деформационных характеристик миокарда не наблюдалось.

Клиническая эффективность внутривенного применения метопролола при гипертонических кризах осложненных острым коронарным синдромом и тахикардиями

Гапонова Н.И., Терещенко С.Н., Абдурахманов В.Р., Бараташвили В.Л.

Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова, Москва

Цель исследования: оценить клиническую эффективность и безопасность внутривенного применения кардиоселективного бета-адреноблокатора метопролола для лечения пациентов с

гипертоническими кризами (ГК), осложненными острым коронарным синдромом (ОКС) и наджелудочковыми нарушениями ритма на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. В исследование включили 35 пациентов (16 мужчин, 19 женщин в возрасте $64,5 \pm 14,5$ года) с ГК, осложненным ОКС и тахикардиями. Все пациенты имели артериальную гипертензию (АГ) II—III степени, длительность АГ составляла от 1 года до 20 лет. Бригадой скорой медицинской помощи метопролол применялся парентерально — внутривенно в течение 2—3 мин в первоначальной дозе 5 мг, спустя 5 мин оценивался эффект, и при необходимости, а также при отсутствии побочных проявлений с интервалом в 5 мин вводились 2-я и 3-я дозы препарата (до суммарной дозы 10—15 мг). Наряду с исследуемым препаратом проводилась терапия осложнений ГК, но в то же время у больных с острым нарушением ритма введение антиаритмических препаратов было исключено. Пациентам проводился мониторинг артериального давления (АД), исследование пульса и ЭКГ — контроль в процессе лечения.

Результаты. Наблюдалось достоверное снижение систолического АД (САД) со $164,7 \pm 32,5$ мм рт.ст. до $134,4 \pm 22,0$ мм рт.ст., диастолического АД (ДАД) с $88,1 \pm 19,4$ мм рт.ст. до $79,1 \pm 9,8$ мм рт.ст. Динамика снижения составила в среднем 17,3% для САД и 13,0% — для ДАД. Частота сердечных сокращений на фоне лечения метопрололом уменьшилась со $110,8 \pm 30,8$ уд/мин до $83,6 \pm 18,6$ уд/мин ($\Delta=24,5\%$). Наряду с антигипертензивным эффектом отмечалось положительное действие метопролола в отношении болевого синдрома, у пациентов с ОКС до начала лечения. На фоне внутривенного введения метопролола отмечено либо полное купирование, либо значительное уменьшение болевого синдрома. У ряда пациентов с мерцательной аритмией восстановился синусовый ритм. Отмечалась хорошая переносимость препарата. На фоне введения не отмечалось брадикардия, удлинение интервала QT. У одного пациента на ЭКГ зафиксировано удлинение интервал PQ до 0,28 с (при должном значении 0,20 с).

Выводы. 1. Внутривенное введение метопролола пациентам с гипертоническим кризом осложненным ОКС, наряду с антигипертензивным действием сопровождается антиангинальным и антиишемическим эффектом. 2. Отмечается антиаритмическое действие метопролола: достоверное урежение ритма при синусовой тахикардии и мерцательной тахикардии, устранение суправентрикулярной тахикардии, у ряда пациентов с мерцанием-трепетанием предсердий — восстановление синусового ритма. 3. У пациентов с ОКС, которым проводилась тромболитическая терапия, введение метопролола способствовало быстрому купированию реперфузионных аритмий. 4. Применение метопролола должно проводиться в режиме индивидуального дозирования препарата; при этом контроль эффективности и безопасности терапии должен осуществляться динамическим контролем за артериальным давлением, частотой сердечных сокращений, ЭКГ, насыщением гемоглобина артериальной крови кислородом.

Эффективность парентеральной формы проксодолола у пациентов с гипертоническим кризом в условиях скорой медицинской помощи

Гапонова Н.И., Бараташвили В.Л., Абдрахманов В.Р., Филиппов Д.В., Терещенко С.Н.

Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова, Москва

Цель: оценить на догоспитальном этапе клиническую эффективность и безопасность проксодолола у больных с осложненным гипертоническим кризом с учетом комплексной оценки механизма действия препарата на клиническую картину, гемодинамику и электрическую активность сердца.

Материал и методы. В исследование включили 40 больных (15 женщин, 25 мужчин в возрасте $63,4 \pm 17,1$ лет) с осложненным течением гипертонического криза, обратившихся на Станцию скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова г. Москвы. Средний возраст пациентов составил $63,4 \pm 17,1$ года. Характер осложнения гипертонического криза был обусловлен наличием острого поражения или высоким риском прогрессирования органических поражений (острое нарушение мозгового кровообращения — у 4 больных, транзиторная ишемическая атака — у 3, острая гипертоническая энцефалопатия — у 8, острый инфаркт миокарда — у 1, стенокардия — у 12, нарушения ритма сердца — у 7, постинфарктный кардиосклероз — у 5 больных). Пациентам проводилось клиническое обследование, регистрация ЭКГ исходно и после лечения. Продолжительность атриовентрикулярной проводимости оценивалась по длительности интервала PQ, динамика продолжительности электрической систолы желудочков — по интервалу QT. Проксодолол назначался в дозе 1—5 мл 1% раствора (10—50 мг) внутривенным струйным введением под контролем артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС). Доза препарата выбиралась индивидуально, в зависимости от исходного уровня АД. Эффективность препарата оценивалась по данным динамического контроля систолического и диастолического АД и ЧСС исходно и через 15, 30, 45 и 60 мин. Критериями эффективности были снижение АД на 15—20% в течение 15—60 минут и снижение ЧСС.

Результаты. Положительное действие проксодолола проявлялось уже на 15-й минуте, когда больные отмечали уменьшение интенсивности, а к 30-й минуте — и исчезновение основных проявлений гипертонического криза. Наблюдалось достоверное, по сравнению с исходным значением, снижение систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) постепенно с первоначальных значений $190,0 \pm 24,4$ мм рт.ст. и $105,0 \pm 13,5$ мм рт.ст. до $153,3 \pm 20,1$ мм рт.ст. и $85,0 \pm 12,6$ мм рт.ст. Динамика снижения в среднем составила 19,5% для САД и 19% для ДАД. ЧСС достоверно уменьшалась с $90,3 \pm 12,0$ уд/мин снизилась до $76,4 \pm 9,4$ уд/мин, что в среднем составило 15,4% от исходного. У больных, у которых на фоне гипертонического криза наблюдалась ишемия миокарда, в результате лечения проксодололом, отмечалось уменьшение или исчезновение ишемии. Отмечалась хорошая переносимость препарата. У одного пациента развилась субклиническая гипотензия, у 2 — сонливость, у 2 — кратковременные эпизоды диспноэ, которые не потребовали отмены препарата.

Заключение. При применении проксодолола в лечении осложненных гипертонических кризов отмечается эффективное антигипертензивное, антиишемическое действие. Препарат хорошо переносится больными, не вызывая клинически значимых побочных эффектов.

Оценка эффективности эрадикационной терапии у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки по данным гастроэнтерологического центра г.Саранска

Герасименко И.В., Зверева, С.И., Литюшкина М.И., Козлова Л.С., Строкова О.А.

Гастроэнтерологический центр, Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарева, Саранск

Оптимизация лечения больных язвенной болезнью является одной из наиболее актуальных проблем гастроэнтерологии. В настоящее время уже не может считаться научно обоснованной ни одна схема противоязвенного лечения, если она не предполагает обязательного проведения эрадикационной терапии в случае обнаружения *H. pylori* (*Hp*) — ассоциированной язвенной болезни. Но, учитывая повсеместно растущую устойчивость *Hp* к применяемым антибактериальным средствам, формируется необходимость пересмотра существующих схем эрадикационной терапии.

Цель исследования: проанализировать эффективность эрадикационной терапии у больных язвенной болезнью по данным Гастроэнтерологического центра г. Саранска.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 50 больных язвенной болезнью ассоциированной с *Hp*. Среди обследованных пациентов 27 больных (1 группа) получали тройную терапию: 20 мг омепразола 2 раза в день, 500 мг кларитромицина 2 раза в день и 1000 мг амоксициллина 2 раза в день в течение 10 дней и 23 пациента (2 группа) принимали в качестве противоязвенной терапии омепразол в дозе 20 мг 2 раза в день, амоксициллин 1000 мг 2 раза в день и де-нол 120 мг 4 раза в день в течение 10 дней. Идентификация возбудителя проводилась до и после проведенной эрадикационной терапии с помощью дыхательного «Хелик»-теста. Эрадикация считалась успешной при наличии отрицательного Хелик-теста. В ходе обследования было выявлено, что у пациентов 1-й группы эффективность эрадикационной терапии оказалась невысокой и составила 67%, что, по всей видимости, обусловлено растущей резистентностью к кларитромицину и амоксициллину, которая связана с широким использованием данных антибиотиков для лечения инфекции дыхательных путей, что в свою очередь увеличивает первичную устойчивость к ним *Hp*. Во 2-й группе обследуемых больных эффективность эрадикации *Hp* составила 78%. Результат проведенной терапии оказался выше предыдущего, но, тем не менее, не достиг порогового уровня критерия эффективности, что, вероятно, также связано со снижением чувствительности к амоксициллину. Таким образом, данные схемы противоязвенной терапии не превысили минимальный порог эффективности эрадикации в 80%, что может свидетельствовать о циркуляции устойчивых к применяемым антибиотикам штаммам *Hp* среди больных язвенной болезнью в г. Саранске.

Особенности внебольничных пневмоний при гриппе А/Н1N1

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

Медицинский институт Пензенского государственного университета, Областная клиническая больница им. Н.Н. Бурденко, Пенза

Цель: оценить частоту госпитализаций, летальность и особенности течения пневмоний при гриппе Н1N1 в отделении пульмонологии ОКБ им. Н.Н. Бурденко.

Методы исследования. Проанализированы 64 случая госпитализации с пневмонией в эпидемию гриппа в 2009 г. и 57 историй (21 и 46) за аналогичный период 2007 и 2008 г. Данные обработаны с помощью пакета программ Statistica 6.0.

Результаты. За 3 месяца 2009 г. пролечены 64 пациента (39% от лечившихся за год), 8 умерли (летальность — 12,5). За аналогичный период 2008 г. — 46 (1 умер, летальность 2,2); 2007 г. — 21 больной, летальных исходов не было. Средний возраст больных 42,9±13,6 года,

из них 39,6% мужчин и 60,4% женщин, трудоспособного возраста 89,7% пациентов. Связь заболевания (по анамнезу) с вирусной инфекцией установлена в 75% случаев. У 81,3% больных взят анализ на наличие вируса Н1N1 (метод ПЦР), подтвержден в 9,6% случаев. Сроки до госпитализации составили 6,5 (3; 7), до начала антибиотикотерапии 6,1 (3; 7) дня. Температура была 38,6±0,6°С, длительность ее 15,1±8,0 дня. Тяжелое течение пневмонии отмечено у 46,9%, крайне тяжелое — у 14%, среднетяжелое — у 37,5%. 8 из 9 случаев крайне тяжелого течения закончились летальным исходом. Двусторонняя пневмония наблюдалась у 46,8%, полисегментарная у 95,3% больных. В 62,5% случаев имелся неблагоприятный фон: сахарный диабет (6,3%), гипертоническая болезнь (26,6%), ИБС (7,8%), ХСН (15,6%), ХОБЛ (9,4%), вторая половина беременности (3,1%). В клинической картине преобладал сухой кашель (70,3%). У большинства пациентов не было лейкоцитоза и изменений в формуле (лейкоциты 7,4±2,9х10⁹/л), отмечалось повышение СОЭ (38,2±6,6 мм/ч), СРБ — 45,1 (12; 84,3), серомукоида — 0,45 (0,25; 0,79) и АСТ до 57,9 (16,9; 66,3). Осложнения наблюдались у 78,1% пациентов: ОДН — 48,4%, плеврит — 12,5%, деструкция легочной ткани — 10,9%, кровохарканье — 9,4%, флебиты — 9,4%, ОПН — 7,8%. В 43,8% случаев пневмония закончилась выздоровлением, в 43,8% — исходом в фиброз, в 12,5% — летальным исходом.

Выводы. При гриппе увеличилась частота госпитализаций по поводу пневмоний, более тяжелое течение, высокая летальность, нетипичность лабораторных изменений, большой процент исходов в фиброз, поздняя обращаемость, и, как следствие, поздняя госпитализация и начало антимикробной и противовирусной терапии, от чего во многом зависели исходы заболевания.

Скрининг атрофического гастрита при массовых осмотрах населения

Герман С.В., Зыкова И.Е., Модестова А.В., Ермаков Н.В.

Научно-исследовательский институт экологии человека и гигиены окружающей среды им. А.Н.Сытина, Центр медико-биологических и экологических проблем, Москва

Задача исследования: оценить возможность неинвазивного скрининга атрофического гастрита (АГ), считающегося предраковым состоянием желудка, при массовых медицинских осмотрах населения.

Материал и методы. Во время профилактических осмотров работающего населения города Москвы проводился неинвазивный скрининг гастродуоденальной патологии. Применяли комплексный диагностический тест, позволяющий иммуноферментным методом (ИФА) определить содержание в сыворотке крови пепсиногена-1 (P_g1), базального гастрина 17 (G17), антител класса G к пилорическому хеликобактеру (*H.p.*) («ГастроПанель», Биохит, Финляндия). Исследованию были подвергнуты 758 человек, 474 мужчины и 284 женщины в возрасте от 17 до 76 лет. У 439 человек с диагностированной инфекцией *H.p.* изучали наличие в сыворотке одного из факторов патогенности бактерии — цитотоксин-ген ассоциированного протеина (Cag A). Применяли набор реагентов «ХеликоБест-антитела» («Вектор-Бест», Новосибирск).

Результаты. Инфекция *H.p.* выявлена у 667 человек (88%). Индикатор атрофии слизистой оболочки (СО) тела желудка — сниженный уровень сывороточного P_g1 — обнаружен у 68 обследованных (9%), с одинаковой частотой у мужчин и женщин, часто у лиц старше 50 лет (составили 47%). У 39 человек из 68 отмечено повышенное содержание в сыворотке G17, подтверждающее атрофию СО в

теле желудка, особенно часто у лиц со значительным снижением P_{g1}, указывающим на развитие тяжелой атрофии. 61 человек (90%) оказались Н.р.-положительными. Саg А обнаружен у 75% инфицированных Н.р., при этом у 83% с подозрением на АГ. Большинство обследованных с обнаруженными маркерами атрофического гастрита (76%) не имели гастроэнтерологического анамнеза и жалоб.

Заключение. В настоящее время неэндоскопически с помощью комплексного серологического исследования возможно выделение лиц с подозрением на наличие атрофического гастрита, ассоциированного и неассоциированного с инфекцией Н.р. Это особенно ценно для массовых осмотров населения. Низкий уровень P_{g1} является показанием к ЭГДС для нозологической диагностики. Доклиническая диагностика будет способствовать улучшению выявления атрофического гастрита, ранних форм рака желудка и улучшению его прогноза.

Вторичная цереброваскулярная артериальная гипертензия: клиническая классификация

Германова О.А., Крюков Н.Н., Германов А.В., Вачев А.Н.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

В настоящее время в классификации вторичных артериальных гипертензий (ВАГ) нет вторичной цереброваскулярной артериальной гипертензии при гемодинамически значимом стенозе каротидной бифуркации, не описаны ее клинические варианты. При этом число больных, страдающих атеросклеротическим поражением сосудов брахиоцефального ствола, велико.

Цель работы: разработать клиническую классификацию вторичной цереброваскулярной артериальной гипертензии при гемодинамически значимом стенозе каротидной бифуркации.

Материал и методы. Обследованы 374 пациента с артериальной гипертензией (АГ) при гемодинамически значимом стенозе каротидной бифуркации. Средний возраст — 59,6±8,2 года. Всем была выполнена операция каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ) по классической или эверсионной методике. При этом на этапе дообследования были исключены возможные причины ВАГ.

Результаты и выводы. У большинства (302 (80,7%) больных) после каротидной эндартерэктомии АД нормализовалось или снизилось по сравнению с дооперационным уровнем к 2—10 суткам после операции. Выявленная тенденция была стойкой, сохранялась в течение 3 лет наблюдений. На основании этого мы считаем необходимым выделение цереброваскулярной артериальной гипертонии при гемодинамически значимом стенозе каротидной бифуркации в отдельную самостоятельную форму ВАГ. Целесообразно выделение трех основных ее типов. I тип (латентный) — у 196 (52,4%) больных — характеризуется тем, что по мере увеличения степени выраженности стеноза каротидной бифуркации возрастает АД. При этом факт высокого АД и сам стеноз чаще обнаруживаются случайно. Длительное время сохраняется эффективность проводимой антигипертензивной терапии. И только при достижении гемодинамически значимого стеноза АГ приобретает характер злокачественной. Такой тип опасен из-за поздней диагностики и отсутствия адекватной терапии. При этом типе особенно велик риск развития осложнений. II тип (ундулирующий) — выявлен у 128 (34,2%) пациентов. Развивается на фоне транзиторной ишемической атаки. Характеризуется резким кратковременным повышением АД с яркой клинической картиной. Происходит это у больных при эмболии атероматозными массами на гемодинамически незначимой распадающейся бляшке. III тип

(тромбоэмболический) — у 50 (13,4%) больных — развивается на фоне ишемического инсульта при тромбозе, тромбоэмболии (в том числе кардиогенные эмболии) — развивается быстро и сложно корригируется медикаментозно.

Микробиологическая характеристика Candida, выделенных при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей

Годовалов А.П., Быкова Л.П.

Медико-санитарная часть, Пермь

Цель работы: характеристика грибов рода Candida, выделенных из грибково-бактериальных ассоциаций при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей. Выделение микроорганизмов осуществляли при помощи классического бактериологического метода с идентификацией выросших видов по культуральным и биохимическим признакам. Определение чувствительности микроорганизмов к противомикробным препаратам проводили при помощи диско-диффузионного метода. Адгезивные свойства Candida изучали по способности клеток дрожжеподобных грибов прикрепляться к буккальным эпителиоцитам. Прочность адгезии проверяли центрифугированием. При исследовании 389 проб отделяемого от больных с воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей грибы рода Candida обнаружены в 15% случаев, а в количестве 105 колониеобразующих единиц в 1 миллилитре (КОЕ/мл) в 6%. Видовой спектр грибов рода Candida был представлен в 59% случаев C. albicans, в 18% — C. pseudotropicalis, в 14% — C. krusei, в 5% — C. quilliermondii. В монокультуре грибы рода Candida обнаружены в 27% проб. Из бактериальной флоры грибам рода Candida чаще сопутствовали грамположительные кокки (86% проб), с преобладанием среди них стрептококков (83% проб). Ассоциации грибов рода Candida и грамотрицательных бактерий выявлены в 14% случаев (только представители рода Klebsiella). Грибы рода Candida в ассоциациях со стафилококком были чувствительны к 3 антибиотикам во всех случаях, а в ассоциации со стрептококками были чувствительны к 3 антибиотикам в 50% случаев, в 25% они были чувствительны к 2 препаратам и в 25% чувствительны только к одному. Все Candida, выделенные в ассоциации с клебсиеллами, были чувствительны к 3 препаратам. При изучении адгезионных свойств было установлено, что коэффициент адгезии составил 94,6±0,9%. Эпителиоцитов, свободных от клеток Candida, было 5,4±0,9%. Средний показатель адгезии составил 2,5±0,1, а микробная нагрузка — 57,2±2,5. После центрифугирования изучаемые показатели статистически значимо снизились. Коэффициент адгезии составил — 54,0±2,2%, средний показатель адгезии — 1,4±0,1 и микробная нагрузка — 11,0±1,2 (p<0,05 для всех представленных показателей до и после центрифугирования). Проведенные исследования показали, что штаммы Candida, выделенные при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей, обладают среднеадгезивными свойствами, а дополнительное исследование адгезивной способности к буккальному эпителию позволяет выявить истинные адгезивные свойства и исключить случайную адсорбцию. Таким образом, устойчивость грибов к антимикотическим препаратам неодинакова в микробных ассоциациях. Наибольшая устойчивость представителей рода Candida зарегистрирована в ассоциациях с видами из рода Streptococcus. Последние при этом проявляли чувствительность к большинству антибиотиков. Механическое воздействие на процесс адгезии Candida к буккальному эпителию не меняет вирулентные

свойства дрожжеподобных грибов, вызывающих воспалительные заболевания верхних дыхательных путей.

Сравнительная оценка клинико-функциональных показателей в остром периоде инфаркта миокарда у больных с сахарным диабетом типа 2 в состоянии компенсации и у больных без сахарного диабета с нормогликемией

Голикова А.А., Стрюк Р.И., Сергиенко И.В., Кожуховская О.Л.

Кафедра внутренних болезней, Московский государственный медико-стоматологический университет, Кафедра кардиологии и общей терапии, Учебно-научный медицинский центр, Москва

Цель: провести сравнительный анализ клинических проявлений и функционального состояния миокарда у больных с сахарным диабетом 2 типа (СД) в состоянии компенсации в остром периоде инфаркта миокарда с большими инфарктом миокарда, острый период которого сопровождался нормогликемией (НГ).

Материалы и методы. Обследованы 43 больных с острым крупноочаговым и трансмуральным ИМ. Больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 20 больных ИМ с СД в состоянии компенсации, которое оценивалось согласно критериям Российской ассоциации эндокринологов 2009 г. Больные первой группы включали 11 мужчин и 9 женщин в возрасте 76,5 (72,0—82,5) лет. Вторую группу составили 23 больных (13 мужчин и 10 женщин) ИМ с НГ в возрасте 76,0 (68,0—81,0) лет. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы оценивали по данным эхокардиографии (ЭхоКГ). Сравнение групп проводилось посредством критерия Манна—Уитни и точного двустороннего критерия Фишера. Результаты. При анализе данных анамнеза у больных 1 и 2 групп не выявлено достоверных различий в частоте гипертонической болезни, стенокардии напряжения, ХСН I-II степени, что составило: 100% vs. 92%; 70% vs. 77%; 35% vs. 38%, соответственно. В 1 группе в 2,9 раза чаще отмечены нарушения ритма сердца и проводимости; в 3,3 раза — хронический пиелонефрит. У больных ИМ с СД выявлено достоверное преобладание хронической болезни почек 40% vs. 13% ($p=0,02$). При анализе течения осложнений острого периода ИМ существенных различий в частоте развития острой левожелудочковой недостаточности (ОЛЖН), кардиогенного шока (КШ), а также жизнеугрожающих нарушений ритма сердца и проводимости выявлено не было. У больных ИМ с СД достоверно чаще отмечалось развитие внутрибольничных пневмоний ($p=0,04$). По данным ЭхоКГ конечный диастолический размер левого желудочка (КДРЛЖ) у больных 1-й группы составил 4,90 см (4,8—5,3) и достоверно не отличался от показателей 2-й группы 4,8 см (4,5—5,1). У больных ИМ с СД чаще чем у больных ИМ с НГ выявлялись дилатация предсердий: левого предсердия (ЛП) 80% vs. 35% ($p=0,005$); правого предсердия (ПП) 40% vs. 4% ($p=0,006$). Размеры левого и правого желудочков различались незначительно. Величина фракции выброса левого желудочка (ЛЖ) у больных 1-й и 2-й групп достоверных различий не имела и составила 48% (35—45%) vs. 50% (40—50%) соответственно. Концентрическая гипертрофия ЛЖ чаще регистрировалась у больных ИМ с СД 85% vs. 39% ($p=0,004$). Существенных различий в наличии зон локальной сократимости у больных обеих групп выявлено не было. Эхокардиографические признаки легочной гипертензии выявлялись у большинства ИМ с СД ($p<0,04$).

Выводы. Результаты исследования могут косвенно свидетельствовать о легочной гипертензии, которая наряду с повышением легочно-

сосудистого сопротивления на фоне диабетической ангиопатии приводит к нарушению легочной гемодинамики и создает предпосылки для более частого развития внутрибольничных пневмоний у больных ИМ с СД, в том числе на фоне компенсации.

Особенности течения первичного билиарного цирроза у пожилых

Голованова Е.В., Слупская В.А.

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

Первичный билиарный цирроз (ПБЦ) — хроническое прогрессирующее заболевание с преимущественным поражением внутрипеченочных желчных протоков и развитием хронического внутрипеченочного холестаза, ведущего к формированию фиброза и цирроза печени. Как правило, заболевание манифестирует в зрелом возрасте — 40 лет и старше. Особенности течения патологии в гериатрическом аспекте не изучены.

Цель исследования: изучить особенности клинического течения ПБЦ у пожилых больных.

Материалы и методы. Обследованы 46 женщин, больных ПБЦ, (АМА М2 позитивный вариант), класс А по Чайлд-Пью. В первую группу (пожилой возраст) включены 23 больных в возрасте от 60 до 72 лет (66,4±6,1), во вторую группу (зрелый возраст) — 23 больных в возрасте от 45 до 59 лет (48,2±4,5). Всем пациентам проведено комплексное обследование, включающее: исследование сывороточного уровня аланиновой (АЛТ) и аспарагиновой (АСТ) трансаминаз, щелочной фосфатазы (ЩФ), гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП), холестерина (ХС), билирубина, сывороточной концентрации антимитохондриальных антител субтипа М2 (АМА М2), степени фиброза печени (СФ) с помощью непрямого ультразвуковой фиброэластометрии печени. Большей части (91,3 %) больных проведено морфологическое исследование ткани печени. Все больные постоянно получают урсодезоксихолевую кислоту в дозе 15 мг/кг массы тела в сутки.

Результаты. В первой группе больных преобладали жалобы на общую слабость (56,5 %, $n=13$), тяжесть и/или боли в правом подреберье (52,2 %, $n=12$). Кожный зуд имелся у 8 больных (34,8 %), причем у 3 он был постоянным (13 %). Горечь во рту и вздутие живота отмечали 21,7 % ($n=5$) и 17,4 % ($n=4$) больных соответственно. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) выявлена у 91,3 % ($n=21$). Во второй группе преобладал кожный зуд (56,5 %, $n=13$), у 6 больных он был постоянным (26 %), а также боли в правом подреберье (52,2 %, $n=12$). Значительно реже больные жаловались на общую слабость (34,8 %, $n=8$) и горечь во рту (8,7 %, $n=2$). ЖКБ выявлена у 9 больных (39,1 %). В первой группе выявлен достоверно более низкий уровень трансаминазной активности (АСТ 31,4±21,8, АЛТ 36,5±29,9 Ед/л) в сравнении со второй группой (АСТ 97,3±54,7, АЛТ 81,2±60,4 Ед/л, $p<0,05$). Уровень ферментов холестаза также был выше во второй группе по сравнению с первой: ЩФ 283,3±181,7, ГГТП 198,1±101,3 Ед/л и ЩФ 193,9±81,7, ГГТП 112,7±73,8 Ед/л, $p>0,05$ соответственно. Более высокий уровень АМА М2 выявлен у больных зрелого возраста (112,4±87,6 МЕ/дл) в сравнении с больными пожилого возраста (69,7±31,6 МЕ/дл), $p<0,05$. Степень фиброза, соответствующая стадии цирроза печени (F3-4 по METAVIR) в группе больных пожилого возраста, отмечена у 100 % больных ($n=23$), тогда как в группе больных зрелого возраста показатели распределились следующим образом: F1 у 8,7 % больных ($n=2$), F2 — у 30,4 % больных ($n=7$), F3—4 у 60,9 % больных ($n=14$). Заключение: ПБЦ в пожилом возрасте характеризуется стертым

клиническим течением, низкой биохимической активностью, но быстрым прогрессированием фиброза и частым формированием ЖКБ.

Уровни ИЛ-8 и ИЛ-10 у больных диффузным токсическим зобом с поражением сердечно-сосудистой системы

Гома Т.В., Орлова Г.М., Хамнуева Л.Ю.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Известно об активации системы цитокинов при ДТЗ, а также при некоторых сердечно-сосудистых заболеваниях.

Цель работы: изучить уровень ИЛ-8 и ИЛ-10 у больных диффузным токсическим зобом (ДТЗ) в зависимости от поражения сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы. Обследованы 59 больных ДТЗ: 12 (20,3%) мужчин, 47 (79,7%) женщин, медиана возраста — 40,0 [28,0;49,0] лет. Уровень свободного Т4 у больных ДТЗ составил 37,4 [24,6;60,5] пмоль/л, ТТГ — 0,020 [0,010;0,160] мкМЕ/мл, длительность течения ДТЗ 1,5 [0,5;6,0] лет, количество рецидивов тиреотоксикоза — 1,0 [1,0;3,0]. 1 группу составили 22 больных ДТЗ с «изолированной» синусовой тахикардией: 1 (4,5%) мужчина и 21 (95,5%) женщина. Медиана возраста — 34,0 [23,0;45,0] лет. 2 группа — 24 больных ДТЗ с АГ: 6 (25,0%) мужчин и 18 (75,0%) женщин, возраст — 42,0 [28,5;48,5] лет. 3 группа — 13 больных ДТЗ с ФП: 5 (38,5%) мужчин и 8 (61,5%) женщин, медиана возраста — 47,0 [42,0;53,0] лет. Больные ДТЗ 1—3 групп не отличались по уровню свободного Т4 и ТТГ ($p > 0,05$). Контрольная группа (4 группа) сформирована из 30 здоровых лиц, не отличающихся по возрасту и полу. Исследование сывороточного уровня ИЛ-8 и ИЛ-10 проводилось с помощью диагностических наборов производства ЗАО «Вектор-Бест» (Россия). Для статистического анализа использовалась программа Statistica 6.0 for Windows.

Результаты. Медиана уровня ИЛ-8 у больных ДТЗ составила 20,1 [14,5;27,2] пг/мл, ИЛ-10 — 41,2 [32,3;77,0] пг/мл, что было выше по сравнению с уровнем цитокинов в контрольной группе (ИЛ-8 был 0,1 [0,1;16,6] пг/мл, $p < 0,001$; ИЛ-10 — 16,1 [15,4;17,0] пг/мл, $p < 0,001$). Уровень ИЛ-8 у больных ДТЗ с различным поражением сердечно-сосудистой системы был одинаково высоким по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$ во всех случаях) и не отличался: в 1 группе уровень цитокина составил 21,5 [14,5;24,3] пг/мл, во 2 группе — 18,8 [12,9;27,1] пг/мл, в 3 группе — 20,1 [16,7;30,6] пг/мл ($p > 0,05$). У больных ДТЗ 1 группы уровень ИЛ-10 составил 40,1 [33,4;69,2] пг/мл, 2 группы — 45,7 [31,6;106,9] пг/мл, 3 группы — 40,5 [32,5;75,8] пг/мл, что было достоверно выше, чем в 4 (контрольной группе), $p < 0,05$. Уровень ИЛ-10 у больных ДТЗ с различным поражением сердечно-сосудистой системы (1—3 группы) был одинаково высоким ($p > 0,05$). Выводы. При ДТЗ отмечается активация и дисбаланс системы цитокинов. У больных ДТЗ с различными сердечно-сосудистыми нарушениями не обнаружено значимых отличий по уровню ИЛ-8 и ИЛ-10.

К вопросу о повышении эффективности лечения пациентов с корешковым болевым синдромом поясничной локализации

Гончаров Д.И., Загорулько О.И., Гнездилов А.В., Медведева Л.А.

Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского, Москва

Боли в спине составляют до 56,7% первичной обращаемости в структуре амбулаторного приема [Павленко С.С., 1997 г.]. При этом интенсивность боли не всегда коррелирует с данными объективных методов исследований и определяется не только непосредственной ноцицептивной стимуляцией, но и эмоциональными и вегетативными составляющими.

Цель: адаптировать медикаментозную терапию у пациентов с корешковым болевым синдромом поясничной локализации.

Материалы и методы. Обследовали 54 пациента с корешковым болевым синдромом, обусловленным патологией на поясничном отделе позвоночника. Возраст больных был от 25 до 53 лет, длительность заболевания — от 2 недель до 1,5 года. Обследование пациентов включало: МРТ или рентгенографию поясничного отдела позвоночника (при необходимости с функциональными пробями), нейроортопедический осмотр, оценку вегетативного статуса с использованием опросника для выявления вегетативной дисрегуляции А.М. Вейна (1998 г.). Все пациенты были разделены на две группы: основную и контрольную по 27 человек в каждой. Клиническая симптоматика пациентов основной группы в 57% случаев определялась изменениями на уровне L5-S1, в 43% — L4-L5, при этом 32% больных имели полисегментарное поражение. В контрольной группе 55% — L5-S1, 45% — L4-L5, при этом полисегментарное поражение отмечено у 35% больных. Для лечения больных контрольной группы применяли стандартную медикаментозную терапию (ксефокам и сирдалуд, 14 дней), ношение жесткого пояса. В основной группе дополнительно назначили клонозепам 0,05 мг в сутки на ночь.

Результаты. Вегетативные расстройства на момент обращения были зарегистрированы у всех испытуемых. На момент обращения интенсивность боли по ВАШ в контрольной группе составила 5,4±1,1 балла, в основной — 5,7±1,3 балла. На 6 день лечения в контрольной группе — 3,8±0,8 балла, в основной — 3,4±0,7 балла. К 14-му дню у пациентов основной группы сохранялись болевые ощущения низкой интенсивности и составляли 1,0±0,5 балла по ВАШ, тогда как в контрольной группе это показатель составил 3,1±0,7 балла.

Заключение. Применение клонозепам в комплексной патогенетической терапии при КБС пояснично-крестцовой локализации у пациентов с вегетативными нарушениями является эффективным методом лечения, позволяющим значительно уменьшить как интенсивность болевых ощущений, так и длительность лечения.

Влияние метформина на метаболические параметры больных с метаболическим синдромом

Гончарова М.В., Багиров Р.Н., Сидорова Е.А., Чеснокова Л.В., Трошина И.А.

Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень

Цель: оценить влияние метформина на метаболические параметры, индекс инсулинорезистентности, артериальное давление, активность трансаминаз у больных с метаболическим синдромом при отсутствии нарушений углеводного обмена.

Материалы и методы. Обследовали 60 больных с метаболическим синдромом (критерии IDF, 2005г), средний возраст 36 [27; 44], 18 мужчин и 42 женщины, без нарушений углеводного обмена, с наличием НЖБП (стадия стеатоза по данным УЗИ), артериальной гипертензией (АГ) I стадии, индекс инсулинорезистентности (НОМА) >2,77. Пациенты были рандомизированы на 2 группы по

30 человек. Основная группа получала метформин (Багомет 1700 мг) в течение 6 месяцев в сочетании с изменением образа жизни (гипокалорийное питание и ежедневная дозированная физическая нагрузка). Контрольной группе назначалась немедикаментозная терапия.

Результаты. На фоне комбинированного лечения — диетотерапия, физическая нагрузка в сочетании с Багометом достигли целевого уровня снижения массы тела 58% пациентов, с достоверным снижением индекса НОМА с 5,84 [4,74;8,56] до 3,42 [2,22;4,39] $p < 0,001$, снижением уровня холестерина ($P=0,005$), ХСЛПНП ($p=0,005$), триглицеридов ($p < 0,001$), повышением уровня ХСЛПВП ($P=0,004$). САД снизилось на $5,52 \pm 17,26$ мм рт.ст. ($p=0,005$), ДАД на $4,94 \pm 9,03$ мм рт.ст. (0,0170). На фоне немедикаментозной терапии достижение целевого уровня снижения массы тела получили у 20%, остальные пациенты не были привержены к стойкому соблюдению рекомендаций, у них не получили достоверных изменений параметров липидов, снижения индекса инсулинорезистентности, снижения артериального давления. На фоне применения Багомета в основной группе отметили статистически значимое снижение уровня трансаминаз и уменьшение размеров правой доли печени. В группе сравнения достоверных изменений данных параметров не было получено. На фоне применения Багомета у 4 пациентов в начале терапии (в первую неделю) возникли легкие диспепсические расстройства, которые купировались самостоятельно без отмены препарата.

Выводы. 1. Применение Багомета по 850 мг 2 раза в день в сочетании с гипокалорийным питанием у пациентов с МС и НЖБП приводит к значимому снижению инсулинорезистентности, улучшению показателей липидного спектра и артериального давления. 2. На фоне терапии Багометом большинство пациентов (58%) с МС и НЖБП достигли клинически значимого снижения массы тела. 3. Применение Багомета повышает эффективность изменения образа жизни у больных с МС и НЖБП.

Изменения спектра липидов и липопротеидов крови у пациентов с ожирением и метаболическим синдромом

Гончарова М.В., Трошина И.А., Сидорова Е.А., Багиров Р.Н.

Областная клиническая больница № 2, Тюмень

Цель: изучить показатели спектра липидов и липопротеидов (ЛП) с оценкой индекса атерогенности у пациентов с ожирением и метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Наблюдали 70 больных с ожирением и МС, согласно критериев АТР III (2001 г). Из них 20 пациентов с ожирением II—III ст., 25 пациентов с ожирением II—III ст., артериальной гипертензией 2 ст. и дислипидемией IIb типа без нарушений углеводного обмена (НУО), 25 пациентов с МС, артериальной гипертензией 2 ст. и дислипидемией IIb типа и ранними НУО — нарушением гликемии натощак и нарушением теста к глюкозе. Группу контроля составили 20 человек, медиана 39 лет. Биохимические исследования проводили на автоматическом биохимическом анализаторе Chem Welln Avarness Technology (США). Аполипопротеин А1 (АПО-1) и аполипопротеин В (АПО-В) определяли в человеческой сыворотке иммунотурбидиметрическим методом. Полученные данные обрабатывали методом вариационной статистики.

Результаты. Уровень общего ХС, ХС ЛПНП не отличались достоверно от контроля в 1-й группе, уровень ХС ЛПВП был ниже контроля на 10% ($p < 0,001$). Достоверное повышение уровня ТГ, ХС и ХС ЛПНП выявили

во 2-й группе. Уровень АПО В у лиц 3-й группы с МС без НУО был достоверно более высоким, чем в 1-й и 2-й группе. У больных 1-й группы уровень АПО В достоверно не отличался от группы контроля. Уровень АПО А-1 у лиц 1-й группы был ниже контрольной на 9%, во 2-й ниже контрольной на 18% и самый низкий ($p < 0,001$) в 3 группе на 20% от контроля. Аполипопротеиновый индекс атерогенности плазмы — величина отношения АПО В/АПО А-1 — был максимальным в 3-й группе больных с МС и ранними НУО ($p < 0,001$). Следует отметить, что у больных ожирением (1-й группы), несмотря на отсутствие отклонений показателей АПО-В, индекс АПОВ/АПО А-1 достоверно был выше контрольной группы. Выводы. 1. При МС выявляется высокий уровень атерогенных липопротеидов и низкий уровень антиатерогенных ЛПВП. 2. У больных абдоминальным ожирением до формирования МС понижение уровня АПО-А-1, при нормальной концентрации АПО-В формирует повышение аполипопротеинового индекса атерогенности плазмы, достоверного фактора риска атеросклеротического процесса.

Состояние факторов антитромботической защиты у больных артериальной гипертензией

Горшунова Н.К., Желтобрюх А.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск

В клинике кардиоваскулярной патологии наиболее грозными осложнениями являются пред- и тромботические состояния. Гиперактивация тромбоцитарно-сосудистого и плазменного звеньев гемостаза считается главной их причиной. В этих условиях недопустим упрощенный подход, необходимо комплексное исследование гемостаза с анализом естественных антитромботических защитных факторов: физиологических антикоагулянтов, антиагрегантов, агентов, регулирующих фибринолитическую активность.

Цель работы: выяснить активность комплекса тромбин-тромбомодулин, который стимулирует протеин С, ингибирующий коагуляционные факторы Va и VIIa, а также антитромбин III и тканевого активатора плазминогена. В исследовании приняли участие 45 пациентов (средний возраст — $68,3 \pm 3,4$ года). Среди них 33 — с АГ 2 степени и 12 человек без нее. Определялись общекоагуляционной активности крови по показателю активированного частично тромбопластинового времени (АЧТВ), тромбомодулина, протеина С, уровни антитромбина III (АТ-III), тканевого активатора плазминогена (ТАП) в реакциях Хагеман-зависимого фибринолиза до и после дозированной манжеточной пробы. Статистический анализ результатов проведен с использованием параметрических методов описательной статистики, достоверность различий между сравниваемыми группами оценивалась по критерию Стьюдента. Тромбин в кровотоке больных нейтрализуется при его соединении с тромбомодулином, содержание которого при АГ было повышено до $2,4 \pm 0,1$ нг/мл. После пробы с венозной окклюзией его концентрация возросла как у больных АГ до $3,2 \pm 0,1$ нг/мл, $p < 0,05$, так и в группе сравнения. Активированный комплекс тромбин-тромбомодулин повышает активность протеина С, у больных АГ до $1,8 \pm 0,04$ г/л, $p < 0,01$ после пробы по сравнению с показателем до нее, что свидетельствовало о высоком уровне антитромботической реакции. Это подтверждалось и ускорением XIIa-зависимого фибринолиза после стресс-индуцированного воздействия на сосудистую стенку. Время лизиса густка ускорялось до $7 \pm 0,3$ мин., $p < 0,01$. Установлено снижение активности АТ III до $92,1 \pm 0,5\%$ по сравнению с контролем ($96,2 \pm 0,6\%$), $p < 0,001$. Веноокклюзионная проба у здоровых лиц укорачивала время фибринолиза до $6 \pm 0,3$ мин, при АГ эффект был минимальным —

14,6±1,2 мин из-за снижения синтеза ТАП. Любая антитромбоцитарная, антикоагулянтная и тромболитическая терапия не должна вызывать снижения концентрации антитромботических факторов, ее необходимо оценивать в динамике с целью своевременного выявления возможных осложнений.

Соотношение лептино- и инсулинорезистентности на фоне ожирения у пожилых женщин с артериальной гипертензией

Горшунова Н.К., Логинов П.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Одним из предикторов развития и прогрессирования гипертензивного метаболического синдрома признается инсулинорезистентность (ИР), в развитии которой значимая роль принадлежит гормонам жировой ткани. Жировая ткань продуцирует биологически активные вещества — адипокины, которые кроме адипонектина снижают чувствительность периферических тканей к инсулину. Среди них наименее изучена роль лептина, регулирующего чувство голода и влияющего на увеличение жировой ткани в структуре тела.

Цель исследования: определить значение лептина в развитии ИР у пожилых женщин, страдающих АГ на фоне ожирения. Обследованы 65 женщин пожилого возраста, страдающих АГ II ст.: 29 женщин с ожирением, их ИМТ — 33,8±0,6; 22 женщины с избыточной массой тела, ИМТ — 26,5±1,6; 14 женщин с нормальной массой тела, ИМТ — 22,9±0,6, $p < 0,001$. Уровень инсулина и лептина в сыворотке определяли иммуноферментным методом, показатель инсулинорезистентности (ИР) по D. Matthews (1985). Результаты статистически обработаны с помощью прикладных программ Microsoft Excel 2000. Различия между сравниваемыми группами оценивались по критерию Стьюдента и признавались достоверными при $p < 0,05$. У женщин с нормальным ИМТ уровень лептина составил 53,5±10,2 нг/мл; инсулинемии 10±3,0 мкМЕ/мл, ИР — 2,5±0,3. У 20 женщин с избыточной массой тела отмечена низкая секреция лептина — 16,5±1,4 нг/мл и повышение ИР до 4,0±0,3 ($p < 0,01$). Наиболее значительные изменения исследуемых показателей обнаружены у больных с ожирением. Высокая степень ИР наблюдалась у всех 100% больных. У 50% из них регистрировался низкий уровень лептина (17,3±2,1 нг/мл) без повышения инсулина, но с повышенной ИР — 4,9±0,75. У второй половины обнаружены нарушения, свидетельствующие о развитии МС: высокий уровень лептина — 45,7±3,8 нг/мл ($p < 0,001$), повышение секреции инсулина до 20,3±4,2 мкМЕ/мл, ($p < 0,05$), максимальная степень выраженности ИР — 6±1,3 ($p < 0,001$); начинающееся повышение уровня триглицеридов — 1,8±0,2 ммоль/л. Таким образом, наиболее высокая ИР отмечена у больных АГ на фоне ожирения в сочетании с повышенной секрецией лептина — пептида, участвующего в контроле за депонированием глюкозы через изменение чувствительности тканей к инсулину либо регуляцию его секреции. Сочетание гиперлептинемии с гиперинсулинорезистентностью способствует прогрессированию метаболических нарушений.

Значение NO-регуляции антиагрегационной активности сосудистой стенки у больных артериальной гипертензией пожилого возраста

Горшунова Н.К., Соболева Н.И.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Артериальная гипертензия (АГ) в процессе своего прогрессирования часто приводит к развитию ассоциированных клинических состояний и тромботических осложнений. Одним из патогенетических звеньев последних выступает гемостатическая эндотелиальная дисфункция (ЭД), которая проявляется недостаточностью синтеза и секреции эндотелием оксида азота (NO), простаглицина (P_gI₂) — веществ, регулирующих один из начальных гемостатических процессов — агрегацию тромбоцитов.

Цель исследования: определить роль оксида азота в регуляции антиагрегационной активности сосудистой стенки у больных АГ пожилого возраста. В исследовании приняли участие 48 больных АГ II стадии, их средний возраст составил 68,3±4,4 года.

Методы исследования. Определение концентрации нитритов в сыворотке крови с помощью реакции Грисса, оценка антиагрегационной активности сосудистой стенки по методике В.П. Балуда (1995) с применением манжеточной пробы при исследовании агрегации тромбоцитов, индуцированной АДФ (1 мкМ), по методу Born G. (1962) на агрегометре THROMLITTE 1006A, Россия. Для статистической обработки и анализа полученных результатов использованы параметрические методы, о достоверности результатов судили по критерию Стьюдента.

Результаты. У больных АГ пожилого возраста выявлены разные типы агрегационных кривых, отражающих выраженность агрегации и дезагрегации. Необратимый характер агрегации, свидетельствующий о депрессии антиагрегационной активности, встречался лишь у 6,3% обследованных, у 2,1% — двухволновая агрегация, отражающая активность реакции высвобождения из тромбоцитов таких гемостатических факторов, как тромбопластический и антигепариновый, у остальных больных регистрировалась одноволновая обратимая агрегационная кривая. Оксид азота в качестве эндотелиального медиатора участвует в регуляции агрегационного процесса, его продукция и концентрация в крови снижается на фоне прогрессирования АГ. Уровень нитрита в сыворотке крови больных с одноволновыми необратимыми типами агрегационной кривой был значительно снижен до 3,3±0,15 мкмоль/л по сравнению с практически здоровыми лицами аналогичного возраста (5,8±0,07 мкмоль/л), $p < 0,001$ и больными АГ с обратной одноволновой агрегацией — 4,07±0,02, $p < 0,001$. Таким образом, постепенное сокращение синтеза и секреции NO у больных АГ пожилого возраста приводит к снижению антиагрегационной активности их сосудистой стенки, что способствует формированию тромбофилии. Преобладание одноволнового необратимого типа агрегационной кривой у пожилых, больных АГ, указывает на высокий риск тромботических осложнений.

Состояние факторов антитромботической защиты у больных артериальной гипертензией

Горшунова Н.К., Желтобрюх А.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск

В клинике кардиоваскулярной патологии наиболее грозными осложнениями являются пред- и тромботические состояния. Гиперактивация тромбоцитарно-сосудистого и плазменного звеньев гемостаза считается главной их причиной. В этих условиях недопустим упрощенный подход, необходимо комплексное исследование гемостаза с анализом естественных антитромботических защитных факторов: физиологических антикоагулянтов, антиагрегантов, агентов, регулирующих фибринолитическую активность.

Цель работы: выяснить активность комплекса тромбин-тромбомодулин, который стимулирует протеин С, ингибирующий коагуляционные факторы Va и VIIa, а также антитромбин III и тканевой активатор плазминогена. В исследовании приняли участие 45 пациентов (средний возраст — 68,3±3,4 года). Среди них 33 — с АГ 2 степени и 12 человек без нее. Определялись общекоагуляционной активности крови по показателю активированного частично тромбoplastинового времени (АЧТВ), тромбомодулина, протеина С, уровни антитромбина-III (АТ-III), тканевого активатора плазминогена (ТАП) в реакциях Хагеман-зависимого фибринолиза до и после дозированной манжеточной пробы. Статистический анализ результатов проведен с использованием параметрических методов описательной статистики, достоверность различий между сравниваемыми группами оценивалась по критерию Стьюдента. Тромбин в кровотоке больных нейтрализуется при его соединении с тромбомодулином, содержание которого при АГ было повышено до 2,4±0,1 нг/мл. После пробы с венозной окклюзией его концентрация возросла как у больных АГ до 3,2±0,1 нг/мл, $p < 0,05$, так и в группе сравнения. Активированный комплекс тромбин-тромбомодулин повышает активность протеина С, у больных АГ до 1,8±0,04 г/л, $p < 0,01$ после пробы по сравнению с показателем до нее, что свидетельствовало о высоком уровне антитромботической реакции. Это подтверждалось и ускорением XIIa-зависимого фибринолиза после стресс-индуцированного воздействия на сосудистую стенку. Время лизиса сгустка ускорялось до 7±0,3 мин., $p < 0,01$. Установлено снижение активности АТ III до 92,1±0,5% по сравнению с контролем (96,2±0,6%), $p < 0,001$. Веноокклюзионная проба у здоровых лиц укорачивала время фибринолиза до 6±0,3 мин, при АГ эффект был минимальным — 14,6±1,2 мин из-за снижения синтеза ТАП. Любая антитромбоцитарная, антикоагулянтная и тромболитическая терапия не должна вызывать снижения концентрации антитромботических факторов, ее необходимо оценивать в динамике с целью своевременного выявления возможных осложнений.

Особенности показателей электрокардиографии у больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки

Горячева А.А., Коваленко Т.В., Барсуков А.В.

*Смоленская государственная медицинская академия,
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Смоленск,
Санкт-Петербург*

Цель исследования: оценить особенности показателей электрокардиографии (ЭКГ) у больных язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и 12-перстной кишки (ЯБДПК) в период обострения. Материал и методы. В исследование включены 53 больных ЯБЖ и ЯБДПК в фазе обострения, средний возраст 32,4±0,8 года. Диагноз ЯБ подтверждали эндоскопически, средний диаметр язвенных дефектов составил 0,6±0,03 см. Во всех случаях регистрировалась обсемененность *Helicobacter pylori*. Показатели ЭКГ у лиц с ЯБЖ и ЯБДПК оценивали стандартно по общепринятой методике с использованием автоматизированного диагностического комплекса КАД-03. Оценивали: число сердечных сокращений (ЧСС), ритм, положение электрической оси сердца (ЭОС), атрио-вентрикулярную проводимость (интервал PQ), наличие повышения электрической активности правого предсердия или левого желудочка, изменения конечной части желудочкового комплекса. В исследование не включали больных с исходно выраженными изменениями на

стандартной ЭКГ: полными блокадами ножек пучка Гиса, рубцовыми и ишемическими изменениями миокарда, гипертрофией левого желудочка с перегрузкой и другими изменениями, влияющими на процесс реполяризации; нарушениями ритма сердца, нарушениями СА и АВ-проводимости.

Результаты. По данным стандартной ЭКГ, проведенной до начала терапии, синусовый ритм регистрировали у 92% обследованных, у 8% выявили миграцию водителя ритма по предсердиям. Средняя ЧСС составила 67,3±0,82 в 1 мин. Нормальное положение ЭОС выявлено у 34% больных; вертикальное положение ЭОС — у 53%; горизонтальное — у 13% пациентов. Среднее значение интервала PQ составило 0,14±0,06 с. Неполную блокаду правой ножки пучка Гиса регистрировали у 42% пациентов, повышение электрической активности правого предсердия — у 28%, повышение электрической активности левого желудочка — у 19% больных; ЭКГ-признаки ваготонии регистрировали у 32%. Синдром ранней реполяризации желудочков выявили у 38%.

Выводы. Таким образом, ЯБЖ и ЯБДПК в период обострения характеризуется изменениями стандартной ЭКГ, среди которых преобладают Неполная блокада правой ножки пучка Гиса, синдром ранней реполяризации желудочков и признаки ваготонии.

Диагностическое значение определения содержания церулоплазмينا в ротовой жидкости при инфаркте миокарда

Горячева О.Г., Терехина Н.А., Зубарев М.А.

*Пермская государственная медицинская академия
им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь*

Дисфункция эндотелия, нарушение систолической и диастолической функции сердца при инфаркте миокарда связаны с воспалительным процессом. Для практического здравоохранения имеет важное значение диагностика окончания резорбционно-некротического и острого воспалительного синдрома при инфаркте миокарда (ИМ). Тяжесть клинического течения и исход ИМ во многом определяются не только размерами зоны инфаркта, но и особенностями течения воспалительных процессов непосредственно в зоне повреждения. Белок острой фазы церулоплазмин осуществляет функцию «перехватчика» супероксидных радикалов, являясь главным антиоксидантом плазмы крови. Известно, что содержание церулоплазмينا увеличивается в крови больных острым ИМ. Цель исследования: изучить содержание церулоплазмينا (ЦП) в плазме крови и ротовой жидкости (РЖ) больных инфарктом миокарда для разработки способа диагностики окончания процесса острого воспаления в зоне некроза. В плазме крови и ротовой жидкости 55 больных Q-инфарктом миокарда на 1, 3 и 14—17 сутки заболевания определялось содержание ЦП по методу Камышников В.С. (2003). В плазме крови здоровых людей содержание ЦП в 5 раз выше, чем в РЖ. При ИМ содержание ЦП увеличивается уже на первый день заболевания в 1,5 раза в обеих биологических жидкостях. На третий день заболевания содержание ЦП в плазме крови и РЖ увеличивается еще значительно. К выписке больного из стационара на 14—16 сутки после перенесенного ИМ содержание ЦП остается повышенным у 60% пациентов, что свидетельствует о сохраняющейся активности воспалительного процесса в зоне некроза, а как следствие — повышенного риска осложнений инфаркта, зависящих от стабильности зоны рубцевания. Нами разработан неинвазивный способ диагностики окончания процесса воспаления

в зоне некроза при ИМ, заключающийся в том, что в РЖ больного на 14 сутки заболевания определяют содержание ЦП и при его значении меньше 106 мг/л диагностируют завершенность воспаления в зоне некроза. Выявленная закономерность подтверждает правомочность изучения ЦП в подостром периоде ИМ, как маркера завершенности воспалительного процесса и эффективной реабилитации пациента на госпитальном этапе. Нормальное содержание ЦП в РЖ свидетельствует о завершенности воспалительного процесса в зоне некроза при ИМ, что также подтверждено данными ЭКГ-исследования при выписке из стационара. Выявленное повышенное содержание ЦП в РЖ свидетельствует о незавершенности процесса асептического воспаления зоны некроза. Желательно дополнительное наблюдение за этими пациентами еще некоторое время до нормализации содержания ЦП. При анализе значений ЦП плазмы крови на 14–16 сутки ИМ в зависимости от наличия двухлетнего катамнеза по острому коронарному синдрому (ОКС), выявлены достоверные изменения в группе больных, перенесших ОКС в течение 2 лет после ИМ по сравнению с группой пациентов без ОКС в катамнезе. Так, в группе больных с ОКС в катамнезе значение ЦП плазмы было достоверно выше, чем у пациентов без ОКС в катамнезе. Это позволило прийти к заключению, что ЦП плазмы крови является прогностически значимым маркером возникновения повторных ОКС в течение ближайших двух лет у пациентов, перенесших ИМ.

Суточный профиль артериального давления у молодых лиц с наследственной отягощенностью по артериальной гипертензии

Гребенкина И.А., Маянская С.Д., Попова А.А., Березикова Е.Н., Яковлева Н.Ф.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Роль наследственной предрасположенности к артериальной гипертензии (АГ) на сегодняшний день не вызывает сомнений. Показано, что наибольшее генетическое влияние на артериальное давление (АД) проявляется во время сна. При этом выявление патологического профиля АД актуально, так как оно часто ассоциировано с поражением органов-мишеней.

Цель исследования: выявить особенности суточного профиля АД у молодых лиц с нормальным и высоким нормальным АД, имеющих наследственную отягощенность (НО) по АГ.

Материалы и методы. В исследование включены 57 пациентов (средний возраст — $23,58 \pm 1,58$ года) с НО по АГ. Из них у 22 отмечалось высокое нормальное АД (17 женщин и 6 мужчин) — группа ВНАД; у 35 — нормальное АД (28 женщин и 7 мужчин) — группа НАД. Группу контроля составили 24 человека (18 женщин и 6 мужчин), средний возраст — $23,91 \pm 2,91$ года. Исследуемым трехкратно измеряли офисное АД, проводили суточного мониторинга АД автоматическим аппаратом ВРLab («П. Телегин», Нижний Новгород). Степень ночного снижения (СНС) АД рассчитывали как разницу между средними величинами систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД), отнесенную к средним дневным величинам САД и ДАД. Результаты. В группе НАД среднесуточное САД и ДАД достоверно превышало (на 2,92 мм рт.ст. и на 3,2 мм рт.ст. соответственно) аналогичные показатели в контрольной группе ($p=0,00001$). По СНС САД в группе ВНАД дипперов было 50%, нон-дипперов — 41%, овер-дипперов — 9% исследуемых лиц. В группе НАД дипперы составили 62,8%, нон-дипперы — 31,4% пациентов. По СНС ДАД в группе ВНАД

дипперов было 72,7%, нон-дипперов и овер-дипперов — по 13,6% лиц. В группе НАД у 54,3% пациентов регистрировался патологический тип суточного профиля ДАД (овер-дипперы составили 31,4%, нон-дипперы — 22,8% лиц, что в 1,5 и в 1,8 раза, соответственно, было больше, чем в контроле). В группе ВНАД выявлено позитивное влияние возраста на СНС САД ($\eta^2=0,4$, $p<0,05$) и на СНС ДАД ($\eta^2=0,39$, $p<0,05$).

Вывод. Таким образом, у нормотоников с НО по АГ регистрировались более высокие цифры АД, чаще имелся патологический суточный профиль САД и ДАД, предшествующий клиническим проявлениям АГ, что предрасполагает большую вероятность поражения органов-мишеней и более высокий риск осложнений АГ.

Уровень субъективного контроля при ревматических заболеваниях

Грехов Р.А., Сулейманова Г.П., Харченко С.А., Измайлова М.А., Мякишев М.В., Черкесова Е.Г., Зборовский А.Б.

Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии, Волгоград

Цель исследования: сравнительное изучение уровня субъективного контроля (УСК) у больных некоторыми ревматическими заболеваниями (РЗ). УСК (или локус контроля) — свойство личности, приписывающее результаты своей деятельности внутренним (интернальность) либо внешним (экстернальность) факторам.

Материалы и методы. При психологическом обследовании 87 больных системной красной волчанкой (СКВ), 54 больных системной склеродермией (ССД), 62 больных анкилозирующим спондилоартритом (АС), 100 больных фибромиалгией (ФМ), 56 больных остеоартрозом (ОА) использовался опросник УСК (Бажин Е.Ф. и соавт., 1984).

Результаты. У больных СКВ, ССД, АС, ОА были выявлены низкие показатели УСК по шкалам общей интернальности, интернальности в области неудач, производственных отношений и здоровья. Более высокие значения УСК у больных СКВ, ССД, АС, ОА были зарегистрированы по шкалам интернальности в области семейных, межличностных отношений, что может свидетельствовать об ориентации пациентов на позитивные достижения, возможно компенсационного характера, в этих сферах личностно-средового взаимодействия. Исключение составили больные ФМ, у которых эти показатели оставались низкими.

Обсуждение. Таким образом, для больных РЗ характерна тенденция к формированию внешнего локуса контроля. Они обнаруживают наибольшую чувствительность к негативным средовым воздействиям в сферах общей интернальности, неудач, производственных отношений, здоровья. Это отражает сниженную способность преодолевать жизненные трудности, склонность к переносу ответственности за происходящие с ними негативные события на других людей (прежде всего на врачей). Внешний локус контроля усиливает ощущение беспомощности, характерное для пациентов с РЗ. Эта психологическая черта также может быть причиной низкого комплаенса — несоблюдения пациентом назначенного курса лечения.

Выводы. Хотя медикаментозная терапия, безусловно, является основным компонентом лечения РЗ, больные требуют значительно большего. Должно быть общепризнано большое значение оценки психологического состояния пациентов. Для успешного лечения больных РЗ необходимо активное вовлечение пациентов в процесс терапии, а также изменение их установок и образа жизни.

Нарушения коронарного кровообращения и электрической нестабильности сердца у пациентов с ИБС, ассоциированной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Гриценгер В.Р., Губанова Г.В., Потапова М.В.

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

Цель: по результатам суточного мониторирования ЭКГ оценить состояние коронарного кровообращения и электрической стабильности сердца у больных ишемической болезнью сердца, сочетающейся с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ). Материалы и методы. В кардиологическом отделении комплексно обследованы 152 пациента в возрасте 55—65 лет, со стенокардией напряжения II—III ФК (СтСН), сочетавшейся с катаральной и эрозивной формой ГЭРБ.

Результаты. Для пациентов с сочетанной патологией была характерна значительно большая, чем в группе сравнения суммарная длительность как болевой (БИМ), так и безболевой ишемии миокарда (ББИМ), особенно при эрозивной форме патологии пищевода. При этом длительность ББИМ ночью возрастала в 4—5 раз больше чем днем. Увеличение времени суммарной суточной ишемии миокарда (ИМ) у этих пациентов происходило за счет значительного увеличения у них количества эпизодов ИМ и их длительности, степень которого прямо зависела от функционального класса стенокардии и выраженности морфологических изменений пищевода. Ассоциация ИБС с патологией пищевода сопровождалась также смещением суммарной частоты эпизодов ИМ (как болевой, так и безболевой) на вечернее и ночное время, особенно у лиц с эрозивной формой ГЭРБ. Наличие у больных ИБС патологии пищевода ассоциируется с достоверным увеличением у них (по отношению к «изолированной» ИБС) суточного количества экстрасистол, и прежде всего в ночное время, особенно при эрозивной ГЭРБ. При этом частота экстрасистол, совпавших с изжогой, в дневное время составила 41—65% случаев.

Выводы. Наличие ГЭРБ у больных со СтСН II—III ФК ассоциируется с более глубокими нарушениями коронарного кровообращения и электрической нестабильности миокарда.

Возможности лечения стабильной стенокардии у пациентов пожилого возраста с хронической обструктивной болезнью легких

Грозева Я.В., Королев Д.И., Ушакова С.Е., Глик М.В.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Цель исследования: сравнить антиангинальный эффект БАБ и ивабрадина, достижение целевой частоты сердечных сокращений (ЧСС) 55—60 уд/мин у пациентов пожилого и старческого возраста со стабильной стенокардией и ХОБЛ.

Материал и методы. Обследовано 57 больных со стабильной стенокардией II—III ф.к., в возрасте от 60 до 85 лет (средний возраст — 72,8±5,5 года, 67% составили женщины, 33% — мужчины). Среди них ХОБЛ средней степени тяжести встречалась у 50,8% человек. Все пациенты получали антиагреганты, статины, нитраты и/или антагонисты кальция, гипотензивную терапию и препараты для лечения сопутствующей патологии. 1 группе (13 человек) назначался ивабрадин. 2 группе (16 человек) при недостижении целевой ЧСС

через 14 дней к ивабрадину добавляли БАБ в малых дозах. Группы контроля составили 28 пациентов без ХОБЛ, которым в схему антиангинальной терапии включили БАБ. Оценены результаты через 14 дней и через 1 месяц лечения.

Полученные результаты. За 14 дней достигли целевой ЧСС на средней дозе ивабрадина 9,5±2,3 мг в сут у 46% пациентов 1 группы и у 68% пациентов группы контроля на средней дозе бисопролола 5,2±2,5 мг в сут. Это позволило снизить среднее значение стенокардитических болей в неделю до 4,3±1,2 до 1,4±0,8 приступов ($p<0,05$) у пациентов 1 группы и с 5,0±2,2 до 1,75±1,0 приступов ($p<0,05$) в группе контроля. Через 1 мес. лечения 61,5% человек 1 группы достигли целевой ЧСС на средней дозе ивабрадина 11,2±1,2 мг в сут и 88% пациентов 2 группы на средней дозе бисопролола 7,9±2,5 мг в сут. Среднее значение стенокардитических болей в неделю у пациентов 1 группы и группы контроля достоверно не отличалось (2,7±1,6 и 2,7±0,8 приступов). Наблюдалось сокращение количества принимаемого нитроглицерина у пациентов 1 группы с 4±5,2 до 1,6±0,7 ($p<0,05$) и с 3,9±5,1 до 1,5±0,6 таблетки в неделю ($p=0,05$) у пациентов группы контроля. Все пациенты 2 группы, принимавшие сочетание ивабрадина и БАБ в средней дозе ивабрадина 13,5±1,4 мг в сут и бисопролола 2,8±0,9 мг в сут, через 1 мес. лечения достигли целевой ЧСС. У них среднее значение стенокардитических болей в неделю снизилось с 5,0±1,9 до 3,1±1,2 приступов ($p<0,05$), сократилось количество принимаемого нитроглицерина с 4,3±2,3 до 3,1±1,2 таблетки в неделю ($p=0,05$). Вывод: Назначение ивабрадина является альтернативной антиангинальной терапией у пожилых, когда БАБ противопоказаны, что позволяет достичь целевой ЧСС, полного антиангинального эффекта и снизить количество принимаемого нитроглицерина.

Микроэмболический синдром у больных с фибрилляцией предсердий неклапанной этиологии

Гронтковская А.В., Аминева Н.В., Боровков Н.Н., Журнова Е.В.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород

Цель: оценить выраженность микроэмболического синдрома (МЭС) у больных с фибрилляцией предсердий (ФП) неклапанной этиологии.

Материалы и методы. Обследованы 87 пациентов с ФП неклапанной этиологии в возрасте от 34 до 75 лет [52 [48; 56] года). У большинства больных была диагностирована ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия. Пароксизмальная форма ФП выявлена у 16 больных, персистирующая – в 26 случаях, постоянная форма ФП диагностирована у 45 пациентов. Обследование пациентов осуществлялось согласно рекомендациям экспертов Американской коллегии кардиологов, Американской ассоциации сердца и Европейского общества кардиологов по ведению больных с ФП (2006). Кроме того, всем пациентам были проведены ультразвуковая доплерография (УЗДГ) экстра- и интракраниальных сосудов, УЗДГ-мониторирование средних мозговых артерий в течение часа и дуплексное сканирование (ДС) магистральных артерий головы. Контрольную группу составили 34 аналогичных больных с синусовым ритмом (СР).

Результаты. При проведении УЗДГ и ДС признаки атеросклеротического поражения сонных артерий были зарегистрированы у 44 пациентов. В большинстве случаев выявлялись гемодинамически незначимые стенозы каротидных сосудов с наличием плотных гомогенных

атеросклеротических бляшек. При проведении ДС поврежденных атеросклеротических бляшек, являющихся факторами высокого риска церебральной эмболии, выявлено не было. При проведении УЗДГ— мониторинга спонтанная микроэмболия в средние мозговые артерии была зарегистрирована у 80 пациентов с ФП (92%). Сравнительный анализ показателей МЭС в группах больных с ФП и синусовым ритмом показал, что у пациентов с аритмией средняя частота зарегистрированных микроэмболов статистически значительно превышает значение аналогичного показателя в группе обследованных с СР – соответственно 10 [4; 20] против 3 [1; 12] в час ($p=0,009$). При сопоставлении параметров МЭС у пациентов с различными формами ФП существенных различий по исследуемым показателям выявлено не было.

Выводы. 1. Применение транскраниального доплеровского мониторинга средних мозговых артерий позволяет установить высокую частоту (92%) церебральной микроэмболии у больных с ФП. 2. Полученные данные подтверждают необходимость лечения антикоагулянтами больных с любой формой ФП.

Антитела к модифицированному цитруллинированному виментину в дифференциальной диагностике суставного синдрома

Грунина Е.А., Гусева Г.Ю.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород

Введение/Цель. Изучить диагностическую значимость уровня антител к модифицированному цитруллинированному виментину (АМЦВ) в группе дифференциально-диагностических суставных больных. Изучить связь АМЦВ с показателями резохинового теста, с-реактивного белка (СРБ), ревматоидного фактора (РФ).

Материал и методы. 141 больной с суставным синдромом, у которых проводился дифференциальный диагноз с ревматоидным артритом (РА) на амбулаторном и стационарном этапе, 23 мужчины и 118 женщин. Из 67 стационарных больных у 20 оказался достоверный РА, у 9 — вероятный РА, у 9 — артрит неуточненный, у 29 — другие ревматологические заболевания. Исследовали АМЦВ методом ИФА (Orgentec), РФ, СРБ, резохинсвязывающие соединения (РСС) и нерастворимые белки сыворотки крови (НБСК).

Результаты/обсуждение. Среднее значение АМЦВ в группах составило 9,2; 29,9; 11,6; 151,5 ед/мл при SD 22,6; 66,4; 25,7; 272,9 соответственно. Однофакторный дисперсионный анализ выявил достоверные различия между группами ($F=3,9$; $p=0,14$). АМЦВ положительно коррелировал с уровнем НБСК ($r=0,34$; $p=0,0016$) и отрицательно — с РСС ($r=-0,32$; $p=0,0029$).

Выводы/заключение. Уровень АМЦВ при РА достоверно выше, чем при других заболеваниях. АМЦВ находится в прямой связи с уровнем НБСК и в обратной — с РСС. Очень высокий уровень АМЦВ предположительно связан с тяжелыми системными проявлениями РА.

Выживаемость больных ревматоидным артритом за 15 лет

Грунина Е.А.

Нижегородская медицинская академия, Нижний Новгород

Цель: изучить смертность и ее причины у больных ревматоидным артритом в сравнении с группой контроля.

Материалы и методы. Сравнивали 2 группы больных, которые были госпитализированы в городскую больницу в 1990 г. В I группу вошли 134 больных достоверным ревматоидным артритом (РА) по критериям ACR 1987, клинически — без ишемической болезни сердца (ИБС), соотношение мужчин и женщин составило 21/113, средний возраст — 48,0, стандартное отклонение (СО) 13,2. Во II группу вошли 161 больной другими заболеваниями, не страдавшими РА и ИБС (пневмония, пептическая язва желудка, бронхит, артериальная гипертензия), соотношение мужчин и женщин — 38/123, средний возраст — 47,7, СО — 14,0. Судьба больных прослежена до июня 2006 г. или летального исхода.

Результаты. В группе РА умерли 43 больных (32%), а в группе контроля — 33 (20,5%). Выживаемость больных РА оказалась ниже, чем больных группы контроля (критерий Гехана-Вилкоксона = -2,3, $p=0,02$). Выживание больных РА зависело от возраста и не зависело от пола. Основными причинами смерти больных РА были сердечно-сосудистые заболевания (14 человек), онкологические заболевания (6) и инфекции (4), а в группе контроля — сердечно-сосудистые заболевания (13), онкологические (11) и насилие (3). В группе РА не было случаев насильственной смерти. Были построены кривые Каплана—Мейера.

Выводы. Общая выживаемость больных РА снижена по сравнению с группой контроля. Частота сердечно-сосудистых заболеваний и серьезных инфекций как причин смерти в группе РА повышена, по сравнению с группой контроля. Survival of RA patients is less than control patients (Gehan's Wilcoxon Test $WW = -2325$, $Sum = 4034E3$ $Var = 1011E3$, $Test\ statistic = -2,31169$ $p = 0,02$). Survival of RA patients depends on age and does not depend on sex. 43 patients (32%) died in RA group and 33 (20,5%) in the control group. The main causes of death in RA group were heart and vessels diseases (14 patients), cancer (6) and infections (4), and in control group there were heart and vessels diseases (13) cancer (11) and death through violence (3). No violent death cases were found in RA group. Survival of RA patients is less than control patients. Structure of death causes is different in RA and control group. Survival of RA patients is less than control patients (Gehan's Wilcoxon Test $statistic = -2,31169$ $p = 0,02$). 43 patients (32%) died in RA group and 33 (20,5%) in the control group. The main causes of death in RA group were heart and vessels diseases (14 patients), cancer (6) and infections (4), and in control group there were heart and vessels diseases (13), cancer (11) and death through violence (3).

Бетаксолол и острое ремоделирование миокарда под влиянием прозерина в эксперименте

Губская П.М., Рубанова М. П., Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Бондаренко В.С.

Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого. Институт медицинского образования, Великий Новгород

Цель исследования: исследовать структурные изменения миокарда левого и правого желудочков сердца крыс линии Вистар под влиянием прозерина.

Материал и методы исследования. Экспериментальное исследование проводилось на 10 крысах-самцах линии Вистар. В I серии эксперимента крысам однократно интраперитонеально вводился прозерин из расчета 20 мкг/кг, во II серии одновременно

интраперитонеально вводился прозерин и бетаксол (в дозах 20мг/кг и 0,4мг/кг соответственно). Через 2 часа после введения препаратов в обеих сериях под эфирным наркозом проводилась декапитация и забор материала на исследование. Контрольную серию составили крысы, содержащиеся в обычных условиях без медикаментозных и стрессовых воздействий. Морфометрия миокарда левого желудочка (ЛЖ) и правого желудочка (ПЖ) проводилась с помощью сетки Г.Г. Автандилова (1990), оценивалась плотность (в объемных процентах, об.%) кардиомиоцитов, коллагена, сосудов и объема внеклеточного пространства (ВКП). Статистическая обработка проводилась с использованием компьютерных программ «Биостат» и Statistic 6,0. Результаты исследования показали, что при одновременном введении прозерина и бетаксола отмечено увеличение плотности КМЦ в ЛЖ с $77,25 \pm 1,43$ об.% в контроле до $82,38 \pm 1,82$ об.% ($p < 0,05$), в то время как после введения только прозерина через 2 часа плотность КМЦ в миокарде ЛЖ снижалась (с $77,25 \pm 1,43$ об.% в контроле до $69,88 \pm 1,46$ об.%, $p < 0,05$). В ПЖ при одновременном введении прозерина и бетаксола плотность КМЦ (в об.%) достоверно увеличивается с $78,56 \pm 1,06$ об.% в контроле до $83,12 \pm 1,35$ об.%, ($p < 0,05$), а при введении только прозерина плотность КМЦ достоверно уменьшилась с $78,56 \pm 1,06$ об.% в контроле до $59,64 \pm 2,30$ об.%, $p < 0,05$. Увеличение плотности КМЦ при одновременном введении прозерина и бетаксола, скорее всего, связано с отеком КМЦ. Плотность коллагена в ЛЖ во II серии была сопоставима с контрольной серией ($8,12 \pm 1,32$ об.% и $8,27 \pm 0,67$ об.% соответственно, $p = 0,911$), в то время как в I серии эксперимента через 2 часа отмечалось значительное увеличение плотности коллагена (с $8,27 \pm 0,67$ об.% до $17,39 \pm 0,99$ об.% через 2 часа после введения прозерина, $p = 0,001$). В ПЖ плотность коллагена во II серии также была сопоставима с контролем ($4,54 \pm 0,38$ об.% и $5,07 \pm 0,51$ об.% соответственно, $p = 0,407$). Достоверных изменений объема ВКП в миокарде ЛЖ по сравнению с контролем не выявлено ни при введении прозерина, ни при совместном введении прозерина с бетаксолом ($9,5 \pm 0,8$ об.%; $8,72 \pm 0,06$ об.%; $7,99 \pm 0,86$ об.% соответственно, $p > 0,05$). В ПЖ отек внеклеточного пространства был отмечен как под влиянием прозерина (с $6,58 \pm 0,64$ об.% в контроле до $14,78 \pm 0,97$ об.%, $p < 0,05$), так и через 2 часа после одновременного введения прозерина и бетаксола, но в меньшей степени (до $10,98 \pm 1,25$ об.%, $p < 0,05$). Таким образом, введение бетаксола при холинергическом варианте острого стресса приводит к различным морфологическим изменениям в ЛЖ и ПЖ, причем изменения в ПЖ более выражены. Обращает на себя внимание способность бетаксола предотвращать развитие отека коллагена в обоих желудочках.

К вопросу легочной гипертензии у больных с системными заболеваниями соединительной ткани

Гулиева Г.И.

Краевая клиническая больница, ревматологическое отделение, Ставрополь

Частота встречаемости легочной гипертензии (ЛГ) при системных заболеваниях (СЗ), по данным литературы, варьируется от 30 до 60%. Клинические проявления ЛГ не являются специфическими и ранними, что затрудняет ее диагностику, определяющую прогноз жизни пациентов (п).

Цель: выявление особенностей развития ЛГ при СЗ.

Задачи: установить диагностические маркеры ЛГ с использованием клинических методов обследования.

Материалы и методы. Под клиническим наблюдением с 2003 г. находились 78 женщин с системной красной волчанкой (СКВ), средний возраст — $31,6 \pm 4,1$ года и 48 — с системной склеродермией (ССД), средний возраст — $47,5 \pm 3,7$ года. Контрольная группа — 26 женщин, средний возраст — $44,8 \pm 1,2$ года. Проводилось общеклиническое обследование, определение С-реактивного белка (СРБ), ревматоидного фактора (РФ), антинуклеарного фактора (АНФ), антител к двуспиральной ДНК, АТ к Sm антигену, реакции Вассермана, волчаночного антикоагулянта (ВА), АТ к кардиолипину (АТкК), АТ Scl-70, коагулограммы, ЭКГ, доплер-ЭхоКГ, рентгенография и КТ легких. Для верификации диагноза СЗ использовались критерии Американской ревматологической ассоциации.

Результаты. Острое течение СКВ — у 40%, подострое — у 38%, хроническое — у 22% п. Антифосфолипидный синдром (АФС) выявлен у 36%, синдром Рейно (СР) — у 10% п. с СКВ и у 83% п. с ССД. Хроническое течение ССД — у 76%, подострое — у 14% п. Лимитированная форма ССД с CREST- синдромом (кальциноз, СР, эзофагит, склеродактилия, телеангиэктазия) — у 60% п., диффузная ССД — у 40%. У больных СКВ с наличием АФС и СР жалобы на кашель, одышку предъявляли 34%, кровохарканье 6% п. Двусторонний плеврит выявлен у 60%, пневмонит — у 80%, геморрагический альвеолит — у 3,4%, рецидивирующий тромбоз легочной артерии — у 5% п. ЭхоКГ у 35% п. выявила гипертрофию левого предсердия и правого желудочка (толщина стенки более 6 см), дилатацию правых отделов сердца у 6% п. СДЛА у 71% п. при СКВ в среднем 27 ± 10 мм рт.ст. Прирост СДЛА через 3 года у 29% п. составил $46,5 \pm 5$ мм рт.ст. Расширение ствола легочной артерии по результатам рентгенографии выявлено у 24% п. ЛГ в 75% случаев была ассоциирована с АФС, уровень ВА превышал допустимые значения вдвое, АТкК у 30% п. в 3 раза. У больных ССД с наличием СР, жалобы на одышку, слабость, сухой кашель предъявляли 80% п. Адгезивный плеврит выявлен у 10%, базальный пневмосклероз — у 28%, пневмосклероз по типу «медовых сот» у 25% и диффузный пневмосклероз у 5% п. Симптом «матового стекла» обнаружен на КТ легких у 10% п. ЭхоКГ выявила гипертрофию левых отделов сердца у 80% п., правых — у 45%. В первые годы заболевания фракция выброса (ФВ) в среднем составляла $62 \pm 2,3\%$, систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) — $25 \pm 2,94$ мм рт.ст. Прирост СДЛА через 4 года у 20% п. составил в среднем $33 \pm 8,2$ мм рт.ст., нарушение систолической функции ЛЖ выявлено у 26% п., (ФВ $46 \pm 3,8\%$). У больных с CREST- синдромом в отличие от пациентов без CREST- синдрома толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки ЛЖ и ее изменение в систолу достоверно превышали аналогичные показатели у здоровых лиц в контрольной группе.

Выводы. Выявлена ассоциация ЛГ при СКВ с АФС. Клиническая симптоматика появляется на поздних этапах заболевания и дает возможность предположить ее наличие. ЛГ при ССД встречается при хроническом течении и сопряжена с наличием синдрома Рейно, что возможно объясняет роль вазоспазма в патогенезе «легочного синдрома Рейно». Установлена достаточно большая частота встречаемости ЛГ у пациентов с системными заболеваниями. Маркером диагностики ЛГ, помимо клинических проявления, может служить динамическая доплер-ЭхоКГ.

Качество жизни больных ревматоидным артритом и остеоартритом крупных суставов

Гульнева М.Ю., Носков С.М.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

Цель исследования: изучение качества жизни больных ревматоидным артритом и остеоартритом крупных суставов.

Материалы и методы. Проведено обследование 42 больных ревматоидным артритом (РА), 58 больных остеоартритом (ОА) и 32 условно здоровых лиц, составивших группу сравнения. Диагноз РА и ОА устанавливали согласно критериям, принятым в ревматологии. У больных РА была установлена II и III степень активности, серопозитивная форма РА, II (23,8 %) и III рентгенологические (76,2 % больных) стадии поражения суставов. Больные имели II степень функциональной недостаточности суставов (III функциональный класс). Длительность заболевания составила $9,45 \pm 6,29$ года. Обследованы больные ОА с моно- или олигоартикулярным поражением, 2—3 стадией остеоартрита, стажем заболевания более 5 лет. Преобладало поражение коленных (37 больных) и тазобедренных суставов (21 больной). Исследование качества жизни и психологического статуса проведено с помощью опросника Medical Outcomes Study-Short Form 36 (MOS-SF-36). Для вычисления основных показателей по опроснику SF-36 использовали инструкцию, подготовленную компанией Эвиденс. Результаты представлены в виде оценок в баллах.

Результаты. У больных РА и ОА наблюдалось существенное изменение показателей по шкалам опросника SF-36, характеризующим качество жизни больных, которое проявлялось достоверное снижение показателей по шкалам, отражающим физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование ($p < 0,01$). При этом у больных РА в большей мере, чем у больных ОА, страдало социальное функционирование, показатели были, соответственно, $48,33 \pm 17,59$ и $62,50 \pm 18,29$ балла ($p > 0,05$). Общие показатели свидетельствовали о существенном снижении физического компонента здоровья у больных РА и ОА. При этом психологический компонент здоровья страдал менее значительно и существенно не отличался от значений, полученных у лиц группы сравнения (соответственно $57,64 \pm 23,17$, $81,23 \pm 11,66$ и $70,61 \pm 21,99$ балла). Таким образом, у больных РА и ОА установлено снижение физического компонента здоровья, которое свидетельствует о том, что активность пациентов значительно ограничивается состоянием их здоровья, снижаются социальные контакты в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

Клеточный состав крови у лиц с пролапсом митрального клапана и его особенности в зависимости от наличия вегетативной дисфункции

Гурмач М.А., Чижов П.А., Лапшина Л.Г.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

Пролапс митрального клапана (ПМК) — одна из наиболее распространенных форм дисплазии соединительной ткани (ДСТ) сердца. Частым проявлением ПМК является вегетативная дисфункция, которая считается отражением ДСТ нервной системы. Клетки крови также имеют мезенхимальное происхождение, в связи с чем можно предполагать наличие их изменений у лиц с ПМК.

Цель работы: изучение клеточного состава крови у лиц с ПМК и его особенности в зависимости от наличия вегетативной дисфункции. Материалы и методы. Обследованы 122 человека (117 девушек, 56 юношей) в возрасте $23 \pm 2,5$ года с ПМК. Контрольную группу составил 51 человек аналогичного возраста без ДСТ сердца. Всем обследованным проведен общий анализ крови. Для выявления

наличия синдрома вегетативной дисфункции (СВД) использовали опросник (заполняется пациентом, ОВ) и схему (заполняется врачом, СВ) А.Д. Соловьевой. При статистическом анализе вычисляли средние величины и стандартное отклонение, достоверность различий ($p < 0,05$) определяли однофакторным дисперсионным анализом.

Результаты. Установлено, что у пациентов с ПМК достоверно меньше средний объем (МСV, в мкм³) эритроцитов ($77,2 \pm 8,1$ против $80,9 \pm 6,1$ в контрольной группе). Кроме того, выявлена тенденция к уменьшению числа тромбоцитов (ТЦ, $241 \pm 60,7 \times 10^9/л$) и их среднего объема (MPV, $8,9 \pm 0,7$ мкм³) по сравнению с лицами без ПМК (ТЦ — $258 \pm 42,5 \times 10^9/л$, MPV — $9,1 \pm 0,8$ мкм³). Анализ лейкоцитарной формулы показал, что у лиц с ПМК достоверно ниже абсолютное число палочкоядерных нейтрофилов (п/яН, $0,1 \pm 0,1 \times 10^9/л$) и эозинофилов (ЭО, $0,1 \pm 0,1 \times 10^9/л$) и достоверно выше абсолютное число лимфоцитов (ЛФ, $1,9 \pm 0,4 \times 10^9/л$) по сравнению с контрольной группой, где содержание п/яН составляло $0,2 \pm 0,1 \times 10^9/л$, ЭО $0,19 \pm 0,2 \times 10^9/л$, ЛФ $1,6 \pm 0,7 \times 10^9/л$. В группе с ПМК при наличии СВД по ОВ или СВ достоверно ниже число эритроцитов (ЭЦ, $4,5 \pm 0,06 \times 10^{12}/л$ и $4,4 \pm 0,08 \times 10^{12}/л$), гематокрит (Ht, $36,5 \pm 0,5\%$ и $36,1 \pm 0,8\%$), уровень гемоглобина ($133 \pm 1,9$ г/л и $131 \pm 2,6$ г/л) и число п/яН ($0,1 \pm 0,01 \times 10^9/л$ и $0,1 \pm 0,02 \times 10^9/л$) по сравнению с таковыми без СВД (ЭЦ — $4,9 \pm 0,2 \times 10^{12}/л$, гематокрит — $40,1 \pm 2,7\%$, гемоглобин — $147 \pm 9,5$ г/л, п/яН — $0,2 \pm 0,06 \times 10^9/л$).

Выводы. 1. У пациентов с ПМК достоверно выше абсолютное число ЛФ и ниже абсолютное число п/яН, ЭО, МCV и имеется тенденция к уменьшению числа ТЦ и MPV. 2. Наличие СВД у лиц с ПМК оказывает достоверное влияние на число ЭЦ и п/яН и уровень Ht и Hb. 3. Изменения клеточного состава крови у лиц с ПМК свидетельствуют о системности поражения соединительной ткани у таких пациентов.

Факторы, определяющие показатели центрального аортального давления у нормотензивных лиц по данным суточного мониторирования сосудистой ригидности

Гусаковская Л.И., Матросова И.Б., Борисова Н.А., Томашевская Ю.А.

Медицинский институт Пензенского государственного университета, Пенза

Цель: установить корреляционные взаимосвязи среднесуточных показателей центрального аортального давления с возрастом, антропометрическими данными (рост, вес, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), отношение ОТ/ОБ), глюкозой и фракциями холестерина (ОХ) у нормотензивных лиц.

Методы исследования. В исследование включены 90 практически здоровых лиц (29 мужчин и 61 женщина) не предъявлявших жалоб, не имевших клинических признаков острых или хронических заболеваний. Обязательным условием был уровень офисного АД ниже 140 и 90 мм рт. ст., ЧСС 60 — 80 уд/мин, отсутствие систематического/регулярного приема препаратов. Средний возраст обследуемых составил 48 (33 ; 58) лет, уровень САД — $117,7$ ($110,2$; $123,3$) мм рт.ст.; ДАД — $73,4 \pm 6,1$ мм рт.ст., ЧСС — $73,1 \pm 7,3$ уд/мин. Среднесуточные значения центральной и периферической гемодинамики оценивали методом амбулаторного мониторирования АД прибором VpLab с анализом сосудистой ригидности программой Vasotens («Петр Телегин», Россия). Параметры центрального аортального давления (САДао, ПАДао, Аіхао) определяли на основании формы пульсации восходящей аорты, получаемой автоматически путем преобразования формы изменения давления в плечевой артерии. Для определения

корреляций применяли ранговый коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты. Выявлена достоверная взаимосвязь между возрастом и среднесуточными значениями САДао ($r=0,25$; $p<0,05$) и Аіхао ($r=0,62$; $p<0,01$), а также между ростом и Аіхао ($r=-0,58$; $p<0,01$). ИМТ коррелировал с уровнем САДао ($r=0,42$; $p<0,01$) и ПАДао ($r=0,40$; $p<0,01$). Была выявлена достоверная прямая взаимосвязь между весом и показателями САДао ($r=0,38$; $p<0,01$), ПАДао ($r=0,39$; $p<0,01$); обратная взаимосвязь — между весом и Аіхао ($r=-0,27$; $p<0,05$). Кроме того, ПАДао коррелировал с ОТ ($r=0,35$; $p<0,05$), а среднесуточный уровень САДао не только с ОТ ($r=0,51$; $p<0,01$), но и ОБ ($r=0,30$, $p<0,05$), отношением ОТ/ОБ ($r=0,44$, $p<0,01$). Среди показателей центральной аортальной пульсовой волны со значениями глюкозы в венозной плазме натощак достоверно коррелировало ПАДао ($r=0,60$, $p<0,05$) и с уровнем триглицеридов (ТГ) — САДао ($R=0,61$, $p<0,05$). Взаимосвязь аортальной ригидности с другими фракциями ОХ не достигла статистической достоверности.

Выводы. У нормотензивных лиц суточные характеристики центрального аортального давления коррелировали с возрастом, антропометрическими характеристиками, а также с концентрацией глюкозы крови и уровнем ТГ.

Клиническая ценность суточных показателей центрального аортального давления у нормотензивных лиц, больных артериальной гипертонией и метаболическим синдромом

Гусаковская Л.И., Матросова И.Б., Сергацкая Н.В., Олейников В.Э.

Медицинский институт Пензенского государственного университета, Пенза

Цель: определение клинической ценности показателей центральной гемодинамики по данным суточного мониторирования артериального давления (АД) и сосудистой ригидности у нормотензивных лиц, больных артериальной гипертонией (АГ) и метаболическим синдромом (МС) в сочетании с АГ.

Методы исследования. В исследование включено 135 человек. Первую группу составили 50 практически здоровых лиц с нормальным уровнем АД, во вторую группу вошли 35 пациентов с АГ 1—2 степени, третью группу составили 50 больных МС в сочетании с АГ 1—2 степени. Для диагностики МС пользовались критериями ВНОК (2009). Пациенты сравниваемых групп не имели достоверных отличий по возрасту, полу, росту, а в группах 2 и 3 — по уровню офисного АД. Артериальную ригидность оценивали методом суточного мониторирования АД прибором VpLab с анализом осциллограмм программой Vasotens («Петр Телегин», Россия). Определяли среднесуточные показатели центрального аортального давления: САДао, ПАДао, индекс аугментации в аорте (Аіхао), скорость распространения пульсовой волны в аорте (PWVao).

Полученные Результаты. При сравнительном анализе установлены достоверные различия по центральному давлению между нормотензивными лицами и пациентами с АГ и МС. САДао в группе 1 составило 108 (100; 112) мм рт.ст., в группе 2 — 128,5 (124,5, 131) мм рт.ст., в группе 3 — 131,2±9,0 мм рт.ст. ($p1-2<0,05$, $p1-3<0,05$); ПАДао в группе 1 — 33 (30; 37) мм рт.ст., в группе 2 — 39 (36; 45) мм рт.ст., в группе 3 — 44,3±7,7 мм рт.ст. ($p1-2<0,05$, $p1-3<0,05$). У лиц с МС значения показателя были статистически значимо выше, чем у больных АГ ($p2-3<0,05$). Наблюдались различия по показателю Аіхао в

исследуемых группах: в группе 1 — 9,4±12,1%, в группе 2 — 18±17%, в группе 3 — 23 (4,5; 37) % ($p1-2<0,05$, $p1-3<0,05$). У больных АГ и МС отмечены достоверно более высокие показатели PWVao, чем у нормотензивных лиц, причем группа МС отличалась от пациентов с АГ значительным увеличением показателя: группа 1 — 6,4±0,7 м/с, группа 2 — 7,6±0,8 м/с группа 3 — 8,0 (7,7; 8,8) м/с ($p1-2<0,05$, $p1-3<0,05$, $p2-3<0,05$).

Выводы. У пациентов с АГ 1—2 степени и МС по всем характеристикам сосудистой ригидности, полученным методом суточного мониторирования АД, выявлено ухудшение структурно-функциональных свойств аорты по сравнению с нормотензивными лицами, причем у больных МС эти изменения были значительно более выражены, чем у лиц с АГ.

Биохимические «маркеры» острой ишемии миокарда

Гюнтер Н.А., Хайкин И.В., Розанов В.Е., Бондаренко А.В.

Клиническая больница № 123, Одинцово

Цель исследования: выявление объективных биохимических диагностических критериев посттравматических изменений миокарда.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 63 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой (ТСТ), преимущественно мужчины (68,3%), средний возраст которых составил 30,1±1,6 лет и у которых были выявлены ишемические повреждения миокарда. Унифицированными методами (анализаторы AxSYM фирмы Abbott, Selectra, Cobas Mira Plus и реактивов фирмы «Roche») проводили биохимические исследования крови, включая определение тропонинов (ТпI и ТпТ), активности ферментов: КФК и КФК-МВ, ЛДГ и ЛДГ1-2, АсАТ, ГФ, сБСЖК с одновременным мониторингом ЭКГ и ЭхоКГ.

Полученные результаты. Прежде всего (через 2—4 ч после травмы) в крови повышалось содержание МГ, ТпI, далее КФК и КФК-МВ (через 4—12 ч после травмы), АсАТ. В более поздние сроки (через 12—24 ч после травмы) существенно позже возрастала активность ЛДГ и ЛДГ1, а также ТпТ. Выявленная гиперферментемия может косвенно свидетельствовать о нарушениях, возникающих в плазматических мембранах кардиомиоцитов после ТСТ. По данным ЭхоКГ снижение сократительной способности являлось ранним проявлением острой ишемии миокарда острый период травматической болезни. Возникновение этих признаков ишемии миокарда по времени опережало появление изменений сегмента S-T на ЭКГ. Положительная предсказательная ценность локальных нарушений сократимости на ЭхоКГ у пострадавших с СТ была равной 79,5±1,5%, а отрицательная — составляла 80,5±2,5% ($p<0,01$). У пострадавших с ведущим повреждением груди и неспецифическими изменениями на ЭКГ, аномальная локальная сократимость при ЭхоКГ обнаруживается 90,5±2,5%, что было обусловлено наличием пневмогемоторакса, напряженной эмфиземы средостения.

Выводы. В острый период травматической болезни отмечено увеличение содержания в сыворотке крови МВ-КФК, ЛДГ1-2, сБСЖК, тропонинов Тп I, Тп Т, которое с высокой степенью достоверности коррелировало с данными ЭхоКГ и ЭКГ ($r_{xy}=+0,84±0,003$; $p<0,01$). Выводы. Сопоставления данных ЭКГ, ЭхоКГ и миокардиальных «маркеров» повышали эффективность диагностики острой ишемии миокарда до 92,5±2,5%.

Антиоксиданты в комплексной терапии острой послеоперационной печеночной недостаточности

Гюнтер Н.А., Розанов В.Е., Хайкин И.В.

Клиническая больница № 123, Одинцово

Цель исследования: изучение возможности снижения частоты осложнений и летальности у пострадавших с острой печеночной недостаточностью (ОПечН).

Материалы и методы. Исследования выполнены у 46 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой (ТСТ) в возрасте от 27 до 67 лет, у которых в послеоперационном периоде развилась ОПечН. Церулоплазмин вводили 29 пострадавшим (основанная группа) внутривенно капельно в дозе 500 мг в 400 мл 5% раствора глюкозы со скоростью 60 кап/мин. Длительность курса терапии составляла от 5 до 10 дней в зависимости от тяжести состояния пострадавших и динамики клинико-лабораторных показателей. Контрольную группу составили 17 пострадавших, которым были выполнены оперативные вмешательства, аналогичные таковым у пациентов основной группы. Больным контрольной группы проводилась послеоперационная интенсивная терапия с применением антиоксидантных средств (α -токоферол 400 мг/сут, аскорбиновая кислота 1 г/сут) без использования церулоплазмينا.

Полученные результаты. До операции и в ходе ее выполнения получены данные, свидетельствующие о развитии ОПечН (повышение АсАТ, АлАТ, коэффициента де Ритиса, ЛДГ5, ГФ-ЛЛ, ГлДГ, γ -ГТ). После начала курса церулоплазмина наступало уменьшение явлений постгипоксической ОПечН, причем особенно значительно снижалось содержание трансаминаз. К 5-7 суткам имела место постепенная практически полная нормализация всех биохимических показателей, включая уровень эндогенного церулоплазмينا.

Выводы. Применение церулоплазмينا в процессе хирургического лечения пострадавших с ОПечН, способствовало снижению послеоперационных осложнений на 15,8% и летальности на 10,9%.

Современные возможности выявления липогипертрофий у больных сахарным диабетом, получающим инсулинотерапию

Давиденко И.Ю., Волкова Н.И., Рудакова Ю.А.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Актуальность. На сегодняшний день в списке хронических осложнений сахарного диабета одно из ведущих мест занимают липогипертрофии (ЛГ). Как известно, ЛГ представляют собой структурные изменения подкожно-жировой клетчатки (ПЖК), возникающие у пациентов с сахарным диабетом (СД), получающих инсулинотерапию. Патогенез этого достаточно частого побочного эффекта до настоящего времени неизвестен. При этом ЛГ могут обнаруживаться в любом возрасте, при любой длительности инсулинотерапии, в любом месте, куда делается инъекция инсулина и быть любых размеров. Известно, что абсорбция инсулина из участков ЛГ происходит неконтролируемо, вследствие чего у пациентов возникают трудности с компенсацией углеводного обмена, что в свою очередь, приводит к развитию осложнений. Однако на сегодняшний день ввиду более высокого

качества современных инсулинов и повышения их концентрации стали возникать трудности в верификации патологически измененной ПЖК. Это связано с тем, что внешние проявления ЛГ сильно претерпели изменения и практически не видны невооруженным глазом.

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости ЛГ среди пациентов с СД, получающих инсулинотерапию.

Материалы и методы. В исследование включены 192 пациента с СД 1 и 2 типов, находившихся на лечении в Городском эндокринологическом центре, получавших инсулинотерапию, среди них 126 женщин и 66 мужчин, средний возраст — $46 \pm 5,9$ года, а стаж диабета — $10 \pm 2,7$ года. ЛГ определялись пальпаторно, а также на основании данных УЗИ ПЖК мест инъекций инсулина. Оценивалось состояние ПЖК в типичных для введения инсулина местах: параумбиликальная область с радиусом 2 см, латеральные поверхности бедер, плеч и области ягодиц.

Результаты. На основании пальпаторных данных ЛГ были обнаружены у 53 пациентов (27,7%), в то время как у 139 больных (72,3%) патологически измененных участков выявлено не было. После чего всем пациентам было проведено УЗИ ПЖК мест инъекций инсулина, по данным которого ЛГ были выявлены у 160 пациентов (83,2%), включая тех 45 больных с пальпаторными изменениями. Из них с СД 1 типа было 136 человек (71,7%), а с СД 2 типа — 56 больных (28,3%). При этом все пациенты находились на физиологическом (базисно-болюсном) режиме инсулинотерапии. Интересно, что чаще всего ЛГ встречались в параумбиликальной области — 98 пациентов (61%), также наиболее часто ЛГ обнаруживались одновременно в параумбиликальной области и латеральной поверхности бедер, либо в параумбиликальной области и латеральной поверхности плеч — 24 и 18 больных соответственно (15, 11%).

Вывод: 1. Ввиду более высокого качества современных инсулинов и повышения их концентрации ЛГ претерпели ряд изменений. Так пальпаторно ЛГ были выявлены у 27,7% пациентов, в то время как по данным УЗИ патологически измененная ПЖК встречалась у 83,2%. 2. Проблема ЛГ требует дальнейшего изучения с целью стратификации больных по риску развития ЛГ для дальнейшего углубленного обследования.

Возвращающиеся инфекции — современная проблема терапии

Даниелян Т.Ю., Годовалов А.П., Быкова Л.П.

Медико-санитарная часть, Пермь

В настоящее время на планете возникла проблема возвращающихся инфекций. Высока вероятность развития эпидемий давно побежденных болезней, например дифтерии. Существует мнение, что возвращение старых инфекций связано с изменением условий общественной жизни людей: массовой миграцией населения, увеличением транспортировки животных и продуктов животного происхождения и многим другим, что определяет жизнь современного общества. Необходимо отметить и отсутствие настороженности в отношении «старых» инфекций у современных врачей. Врачи терапевтических специальностей встречают пациентов разного профиля, и именно их задачей является сортировка пациентов с признаками инфекций и направление их к врачу-инфекционисту. Однако в настоящее время симптомы «старых» инфекций забыты, и внимания на них, как правило, не обращают. Все это ведет к нерациональному лечению пациента, развитию осложнений. Приводим описание клинического наблюдения. Пациентка В. обратилась к участковому

врачу-терапевту с жалобами на сухой, непродуктивный, надсадный и постоянный кашель. Пациентка отмечала слабость, недомогание, повышение температуры тела до 37—37,2°C. Участковый терапевт назначил общий анализ крови и флюорографию. После получения «хороших», как показалось участковому терапевту, результатов анализов пациентке была назначена симптоматическая терапия коротким курсом. Через полтора месяца подобного лечения кашель не прошел, пациентка не могла спать лежа (только в полусидячем положении), симптомы общей интоксикации нарастали, от постоянного, надсадного кашля появились межреберные боли, боли в передней брюшной стенке. При обращении в нашу клинику пациентке В. были назначены обзорная рентгенография грудной клетки, бактериологическое исследование отделяемого дыхательного тракта, серологическое исследование крови с целью поиска антител и антигенов инфекционных агентов. Рентгенологически выявлено расширение тени корней, усиление сосудистого рисунка. Уплотнения периферической ткани не выявлено. При бактериологическом исследовании отделяемого дыхательных путей обнаружены *Streptococcus pneumoniae* (2×10⁹ КОЕ/мл), *Staphylococcus aureus* (5×10³ КОЕ/мл) и *Enterococcus sp.* (10⁷ КОЕ/мл). При проведении серологического исследования обнаружены антитела класса М к токсину *Bordetella parapertusis* в титре 1:80. Подобный титр расценивается как диагностический. В итоге пациентке В. был поставлен диагноз паракоклюш, осложненный трахеобронхитом. После назначения соответствующего антибактериального лечения наблюдался полный регресс клинической картины. Таким образом, тщательный сбор анамнеза, полное клиническое обследование пациента, адекватная схема лабораторных исследований позволяют своевременно поставить правильный диагноз и, соответственно, вылечить пациента.

Оценка вероятности тромбоза легочной артерии на догоспитальном этапе

Даниленко И.М., Хусаинова Д.Ф., Соколова Л.А.

Станция скорой медицинской помощи им. В.Ф.Капиноса, Екатеринбург

Тромбоз легочной артерии (ТЭЛА) относится к числу частых неотложных состояний и остается важной медицинской проблемой, занимая третье место в структуре внезапной смерти. Актуальность проблемы ТЭЛА обусловлена трудностями ее своевременной диагностики.

Цель: оценить эффективность использования шкал вероятности ТЭЛА по G. Le Gal (жневская шкала), Roger & Wells (канадская шкала) на догоспитальном этапе скорой медицинской помощи (СМП).

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 60 больных на догоспитальном этапе с подозрением на ТЭЛА в г.Екатеринбурге за 2009—2010 гг. на базе МУ «СМП им. В.Ф.Капиноса». Предварительный диагноз на догоспитальном этапе ставился на основании анамнеза, результатов осмотра и электрокардиографических симптомов. Для оценки вероятности наличия ТЭЛА использовались шкалы G. Le Gal (жневская шкала), Roger & Wells (канадская шкала).

Результаты и обсуждения: Исследованы 60 больных с предположительным диагнозом ТЭЛА. Из них по данным отрывных талонов сопроводительных листов подтверждено 27 случаев ТЭЛА (45%), в 13 случаях (22%) диагноз ТЭЛА не подтвержден. Остальные 20 случаев (23%) не имеют данных о диагнозе из стационара. Из

группы подтвержденного диагноза в стационаре по жневской шкале низкая вероятность диагноза ТЭЛА обнаружена в 4 случаях (15%), промежуточная — в 20 (74%), высокая — в 3 (11%), по канадской шкале низкая — в 12 (44%), промежуточная — в 11 (41%), высокая — в 4 случаях (15%). Наиболее частыми симптомами являлись одышка и аритмия (82%), ЭКГ — признаки перегрузки правых отделов сердца — 85%, цианоз — 59%. В группе неподтвержденного в стационаре диагноза вероятность развития ТЭЛА по жневской шкале: низкая — 3 (23%), промежуточная — 9 (69%), высокая — 1 случай (8%). По канадской шкале низкая вероятность — в 5 случаях (39%), промежуточная — в 8 (62%), высокая не определялась. Наиболее частые симптомы: одышка, аритмия (92%), цианоз, ЭКГ-признаки перегрузки правых отделов сердца, кардиалгия по 46%. Таким образом, в обеих группах ведущими синдромами являются: острая сердечно-сосудистая недостаточность (аритмия, шок, цианоз, торакалгия) и острая дыхательная недостаточность (одышка, цианоз, ЭКГ-признаки перегрузки правых отделов сердца). Оценка риска развития ТЭЛА по шкалам не дает абсолютной гарантии при низкой и умеренной вероятности диагноза, но дает четкую объективизацию оценки, которая может помочь в диагностике состояния и преемственности при передаче пациентов в стационаре.

Патология билиарной системы у больных сахарным диабетом в практике врача-терапевта

Данилова М.Л., Трусов В.В.

Ижевская государственная медицинская академия, кафедра внутренних болезней, Ижевск

Несмотря на то, что история изучения билиарной патологии при СД берет свое начало с 50-х гг. XX в., многие вопросы, касающиеся частоты распространения, особенности клиники, течения заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей до настоящего времени являются мало исследованными. В связи с этим целью нашего исследования явилась оценка распространенности билиарной патологии у больных СД 2 типа. Было проведено сплошное исследование, основу которого составило изучение структуры заболеваний желчевыводящих путей на основании ретроспективного анализа 1030 историй болезни больных СД 2 типа. Среди 1030 обследованных больных СД 2 типа было 567 женщин и 463 мужчины (средний возраст — 51,2±3,1 года). Полученные результаты анализа морфофункционального состояния билиарной системы свидетельствуют о том, что в половине случаев сопутствующей СД 2 типа билиарной патологии выявлен хронический бескаменный холецистит (ХБХ), который был диагностирован у 546 (53%) пациентов. Эхографические признаки наличия конкрементов в желчном пузыре были обнаружены у 247 (24%) больных диабетом. Немногим меньше оказалась группа пациентов, перенесших холецистэктомия — 237 (23%). Учитывая длительность заболевания СД 2 типа, установлено, что большая часть пациентов (58%) страдали данной эндокринологической патологией в течение 1—10 лет. Следует отметить, что ХБХ чаще всего диагностировался у пациентов, болеющих СД 2 типа в течение 1—10 лет. Наибольшая частота желчнокаменной болезни выявлена среди больных со стажем СД от 11 до 15 лет. При продолжительности заболевания СД 2 типа свыше 15 лет растет количество холецистэктомий, проведенных по поводу ЖКБ. У подавляющего большинства больных СД 2 типа, помимо сопутствующей патологии гепатобилиарной системы, выявлены заболевания и других органов пищеварения. Наиболее часто у пациентов имелся сопутствующий диагноз хронического панкреатита

(73,7%), хронического дискинетического колита (42,1%). Таким образом, распознавание и лечение поражений билиарной системы является неперенными условиями для успешной компенсации СД, так как клиническая практика показывает значительное влияние заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей на течение диабета и эффективность сахароснижающей терапии.

Распространенность остеоартроза среди жителей Республики Бурятия

Данчинова А.М., Батудаева Т.И.

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Цель проведенного исследования: было выявление распространенности остеоартроза (ОА) среди жителей республики Бурятия (РБ) с учетом пола, возраста и этнической принадлежности. Исследование проводилось выборочным методом среди представителей репрезентативной выборки, соответствующей населению РБ по полу, возрасту и национальности. На первом этапе было проведено анкетирование для выявления лиц с суставным синдромом любой локализации в течение последнего года и ранее. Из 4188 лиц, участвовавших в анкетировании, сформирована репрезентативная выборка численностью 3000 чел. Из этой группы случайным образом было отобрано 300 человек для дальнейшего обследования и диагностики ОА коленных и тазобедренных суставов. Для выявления ОА суставов кистей рук в исследование включены все пациенты, отметившие боли и/или припухлость суставов кистей рук в течение года и ранее — 190 респондентов. Пациенты с поражением нескольких групп суставов были распределены в обе группы. Среди 300 обследованных пациентов выявлено 263 случая ОА коленных и тазобедренных суставов. Распространенность ОА опорных суставов в РБ — 8766,7/100 тыс. Коренное население чаще страдает этим заболеванием, чем русское — 9,6 и 8,4% соответственно ($p < 0,001$). Среди женщин ОА крупных суставов диагностирован у 12,58% буряток и 11,05% русских ($p < 0,001$). У мужчин-бурят ОА опорных суставов выявлен с частотой 6,02%, у русских мужчин — 5,35% ($p < 0,05$). В группе лиц с жалобами на боли и/или припухлости суставов кистей рук диагностировано 32 случая различных форм ОА: узелковая, безузелковая, 1 пястно-фалангового сустава, лучезапястных суставов. Распространенность изолированного ОА кистей рук среди жителей РБ — 1592,83/100 тыс. Частота изолированного ОА суставов кистей рук среди женщин-буряток достоверно выше, чем среди русских женщин — 2,35% и 1,47% соответственно ($p < 0,001$). Среди мужчин из-за малого количества наблюдений разница частоты ОА кистей рук не выявлена. Распространенность ОА среди жителей РБ в целом составляет 9833,33/100 тыс. Частота ОА достоверно выше среди коренного населения — 11,16%, чем среди русского населения — 9,3% ($p < 0,001$).

Клинические формы остеоартроза среди жителей Республики Бурятия

Данчинова А.М., Батудаева Т.И.

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Целью проведенного исследования было изучение распространенности клинических вариантов остеоартроза (ОА) с учетом пола и этнической

принадлежности. Изучение клинических форм ОА проводилось среди 295 больных, выявленных в результате исследования распространенности этого заболевания среди жителей РБ. В исследуемой группе пациентов чаще всего выявлялись следующие клинические варианты ОА: генерализованный ОА, изолированный коксартроз, изолированный гонартроз, изолированный ОА суставов кистей рук, сочетанное поражение коленных и тазобедренных суставов, сочетанное поражение коленных суставов и суставов кистей рук. Генерализованный ОА достоверно чаще встречается среди русского населения, чем среди бурят — 7,5 и 3,2% всех выявленных больных соответственно ($p < 0,001$). Частота изолированного коксартроза достоверно выше среди русских — 5%, чем среди бурят — 2,1% ($p < 0,01$). Частота гонартроза сопоставима в обеих этнических группах: буряты — 38,9%, русские — 41%. Изолированное поражение суставов кистей рук достоверно выше у женщин-буряток — 11,6%, чем у русских женщин 8,5% ($p < 0,05$). Среди мужчин обеих этнических групп ОА кистей рук встречается редко 1—2,1%. Сочетанное поражение коленных и тазобедренных суставов достоверно чаще среди коренного населения — 21,1% всех выявленных больных-бурят, 15% — среди всех выявленных больных русской национальности ($p < 0,01$). Сочетанное поражение коленных суставов и суставов кистей рук сопоставимо в обеих этнических группах: у бурят — 20%, у русских — 18,5%. У женщин чаще выявляются изолированный ОА суставов кистей рук, сочетанное поражение коленных суставов и суставов кистей рук, генерализованный ОА. Изолированный ОА суставов кистей рук выявлен у 13,02% женщин и у 5% мужчин ($p < 0,001$); частота сочетанного поражения коленных суставов и суставов кистей рук у женщин — 21,87%, у мужчин 11,25% ($p < 0,001$); генерализованный ОА диагностирован только у 8,37% женщин, среди мужчин больные генерализованным ОА не выявлены. Среди мужчин чаще выявляются изолированное поражение тазобедренных суставов и сочетание коксартроза и гонартроза. Частота изолированного коксартроза среди мужчин — 7,5%, среди женщин — 2,79% ($p < 0,01$); сочетанное поражение коленных и тазобедренных суставов у мужчин — 32,5%, у женщин — 11,16% ($p < 0,001$). Частота гонартроза сопоставима у мужчин и женщин: 40 и 40,47% соответственно.

Вывод. Среди бурятского населения достоверно чаще встречается изолированный ОА суставов кистей рук и сочетанное поражение коленных и тазобедренных суставов. Среди русского населения чаще встречается генерализованный ОА и изолированный коксартроз. Женщины чаще болеют изолированным ОА суставов кистей рук, сочетанным поражением коленных суставов и суставов кистей рук. Среди мужчин чаще выявляются изолированное поражение тазобедренных суставов и сочетанное поражение коленных и тазобедренных суставов.

Качество жизни больных остеоартрозом крупных суставов в Республике Бурятия

Данчинова А.М., Батудаева Т.И.

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Цель работы: исследовать качество жизни (КЖ) больных остеоартрозом (ОА).

Материалы и методы. Изучение качества жизни проводилось с помощью опросника «Short Form Medical Outcomes Study» (SF-36) в группе из 263 больных ОА коленных и тазобедренных суставов, выявленных в ходе исследования распространенности ОА среди жителей РБ.

Результаты и обсуждение. Средние значения показателей КЖ больных ОА опорных суставов распределяются от 37,01 баллов по шкале общего здоровья до максимального уровня 68,18 баллов по шкале ролевого эмоционального функционирования. Самое высокое значение КЖ получено по шкале ролевого эмоционального функционирования — 68,18. Показатели психического здоровья оказались выше, чем значения любой шкалы физического здоровья. Значения показателей КЖ у мужчин выше, чем у женщин. Более высокие показатели КЖ у мужчин получены по 6 шкалам из 8, отражающим физическое и психическое здоровье: физическое функционирование — 63,96 и 53,06, ролевое физическое функционирование — 56,76 и 47,86, жизнеспособность — 57,63 — 54,18, социальное функционирование — 67,60 и 62,66, ролевое эмоциональное функционирование — 71,05 и 61,73 и психическое здоровье 69,26 и 64,48 соответственно. ОА опорных суставов в большей степени ограничивает повседневную физическую активность у женщин. Также женщины в большей степени, чем мужчины отмечают снижение социальной и жизненной активности, более значимое влияние ОА на эмоциональное состояние. По уровню влияния боли на КЖ и оценки состояния собственного здоровья значимые различия между мужчинами и женщинами не выявлены. Оценка по шкале боли составила 45,88 у мужчин и 46,26 у женщин, по шкале общего здоровья 41,59 у мужчин и 44,71 у женщин. В проведенном исследовании не выявлено существенных различий КЖ в зависимости от этнической принадлежности. В обеих этнических группах более высокие показатели КЖ получены среди мужчин. Русские мужчины по сравнению с русскими женщинами продемонстрировали более высокие КЖ по шкалам физического функционирования 66,51 и 54,4, ролевого физического функционирования 57,08 и 49,8, жизнеспособности 56,6 и 53,16, социального функционирования 69,1 и 64,3, ролевого эмоционального функционирования 71,07 и 64,4, психического здоровья 69,66 и 64,8. Русские мужчины в меньшей степени, чем русские женщины испытывают ограничения повседневной физической, социальной активности и эмоциональные расстройства из-за заболевания. Среди представителей коренной национальности более высокие показатели КЖ у мужчин по сравнению с женщинами выявлены по шкалам физического функционирования 58,09 и 50,17, ролевого физического функционирования 56,04 и 43,64, ролевого эмоционального функционирования 71,04 и 55,93 и психического здоровья 68,35 и 63,79 соответственно.

Вывод. Среди больных ОА опорных суставов максимальное снижение КЖ выявлено в оценке общего здоровья и степени влияния боли на повседневную активность. Показатели по этим шкалам были минимальными во всех группах независимо от пола и национальности. Не выявлено этнических различий и по другим показателям КЖ. Более низкие показатели физической активности, в т.ч. степени ограничения повседневной физической активности, а также большее влияние заболевания на эмоциональный и социальный аспекты жизни диагностированы среди женщин обеих этнических групп. В целом показатели КЖ оказались выше у мужчин, чем у женщин, независимо от национальной принадлежности.

Эффективность применения методов общей магнитотерапии в восстановительном лечении больных остеоартрозом

Дегтярев В.К., Александров А.В., Никитин М.В., Ненашева Н.В., Черкашина И.В., Зборовский А.Б.

Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии, Филиал Российского научного цен-

тра восстановительной медицины и курортологии санаторно-курортного комплекса «Вулан», Волгоград, Геленджик

Цель работы: изучение влияния методов общей магнитотерапии на эндогенные факторы, вызывающие нарушение пуринового метаболизма (ПМ) и способствующие интенсификации свободнорадикального окисления и перекисного окисления липидов у больных остеоартрозом (ОА).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 94 больных с достоверным диагнозом ОА (74 женщины и 20 мужчин в возрасте от 32 до 70 лет). Средний возраст больных составил $54,6 \pm 1,49$ лет. I стадия ОА диагностирована у 18 больных, II — у 53 больных, III — у 23 пациентов. У 71 пациента заболевание протекало по типу полиостеоартроза. Путем случайного подбора больные ОА были разделены на три сопоставимые группы: основную (n=30), сравнения (n=32) и контрольную (n=32). Пациенты всех групп получали аналогичное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Кроме того, больные основной группы получали дополнительно 10 ежедневных сеансов хрономагнитотерапии на аппарате «Мультимаг» (Касимовский приборный завод, г. Рязань) и климатотерапию в условиях климатобальнеологического курорта Геленджик (Россия, Краснодарский край, СКК «Вулан»); больные группы сравнения — только климатотерапию, больные контрольной группы — только сеансы хрономагнитотерапии. Исследовались специальные лабораторные показатели, характеризующие функционирование антиоксидантной системы и ПМ: активность каталазы (Кат), церулоплазмينا (ЦП), ксантиндегидрогеназы (КО); содержание антител (Ат) к Кат, ЦП и КО.

Результаты. У значительного числа больных ОА отмечалось угнетение ферментативной активности Кат ($p=0,044$) и повышение активности КО ($p=0,037$), практически неизменная активность ЦП ($p>0,1$) и увеличение уровня Ат к данным ферментам (у 34%, 42,5% и 23,4% больных соответственно). После проведенного лечения в основной группе были отмечены положительные изменения всех изучаемых показателей ($p<0,05$), а в контрольной группе — увеличение активности Кат ($p=0,04$) и ЦП ($p=0,028$), а также снижение уровня Ат к КО ($p=0,042$). Положительный эффект применения магнитотерапии у больных ОА может быть связан с очищением поляризованных мембран от фиксированных на их поверхности иммунных комплексов, способных дезактивировать мембранные рецепторы и затруднять клеточный метаболизм.

Выводы. Включение методов, рассчитанных на нормализацию естественных процессов регуляции гомеостаза, в реабилитационные мероприятия способно положительно влиять на течение метаболических реакций и степень выраженности локальных воспалительных и общих дегенеративных процессов у больных ОА.

Маркеры инфекции *Chlamidophyla pneumoniae* (СР) при хроническом гепатите (ХГ) и циррозе печени (ЦП)

Дедов А.В., Панов А.А.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

Введение. Инфекция, вызванная *Chlamidophyla pneumoniae* (СР), распространена во всем мире и имеет широкий спектр клинических проявлений, главным образом со стороны верхних дыхательных путей. В промышленно развитых странах ее эпидемии наблюдаются

1 раз в 4–7 лет. На протяжении всей жизни человек инфицируется СР от 2 до 3 раз. В настоящее время имеются данные, указывающий на возможную роль СР при ряде заболеваний, традиционно относящихся к терапевтическим, например при атеросклерозе.

Цель исследования: изучение встречаемости сывороточных маркеров *Chlamidophyla pneumoniae* (СР у больных хроническим гепатитом (ХГ) и циррозом печени (ЦП) по сравнению с соматически здоровыми людьми.

Материал и методы. У 30 доноров и 48 больных ХГ и ЦП методом ИФА с использованием тест-систем фирмы «Вектор-бест» были определены антитела Ig M, G, A к СР.

Результаты. Было обнаружено, что у доноров положительные тесты на антитела к СР (АТСП) классов IgG, A и M составляла соответственно 70,5%, 26,2% и 3,3%, тогда как у больных ХГ и ЦП, соответственно, — 91,9%, 86,5% и 16,2%. Таким образом, у большинства больных ХГ и ЦП не было маркеров первичной хламидийной инфекции (антитела к СР класса IgM 16,2 % против 3,3% у доноров, $P > 0,05$). Наблюдалась высокая встречаемость маркера перенесенного пневмохламидиоза (антитела к СР класса IgG как у доноров, и у больных ХГ и ЦП), причем у больных ХГ и ЦП частота антител к СР класса IgG была достоверно выше, чем у доноров ($\chi^2=4,1$, $p < 0,05$). Чрезвычайно важным представляется наличие трехкратного повышения встречаемости антител к СР класса IgA при ХГ и ЦП по сравнению с донорами ($\chi^2=5,2$, $p < 0,05$). Высокие уровни антител к СР класса IgA обычно рассматриваются как маркер хронической инфекции, что, по-видимому, имеет место у значительной части больных с патологией печени.

Вывод. *Chlamidophyla pneumoniae* может играть роль в патогенезе ХГ и ЦП, так как более чем у 75% больных ХГ и ЦП имеется статистически достоверное, по сравнению с донорами, повышение уровня сывороточных антител класса IgA к *Chlamidophyla pneumoniae*, являющихся маркером персистенции хламидийной инфекции.

Клиническое значение показателей упруго-эластических свойств сосудов у больных артериальной гипертензией с дисплазией соединительной ткани

Дедова В.О.

Запорожская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Украины, Запорожье

Согласно Европейским рекомендациям по артериальной гипертензии (АГ) (2009 г.), рекомендовано исследовать показатели, характеризующие жесткость сосудов — толщину комплекса интимы-медии (ТИМ) и скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), как критерии поражения органов-мишеней. Исследование упруго-эластических свойств сосудов у пациентов с АГ и дисплазией соединительной ткани (ДСТ) актуально, так как ДСТ может влиять на течение АГ.

Цель: изучить упруго-эластические свойства сосудов эластического типа на примере общих сонных артерий (ОСА) у больных АГ с ДСТ и без нее.

Материалы и методы. Обследованы 35 больных АГ 1—2 стадии с 1—3 степенью повышения АД высокого и очень высокого риска (26 женщин, 9 мужчин, средний возраст $47,9 \pm 7,7$ года). Пациенты были разделены на две группы — с признаками ДСТ и без них. АГ диагностировали согласно Европейским рекомендациям по АГ (2009 г.), а ДСТ согласно Российским рекомендациям «Наследственные

нарушения соединительной ткани» (2009 г.). Исследовали диаметр ОСА в систолу и диастолу, ТИМ с помощью сонографии высокой разрешающей способности на аппарате LOGIQ 5 (General Electric Medical Systems, Германия). Рассчитывали модули Юнга и Петерсона, линейную растяжимость, коэффициент податливости, индекс жесткости, СРПВ по ОСА.

Результаты. При сравнении групп выявлены достоверные различия. Модуль Юнга, характеризующий упругость сосудов, снижается у пациентов с ДСТ ($1726,09 \pm 805,7$, в группе без ДСТ $2785,24 \pm 810,8$, $p < 0,001$). Модуль Петерсона, который характеризует эластичность сосудов, в группе с ДСТ значительно меньше ($489 \pm 261,2$) такого в группе без ДСТ ($775 \pm 260,3$, $p < 0,02$). Показатели линейной растяжимости почти вдвое выше в группе с ДСТ ($0,0024 \pm 0,0002$, в группе без ДСТ $0,0014 \pm 0,0002$, $p < 0,02$). Коэффициент податливости больший в группе с ДСТ ($0,0013 \pm 0,0001$ (в группе без ДСТ $0,0009 \pm 0,0001$, $p = 0,004$). Индекс жесткости больший в группе с ДСТ в $6,59 \pm 1,85$ (в группе с ДСТ $4,53 \pm 1,97$, $p = 0,008$). В группе с ДСТ СРПВ ниже ($5,4421 \pm 0,91$) по сравнению с СРПВ в группе без ДСТ ($6,8836 \pm 1,01$, $p < 0,02$).

Обсуждение: Наше исследование показало, что показатели упруго-эластических свойств сосудов эластического типа у больных АГ с ДСТ существенно отличаются от таких показателей у больных АГ без ДСТ. Полученные данные свидетельствуют об отличии в течение АГ на фоне ДСТ. Можно предположить, что изменения жесткости сосудов у таких больных происходит более медленно, что связано со структурой стенки сосудов при ДСТ.

Влияние концентраций различных веществ на заболеваемость населения ставропольского края

Дементьева Д.М., Безроднова С.М., Михайлова Ю.Н., Лобозова О.В.

Северо-Кавказский государственный технический университет, Ставрополь

Значительная часть населения Российской Федерации проживает на территориях, где дальнейшее загрязнение окружающей среды может привести к негативным последствиям для здоровья. Содержание химических элементов в цепочке: горные породы — почвы — воды — растения — животные — человек обусловлено закономерностями циклов биогенной миграции химических элементов. Определяющими факторами миграции и перераспределения химических элементов на поверхности Земли являются вода и атмосферная циркуляция. Процесс формирования биогеохимической патологии происходит не только под воздействием факторов, определяющих экологические условия, но и зависит от генетически закрепленного типа обмена веществ, присущего популяции, проживающей на той или иной территории. Перед органами здравоохранения, фундаментальной и прикладной наукой возникла актуальная проблема — экологической, медико-социальной профилактики, направленной на предупреждение отрицательного воздействия побочных явлений технического преобразования производства и химизации среды на здоровье и эволюцию человеческого общества. Ставропольский край, не будучи ведущим индустриальным регионом Российской Федерации, является центром развитого сельскохозяйственного производства, что определяет высокий уровень антропогенной нагрузки на земельный фонд и в условиях сложной природно-климатической обстановки может привести к развитию целого комплекса негативных процессов, вызывающих загрязнение земель. Анализ данных социально-гигиенического мониторинга свидетельствует о том, что за последние

5 лет уровень общей заболеваемости по данным обращаемости населения и заболеваемости с впервые в жизни установленным диагнозом имеет тенденцию к росту практически во всех возрастных группах населения и по большинству классов болезней. С 2005 по 2010 г. прослеживается значительная тенденция роста новообразованиями — 76,4%, болезней крови — на 9,7%, эндокринной системы — 31,7%, нервной системы — 11,7%, болезней глаза — 30,4%, болезней уха — 13,3%, органов пищеварения — на 9,7%, органов дыхания — 24,2%, мочеполовой системы — на 48,4%, врожденных аномалий — на 69,9%, травмы и отравления — на 8,5%. Особую тревогу вызывает факт, что в последние десятилетия на Ставрополье наблюдается стойкое повышение врожденных пороков развития и онкологических заболеваний (в 2,5 раза за последние 5 лет).

Некоторые демографические показатели в регионе с неоднозначной экологической обстановкой

Дементьева Д.М., Хорева О.О., Безроднова С.М., Лобозова О.В.

Северо-Кавказский государственный технический университет, Ставрополь

В последнее десятилетие состояние здоровья населения нашей страны характеризуется негативными тенденциями. Продолжается сокращаться средняя продолжительность жизни, возросла общая заболеваемость населения. Одним из ключевых моментов, влияющих на оценку влияния факторов окружающей среды на состояние здоровья, является качественная характеристика загрязнения окружающей среды. Окружающая среда динамична, в ней постоянно происходят как качественные, так и количественные изменения с понижением или повышением уровней загрязнения, исчезновением источников его или появлением новых факторов. Эти процессы могут проходить достаточно быстро. В промышленных городах с предприятиями различных отраслей промышленности окружающая среда загрязнена значительным количеством химических веществ. Заболевание может развиваться в отдаленном периоде. Следовательно, при оценке токсического действия факторов, особенно малой интенсивности, важно установить специфическую реакцию организма. Демографические показатели наиболее полно отражают воздействие всей совокупности факторов природно-климатического, наследственно-биологического, социально-экономического характера и являются индикатором степени благоустройства общества. Число зарегистрированных заболеваний на 100 тыс. населения соответствующего населения (взрослые, подростки, дети) значительно варьируется в разрезе городов и районов края. Наибольший показатель среди взрослых в г. Ставрополе (155 418,7) превышает наименьший в Ипатовском районе. Значительно больше, чем в среднем по краю, зарегистрировано заболеваний в Ставрополе, Георгиевском районе, Новоалександровском районе, Невинномысск, Пятигорске, Александровском и Минераловодском районах. Значительно ниже — в г. Железноводске и Апанасенковском, Благодарненском, Кировском, Советском, Туркменском районах. Среди подростков наибольшее число зарегистрированных заболеваний на 100 тыс. населения в г. Ставрополе в городе Железноводске, Кировском и Александровском районах наименьшее в Ипатовском районе. Рост заболеваемости наблюдается по всем нозологическим группам за исключением: инфекционных и паразитарных заболеваний — 26,7%, болезней кожи — 6,6%, травм и отравлений — 9,6% психических расстройств — 0,1% по которым отмечается снижение. С 2006 по 2010 г. прослеживается значительная тенденция роста новообразований — на 53,9%, болезней крови — на

18,6%, эндокринной системы — на 24,8%, нервной системы — на 23,1%, болезней глаза — на 5,6%, болезней уха — на 10,1%, органов дыхания — на 17,6%, врожденных аномалий — на 36,2%.

Вариабельность клинических синдромов нейроциркуляторной дистонии у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в зависимости от гендерных особенностей

Демидова Л.А., Демидов А.А., Курьянова Л.В.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

В последние годы отмечается неуклонный и повсеместный рост заболеваемости нейроциркуляторной дистонией (НЦД), что обусловлено нарастанием темпов социальных, экономических, технологических и даже климатических изменений, и требует от человека все возрастающей адекватной адаптации к условиям жизнедеятельности.

Цель: выявить зависимость клинических синдромов НЦД у больных сердечно-сосудистой патологией от пола и возраста.

Материалы и методы. На базе негосударственного учреждения здравоохранения медико-санитарной части г. Астрахань (НУЗ МСЧ) нами был проведен ретроспективный анализ 218 амбулаторных карт больных с сердечно-сосудистой патологией: ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь (ГБ) и кардиомиопатии (КМП), имевших в анамнезе НЦД за период с 1999 по 2009 г. Критерием включения в исследование явилось наличие сердечно-сосудистого заболевания и наличия НЦД в анамнезе. Критерием исключения из исследования явилось отсутствие НЦД в анамнезе и наличие онкопатологии. В исследование включены 57% мужчин и 43% женщин. Согласно классификации НЦД (В.И. Маколкин и С.А. Аббакумов 1999 г.), различают следующие клинические синдромы: кардиалгический, тахикардальный, гипертонический, гипотонический, периферические сосудистые нарушения, вегетативные кризы, респираторный, астенический. У исследуемой группы пациентов в «чистом» виде встречались только 2 синдрома: кардиалгический в 22% случаев и гипертонический в 19% случаев. Кардиалгический синдром чаще встречался у мужчин (11,2%), чем у женщин (10,8%). Гипертонический синдром отмечался практически в равных количествах как у мужчин (9,3%), так и у женщин (9,7%). У остальных пациентов удалось выделить несколько комбинаций различных клинических синдромов. У мужчин наиболее часто встречалось сочетание кардиалгического (КА) и тахикардального синдромов (ТХ) (16,2%). У женщин данное сочетание встречалось реже в 1,5 раза (10,8%). Нами была выделена группа пациентов с различными сочетаниями синдромов, которые встречались в небольшом количестве случаев и не являются достоверными. Суммарно эта группа составила 4% случаев. В зависимости от пола пациенты со смешанным типом НЦД распределились следующим образом. Мужчины составили 53,7%, а женщины — 46,3%. У женщин чаще всего встречалось сочетание астенического, тахикардального синдромов и вегетативных кризов (13,3%), у мужчин — 10,7%. Однако у мужчин преобладание таких комбинаций, как кардиалгический и тахикардальный синдромы (16,2%), кардиалгический и гипертонический (12,4%). У женщин эти же комбинации составили 10,8% и 4,6% соответственно. Обращает на себя внимание, что сочетание гипотонического и астенического синдромов преимущественно встречается у женщин (12,7%), а у мужчин вышеуказанное сочетание составляет всего 6,3%. Проявления

респираторного и кардиалгического синдромов у мужчин составили 5,2%, а у женщин 3,8%.

Выводы. Вариабельность клинических синдромов НЦД у больных ССП зависит от гендерных особенностей.

Типы ремоделирования сердца у больных сердечно-сосудистой патологией пожилого и старческого возраста

Денисова Е.А., Молчанов А.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель работы. Выявить особенности изменения структурно-функциональных параметров сердца у лиц пожилого и старческого возраста, больных артериальной гипертензией (АГ) при присоединении к ней ишемической болезни сердца (ИБС), а также хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Задачи исследования. Изучить типы ремоделирования сердца у лиц пожилого и старческого возраста, больных АГ при присоединении к ней ИБС и ХСН.

Материалы и методы исследования. Обследованы 130 человек, находившихся на стационарном лечении. В исследование включались мужчины в возрасте от 60 до 90 ($76,2 \pm 1,2$) лет с АГ, АГ в сочетании либо с ИБС, либо с ХСН. В 1 группе было 30 больных с АГ, во 2 группе — 30 больных с АГ в сочетании с ИБС и в 3 группе — 70 больных, страдающих АГ в сочетании с ХСН. Исследование проводилось методом ЭхоКГ на аппарате VIVID-7 (США). Оценку изменений ремоделирования ЛЖ осуществляли в соответствии с классификацией Devereux R. (1995). Результаты исследования. В 1 группе больных нормальная геометрия левого желудочка (ЛЖ) была у 13 (43,3%), концентрическая гипертрофия — у 10 (33,3%), эксцентрическая гипертрофия (дилатационная и недилатационная формы) — у 4 (30,8%), концентрическое ремоделирование — у 3 (23,1%) больных. Во 2 группе больных концентрическая гипертрофия ЛЖ выявлена у 8 (38,1%) больных АГ в сочетании со стенокардией напряжения (СН) и у 1 (11,1%) больного с АГ в сочетании с мерцательной аритмией (МА), эксцентрическая гипертрофия недилатационная форма — у 3 (14,3%) больных АГ и СН. Концентрическое ремоделирование значительно чаще обнаруживалось у больных АГ и СН, чем у больных АГ и МА, — у 10 (47,6%) и у 2 (22,2%), соответственно. Эксцентрическое ремоделирование выявлено только у 3 (33,3%) больных АГ и МА. У больных 3 группы нормальная геометрия ЛЖ была у 3 (33,3%), больных с ХСН I ФК, что было значительно чаще, чем у больных со II и III ФК ($p < 0,001$). Концентрическая гипертрофия чаще выявлялась у больных ХСН III ФК (13—86,5%), чем у больных ХСН II ФК (32—69,6%) ($p < 0,001$) и I ФК (1—11,1%) ($p < 0,001$). Концентрическое ремоделирование ЛЖ выявлено у 9 (19,6%) больных ХСН II ФК. Выводы. Таким образом, у больных АГ, АГ и ИБС, а также АГ и ХСН пожилого и старческого возраста выявляются различные типы ремоделирования сердца, являющиеся характерными для прогрессирования АГ и отражающие присоединение к ней ассоциированных клинических состояний, таких как ИБС и ХСН.

Дисфункция эндотелия у работников горно-рудной промышленности

Денисова Е.А., Лепко Е.Е.

Федеральный научный центр гигиены им.Ф.Ф. Эрисмана, Москва

Дисфункция эндотелия (ДЭ), лежащая в основе развития артериальной гипертензии (АГ), определяется различными методами и с измерением артериального давления.

Цель работы: изучение эластических свойств артерий у рабочих горно-рудной промышленности, в условиях провоцирующих эндотелийзависимую вазодилатацию.

Материалы и результаты. Определялись эластические свойства брахиальных артерий (БА) у рабочих с АГ, их изменение на фоне ишемической пробы. Параметры фиксировались в полуавтоматическом режиме с компьютерной обработкой, методом объемной компрессионной осциллометрии. Изучали. 1. Коэффициент эластичности БА (К1-прирост амплитуды осцилляций к приросту давления в манжете); 2. Максимальную амплитуду осцилляций (Аmax) и показатель К2 (отношение амплитуды осцилляций к величине среднединамического давления); 3. Среднее АД. Показатели определялись исходно, через 1 и 5 минут после полной 5-минутной окклюзирующей компрессии одноименной БА. Обследованы 76 мужчин с АГ 2 ст. (средний возраст — 46,3±7,6 года). Группа контроля — 27 здоровых рабочих, сопоставимых по возрасту. В ходе пробы произошло достоверное снижение среднего АД в группе с АГ ($p < 0,05$), где на 1-й минуте после декомпрессии артерии выявлено достоверное увеличение К2 и Аmax с тенденцией к более выраженному увеличению в контрольной группе. Прирост же К1 достоверен только в группе здоровых лиц (31%, $p < 0,05$). Т.о., увеличение К2 и Аmax связано с поток-зависимой дилатацией мелких артерий, К1 отражает податливость БА при эндотелийзависимой релаксации ее стенки, отсутствие изменений данного параметра свидетельствуют об ДЭ у рабочих с АГ.

Закономерности формирования сердечно-сосудистой патологии у ветеранов великой отечественной войны и долгожителей поволжского региона

Денисова Т.П., Шульдяков В.А., Малинова Л.И., Шувалов С.С.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратовский областной госпиталь для ветеранов войн, Саратовский научно-исследовательский институт кардиологии, Саратов

Цель: выявление закономерностей формирования сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов гериатрического возраста.

Материалы и методы. Изучены официальные статистические отчеты по лечебной работе, архивные истории болезни Саратовского областного госпиталя ветеранов войн за последние 3 года, материалы личного клинического наблюдения ветеранов войн в Саратовском областном госпитале для ветеранов войн и результаты обследования группы долгожителей ($n = 167$), в том числе и лиц, чей паспортный возраст превысил 100-летний рубеж ($n = 76$).

Результаты. Среди ветеранов войн, находившихся на стационарном лечении, с возрастом отчетлива тенденция к росту болезней кровообращения ($p = 0,054$), значимо увеличилась частота встречаемости синдрома артериальной гипертензии ($p = 0,041$) и хронических форм ишемической болезни сердца ($p = 0,031$). При этом выявлено возрастзависимое изменение структуры сердечно-сосудистой патологии: так, максимальная распространенность стенокардии и артериальной гипертензии (АГ) установлена у пациентов пожилого возраста, хронической сердечной недостаточности (ХСН) и нарушений сердечного ритма — у больных старческого возраста. При

этом в группе долгожителей распространенность сердечно-сосудистых заболеваний оказалась наименее выраженной. Частота встречаемости аритмий и ХСН росла с увеличением возраста. Группа ветеранов войн, доживших до периода долгожительства, обратила на себя внимание снижением частоты всех важнейших проявлений патологии сердца и сосудов. В разы отличалась частота АГ, стенокардии, сахарного диабета 2-го типа по данным предоставленной медицинской документации и на момент обследования в группе долгожителей, т.е. происходит своеобразное «растворение» отдельных форм сердечно-сосудистой патологии. У долгожителей преобладала малосимптомная ХСН, практически не беспокоящая больного, порождающая минимум жалоб. Отечный синдром, как правило, характеризовался скудностью. Поражала относительная «доброкачественность» течения ХСН на фоне практически полного отсутствия медикаментозной поддержки. Заключение. Выявлена закономерность формирования сердечно-сосудистой патологии у лиц старших возрастных групп — распространенность хронических форм ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии росла от зрелого возраста к старческому, а затем значимо снижалась в группе долгожителей, особенно в группе лиц, достигших 100-летнего возраста.

Кардиоренальный континуум у больных артериальной гипертензией в сочетании со вторичным хроническим пиелонефритом

Деревянченко М.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Цель: изучить кардиоренальные взаимоотношения при артериальной гипертензии (АГ) у больных вторичным хроническим пиелонефритом (ХП). В исследование включены 120 пациентов с АГ I—II степени тяжести 45—65 лет: 60 больных АГ и вторичным ХП составили I (основную) группу (средний возраст — 54,5±1,2 года) и 60 больных АГ без ХП—II (контрольную) группу (средний возраст 55,2±1,2 года). Пациентам проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД), ультразвуковое исследование сердца и почек, определение относительной плотности мочи в утренней порции, уровня микроальбуминурии (МАУ), креатинина крови (КК) с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD.

Результаты исследования. При анализе результатов СМАД выявлено, что индекс времени систолического артериального давления (ИВ САДдень) и диастолического АД днем (ИВ ДАДдень) достоверно выше у больных АГ и ХП, чем при АГ без ХП (69,0±3,1 vs 53,2±3,2 и 63,8±3,6 vs 51,1±3,8 % соответственно). ИВ САД и ИВ ДАД достоверно коррелировали с толщиной почек ($r=0,31$, $r=0,32$ соответственно) и кортикальным индексом ($r=-0,2$, $r=-0,21$ соответственно). Обнаружена обратная связь между ИВ ДАДночь и относительной плотностью мочи в утренней порции ($r=-0,23$, $p<0,05$), ИВ ДАДночь и СКФ ($r=-0,2$, $p<0,05$). При анализе распределения больных по суточному индексу САД (СИ САД) выявлено, что количество пациентов с кривой non-dipper и night-reaker выше в основной группе, чем в контрольной (48,8 vs 25,4% соответственно, $p<0,05$). Установлено, что число лиц с СИ ДАД<10 также достоверно выше среди больных АГ в сочетании с ХП (34,1 vs 18,2 % соответственно). Выявлены прямые корреляции между СИ САД, СИ ДАД и удельным весом мочи ($r=0,22$, $r=0,21$ соответственно, $p<0,05$), СИ ДАД и СКФ ($r=0,26$, $p<0,05$). Частота встречаемости МАУ в основной группе составила 100%, а в контрольной — 77% ($p<0,05$). Установлены прямые корреляции между МАУ и показателями

СМАД, а также полостными размерами сердца у больных АГ и ХП. Выявлена обратная связь между СКФ и толщиной межжелудочковой перегородки ($r=-0,2$, $p<0,05$), СКФ и показателями диастолической функции сердца ($r=-0,32$, $p<0,05$).

Заключение: Установленные нами взаимоотношения показателей суточного профиля АД, морфофункциональных параметров сердца и структурно-функционального состояния почек отражают параллельное ухудшение состояния органов-мишеней у больных АГ в сочетании со вторичным ХП. Протокол этического комитета № 110-2010 от 20.02.2010 г. — положительное заключение.

Сравнительная эффективность бета-блокаторов, антагонистов кальция и ингибиторов АПФ у больных с атеросклеротической аневризмой брюшной аорты в раннем послеоперационном периоде

Джалилова Д.А., Гайдукова Н.И., Потешкина Н.Г., Хамитов Ф.Ф.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, кафедра общей терапии факультета усовершенствования врачей, Городская клиническая больница № 81, Москва

Известно, что оперативное вмешательство на аорте относится к операциям с высоким риском развития кардиальных осложнений (>5%). Тахикардия в раннем послеоперационном периоде — один из факторов, определяющих высокую потребность миокарда в кислороде. Поэтому назначение бета-блокаторов, антагонистов кальция (дилтиазем, верапамил) считается патогенетически обоснованной терапией.

Цель: оценить влияние бета-блокаторов, антагонистов кальция на снижение частоты фатальных кардиальных осложнений у больных с аневризмой брюшной аорты (АБА) атеросклеротического генеза в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы. В исследование вошли 95 больных с достоверно установленным диагнозом АБА атеросклеротического генеза. Из них 87 мужчин и 8 женщин в возрасте от 50 до 84 лет (средний возраст составил 67,6 ± 7,1 г.). Всем больным проводилось комплексное клиничко-инструментальное обследование, включающее УЗИ брюшной полости, ЭКГ и ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ, мониторирование ЭКГ по Холтеру, контроль АД, биохимических показателей. Больные были разделены на 3 группы: в 1 группу вошли 30 больных, получавших бета-блокаторы на фоне традиционной терапии, включающей ингибиторы АПФ (ИАПФ). 2 группу составили 30 больных, получавших традиционную терапию плюс антагонисты кальция, 3 группу — 35 больных, получавших традиционную терапию, включающую ИАПФ. Терапия проводилась в течение 10—12 дней до оперативного вмешательства и после. Сформированные группы сопоставимы по полу, возрасту, исходной ЧСС, уровню артериального давления, методу оперативного доступа к аорте, дислипидемии, ($p>0,05$). В I группе достоверно преобладали следующие заболевания: стенокардия напряжения II и III фк — 16 (53,3%) и 6 (20%) соответственно, безболевая ишемия миокарда — 5 (16,7%), ($p=0,0425$); инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе у 16 (53,3%), ($p=0,008$); недостаточность кровообращения II фк (НУНА) у 25 (83,3%) больных, и III фк у 2 (6,7%) больных, ($p=0,004$). В этой группе больных гипертонической болезнью с ГЛЖ (66,7%) оказалось немного больше, чем в остальных, но различия были не достоверными ($p=0,0702$). Во 2 группе у 11 (36,7%) больных диагностирована стенокардия напряжения II фк и 4 (13,3%) III фк; ИМ в анамнезе у 5 (16,7%);

НК II фк (НУНА) у 17 (56,7%) больных. В 3 группе у 14 (40%) и 5 (14,3%) стенокардия напряжения II фк и III фк соответственно, ИМ в анамнезе у 10 (28,57%); НК II фк (НУНА) у 17 (48,6%), и III фк у 2 (5,7%) больных. По результатам стресс-ЭхоКГ положительная проба была у больных 1,2 и 3 группы в 16 (61,5%), 8 (28,6%) и 16 (48,5%) случаях соответственно, ($p=0,0455$).

Результаты исследования. В 1 группе после 7 дней терапии средняя ЧСС снизилась на $14,14 \pm 5,82$ уд/мин и составила $67,46 \pm 6,47$ уд/мин ($p=0,0001$), в раннем послеоперационном периоде — $77,57 \pm 9,79$ уд/мин ($p=0,0164$). Во 2 группе средняя ЧСС уменьшилась на $14,07 \pm 9,09$ уд/мин и составила $68,4 \pm 4,31$ уд/мин ($p=0,0013$), и $83,47 \pm 11,52$ уд/мин ($p=0,3053$) после операции. В 3 группе не наблюдалось значимого снижения от исходного значения — $74,4 \pm 7,7$ уд/мин. ($p>0,05$). Фатальные кардиальные осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечались у 8 больных. В 1 группе в одном случае 1 (3,33%) развился ИМ с благоприятным исходом. Во 2 группе — 1 (3,33%) нефатальный ИМ, 1 (3,33%) смерть от кардиальных причин — острой сердечной недостаточности (ОСН). В 3 группе — 2 (5,71%) случая ИМ и 3 (8,57%) ОСН с летальным исходом. У всех 8 больных был положительный результат стресс-ЭхоКГ.

Выводы. Таким образом, достоверное снижение ЧСС в сравнении с исходным отмечается в 1 и 2 группе наблюдений, что коррелирует с меньшим риском развития кардиальных осложнений. Полученные результаты показывают, что бета-блокаторы и антагонисты кальция (дилтиазем, верапамил) достоверно снижают частоту фатальных кардиальных осложнений у больных с АБА в раннем послеоперационном периоде.

Иммунная реактивность при ревматоидном артрите у пожилых

Джалилова Р.А., Сулейманов С.Ш., Габиева Т.Я., Тирулов М.М.

Дагестанская государственная медицинская академия, кафедра госпитальной терапии № 2, Махачкала

Известно, что старение сопровождается повышением частоты аутоиммунных заболеваний. По данным ряда авторов, смертность у пациентов, страдающих «тяжелым» ревматоидным артритом (РА) такая же, как при трехсосудистом поражении коронарных артерий. Полиморфизм клиники РА в пожилом возрасте, сочетание с другими заболеваниями затрудняют его первичную диагностику у данной категории лиц. РА является ярким примером заболеваний, при которых отдаленный прогноз во многом зависит от ранней диагностики.

Цель: изучить особенности иммунной реактивности 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 ($66,8 \pm 4,6$ года). Всем больным проводилось комплексное клинико-инструментальное обследование, иммунологические пробы, ЭКГ и ЭхоКГ, рентгенологическое исследование пораженных суставов, органов грудной клетки, контроль биохимических показателей. Иммунологическое обследование включало определение РФ крови с помощью реакции агглютинации для исследования содержания сывороточных иммуноглобулинов IgM, IgG по методу Манчини, выделение циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) по Дигеон, исследование содержания Т-лимфоцитов по Wondall. У 21 (77,8%)

больного отмечался серопозитивный РА, у 6 (22,2%) серонегативный вариант, у 17 (63%) диагностирована I—II ст. активности РА, у 10 (37%) — III ст. Полинейропатия у 19 (70,4%) больных, периферические васкулиты у 3 (11,1%), появление РФ у 11 (40,8%), эрозивные изменения в суставах у 13 (48,1%), явления вторичного амилоидоза у 5 (18,5%) пациентов. Артериальная гипертония у 5 (18,5%) человек, у 3 (11,1%) ишемическая болезнь сердца, клинические признаки ХСН у 7 (25,9%) больных. Вовлечение в процесс легких у 5 (18,5%) человек, поражение почек у 13 (48,1%).

Результаты. Исходно у большинства больных было отмечено значительное повышение иммуноглобулинов всех трех классов IgA $4,19 \pm 0,39$ мг/мл, IgM $6,58 \pm 1,10$ мг/мл IgG $22,98 \pm 1,19$ мг/мл. По мере нарастания активности заболевания значительно возрастал уровень всех трех классов, но наиболее существенно IgM. Высокие уровни ЦИК выявлены у пожилых ($0,456 \pm 0,038$ ед. оп. пл.), что свидетельствует о частых нарушениях аутоиммунной регуляции. В сыворотке крови у больных РА они находятся в прямой связи с активностью процесса. Повышенное содержание иммуноглобулинов было выявлено у больных с преимущественным экссудативным характером суставного синдрома, в сравнении с больными с преимущественными изменениями в суставах. При суставно-висцеральной форме РА уровень IgG ($21,78 \pm 1,4$ мг/мл) и IgM ($8,88 \pm 0,1$ мг/мл) был достоверно выше, в сравнении с суставной формой. Наличие висцеральных поражений указывало на генерализованный характер ревматоидного процесса, протекающего с выраженными иммунологическими нарушениями, в частности, гипериммуноглобулинемией. Результаты исследований показали исходно снижение (в 2 раза) до $28,8 \pm 0,95$ % уровня Т-лимфоцитов по сравнению со здоровыми у пожилых лиц. Выводы. Острое начало РА в пожилом и старческом возрасте сопровождается быстрым прогрессированием болезни и тяжелой инвалидизацией. Это объясняется сочетанием причин: возрастным ослаблением функций Т-системы иммунитета с утратой адекватного контроля аутоиммунных процессов и развитием остеопороза, гипотрофией мышц и снижением репаративных возможностей тканей, наличием сопутствующих заболеваний, ограничивающих физическую активность и возможности терапии.

Рискометрия хронических неинфекционных заболеваний у лиц молодого возраста

Джанаева Э.Ф., Ширшова С.А., Шеметова Г.Н.

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

Охрана здоровья молодежи традиционно считается одной из важнейших социальных задач общества. В период обучения в вузе уровень физического здоровья снижается, а число хронических больных из года в год возрастает. В этих условиях первостепенное значение приобретает своевременное выявление факторов и групп повышенного риска по различным патологиям.

Материалы и методы. Выявление факторов и групп повышенного риска возможно путем использования скрининговых систем. Нами был проведен автоматизированный анкетный скрининг по системе АСКОРС среди 100 лиц в возрасте от 21 до 24 лет. Из опрошенных 35% составили юноши и 65% — девушки. Данная система основана на использовании анкет, содержащих жалобы, анамнез, психологические и некоторые физикальные данные. АСКОРС позволяет получить заключение о количественной мере риска 9 наиболее распространенных патологических синдромов (сердечно-сосудистой

системы, органов ЖКТ и печени, органов дыхания, мочеполовой, эндокринной и иммунной систем, онкологической настороженности). Результат сверки диагностической информации на основе формулы Байеса представляет собой вероятность риска искомого синдрома, измеряемого в интервале от 0 до 1,0. На основании количественных показателей вероятности риска патологических синдромов можно разделить контингент молодых людей на три группы: 1) высокий риск возникновения патологических синдромов (превышает 0,95); 2) группа среднего риска (от 0,75 до 0,94); 3) практически здоровые (0—0,74). Результаты. По данным проведенного нами компьютеризированного скрининга и последующего ранжирования установлено, что из 9 наиболее распространенных патологических синдромов группу высокого риска составили студенты. На первом месте нарушение психоневрологического состояния — 19,7%, второе место принадлежит заболеваниям сердечно-сосудистой системы — 16% респондентов, третье место делят нарушения функционального состояния ЖКТ — 13% и мочевыделительной системы — 13%. В группу с низким риском развития заболеваний вошли: патологии эндокринной, иммунной системы, злоупотребление алкоголем. Выводы. Вызывает серьезную тревогу многочисленность группы угрожаемых по пограничным психическим расстройствам (19,7%) и по заболеваниям сердечно-сосудистой системы (16%). В связи с этим возникает необходимость разработки и практической реализации различных программ по своевременной диагностике и коррекции терапии, профилактике хронических заболеваний, реабилитации и диспансеризации молодежи.

Влияние сменной работы на распространенность артериальной гипертензии

Джериева И.С., Волкова Н.И., Славный П.П., Зибарев А.Л., Панфилова Н.С., Попова Е.Н.

Ростовский государственный медицинский университет, кафедра внутренних болезней № 3, Ростов-на-Дону

Цель: оценка распространенности артериальной гипертензии (АГ) и зависимости от характера трудового графика среди работающего населения г. Ростова-на-Дону.

Материалы и методы. В рамках общей диспансеризации согласно национальному проекту «Здоровье» было проведено одномоментное исследование 2122 человек, 1217 человек из которых составили мужчины и 905 человек — женщины. Все исследуемые были разделены на 2 группы в зависимости от характера трудового графика — сменная работа (группа «1») и стандартный 8-часовой рабочий день (группа «2»). Все участники исследования были стратифицированы по возрастным декадам: 20—29, 30—39, 40—49, 50—59, 60 лет и старше. В обеих группах определялось количество пациентов с АГ. Измерение артериального давления осуществлялось согласно рекомендациям ВНОК 2009 г. АГ считалась верифицированной при уровне артериального давления более 140/90 мм рт.ст., рассчитанное как среднее из трех последовательных измерений с интервалом в 1 минуту, и/или при наличии постоянной антигипертензивной терапии. При сравнении выделенных групп различия считались достоверными при степени вероятности безошибочного прогноза $\geq 95\%$. Результаты. Распространенность АГ в общей группе обследованных составила 32,7% с преобладанием среди мужчин: 32,3% против 16,8% у женщин ($p < 0,05$). При этом пик встречаемости АГ среди мужчин был выявлен в возрастной группе 40 лет и старше, среди женщин — в 50 лет и старше. Анализ распределения частоты встречаемости

АГ в зависимости от характера трудового графика показал, что в группе со сменной работой АГ встречалась достоверно чаще, чем при дневном 8-часовом рабочем дне, с нарастанием от меньшей возрастной группы к большей: 11,3% (20—29 лет), 16,2% (30—39 лет), 37,6% (40—49 лет), 50,1% (50—59 лет), 69,7% (60 лет и старше) в группе «1» против 6,1%, 14,6%, 30,6%, 48,2%, 45,5% в группе «2» соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Проведенное исследование показало, что в группе обследованных, работающих посменно, распространенность АГ во всех возрастных декадах достоверно выше, чем среди работников со стандартным трудовым графиком. Этот факт дает основание рассматривать сменную работу в качестве независимого фактора риска развития АГ и делает необходимым разработку профилактических мероприятий, снижающих негативное действие сменного графика работы.

Коррекция активности антиоксидантной системы у больных с метаболическим синдромом препаратом мелатонина

Джериева И.С., Волкова Н.И., Славный П.П., Зибарев А.Л., Панфилова Н.С.

Ростовский государственный медицинский университет, кафедра внутренних болезней № 3, Ростов-на-Дону

Цель: анализ активности антиоксидантной системы у больных с метаболическим синдромом до и после лечения препаратом мелатонина.

Материалы и методы. Общее количество обследованных составило 30 человек, 15 практически здоровых мужчин (контрольная группа) и 15 мужчин с метаболическим синдромом (исследуемая группа). Средний возраст в целом по группе составлял 44 ± 6 лет. В обеих группах активность основных ферментов антиоксидантной системы определяли следующим образом: активность супероксиддисмутазы (СОД) — по методу Сироты, 1999 г.; активность каталазы — по методу Королюка, 1988 г. Уровень мелатонина в плазме крови оценивался по содержанию его метаболита 6-сульфатоксимелатонина (6-COMT) в моче. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием программы Statistica 8.0 с использованием коэффициента корреляции Пирсона. При сравнении выделенных групп различия считались достоверными при степени вероятности безошибочного прогноза $\geq 95\%$.

Результаты. Активность СОД и каталазы в гемолизате больных с метаболическим синдромом была достоверно ниже, чем в контрольной группе и составила соответственно $3,60 \pm 0,21$ у.е./мг Hb*мин и $13,64 \pm 0,37$ нмоль/мг Hb против $5,88 \pm 0,51$ у.е./мг Hb*мин и $15,06 \pm 0,31$ нмоль/мг Hb ($p < 0,05$). Аналогичные показатели в плазме крови испытуемых составили $3,10 \pm 0,23$ у.е./мг Hb*мин и $11,28 \pm 1,01$ нмоль/мг Hb, соответственно против показателей в группе практически здоровых: $3,32 \pm 0,15$ у.е./мг Hb*мин и $12,89 \pm 1,01$ нмоль/мг Hb ($p = 0,07$). После применения в течение 12 недель препарата мелатонина в дозе 3 мг перед сном *per os*, активность СОД и каталазы в гемолизате больных с метаболическим синдромом составила соответственно $4,32 \pm 0,55$ у.е./мг Hb*мин и $14,76 \pm 0,89$ нмоль/мг Hb, а уровень антиоксидантной защиты плазмы крови соответственно $3,83 \pm 0,19$ у.е./мг Hb*мин и $16,19 \pm 1,11$ нмоль/мг Hb ($p < 0,05$). Кроме того, до лечения у больных с метаболическим синдромом была выявлена прямая корреляционная связь средней силы между активностью

СОД в гемолизате и плазме крови и ночным уровнем 6-COMT в моче ($|r|=0,3$).

Выводы. У больных с метаболическим синдромом отмечается снижение активности системы антиоксидантной защиты, которое связано с секрецией мелатонина в ночное время. С целью нормализации уровня основных антиоксидантных ферментов у данных больных возможно применение препарата мелатонина.

Микроциркуляция в коже пальцев кистей у рабочих с гипертонической болезнью и без нее

Дмитрук Л.И., Атаманчук А.А., Лапитан Д.Г.

Московский областной научно-исследовательский институт им. М.Ф. Владимирского, Москва

Цель исследования: определение состояния микроциркуляции у рабочих, подвергающихся воздействию профессиональных вредностей с гипертонической болезнью (ГБ) и без нее в условиях здравпункта приближенного к рабочему месту.

Материалы и методы. В исследование включены 39 рабочих — мужчин в возрасте $46,8 \pm 13,3$ года, подвергающихся воздействию шума, вибрации. ГБ выявлена у 17 (43,5%) рабочих, нормотензивных 22 (56,5%) человека. Исследовались профессиональные факторы (шум, вибрация) и систолическое артериальное давление (САД). Исследование микроциркуляции проводилось на аппарате Спектротест с использованием окклюзионной пробы, оценивались: средний исходный объем кровотока (СИОК) и минимальный исходный объем кровотока (МИОК), время восстановления исходных параметров микроциркуляции после проведения окклюзионной пробы (ВВИП). Все рабочие по признаку наличия ГБ были распределены на 2 группы: 1-я — с ГБ, 2-я — без нее. Результаты. 1-я группа СИОК = $0,13 \pm 0,04$ МИОК = $0,12 \pm 0,04$; 2-я группа СИОК = $0,11 \pm 0,03$ МИОК = $0,09 \pm 0,03$. При использовании критерия Манна-Уитни было выявлено достоверное ($p < 0,05$) различие между группами в среднем и минимальном исходном объемах кровотока, наибольшие показатели были в группе больных с гипертонической болезнью. Различия в уровне воздействия профвредностей между группами недостоверны. Непараметрический корреляционный анализ показал наличие достоверной ($p < 0,05$) слабой положительной связи между СИОК $R=0,32$ и МИОК $R=0,35$, ВВИП $R=0,35$ и САД, и ВВИП $R=0,35$. Между шумом и СИОК $R=0,55$ и МИОК $R=0,43$ выявлена умеренная положительная корреляция. Между шумом и резервом микроциркуляции по объему обнаружена достоверная ($p < 0,05$) умеренная отрицательная корреляция.

Выводы. Повышенное САД приводит к артериолосклерозу, что вызывает снижение резерва микроциркуляции. Шум оказывает ангиодистоническое влияние на микроциркуляторное русло.

Оценка патогенетической терапии остеоартрита коленных суставов

Долгова Е.А., Никифоров А.А., Никифорова Л.В., Ракита Д.Р., Заигрова Н.К.

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

Цель: сравнительная оценка эффективности лечения больных остеоартритом коленных суставов (ОА КС) препаратами хондроитин сульфата (ХС) и внутрисуставного введения гиалуроновой кислоты

(ГК), а также их влияние на потребность в НПВП-терапии и качество жизни больных.

Материалы и методы. В 12-месячное исследование включено 45 пациентов обоего пола с ОА КС в возрасте от 35 до 82 лет со средней продолжительностью болезни 7 лет. В процессе исследования использовались опросник SF-36, ВАШ, биохимическое исследование крови (определение билирубина, АСТ, АЛТ, мочевины, остаточного азота, креатинина, холестерина, глюкозы), рентгенография и МРТ. Пациенты были рандомизированы на 3 группы: 1 группа — ГК внутрисуставно 1,0 мл 3-5 инъекций 1 раз в неделю, 2 группа — ХС 500 мг по 1 капсуле 2 раза в день в течение 6 месяцев. 3 группа — принимающие только НПВП.

Результаты и выводы. В 1 и 2 группах наблюдалось уменьшение симптомов заболевания, что подтверждено улучшением качества жизни больных. В этих группах выявлено достоверное уменьшение боли в покое и ночной боли без статистически значимых различий между группами. Потребность в НПВП уменьшилась на 22% в 1 группе и на 15% во 2 группе. В 3 группе выявлено достоверное снижение качества жизни, потребность в НПВП не изменилась к концу наблюдения. По данным рентгенографии у пациентов 1 и 2 групп ширина суставной щели без динамики. В 3 группе выявлено сужение суставной щели КС в медиальном отделе большеберцовой кости. При оценке состояния суставного хряща по данным МРТ у пациентов 1 и 2 групп достоверных различий в толщине суставного хряща до начала и по завершению исследования не получено, что свидетельствует о замедлении прогрессирования заболевания на фоне проводимой терапии. В 3 группе отмечено достоверное уменьшение толщины суставного хряща к концу исследования. При биохимическом исследовании крови пациентов 1 и 2 групп в динамике значимых изменений выявлено не было. Таким образом, выявлено достоверное равнозначное симптоматическое действие ГК и ХС. Хорошая переносимость не требовала отмены препаратов и позволяла проводить длительные курсы лечения. Терапия ГК и ХС приводила к замедлению скорости прогрессирования ОА КС, что позволяет отнести их к структурно-модифицирующим препаратам.

Развитие гематологических осложнений у больных хроническим гепатитом С, получающих комбинированную противовирусную терапию

Донцов Д.В.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Цель: изучить у больных хроническим гепатитом С (ХГС), получающих комбинированную противовирусную терапию (КПТ), патогенетическую роль апоптоза нейтрофилов в развитии интерферон-рибавирининдуцированной нейтропении, и на основании полученных данных разработать способ ее прогноза. Методы. У больных ХГС определялся показатель повреждаемости нейтрофилов (ПН) по Л.Б. Юшкевичу (1968). В микропипетку емкостью 0,08 мл набиралась кровь из пальца больного, которую вносили в пробирку, содержащую 0,02 мл 5%-ного водного раствора цитрата натрия. Затем в эту же пробирку добавляли 0,02 мл водного раствора индуктора апоптоза нейтрофилов (ИАН): 80 мг Ребетол и 0,6млн. МЕ Альтевира, разведенные в 1,0 л 0,9% раствора натрия хлорида. Одновременно проводился контрольный тест: в пробирку с 0,08 мл крови того же испытуемого лица добавлялось 0,04 мл

5%-ного раствора цитрата натрия без ИАН. Опытная и контрольная пробирки помещались в термостат на 2 часа, затем готовились мазки (окраска по Романовскому-Гимза), считывалось 100 нейтрофилов в каждой мазке, учитывался процент поврежденных клеток и рассчитывался ППН. Определение ППН было выполнено у 125 РНК-позитивных больных ХГС.

Результаты. Определение ППН проводилось перед началом КПТ. Среднее значение ППН составило $0,11 \pm 0,02$. Однако у 15,2% ($n=19$) всех испытуемых ППН оказался достоверно выше ($p < 0,001$), чем у оставшихся 84,8% ($n=106$) — $0,28 \pm 0,04$ и $0,08 \pm 0,01$ соответственно. После определения ППН всем наблюдаемым лицам проводилась КПТ: «Альтевир» 3 млн МЕ в/м 3 раза в неделю и «Ребетол» 800—1200 мг в сутки 24—72 недели. В процессе лечения минимум 1 раз в неделю определялся уровень нейтрофилов в крови. Абсолютное число нейтрофилов (АЧН) у больных ХГС перед курсом КПТ составило $3,6 \pm 0,49 \times 10^9/L$. Динамическое наблюдение за пациентами в течение КПТ показало, что статистически значимое снижение АЧН отмечалось на 8—10 неделях лечения, достигнув в среднем $1,9 \pm 0,18 \times 10^9/L$. Проведя корреляционный анализ, мы констатировали наличие обратной связи между средним значениями ППН и уровнем АЧН на 8—10 неделях КПТ ($r = -0,65$; $p < 0,001$). Так, у тех пациентов, у которых ППН составил $0,08 \pm 0,01$, минимальное количество нейтрофилов оставалось в пределах $2,2 \pm 0,14 \times 10^9/L$, что не требовало дополнительной коррекции лечения. Значительно более выраженная нейтропения отмечалась у тех больных ХГС, которые имели в начале исследования среднее значение ППН $0,28 \pm 0,04$, так минимальный уровень нейтрофилов в этой группе пациентов составил в среднем $0,64 \pm 0,13 \times 10^9/L$, что оказалось достоверно ниже ($p < 0,001$), чем у остальных.

Выводы. Индукция апоптоза нейтрофилов препаратами рибавирина и ИФН α имеет важное патогенетическое значение в развитии нейтропении у сенсibilизированных к ним больных ХГС. Значение ППН $\geq 0,24$ у больных ХГС свидетельствует о высоком риске развития интерферон-рибавирииндуцированной нейтропении при проведении им в дальнейшем КПТ.

Показатели качества жизни у больных пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией в зависимости от гендерных различий и состояния функции почек

Дронова Т.А., Кривушин С.И., Маршала С.Н., Щечкина Е.И.

Госпиталь для ветеранов войн, Курск

Цель исследования: оценить показатели качества жизни (КЖ) у больных артериальной гипертонией (АГ) в зависимости от пола, возраста и состояния функции почек.

Материалы и методы. Обследовано 105 больных с АГ II—III степени, ассоциированной с ИБС и хронической сердечной недостаточностью (ХСН), в возрасте от 60 до 89 лет (34 мужчины, 71 женщина). КЖ оценивали с помощью опросников: сиэтлский (SAQ), миннесотский (MLHFQ), общий опросник оценки КЖ (EQ-5D), шкала депрессии CES-D, госпитальная шкалы тревоги и депрессии (HADS). Определяли значения микропротеинурии, показатели скорости клубочковой фильтрации (СКФ — по Cockcroft-Gault и MDRD), содержание общего холестерина (ОХ), липопротеидов высокой (ЛПВП) и низкой (ЛПНП) плотности. Проводили антропометрическое обследование с вычислением индекса массы тела (ИМТ).

Результаты. Показатели микропротеинурии у лиц мужского пола в 2 раза превосходят данные показатели у женщин, но самооценка

общего состояния здоровья (по EQ-5D) выше у мужчин. У больных женского пола выявлен более значимый депрессивный статус (по CES-D). Уровень ОХ и ЛПВП выше у больных женщин. Распределение пациентов (вне зависимости от пола и возраста) по уровню СКФ (>60 и <60 мл/мин./ $1,73$ м 2) выявило более высокие показатели ТГ, меньшую выраженность ХСН (по MLHFQ), более низкий уровень тревоги (по HADS) у пациентов с I-II стадией хронической болезни почек (ХБП). Градация больных по возрасту (>75 лет и <75 лет) продемонстрировала более высокие показатели ИМТ и уровня ОХ, ТГ в группе пожилых больных, что сопровождается более низкой самооценкой КЖ по стабильности стенокардии, оценке проводимого лечения, восприятию болезни (по SAQ); но уровень депрессии (по CES-D) достоверно выше у пациентов старческого возраста.

Выводы. Установлены гендерные различия в оценке КЖ больными пожилого и старческого возраста с АГ II—III степени, ассоциированной с ИБС и ХСН — КЖ оценивают выше лица мужского пола. Функциональное состояние почек влияет на КЖ: с увеличением стадии ХБП снижается КЖ. Пожилые пациенты хуже оценивают статус стенокардии по Сиэтлскому опроснику, но депрессивные расстройства преобладают в старческом возрасте.

Толщина комплекса интима-медиа у больных системной красной волчанкой и системной склеродермией

Дряженкова И.В.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

Цель: определить наличие ремоделирования сосудов у больных системной красной волчанкой (СКВ) и системной склеродермией (ССД).

Материалы и методы. Обследованы 167 больных: 102 — с СКВ и 65 — с ССД. Проводилось ультразвуковое триплексное ангиосканирование с цветовым картированием потока крови на аппарате ACUSON 128 XP/10 для исследования толщины КИМ общей сонной артерии (ОСА); суточное мониторирование артериального давления (СМАД) прибором «Кардиотехника 4000 АД».

Результаты. ТКИМ более 0,9 мм зарегистрирована у 32 (31,4%, $p < 0,05$) больных СКВ. У 9 (13,8%) пациентов определялось одностороннее атероматозное поражение ствола общей сонной артерии без достоверно значимых гемодинамических сдвигов. Индексы пульсационности и резистентности при СКВ были в 1,3 раза выше контрольных значений, что указывало на увеличение жесткости и снижение эластичности сосудистой стенки. При высокой степени активности было характерно утолщение КИМ ОСА ($r = 0,46$, $p = 0,01$). С увеличением возраста больных происходило утолщение КИМ ОСА ($r = 0,58$, $p = 0,002$). ТКИМ у пациентов СКВ с АГ достоверно превышала ТКИМ у пациентов без АГ ($0,91 \pm 0,19$ мм против $0,75 \pm 0,16$ мм при $p < 0,01$). Анализ взаимосвязей параметров СМАД с ТКИМ показал, что толщина КИМ ОСА была положительно взаимосвязана со средним САД днем, средним ДАД ночью и индексами нагрузки давлением ($R = 0,42$ при $p = 0,042$; $R = 0,46$, $p = 0,01$; $R = 0,51$ при $p = 0,005$). У больных ССД показатель ТКИМ ОСА достоверно ($p = 0,0001$) отличался от группы контроля. У 21 (32,3%, $p < 0,05$) пациентки толщина КИМ была более 0,9 мм, а у 2 из них были атероматозные изменения сонных артерий. Определялись достоверные различия ТКИМ в зависимости от наличия АГ ($0,79 \pm 0,14$ мм и $0,94 \pm 0,26$ мм при $p = 0,006$). Выявлены достоверные корреляционные связи

между ТКИМ и показателями СМАД. ТКИМ ОСА увеличивалась при повышении величины и скорости утреннего подъема САД ($R=0,52$ при $p=0,03$ и $R=0,44$ при $p=0,04$). С увеличением возраста больных отмечалось увеличение ТКИМ ($R=0,46$ при $p=0,03$). При СКВ наибольшее влияние на ТКИМ оказывал фактор возраста, длительности заболевания и степень активности воспалительного процесса. У больных ССД основным фактором, влияющим на состояние КИМ, явились стаж заболевания, возраст больных, наличие АГ.

Выводы. Взаимосвязь ТКИМ с массой миокарда левого желудочка и толщиной межжелудочковой перегородки указывает на общий механизм ремоделирования для всех уровней сердечно-сосудистой системы.

Состояние питания больных сахарным диабетом с учетом обеспеченности микроэлементами с антиоксидантными свойствами

Дударева Л.А., Волошина М.А., Батюшин М.М., Микашинович З.И., Калмыкова Ю.А., Смирнова О.Б., Боханова Е.Г., Мегера С.Д.

Ростовский государственный медицинский университет, отдел новых медицинских технологий Центральной научно-исследовательской лаборатории, терапевтическое отделение Южного окружного медицинского центра, бассейнная больница, нефрологическое отделение клиники Ростовского государственного медицинского университета, Ростов-на-Дону

Цель: изучение состояния питания больных сахарным диабетом с оценкой потребляемого количества микроэлементов с антиоксидантными свойствами.

Материалы и методы. Для диагностики дефицита микроэлементов с антиоксидантными свойствами: (цинк, медь, марганец, селен) выбран метод анализа фактического питания. Проведено анкетирование 20 пациентов (6 мужчин, 14 женщин) с сахарным диабетом 2 типа в возрасте $66,25 \pm 2,65$ года и анамнезом заболевания $11,2 \pm 2,3$ лет. Средний показатель индекса массы тела составил $26,8 \pm 3,4$ кг/м². По данным лабораторной диагностики: холестерин — $7,26 \pm 2,44$ ммоль/л, гликированный гемоглобин — $7,67 \pm 2,1$ %, С-пептид — $3,5 \pm 1,8$ нг/мл. Нами был разработан опросник на основе анализа фактического питания, позволяющий оценить количество потребляемых микроэлементов с антиоксидантными свойствами (цинк, медь, марганец, селен). Для анализа использовали программу Statistica 6.0.

Результаты. В ходе исследования установлено наличие тотального дефицита в питании микроэлементов с антиоксидантными свойствами. Так, потребление составило: цинка $2,4 \pm 0,46$ мг в сутки, меди $0,75 \pm 0,22$ мг в сутки, марганца $0,38 \pm 0,1$ мг в сутки, селена $0,15 \pm 0,1$ мг в сутки. Что существенно ниже норм физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации, где минимальный уровень физиологической потребности для цинка — 12 мг в сутки, меди — 1 мг в сутки, марганца — 2 мг в сутки, селена — 0,55 мг в сутки.

Выводы. Получены данные о дефиците микроэлементов с антиоксидантными свойствами у больных сахарным диабетом, что необходимо учитывать при составлении рациона питания данной категории пациентов. Это позволило оптимизировать питание больных диабетом и профилактировать алиментарно-зависимые заболевания, ассоциированные с гипоселенозом, гипокупрозом, гипоманганозом и гипоцинкозом.

Роль генов альфа-2-бета-адренорецепторов и эндотелиальной NO-синтазы в генезе фибрилляции предсердий

Дудкина К.В., Никулина С.Ю., Шульман В.А.

Городская клиническая больница № 20 им. И.С. Берзона, Красноярск

Цель исследования: выявить ассоциацию фибрилляции предсердий с полиморфизмом генов альфа-2-бета-адренорецепторов и эндотелиальной NO-синтазы.

Задачи исследования. 1. Изучить клинический полиморфизм фибрилляции — трепетания предсердий у пробандов и их родственников. 2. Оценить частоты аллелей и генотипов по полиморфизму гена альфа-2-бета-адренорецепторов у пробандов с фибрилляцией предсердий (ФП), их здоровых родственников и лиц контрольной группы. 3. Оценить частоты аллелей и генотипов по полиморфизму гена NO-синтазы у пробандов с ФП, их здоровых родственников и лиц контрольной группы.

Материал и методы. Проведено обследование 100 пробандов, у которых диагностирована ФП и 144 их родственников I, II, III степени родства. В основной группе из 100 пробандов были 51 мужчина (51%) и 49 женщин (49%). Максимальный возраст мужчин — 76 лет, минимальный — 18 лет, средний — $48,6 \pm 17,3$ года; максимальный возраст женщин — 78 лет, минимальный — 19 лет, средний — $58,8 \pm 16,1$ года. Среди 144 родственников было 47 мужчин и 100 женщин. Средний возраст этой группы был $32,2 \pm 1,3$. Всем наблюдаемым индивидуумам было проведено клинко-инструментальное исследование: клинко-генеалогический анализ родословной, клинический осмотр, электрокардиография, велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, электрофизиологическое исследование (чреспищеводная стимуляция левого предсердия) при пароксизмальной форме ФП, эхокардиоскопия. Эти семьи составили основную группу нашего исследования. Набор пробандов производился за период их амбулаторного или стационарного лечения в кардиологическом центре МУЗ ГКБ № 20 им. И.С. Берзона. Родственники пробандов выявлялись путем их активного посещения на дому с последующим комплексным обследованием в кардиологическом центре. Нами был обследован также 91 пациент с отсутствием клинко-электрокардиографических проявлений заболеваний сердечно-сосудистой системы (контрольная группа). Контрольная группа состояла из 91 пробанда, из которых 60 мужчин (65,9%) и 31 женщина (34,1%). Максимальный возраст мужчин — 69 лет, минимальный — 18 лет, средний возраст — $36,1 \pm 15,7$; максимальный возраст женщин — 71, минимальный — 37 лет, средний — $51,5 \pm 8,2$. В настоящей работе впервые на клинко-генетическом материале выявлена ассоциация фибрилляции предсердий с полиморфизмом генов альфа-2-бета-адренорецепторов и эндотелиальной NO-синтазы. Выявлено статистически значимое преобладание гомозиготного генотипа II гена альфа-2-бета-адренорецепторов у больных с первичной фибрилляцией предсердий (42,2%) по сравнению с контрольной группой (25,2%) за счет аллеля I ($p = 0,039$) и статистически значимое преобладание гомозиготного генотипа GG гена NO-синтазы у больных с первичной фибрилляцией предсердий (62,2%) по сравнению с контрольной группой (39,6%) за счет аллеля G ($p = 0,021$).

Определение пенетрантности у больных с фибрилляцией предсердий (ФП)

Дудкина К.В., Никулина С.Ю., Шульман В.А.

Городская клиническая больница № 20, Красноярск

Цель: определить пенетрантность ФП.

Задачи: определить пенетрантность ФП.

Материалы и методы. В нашей работе исследование было проведено у 100 пробандов с уточненным диагнозом ФП. Для определения пенетрантности использована следующая формула: Оценка пенетрантности (П) осуществлялась через отношение наблюдаемой сегрегационной частоты заболевания (SF) к ожидаемой (SFO), выраженное в процентах. Для проведения сегрегационного анализа использовался сибсовый метод. Для сибсового метода оценка сегрегационной частоты при аутосомно-доминантном типе наследования соответствовала 1,34 при аутосомно-рецессивном — 2,61. Учитывая результаты сибсового метода сегрегационного анализа в семьях, пробанды которых страдают ФП, предполагаем аутосомно-доминантный тип наследования этого заболевания. Выводы. Определена пенетрантность ФП (доля особей с определенным генотипом, у которых проявляется фенотип, соответствующий этому генотипу) и она составила 83%. Это означает, что признаки ФП будут проявляться у 83% носителей патологического гена.

Применение глюкокортикоидов при лечении пневмоний в период эпидемии гриппа А Н1N1

Дурова О.А., Ларева Н.В., Лузина Е.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель: Проанализировать особенности течения внебольничной пневмонии (ВП), развившейся на фоне ОРВИ или гриппа А Н1N1, для лечения которой в составе комплексной терапии использовались глюкокортикоиды (ГКС).

Материалы и методы. Проведен анализ 29 клинических случаев ВП у пациентов, находившихся на лечении в ККБ г. Читы с X по XII 2009 г. по поводу тяжелой внебольничной пневмонии на фоне ОРВИ или гриппа А Н1N1, в комплексную терапию которых входили ГКС. Из них мужчин (I группа) — 5, небеременных женщин (II группа) — 12, беременных (III группа) — 12 человек.

Результаты и обсуждение: Возраст в представленных группах составил для мужчин — 36 [30—38] лет, для небеременных женщин — 36 [28—50] лет, для беременных — 24,5 [20—27] лет. При этом возраст беременных отличался от возраста небеременных ($p=0,001$) и от возраста мужчин ($p=0,05$). Между указанными группами по следующим критериям значимых различий не выявлено. Длительность госпитализации (койко—дни) составила для мужчин — 18 [13—18], для небеременных женщин — 18,5 [13—21], для беременных — 12 [11—19] ($p=0,42$). Сатурация O₂ при поступлении (%) в I группе — 86,5 [82—91], во II — 90 [84—95], в III — 94 [89—96] ($p=0,3$). Сатурация O₂ (%) при выписке для мужчин — 94 [92—96], для небеременных женщин — 93 [90—97], для беременных — 96 [96—98] ($p=0,2$). Сроки разрешения пневмонии по данным рентгенологического контроля (дни) составляет для мужчин — 15 [14—15], для небеременных женщин — 16 [14—18], для беременных — 12 [6—17] ($p=0,64$). Температура при поступлении (°C) составила в первой группе — 37,4 [36,7—38], во второй группе — 38 [37,5—39], в третьей — 37,8

[37—39] ($p=0,52$). Уровень лейкоцитов при поступлении ($\times 10^9/л$) составил для мужчин — 8,5 [5,7—11,4], для небеременных женщин — 7,2 [4,8—10,9], для беременных — 6,3 [5,1—7,4] ($p=0,7$). Уровень лейкоцитов при выписке в первой группе — 6,3 [5,8—6,8], во второй — 9,05 [6,6—10,5], в третьей — 9,9 [7,7—13,4] ($p=0,3$). Уровень СОЭ (мм/час) при поступлении составил для мужчин — 31 [30—32], для небеременных женщин — 38 [7—42], для беременных — 30 [7—36] ($p=0,95$). Курсовая доза ГКС (мг) составила для мужчин — 210 [180—448], для небеременных женщин — 398 [270—973], для беременных — 235 [133—640] ($p=0,18$). Длительности приема ГКС (дни) составила в первой группе — 7 [3—13], во второй — 9 [4,5—12,5], в третьей — 6,5 [5—8,5] ($p=0,61$). Длительность антибактериальной терапии (дни) составила для мужчин — 16 [11—18], для небеременных женщин — 15,5 [10,5—19], для беременных — 10,5 [9,5—15] ($p=0,23$). Количество назначенных антибактериальных препаратов составило в первой группе — 3 [3—6], во второй — 4 [3—6], в третьей — 3 [2,5—4] ($p=0,4$). Уровень гемоглобина (г/л) при поступлении и при выписке отличался в группах и составил при поступлении для мужчин — 163 [158—164], для небеременных женщин — 122 [116—134], для беременных — 115,5 [106—119,5] ($p=0,005$), при выписке для мужчин — 143 [135—144], для небеременных женщин — 123 [114—128], для беременных — 114 [104—120] ($p=0,05$). Выявлен больший уровень гемоглобина у мужчин по сравнению с небеременными женщинами ($p=0,01$) и у мужчин по сравнению с беременными ($p=0,007$). Уровень гемоглобина у небеременных женщин по сравнению с беременными значимо не различался ($p=0,06$). Выявлено различие СОЭ (мм/час) при выписке в группах ($p<0,001$): у мужчин — 14 [9—16], у небеременных женщин — 16 [13—25], у беременных — 35,5 [30—43]. Вследствие физиологических особенностей значение СОЭ у беременных на момент выписки было выше чем у мужчин ($p=0,008$) и у небеременных женщин ($p=0,001$). Длительность госпитализации в целом у пациентов, получавших в составе комплексной терапии ГКС составила — 16 [11—20] койко—дней. Значение сатурации при поступлении — 3 [85—95]%, при выписке — 96 [92—97] ($p<0,002$). Рентгенологическое разрешение пневмонии происходило на 15 (10—18) день, температура при поступлении — 38 [37,4—39]°C, уровень лейкоцитов при поступлении чаще был в норме — 6,85 [5,35—8,65] $\times 10^9/л$ и значимо изменялся к моменту выписки — 9,15 [6,45—11,2] $\times 10^9/л$ ($p=0,03$). СОЭ при поступлении — 31 [27—37] мм/час, к моменту выписки статистически значимо не изменялась. ($p=0,16$). Курсовая доза ГКС составила 312 [(180—900)]мг, длительность терапии ГКС — 7 [5—11] дней. Каждый пациент получал — 3 [3—5] антибиотиков, длительность — 14 [10—18] дней.

Лимфоцитарно-тромбоцитарная адгезия и содержание цитокинов у больных ревматоидным артритом

Дурова О.А., Ларева Н.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель: оценить уровень провоспалительных и противовоспалительных цитокинов и интенсивность лимфоцитарно — тромбоцитарного розеткообразования у больных ревматоидным артритом (РА) в зависимости от активности заболевания.

Материалы и методы. Обследованы 80 пациенток с РА (классификационные критерии АРА, 1987). Средний возраст $48 \pm 12,18$ года, средняя длительность клинических проявлений РА $10,55 \pm 5,43$ года. Из них с низкой и средней степенью активности заболевания

(DAS 28 < 5,1) 47 человек (1 группа), с высокой степенью активности (DAS 28 > 5,1) — 33 человека (2 группа). Определение показателя лимфоцитарно — тромбоцитарной адгезии (ЛТА) осуществлялось по методу Ю. А. Витковского и соавт. (1999). Подсчитывалось число лимфоцитарно — тромбоцитарных агрегатов на 100 клеток. Определение концентрации цитокинов проводилось с использованием реактивов ООО Вектор — Бест (г. Новосибирск). В качестве контроля использовались результаты исследования ЛТА и уровня цитокинов 24 здоровых женщин, сопоставимых по возрасту.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования установлено, что у больных РА происходит увеличение продукции провоспалительных цитокинов (ИЛ- 1 β , ФНО- α) и снижение концентрации ИЛ-4 по сравнению с контрольной группой. При этом у больных 1 группы максимально повышалась концентрация ФНО- α (5,15 \pm 0,98 пкг/мл); 2 группа — 4,38 \pm 1,02; здоровые — 2,77 \pm 0,54, $p < 0,05$. У пациентов 2 группы в большей степени возрастал уровень ИЛ-1 β - 6,3 \pm 0,83 пг/мл; 1 группа- 4,39 \pm 0,98; здоровые — 3,49 \pm 0,49, $p < 0,05$. Содержание ИЛ-4 снижалось в одинаковой степени у пациенток 1 и 2 групп (2,65 \pm 0,3 и 2,88 \pm 0,47 пг/мл соответственно) по сравнению с контролем (3,2 \pm 0,55), $p < 0,05$. В обеих исследуемых группах выявлено усиление ЛТА пропорционально степени активности заболевания. ЛТА 1 группы составила 23,7 \pm 2,9%, 2 группы — 31,7 \pm 3,2% (в контроле — 13,8%). Установлена статистически значимая корреляционная связь между значением индекса DAS 28 и ЛТА ($r = 0,64$), уровнем ИЛ 1 β и ЛТА ($r = 0,55$), концентрацией ФНО- α и ЛТА ($r = 0,53$), все $p < 0,05$.

Выводы. У больных РА наблюдается увеличение концентрации ИЛ-1 β и ФНО- α , снижение содержания ИЛ-4. У обследованных больных происходит усиление ЛТА, при этом ее уровень положительно коррелирует со степенью активности заболевания, концентрацией провоспалительных цитокинов.

Зависимость уровня физической активности и субклинических признаков атеросклероза

Евгеньева А.В., Заводчиков А.А., Красивина И.Г., Лаврухина А.А., Чаморовский А.Н.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

Цель исследования: изучение распространенности субклинических показателей атеросклероза среди пациентов с хроническими формами ИБС (ХИБС) и определение характера их зависимости от функционального состояния и объема мышечной массы.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 20 пациентов с различными формами ХИБС (ПИКС, стабильная стенокардия I-III ФК) в возрасте 54,5 \pm 8,5 года. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) имела место у 95% пациентов. Все пациенты получали статины, антиагреганты, ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы. Контрольную группу составили 20 человек, страдающие артериальной гипертензией I-II стадии, не имеющие клинических проявлений атеросклероза, сопоставимые по возрасту, наличию ХСН и сопутствующей патологии. Жесткость сосудистой стенки оценивалась по скорости распространения пульсовой волны с вычислением каротидно-фemorального индекса (КФИ) на аппарате Поли-Спектр-СПРВ (Нейрософт, Россия). Функция эндотелия оценивалась по эндотелий зависимой вазодилатации (ЭЗВД) в пробе с реактивной гиперемией (Nemio Toshiba XG). Толерантность к физической нагрузке (ТФН) определялась по количеству потребленного кислорода, с вычислением метаболического эквивалента (МЕТ) при ВЭМ. Для оценки объема мышечной массы использовали биоимпедансный анализатор (Диамант — АИСТ

мини, Россия), определяя % активной клеточной массы (% АКМ) и % безжировой массы (%БЖМ) от общей массы тела.

Результаты. Все пациенты были разделены на две группы: низкой ТФН и средней/выше средней ТФН. Увеличение КФИ>12 м/с было выявлено у 20% пациентов с ХИБС и 10% группы контроля ($r=0,17$, $p=0,87$), дисфункция эндотелия (ЭЗВД<10%) — у 65% пациентов с ХИБС и 50% пациентов группы контроля ($r=0,74$, $p=0,46$). В основном показатели патологической жесткости сосудов и дисфункции эндотелия были выявлены среди пациентов с низкой ТФН. У пациентов ХИБС с низкой ТФН установлены достоверные корреляции КФИ с %АКМ и %БЖМ ($r=-0,32$ и $r=-0,36$, $p<0,05$ соответственно), ЭЗВД и %АКМ и %БЖМ ($r=0,47$ и $r=0,5$, $p<0,05$ соответственно), КФИ и ЭЗВД ($r=-0,3$, $p<0,05$). В контрольной группе наблюдались аналогичные корреляции ЭЗВД с % АКМ и %БЖМ в зависимости от ТФН. В обеих группах выявлена корреляция %АКМ и %БЖМ с МЕТ ($r=0,49$ и $r=0,55$, $p<0,05$ соответственно), и $r=0,34$ и $r=0,31$, $p<0,05$ соответственно). Таким образом, ЭЗВД и СРПВ в большей степени отражают снижение уровня физической активности и дезадаптации функционального состояния пациента, нежели субклинического атеросклероза.

Панникулит Вебера—Крисчена

Егорова О.Н., Белов Б.С., Карпова Ю.А., Раденска-Лоповок С.Г., Сажина Е.Г., Тарасова Г.М.

Научно-исследовательский институт ревматологии, Москва

Панникулит Вебера-Крисчена (ПВ-К)- редкая малоизученная патология из группы диффузных болезней соединительной ткани. Разнообразие клинической симптоматики ПВ-К вызывают трудности в диагностике и назначении адекватной терапии.

Цель: изучить клинические формы ПВ-К. Методы. Обследовано 16 пациентов (ж — 15,м-1) с ПВ-К в возрасте от 30 до 74 лет с длительностью болезни 8,1 \pm 2,4 года. Наряду с общепринятым обследованием всем больным проводили КТ органов грудной клетки, а также патоморфологическое исследование кожного биоптата из области узла.

Результат. У 81 % пациентов заболевание носило хроническое течение и проявлялось множественными болезненными (ВАШ боли 69 \pm 18,2 мм) подкожными узлами, с последующим формированием «блюдообразных» западений кожи (14) , локализованные на нижних (15) и верхних (4) конечностях, реже — на груди, животе и лице (6). В 50% случаях выявлена узловатая форма заболевания, которая характеризовалась изолированными друг от друга, четко ограниченными от окружающей ткани, ярко-розовыми в диаметре до 5 см уплотнениями. Бляшечная форма , как результат слияния отдельных узлов в синюшно-багровый плотноэластичный бугристый конгломерат определена у 31% больных. При инфильтративной форме (19%) из ярко-красно-багровых отдельных узлов или их конгломератов выделялась желтая маслянистая масса. При этой форме отмечались: гепатомегалия (2), перикардит (1), адгезивный плеврит (3) , а также клинические и лабораторные признаки гиперкоагуляции (3). У 63% больных, включая все случаи бляшечной и инфильтративной форм, возникновение узлов ассоциировалось с лихорадкой, полиартралгиями, миалгиями, ускоренным СОЭ, лейкоцитозом и высокими титрами СРБ. Гистологическое исследование подтвердило наличие лобулярного панникулита у всех пациентов. Терапию ПВ-К проводили нестероидными противовоспалительными (5), антиоксидантными (16), аминокислотными (5), глюкокортикоидными (13) и цитостатическими (11) препаратами.

Заключение: ПВ-К- рецидивирующее заболевание, протекающее с характерными изменениями кожи, подкожножировой клетчатки и часто ассоциирующееся с поражением опорно-двигательного аппарата. Многообразие форм заболевания требует четких подходов к верификации диагноза и дифференцированной терапии.

Роль НвА1с в развитии осложнений госпитального периода ИМспST у больных с инсулинорезистентностью, не имевших нарушений углеводного обмена в анамнезе

Еленская Т.С., Благовещенская О.П., Квиткова Л.В., Барбараш О.Л.

Кемеровская Областная клиническая больница, Кемерово

Цель: изучить распространенность недиагностированных нарушений углеводного обмена (НУО) и оценить роль НвА1с в развитии осложнений ИМспST (ИМ) у больных с инсулинорезистентностью (ИР) и без ИР, не имеющих ранее НУО.

Методы. Проведено обследование 161 мужчины в госпитальном периоде ИМ.

Критерии исключения: ИМ после ЧКВ или КШ, СКФ < 30 мл/мин, НвА1с > 6,0% при поступлении и > 5,7% у больных с диагностированными НУО. Впервые манифестировавшие НУО диагностировались в ходе ПТТГ с определением уровня иммунореактивного инсулина (ИРИ) на 10—14 день ИМ. Вычислены значения индекса НОМА. Физиологическими, считались показатели ИРИ натощак < 12,5 мкЕД/мл, индекса НОМА < 2,77.

Результаты. Недиагностированные НУО выявлены у 17,3% больных, 13,0% больных с НвА1с > 6,0%, 4,3% с НвА1с 5,7 — 6,0%. Данные пациенты исключены из исследования. Дальнейшее изучение 133 больных обнаружило прямую корреляционную зависимость числа осложнений ИМ и уровня НвА1с — $r=0,438$, $p=0,001$. Выявлен прогностически значимый уровень НвА1с $\geq 5,0\%$, диагностированный у 50,3% ($n=67$) больных — I гр., (средние значения — 5,5%(4,2-5,8). Осложнения госпитального периода ИМ наблюдались у 76,1% больных I гр.: 41,7% имели острую сердечную недостаточность Killip II-IV классов. Значения НвА1с < 5,0% выявлены у 49,6% ($n=66$) — II гр., средние значения — 4,8%(3,8—5,3). Больные II гр. имели осложнения ИМ реже — 50,0%, $p=0,002$. Распространенность впервые манифестировавших НУО не различалась: I гр. — 49,2%, II гр. — 37,8%, $p=0,222$. Обращает внимание, что 85,0% больных I гр. имели ИР, средние значения индекса НОМА 5,1(4,2—11,1). У больных II гр. ИР выявлялась реже — 53,0%, средние значения индекса НОМА 3,4(2,9—5,0), $p=0,001$. Исключение пациентов с ИР не показало достоверных различий в распространенности осложнений ИМ: I гр. — 50,0%, II гр. — 29,0%, $p=0,267$. Т.о., выявленная настоящим исследованием прогностическая значимость НвА1с $\geq 5,0\%$ в развитии осложнений ИМ более вероятно связана со значительной распространенностью ИР среди пациентов с НвА1с $\geq 5,0\%$, определяющей осложненное течение ИМ у данных больных. Показатель НвА1с у больных без НУО в анамнезе самостоятельной прогностической ценности не имеет.

Выводы. 1. В остром периоде ИМспST у 17,3% больных выявляются недиагностированные НУО. 2. Только у больных с ИР и отсутствием НУО в анамнезе уровень НвА1с $\geq 5,0\%$ в госпитальном периоде ИМспST является критерием неблагоприятного прогноза: число осложнений увеличится в 1,5 раза, в т.ч. ОСН в 2 раза.

Факторы риска и состояние коронарного русла у женщин, перенесших инфаркт миокарда в возрасте до 50 лет

Енисеева Е.С., Квашин А.И., Власюк Т.П., Реут Ю.А., Максютя Е.В.

Кафедра госпитальной терапии, Иркутский государственный медицинский университет, областная клиническая больница, Иркутск

Цель: оценить факторы риска и состояние коронарного русла у женщин, перенесших инфаркт миокарда в молодом и среднем возрасте. Проанализированы состояние коронарного русла и факторы риска ИБС у 39 женщин, перенесших инфаркт миокарда в возрасте до 50 лет. При проведении коронарографии у 20 больных (51,27%) было выявлено однососудистое поражение, у 5 (12,8%) — стенотические поражения двух коронарных артерий, у 10 (25,6%) — стенозы трех артерий. У 4 больных с перенесенным инфарктом (10,26%) стенотических поражений коронарных артерий не обнаружено. Наиболее часто встречающимися факторами риска были артериальная гипертония (79,5%) и абдоминальное ожирение (71,9%). 69,2% больных курили. Сахарный диабет наблюдался у 15,3% женщин. 22 женщины (56,4%) находились в менопаузе, у 20,5% менопауза наступила в возрасте до 45 лет. При сравнении с группой женщин в возрасте до 50 лет со стенотическими поражениями коронарных артерий, но без инфаркта в анамнезе, оказалось, что частота артериальной гипертонии, сахарного диабета, абдоминального ожирения были одинаковыми ($p>0,05$), а курение наблюдалось чаще в группе с перенесенным инфарктом миокарда ($p<0,05$). Показатели липидограммы не отличались в двух группах обследованных женщин.

Выводы. У женщин молодого и среднего возраста со стенотическими поражениями коронарных артерий с перенесенным инфарктом миокарда и без него отмечается одинаково высокая частота артериальной гипертонии и абдоминального ожирения. Курение увеличивает риск развития инфаркта миокарда в молодом и среднем возрасте. У большинства больных инфаркт миокарда развился при наличии гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий.

Сравнительная характеристика субъективной и объективной клинической симптоматики при экстрасистолической аритмии

Еремеев А.Г.

Краевая клиническая больница № 2, Хабаровск

Вследствие большой распространенности и клинической значимости, экстрасистолическая аритмия (ЭА) остается актуальной проблемой заболеваний внутренних органов.

Цель: провести сопоставление субъективной клинической симптоматики и хронобиологических характеристик экстрасистолической аритмии у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Обследованы 189 больных с прогрессирующей стенокардией обоего пола в возрасте 38—87 лет. ЭА зарегистрирована при холтеровском мониторинге и на стандартной ЭКГ. Субъективная симптоматика (СС) оценивалась с помощью анкеты, составленной на основе международного опросника по оценке боли (Brief Pain Inventory). Степень выраженности симптомов измерялась

по шкале Borg. Оценивались симптомы: одышка (О), боль в области сердца (Б), сердцебиение (С), перебои (П), головокружение (Г). При анализе ЭА рассчитывались частота сердечных сокращений, частота экстрасистолии (Э), относительный предэктопический интервал (ОПИ) как отношение R-R к абсолютной величине интервала. Оценивалась связь СС со степенью ограничения повседневной физической активности. Контрольную группу больных ИБС с отсутствием Э на стандартной ЭКГ составили 64 человека.

Результаты. В основной группе обследованных Б встречалась в 85,6%, О в 69,4%, Г в 60,1%, С 45,0%, П в 57,2% случаев. В контрольной группе достоверно реже встречалось ощущение П — в 29,6% ($p < 0,01$). При сопоставлении хронобиологических характеристик ЭА с СС отмечена положительная корреляционная связь величин ОПИ и выраженности перебоев ($r = 0,35$ $p < 0,05$), частоты Э и О ($r = 0,41$ $p < 0,05$). Степень ограничения повседневной физической активности была связана с выраженностью Б ($r = 0,41$ $p < 0,05$) и частотой Э ($r = -0,61$ $p < 0,05$). Других корреляционных связей выраженности СС и хронобиологических характеристик ЭА не отмечено.

Выводы. Ведущим субъективным симптомом ЭА является ощущение перебоев в области сердца. Хронобиологические характеристики ЭА (частота экстрасистолии, относительная величина предэктопического интервала) положительно связаны с симптомами перебоев и одышки, но не коррелируют с выраженностью боли, сердцебиения и головокружения. В отличие от ощущения боли, симптом перебоев в области сердца не связан с переносимостью физической нагрузки больными ИБС.

Анализ лечения артериальной гипертонии у лиц пожилого возраста с полиморбидностью

Ермакова А.Е., Киндрас М. Н.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Основной задачей лечения артериальной гипертонии является снижение степени риска развития осложнений, продление жизни пожилого человека. Сложность решения данной проблемы у лиц старшего возраста обусловлена наличием множества заболеваний на фоне инволютивных изменений, приводящих к нарушению фармакодинамики и увеличению риска развития побочного влияния лекарств. Применение адекватной многоцелевой терапии позволяет предупредить осложнения, избежать побочных эффектов, улучшить прогноз и течение заболевания у пожилых больных с полиморбидностью.

Цель: провести анализ амбулаторного лечения артериальной гипертонии у лиц пожилого возраста на фоне полиморбидности. Методом случайной выборки проведен анализ амбулаторного лечения 182 пациентов (мужчин — 79, женщин — 103) с артериальной гипертонией (АГ) II—III степени, средний возраст — $67,3 \pm 1,6$ года. Сопутствующая патология была представлена заболеваниями желудочно-кишечного тракта, костно-мышечной, дыхательной и эндокринной систем. У 19 мужчин артериальная гипертония сочеталась с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Индекс полиморбидности в данной возрастной группе составил $5,7 \pm 0,6$ заболевания/один больной. Пациенты принимали в среднем по 7 наименований лекарственных препаратов в дозировках, но соответствующим принципам гериатрической фармакотерапии. Установлено, что у 39% геронтов политерапия обусловлена их наблюдением у врачей разных специальностей (невролога, уролога, хирурга, ревматолога),

между которыми отсутствует связь и преемственность. Лекарственные препараты назначались без учета их биологической совместимости и фармакологической целесообразности, что приводит к побочным эффектам. Длительное применение транквилизаторов и снотворных у 31% больных пожилого возраста вызвало развитие тяжелых запоров, задержку мочеиспускания. 49% больных артериальной гипертонией в сочетании с заболеваниями опорно-двигательного аппарата лечились нестероидными противовоспалительными средствами (индометацин, пироксикам) в комбинации с тиазидами и бета-блокаторами. У всех больных артериальной гипертонией в сочетании с доброкачественной гиперплазией предстательной железы выявлена полипрагмазия. Данным больным была показана многоцелевая монотерапия альфа-адреноблокаторами, обладающими полисистемным действием. Низкая информированность врачей по вопросам гериатрической фармакотерапии АГ приводит к неадекватной антигипертензивной терапии пожилых пациентов и необоснованной полипрагмазии.

Возможности прибора «Кардиовизор — 06С» в диагностике кардиологических аспектов синдрома гипермобильности суставов

Есина Е.Ю.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Проблема диагностики и лечения наследственных нарушений (дисплазий) структуры и функции соединительной ткани (ННСТ) является одной из самых сложных и актуальных в медицине. Среди всех ННСТ наиболее распространенным в клинической практике является синдром гипермобильности суставов (СГМС).

Цель: определить возможности прибора «Кардиовизор — 06С» в диагностике кардиологических аспектов синдрома гипермобильности суставов у студентов ВГМА им. Н.Н.Бурденко. Задачи работы: Определить особенности электрофизиологических процессов, происходящих в миокарде у студентов с СГМС; определить особенности электрофизиологических процессов в миокарде у студентов с СГМС в сочетании с хроническим тонзиллитом в анамнезе и у респондентов с СГМС и анамнезом внезапной сердечной смерти (ВСС) у родственников.

Материалы и методы. В исследование были включены 12 студентов ВГМА им. Н.Н. Бурденко. У всех студентов диагноз СГМС устанавливался в соответствии с пересмотренными Брайтонскими критериями СГМС. Выраженность СГМС оценивали по девятибалльной шкале Beighton. Среди сопутствующих заболеваний хронический тонзиллит выявлен у 5 (42%) студентов, ВСС у родственников также у 5 (42%) респондентов. Все студенты обследовались на приборе «Кардиовизор — 06С», принцип действия которого основан на методе дисперсионного картирования ЭКГ. Для оценки состояния пациента при отклонении основных интегральных индикаторов от нормы при фоновом обследовании, проводили пробу с физической нагрузкой с записью исходных интегральных показателей сразу после нагрузки, через 3 и 5 минут обследования. За норму принимали достижение исходных значений интегральных индикаторов (ИИ) через 4 минуты после нагрузки. В динамике оценивали четыре параметра: клиническую реакцию испытуемого на физическую нагрузку, гемодинамический ответ (АД, ЧСС), дисперсионные характеристики «портрета сердца», изменения ЭКГ.

Результаты. У всех студентов выявлены отклонения от нормы ИИ: «Миокард», «Ритм», «Пульс», «Код детализации», некоторых показателей ЭКГ: продолжительности интервалов PQ, QT, зубца P. Хр. тонзиллит в анамнезе коррелировал с увеличением длительности PQ при фоновом обследовании и увеличением длительности интервала QT при фоновом обследовании, через 2 и 4 минуты после нагрузки. Семейный анамнез ВСС коррелировал с удлинением интервала QT при фоновом обследовании и сразу после нагрузки.

Выводы. С помощью прибора «Кардиовизор — 06С» можно обнаружить ранние доклинические проявления патологии сердца при СГМС.

Влияние фармакологической коррекции депрессивных расстройств в амбулаторных условиях на качество жизни больных тяжелой хронической обструктивной болезнью легких

Есипенко Ю.В., Мамеко А.Н., Мельников И.И., Ищенко Н.В.

Поликлиника медико-санитарной части в/ч 02526, Воронеж

Цель исследования: повышение качества жизни (КЖ) больных тяжелой хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на основе амбулаторной терапии депрессивных нарушений, выявляемых у данной группы пациентов.

Материалы и методы. Была исследована группа больных тяжелой ХОБЛ (34 человека), у которых после исследования психологического статуса с применением методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний Цунге в адаптации Т.И. Балашовой, были выявлены депрессивные нарушения различной выраженности. Эта группа состояла из 24 мужчин (70,6%) и 10 женщин (29,4%) в возрасте от 65 до 84 лет (средний возраст — 68,4 ± 4,4 года). Эти пациенты постоянно получали базисную терапию ХОБЛ. Из этой когорты больных нами были сформированы 2 группы пациентов — основная (15 человек с тяжелой ХОБЛ) и контрольная (19 человек с тяжелой ХОБЛ). В обеих группах было исследовано КЖ (опросник SF-36 — The MOS 36 Item Short Form Health Survey). Пациентам основной группы на 1,5 месяца был назначен антидепрессивный препарат сертралин — селективный ингибитор обратного захвата серотонина («Асентра», Словения) в дозе 50 мг в сутки, с последующей оценкой качества, как в основной, так и в контрольной группе.

Результаты исследования. Через 1,5 месяца терапии сертралином в основной группе отмечалось статистически значимое повышение показателей КЖ по следующим шкалам опросника SF-36: физическое функционирование ($p < 0,01$), общее состояние здоровья ($p < 0,05$), жизненная активность ($p < 0,05$), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($p < 0,01$), психическое здоровье ($p < 0,01$). В контрольной группе достоверной динамики показателей КЖ через 1,5 месяца не наблюдалось. За период исследования пациенты контрольной группы в 1,5 раза чаще обращались за медицинской помощью к терапевту.

Выводы. Выявление и амбулаторная терапия депрессивных состояний с использованием сертралина у больных тяжелой ХОБЛ на фоне базисной терапии достоверно повышает качество их жизни. Дополнительная медикаментозная коррекция депрессивных расстройств может способствовать повышению эффективности лечения основного заболевания и сокращению числа визитов пациента к терапевту на амбулаторный прием.

Гемодинамика у лиц молодого возраста с повышенным нормальным АД и АГ I степени

Ефремушкин Г.Г., Харлова А.Г., Максакова Е.И., Филиппова Т.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Краевой госпиталь для ветеранов войн, Барнаул

Цель: Изучить состояние гемодинамики внутрисердечной и в магистральных артериях в период становления артериальной гипертензии. Материалы и методы. Обследовано 65 студентов Алтайского государственного медицинского университета в возрасте 19—23 лет ($19,9 \pm 0,9$ лет), из которых с нормальным АД было 38 (58,5%) — 1-я группа, с повышенным нормальным и транзиторной АГ I степени (АГ I стп.) — 27 (41,5%) человек — 2-я группа; женщин — 48 (74,5%). Обследование проводилось с использованием ЭхоКГ, дуплексного сканирования артерий (Vivid — 7, USA).

Результаты. Во 2-й группе при сохранении линейных размеров правого (ПЖ) и левого (ЛЖ) желудочков был достоверно увеличен их конечный диастолический объем с нарастанием толщины задней стенки ЛЖ и массы миокарда ЛЖ (на 12,3%, $p < 0,01$). В обоих желудочках нарастал объем крови в конце диастолы — в ПЖ — на 19,3% ($p < 0,05$), в ЛЖ — на 30,6% ($p < 0,05$) и остаточный объем крови в конце систолы (ООКС) — в ПЖ — на 14% ($p < 0,07$), в ЛЖ — на 38,5% ($p < 0,05$). Одновременно во 2-й группе был увеличен по сравнению с 1-й группой ударный объем (УО) ПЖ на 22% ($p < 0,05$), УО ЛЖ — на 27,4% ($p < 0,03$). Время изоволюмического расслабления было удлинено только в ПЖ. Минутный объем крови (МОК) во 2-й группе был больше по сравнению с 1-й на 800 мл (29,7%, $p < 0,001$). В сосудах преимущественно церебрального бассейна (общая сонная и позвоночная артерии) у лиц 2-й группы были увеличены по сравнению с 1-й группой максимальная скорость кровотока (V_{max}) на 19-27% ($p < 0,01$) с нарастанием удельной кинетической энергии потока крови (hv) на 50% ($p < 0,05$) и объемного расхода крови за 1 с (Q) на 19,2% ($p < 0,05$). В позвоночной артерии скорость пульсовой волны во 2-й группе была больше по сравнению с 1-й на 34% ($p < 0,01$). В основной и средних мозговых артериях у лиц 2-й группы были увеличены по сравнению с 1-й группой V_{max} и средне-максимальная скорости кровотока (V_{tmax}) с одновременным повышением его hv на 15,2 — 26,2% ($p < 0,05$) и индексов сосудистого сопротивления (RI) и пульсации (PI) на 12,2% и 22,7% соответственно ($p < 0,05$). В бедренной артерии во 2-й группе снижалась по сравнению с 1-й группой V_{max} (на 31,6%, $p < 0,05$) и его hv (на 53,2%, $p < 0,05$). При этом Q снижался как в фазу V_{max} (на 39%, $p < 0,05$), так и V_{tmax} (на 22,1%, $p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, у лиц молодого возраста с транзиторной гипертензией в пределах АГ I стп. и повышенным нормальным АД имеются увеличенные МОК, УО ПЖ и ЛЖ, диастолический размер ПЖ и ЛЖ, Укд, ООКС с формированием диастолической недостаточности ПЖ. В магистральных артериях кровотоков перераспределен в пользу головного мозга с уменьшением его в сосудах нижних конечностей.

Клинико-функциональная характеристика больных и инвалидов при поражении митрального клапана

Жакипбекова В.А., Алиханова К.А.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда

Болезни системы кровообращения (БСК) в Республике Казахстан занимают 2-е место в структуре общей заболеваемости и 1-е — в структуре причин смертности. В структуре БСК 3-е место занимают хронические ревматические заболевания сердца (ХРБС).

Цель работы: изучение клинико-функциональной характеристики больных и инвалидов вследствие поражения митрального клапана.

Материалы и методы. Из 116 исследуемых больных и инвалидов с преимущественным поражением митрального клапана было 90 человек. Разработана индивидуальная программа реабилитации (ИПР). Для постановки диагноза всем проведены общие клинические, лабораторно-инструментальные, статистические исследования. Для определения ограничения жизнедеятельности использовалась «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (ВОЗ, 2001).

Результаты и обсуждения. В структуре инвалидности среди больных преимущественным поражением митрального клапана преобладали женщины — 69 (76,7%). Мужчин было 21 (23,3%) пациент. Наибольшее число больных и инвалидов были трудоспособного возраста 40—58 лет и составило 69 (76,7%) человек. Причиной развития инвалидности у исследуемых больных явилось общее заболевание — 88 (97,8%), инвалид с детства — 2 (2,2%). Факторами развития поражения митрального клапана у изученных больных были: острая ревматическая лихорадка — 85 (94,4%), инфекционный эндокардит — 1 (1,1%), системная красная волчанка — 1 (1,1%), гиперэозинофильный синдром — 1 (1,1%) и сочетанные факторы — 2 (2,2%). За изучаемый период первично освидетельствованных инвалидов было 69 (76,7%), повторно освидетельствованных — 21 (23,3%). Среди клинико-морфологических форм больные распределились следующим образом: ревмокардит — 3 (3,3%), возвратный ревмокардит без порока клапана — 1 (1,1%), возвратный ревмокардит с пороком сердца — 86 (95,6%). У исследуемых больных встречалось сочетанное поражение клапанного аппарата сердца, так у 43 (47,8%) — аортальная недостаточность; у 21 (23,3%) — аортальный стеноз; у 5 (5,7%) — стеноз устья аорты; у 37 (41,1%) — недостаточность трикуспидального клапана и у 4 (4,4%) — стеноз трикуспидального клапана. У исследуемых больных были выделены ЭхоКГ признаки поражения сердца: утолщенные створки; вегетация, перфорация створок, отрыв сухожильных нитей; дилатация полостей ЛЖ и ЛП, которые изолированно отмечены у 28 (31,1); 21 (23,3%); 39 (43,3%) соответственно. Сочетание нескольких признаков было у 83 (92,2%) больных. Проведена оценка степени митральной регургитации: у 7 (7,8%) больных — I незначительная (длина струи до 4 мм); у 20 (22,2%) — II — умеренная (4 — 6 мм); у 5 (5,7%) — III — средняя (6 — 9 мм); у 2 (2,2%) — IV — выраженная (более 9 мм) и у 56 (62,2%) больных не оценивалась. Таким образом, изучение клинико-функциональной характеристики, экспертизы трудоспособности при поражении митрального клапана имеет большое значение и диктуется прежде всего довольно широким распространением этого заболевания среди лиц молодого социально-активного возраста. В связи с этим проблема медико-социальной реабилитации больных и инвалидов при ХРБС является перспективным направлением, имеющим огромную значимость во всем мире.

Эхокардиография с тканевой доплерометрией в исследовании диастолической функции сердца у больных с AL-амилоидозом

Жданова Е.А., Рамеев В.В., Мусеев С.В., Сафарова А.Ф., Козловская Л.В., Мухин Н.А.

Клиника нефрологии, внутренних и профессиональных заболеваний им. Е.М. Тареева, городская клиническая больница № 64, Москва

Цель и задачи: оценить тип диастолической дисфункции сердца и его взаимосвязь с длительностью заболевания, тяжестью клинических проявлений у больных с системным амилоидозом.

Материалы и методы. В исследование включены 20 больных первичным (AL) амилоидозом, подтвержденным морфологически. Всем больным проведено клиническое обследование и эхокардиографическое исследование с тканевой доплерометрией.

Результаты. Клинические признаки поражения сердца наблюдались у 13 (65%) больных. Однако эхокардиографическое исследование с тканевой доплерометрией позволило выявить признаки поражения сердца у всех 20 больных: увеличение толщины межжелудочковой перегородки (1,2—1,9 см), толщины задней стенки левого желудочка (1,1—1,9 см), расширение одного или обоих предсердий, увеличение конечно-диастолического объема левого желудочка, диастолическую дисфункцию. Фракция выброса была значительно снижена (менее 30%) у 1 больного и незначительно (45—55%) — у 2 (у всех 3 пациентов имелись признаки сердечной недостаточности). Поражение сердца имело преимущественно диастолический механизм развития, систолическая функция оказалась нарушена только у больных с выраженной диастолической дисфункцией. Тип диастолической дисфункции определяли по параметрам трансмитрального кровотока с учетом данных тканевой доплерометрии. У 2 из 7 больных без сердечной недостаточности диастолическая функция была в пределах нормы, а у 5 больных наблюдался 1-й тип диастолической дисфункции (замедленного расслабления). У всех 13 больных с клиническими признаками сердечной недостаточности имелись нарушения диастолической функции: у 5 — 1-й тип, у 6 — 2-й тип, у 2 — 3-й тип. Тип диастолической дисфункции не зависел от длительности заболевания системным амилоидозом и длительности поражения сердца, которые варьировали от нескольких месяцев до нескольких лет при всех 3 типах диастолической дисфункции.

Выводы. Несмотря на длительное течение системного амилоидоза у многих больных сохраняется 1-й тип диастолической дисфункции, обычно характерный для начальных стадий поражения сердца, а также изменения диастолы по типу псевдонормализации. Наиболее тяжелый рестриктивный тип диастолической дисфункции является не самым распространенным и не всегда сопутствует тяжелым проявлениям сердечной недостаточности. По-видимому, в патогенезе амилоидоза сердца имеют значение не только нарушения механических свойств миокарда, обусловленные депозицией амилоида, но и прямое токсическое действие свободных легких цепей иммуноглобулинов.

Оценка предполагаемых факторов риска развития автономной кардиоваскулярной диабетической нейропатии

Жердева Л.А., Бредихина М.Н., Акаимова О.Н.,

Областная клиническая больница № 2, Оренбург

Автономная кардиальная нейропатия (АКН) — поражение при сахарном диабете (С.Д.) симпатической и парасимпатической иннервации, приводящее к нарушению регуляции деятельности миокарда, является одним из самых опасных осложнений сахарного диабета.

Цель: выявить возможные факторы риска развития АКН.

Материалы и методы. В исследование было включено 78 человек (32 мужчины и 46 женщин) в возрасте от 18 до 73 лет, страдающих сахарным диабетом 1 и 2 типов, со стажем СД от 1 до 16 лет в стадии компенсации, субкомпенсации и хронической декомпенсации. Пациентам определялись рост, вес, ИМТ, оценивался уровень компенсации СД по гликемии и HbA1c, наличие кетоновых тел в моче. В качестве стандарта диагностики АКН проводились 3 функциональные пробы: проба Вальсальвы (ПВ), ортопроба Шелонга (ОПШ) и измерение АД при изотонической мышечной нагрузке (ИМН). На нарушение парасимпатической иннервации указывало снижение индекса максимального интервала R-R менее 1,21. В тесте Шелонга недостаточность симпатической кардиальной иннервации определялась по снижению САД менее 30 мм рт. ст. от исходного в положении лежа, на каждой 2-й минуте в течение 10 мин после вставания больного; в пробе с ИМН — по отсутствию повышения ДАД более 10 мм рт.ст. от исходного после сжатия динамометра в течение 5 минут.

Результаты. Наиболее выраженные нарушения кардиальной иннервации АКН регистрировались в группе пациентов с СД 2 типа, с избыточной массой тела (ИМТ более 30—34,9), со стажем СД обоих типов от 1 года, с уровнем HbA1 7,0—7,5%. Прослеживалась зависимость выраженности АКН и возраста пациента, склонности к кетоацидотическим состояниям, а также наличием сопутствующей кардиальной патологии и, прежде всего артериальной гипертонией.

Выводы. АКН является ранним осложнением СД. Факторами риска развития АКН являются: СД 2 типа, избыточная масса тела, возраст пациента, сопутствующая кардиальная патология (прежде всего артериальная гипертония).

К вопросу о роли микроэлементного гомеостаза в формировании сердечно-сосудистой патологии у жителей Карелии

Жестяников А.Л., Карапетян Т.А., Доршакова Н.В.

Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск

Нейроциркуляторная дистония (НЦД) представляет серьезную проблему здравоохранения, так как формируется в молодом возрасте, сопровождается нарушением трудоспособности и ухудшением качества жизни у значительной части больных, при этом у таких пациентов в дальнейшем продемонстрирован высокий риск развития более тяжелых заболеваний сердечно-сосудистой системы — гипертонической болезни и ишемической болезни сердца. Эпидемиологические данные свидетельствуют о существенной социальной значимости НЦД: по разным оценкам, частота встречаемости заболевания в общей популяции составляет от 15,6 до 20-25%, патология выявляется у 1/3 пациентов, обращающихся за помощью к кардиологу, а в стационаре пациенты с НЦД составляют порядка 2% больных.

Цель: изучить микроэлементный статус больных НЦД жителей Карелии для разработки лечебно-профилактических корригирующих мероприятий.

Методы. Атомно-абсорбционной спектрометрией изучены массовые концентрации (МК) 7 микроэлементов (МЭ) в цельной крови у 80 больных НЦД (63,8% мужчин и 36,2% женщин) и 60 здоровых лиц (53,3% мужчин и 46,7% женщин), находящихся в возрастном интервале от 18 до 35 лет.

Результаты. При сравнительном анализе МК МЭ в цельной крови у больных лиц по сравнению со здоровыми достоверно ниже содержание эссенциальных Mg, Fe, Cu, Co, Mn (по $22,92 \pm 8,06$; $278,42 \pm 57,73$; $0,38 \pm 0,17$; $0,003 \pm 0,001$; $0,013 \pm 0,006$ против $43,77 \pm 5,85$; $433,11 \pm 81,26$; $0,65 \pm 0,23$; $0,013 \pm 0,009$; $0,018 \pm 0,009$ мг/л) и выше — токсичных Cd и Pb (по $0,00045 \pm 0,00066$; $0,00916 \pm 0,00613$ против $0,00014 \pm 0,00004$; $0,00519 \pm 0,00289$ мг/л) ($p < 0,05$). При корреляционном анализе МК МЭ у больных НЦД выявлены прямые связи между содержанием Mg и Fe ($r=0,83$), Mg и Co ($r=0,84$), Fe и Co ($r=0,78$), Mg и Cu ($r=0,33$), Cu и Co ($r=0,34$), Cu и Fe ($r=0,28$), Mg и Pb ($r=0,27$) и обратные — между Cd и Fe ($r=-0,28$), Cd и Mg ($r=-0,33$). В группе здоровых лиц прямая зависимость выявлена между содержанием Fe и Cu ($r=0,47$), Mn и Co ($r=0,32$), Cu и Mn ($r=0,26$) и обратная — между Cd и Mn ($r=-0,32$).

Полученные данные свидетельствуют о существенных особенностях микроэлементного статуса у больных НЦД жителей Карелии. Известно, что Fe, Cu, Co и Mn участвуют в механизмах регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы и АД путем включения в активные центры ряда металлоферментов: антиоксидантных, цепи тканевого дыхания, необходимых для структурной организации сосудистой стенки и обмена катехоламинов и других биологически активных веществ. Поэтому выявленные нарушения микроэлементного гомеостаза могут играть важную этиопатогенетическую роль.

Выводы. Лечебно-профилактические мероприятия при НЦД у жителей Карелии должны быть в том числе направлены и на обеспечение организма комплексом эссенциальных элементов (Mg, Fe, Cu, Co, Mn) с учетом недостаточности последних и прямых корреляционных связей между содержанием ряда из них. Возможны коррекция пищевого рациона, применение содержащих МЭ фитосредств и витаминно-минеральных комплексов. Антагонистическое взаимодействие Cd с некоторыми из эссенциальных МЭ обосновывает необходимость прекращения табакокурения, как основного источника бытового поступления в организм этого элемента.

Особенности гемодинамики и вегетативной регуляции у больных артериальной гипертензией мужчин с нормальным и с избыточным индексом массы тела

Жмайлова С.В., Вебер В.Р., Мирошниченко О.М., Кулик Н.А.

Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого. Институт медицинского образования, Великий Новгород

Цель исследования: изучить особенности гемодинамики и вегетативной регуляции у больных артериальной гипертензией мужчин с нормальным и с избыточным индексом массы тела (ИМТ).

Материал и методы исследования. Обследованы 22 мужчины больных АГ II ст. (ЕОК/ЕОАГ, 2007), из них 13 мужчин с нормальным индексом массы тела (I группа), средний возраст $48,46 \pm 1,4$ года и 9 мужчин с избыточным ИМТ, средний возраст $47,89 \pm 1,3$ года. В работе использованы Методы. тетраполярной грудной реографии с определением показателей ударного индекса (УИ), сердечного индекса (СИ) и индекса периферического сопротивления сосудов (ИПСС); исследование диастолической функции левого желудочка (ДФЛЖ), за основу взят показатель Е/А трансмитрального кровотока; исследование вегетативной регуляции методом вариационной интервалометрии с определением индекса напряжения (ИН) и спектрального метода исследования variability сердечного

ритма с расчетом показателя MB2/БВ, отражающего соотношение симпатического и парасимпатического звеньев ВНС. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы Statistica 6,0.

Результаты исследования и их обсуждение. В общей группе больных АГ мужчин с избыточным весом, по сравнению больными с нормальным ИМТ, был меньше УИ — $40,51 \pm 3,75$ и $55,78 \pm 4,81$, соответственно, $p=0,031$; СИ составил $2,8 \pm 0,23$ и $3,43 \pm 0,26$ соответственно. По показателю ИПСС достоверных различий между группами выявлено не было. Вегетативный показатель ИН в покое почти в 2 раза был выше у больных с избыточным ИМТ. Показатель MB2/БВ также в 1,5 раза больше у больных АГ мужчин с избыточной массой тела, нежели у больных с нормальным ИМТ. Таким образом, у мужчин с избыточной массой тела СИ поддерживается на уровне СИ больных с нормальным ИМТ за счет избыточных симпатических вегетативных влияний, так как УИ у больных АГ мужчин с избыточным весом достоверно ниже УИ в группе мужчин с нормальным ИМТ. Нарушения ДФЛЖ регистрировались в обеих группах, достоверных различий по показателю E/A между группами выявлено не было.

Особенности одышки у больных бронхиальной астмой

Жук Е.А., Мясоедова С.Е., Глебова К.Е., Кириченко Н.В., Торкашова Е.В.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Цель: оценить особенности субъективного восприятия диспноэ у больных бронхиальной астмой (БА), в том числе имеющих сопутствующую артериальную гипертензию (АГ).

Методы исследования. Обследованы 50 больных БА (47 женщин и 3 мужчин) в возрасте от 16 до 77 лет, находившихся на лечении в городском пульмонологическом отделении. Оценивали выраженность одышки по шкале Medical Research Council (MRC) и шкале Борга, а также субъективные ощущения одышки («язык одышки») с помощью специального опросника, содержащего 15 вариантов описаний диспноэ (Чучалин А.Г., 2004). Пациентам предлагалось выбрать те варианты, которые наиболее соответствовали их собственному ощущению одышки. Проводилось клиническое обследование, спирометрия, эхокардиография. Преобладали больные со средне-тяжелым — 29 человек (58%) и тяжелым — 18 (36%) течением БА. В 3 случаях (6%) наблюдалась легкая персистирующая БА. Длительность БА составила от 2 месяцев до 39 лет. Сенсибилизация к аллергенам домашней пыли зарегистрирована у 17 (34%) пациентов, к пыльцевым аллергенам — у 11 (22%), к шерсти животных — у 11 (22%). АГ диагностирована у 39 (78%) больных.

Результаты. Жалобы на одышку предъявляли 47 (94%) пациентов. Выраженность одышки по шкале MRC составила от 1 до 3 степени (в среднем 2,4), по шкале Борга — от 3 до 9 баллов (в среднем 5,7). Выявлена положительная корреляционная связь между выраженностью одышки по шкале Борга и тяжестью БА ($p=0,004$), отрицательная связь между выраженностью одышки по шкале MRC и ФЖЕЛ ($p=0,013$). Из предложенного опросника с вариантами описаний диспноэ большинство больных отмечали по несколько кластеров. Наиболее часто пациенты выбирали следующие варианты: «Мне не хватает воздуха» — 27 (54%) человек, «Мне трудно выдохнуть» — 27 (54%), «Моя грудь стеснена» — 27 (54%), «Я не могу сделать глубокий вдох» — 22 (44%). Выявлена отрицательная корреляционная связь ощущения «Мне трудно вдохнуть» и возраста начала БА

($p=0,01$), а также возраста начала ожирения ($p=0,01$), положительная связь того же кластера одышки и частоты сердечных сокращений ($p=0,004$). Отмечена положительная связь характеристики «Мне трудно вдохнуть» и пыльцевой аллергии ($p=0,02$), «Мне не хватает воздуха» и аллергии к домашней пыли ($p=0,006$). Наблюдалась положительная связь выражения «Мое дыхание поверхностное неглубокое» и уровня диастолического артериального давления (АД) ($p=0,006$), ощущения «Моя грудь стеснена» и степени АГ ($p=0,005$); характеристики «Я ощущаю тяжесть в груди» и индекса массы миокарда левого желудочка ($p=0,02$). Отмечена отчетливая отрицательная связь описания «Мое дыхание тяжелое» и основных спирометрических показателей: ЖЕЛ ($p=0,001$), ФЖЕЛ ($p=0,01$), ОФВ1 ($p=0,003$).

Выводы. Одышка у больных БА представляет гамму качественно различных ощущений. Наиболее часто пациенты, страдающие БА, отмечают следующие варианты описаний диспноэ: «Мне не хватает воздуха», «Мне трудно выдохнуть», «Моя грудь стеснена», «Я не могу сделать глубокий вдох». Установлено, что выраженность одышки отражает тяжесть БА. Выявлена связь между отдельными характеристиками одышки и наличием бытовой и пыльцевой сенсибилизации, возрастом дебюта БА, спирометрическими показателями. Наличие сопутствующей АГ, ее степень, гипертрофия левого желудочка отражается на особенностях одышки у больных БА.

Коморбидный фон соматической патологии у больных рассеянным склерозом

Завалина Т.В., Шутлов А.А.

Пермская государственная медицинская академия, Пермь

Рассеянный склероз (РС) является социально значимой проблемой современной неврологии, так как поражает лиц молодого трудоспособного возраста и быстро приводит к инвалидизации [Гусев Е.И. и др., 2003]. Коморбидность определяется наличием синдромов, заболеваний с различной этиологией и патогенезом, возникающие у одного человека в определенный отрезок времени, если частота этого сочетания превышает вероятность случайного совпадения [Sherman E.M.S. et al., 2007].

Цель исследования: изучить соматическую коморбидность больных рассеянным склерозом, оценить ее частоту и тяжесть по индексу M.E. Charlson [1987]. Обследованы 199 больных с достоверным диагнозом РС по критериям W.I. McDonald [2005], верифицированным МРТ головного и/или спинного мозга. Из них было 142 женщины (71,4%) и 57 (28,6%) мужчин. Средний возраст пациентов в исследуемой группе составил $37,7 \pm 10,7$ года и находился в диапазоне 15–75 лет. Неврологический статус больных по шкале инвалидизации EDSS составил $2,98 \pm 1,65$ балла. Ремиттирующий тип течения наблюдался у 147 (74%) больных, вторично-прогрессирующий — 46 (23%), первично-прогрессирующий — 6 (3%). Длительность болезни колебалась от 1 до 50 лет (в среднем — $9,46 \pm 7,8$ г.). Из 199 больных РС 63 (31,7%) имели соматическую патологию. У 24 из них выявлены заболевания органов желудочно-кишечного тракта: хронические гастриты — 3 (1,5%), бескаменный холецистит — 4 (2%), гепатит — 14 (7%), язвенная болезнь желудка — 2 (1%), двенадцатиперстной кишки — 1 (0,5%), реактивный панкреатит в стадии ремиссии — 2 (1%). Аллергическая реакция в виде крапивницы или аллергического отека сопровождала заболевание у 22 человек. Реже РС ассоциировался с артериальной гипертензией (13 человек),

хроническим пиелонефритом (3), онкологической патологией (4), ревматическим поражением соединительной ткани (4). Индекс соматической коморбидности больных РС равен $1,88 \pm 1,04$ балла. У женщин коморбидная патология встречалась не значимо чаще: у 46 (32,4%), и у 17 мужчин (29,8%), $\chi^2=25,85$, $p=0,31$. В группе контроля из 214 человек, сопоставимых по полу, возрасту, месту рождения, месту настоящего проживания, не страдающих демиелинизирующим заболеванием, соматическая патология встречалась достоверно реже, чем у больных РС — у 14 (6,5%) человек, $p = 0,025$. Индекс соматической коморбидности в группе контроля равнялся $0,28 \pm 0,53$ балла. Таким образом, у больных РС достоверно чаще, чем в группе контроля, встречалась соматическая коморбидная патология, среди которой преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта и сопровождалась аллергической реакцией на разные аллергены, имеющей некоторые общие механизмы патогенеза с РС.

Значение газоаналитических показателей на фоне тредмил-теста в диагностике легочной и центральной гемодинамики у больных хроническим обструктивным бронхитом и при его сочетании с ишемической болезнью сердца

Заволовская Л.И., Пестова А.Б., Соколова В.И.

Российская медицинская академия последиplomного образования, Москва

Цели задачи: оценка газоаналитических показателей в диагностике легочной и центральной гемодинамики при проведении тредмил-теста у больных хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ) и ХОБ в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Тредмил-тест проводился по прерывно-возрастающей методике. Запись ультразвуковых исследований производилась с помощью системы Sequoia 512 (Simens-Acuson). Критериями аэробно-анаэробного порога являлись: концентрация и давление O_2 и CO_2 (РЕТО $_2$ и РЕТСО $_2$) в выдыхаемом воздухе; потребление O_2 , выделение CO_2 (VO $_2$); вентиляционный эквивалент по O_2 (EQO $_2$); кислородный долг по коэффициенту восстановления O_2 (KB); анаэробный порог (АП); порог метаболического ацидоза (ДМА). Уровень нагрузки определялся в метаболических единицах. 1 MET — потребление O_2 равно 3,5 мл/мин на 1 кг веса. Исследования проведены у 30 больных. 1-ю группу (15 человек) составили лица средней тяжести с ХОБ. 2-ю группу (15 пациентов) с ХОБ и ИБС, при этом у 7 выявлен постинфарктный кардиосклероз, у 8 — признаки ишемии миокарда и стенокардия 11 функционального класса. Возраст больных в среднем равнялся $54 \pm 3,1$ года. Контроль составил 10 здоровых лиц.

Результаты. У больных ХОБ в процессе тредмил-теста возник ранний перелом динамики EQO $_2$ при АП- $2,8 \pm 0,2$ MET ($p < 0,05$) и ранее падение РЕТСО $_2$, что указывало на раннее возникновение ДМА ($3,4 \pm 0,4$ MET, $p < 0,05$), по сравнению со здоровыми лицами. Одновременно определялось повышенное систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) и среднем до $31,0 \pm 2,3$ мм рт.ст. Перелом KB возник при средней нагрузке $5,1 \pm 0,3$ MET, а МОК стабилизировался при $5,6 \pm 0,2$ MET. У больных ХОБ с ИБС также наблюдался ранний перелом аэробно-анаэробного процесса — при EQO $_2$ $2,6 \pm 0,3$ MET, при этом в динамике снижение РЕТСО $_2$ отмечались две точки падения — при $3,1 \pm 0,7$ и $4,8 \pm 1,2$ MET с одновременным падением МОК (при нагрузке в $4,5 \pm 0,6$ MET), регистрацией СДЛА до $34,2 \pm 0,9$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), резким возрастанием кислородного долга с уровня средней

нагрузки $4,0 \pm 0,9$ MET ($p < 0,05$), и падением фракции выброса левого желудочка с $68 \pm 3,2$ до $54 \pm 4,1$ ($p < 0,05$).

Выводы. Раннее возникновение аэробно-анаэробного перехода у больных ХОБ (до 4 MET) на фоне возрастающего МОК указывает на наличие легочной гипертензии у больных ХОБ. Два ранних уровня снижения давления CO_2 на фоне раннего падения МОК свидетельствуют о нарушении насосной функции сердца у больных ХОБ с ИБС.

Психологический и гормональный профиль больных ожирением и влияние его на эффективность снижения массы тела

Завражных Л.А., Смирнова Е.Н.

Курорт Усть-Качка 1, Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь

Цель работы: установить особенности психологического и гормонального профиля больных ожирением для эффективного немедикаментозного снижения массы тела. Объект исследования и Методы. 180 пациентов с ожирением и артериальной гипертензией обследовались на курорте Усть-Качка. Через 3 недели немедикаментозного воздействия (диета, бальнеопроцедуры) пациенты были разделены на 2 группы: 1 — с положительным ответом (снижение массы тела более 2 кг, уменьшение окружности талии более 2 см, снижение триглицеридов и гликемии) и 2 — без динамики. Психологический профиль определялся при помощи стандартных анкет САНТ, СМОЛ, ЛОБИ.

Результаты. В 1 группе снижение веса произошло на 3,9% систолическое АД уменьшилось на 10,2%, диастолическое АД — на 6,3% по сравнению со 2 группой, где вес практически не изменился, САД снизилось на 5,9%, а ДАД — на 2,6% ($p=0,047$). Пациенты 2 группы отличались гиперлептинемией ($41,12 \pm 3,1$ нг/мл против $32,9 \pm 2,6$ нг/мл; $p=0,037$) и гиперинсулинемией ($39,61 \pm 3,4$ мкЕД/мл против $26,81 \pm 3,9$ мкЕД/мл; $p=0,045$). Уровень инсулина коррелировал со значением индекса времени (ИВ) САД и ИВ ДАД, а значение лептина с уровнем ДАД и средним АД. В 1 группе преобладал ограничительный тип пищевого поведения (ПП) у пациентов 2 группы чаще определялось эмоциогенное (55%) и экстернальное ПП ($p=0,0045$). Методика САНТ (самооценка самочувствия) выявила высокий балл тревожности у большинства пациентов. Во 2 группе регистрировалась завышенная оценка активности и настроения. По отношению к болезни (тест ЛОБИ) во 2-й группе преобладали типы эйфорический — 10,2%; анозогнозический — 17,4%; апатический — 19,6%. У пациентов 1 группы чаще встречались сенситивный, обсессивно-фобический, гармонический, ипохондрический типы. Можно обобщить, что пациенты 1 группы более реалистичны в отношении к своему состоянию, как к болезни, они готовы участвовать в лечении. Пациенты 2 группы склонны отрицать свое состояние как заболевание. По методике СМОЛ во 2 группе наблюдается пик профиля по 1, 7 и повышение по 2 и 9 шкалам, что характерно для пессимистической оценки перспективы. В 1 группе повышение профиля по 3 и 9 шкалам, определяет демонстративность поведения наряду с активностью и оптимизмом, снижение по 7 шкале характеризует личность как уверенную в принятии решений.

Выводы. Эмоциогенное пищевое поведение, повышенная оценка самочувствия, отрицание своей болезни, пессимизм в сочетании с инсулин и лептинрезистентностью составляют модуль, затрудняющий снижение массы тела у больных ожирением.

Вегетативные нарушения и эндотелиальная дисфункция у больных хроническим простатитом

Зайцев Д.Н., Говорин А.В., Первалова Е.Б., Цырендоржиева В.Б.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель: оценить характер вегетативных расстройств и степень эндотелиальной дисфункции у больных хроническим простатитом.

Материалы и методы. В настоящей работе представлены результаты обследования 30 больных хроническим простатитом, средний возраст которых составил $32 \pm 3,6$ года. Вегетативный статус определялся с помощью вегетативной анкеты и вегетативного индекса Кердо. Всем больным проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ по коротким участкам с анализом спектральных (Tr, LF, HF, VLF, LF/HF) показателей вариабельности ритма сердца (BPC). Эндотелиальная функция оценивалась по количеству десквамированных эндотелиоцитов в крови и с помощью определения сосудодвигательной функции эндотелия плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией.

Результаты. По результатам анкетирования все больные хроническим простатитом были подразделены на 3 группы: больные ХП — симпатотоники — 18 (60%), больные ХП — ваготоники — 3 (10%), больные ХП—эйтоники — 9 (30%). При проведении холтеровского мониторирования ЭКГ у пациентов ХП — симпатотоников наблюдалось снижение основных спектральных параметров BPC по сравнению с лицами двух других групп, причем наиболее значительно — Tr-компонента. У симпатотоников происходило существенное увеличение коэффициента LF/HF, отражающего баланс симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. При изучении эндотелиальной функции было установлено, что количество эндотелиоцитов в крови пациентов — симпатотоников было выше аналогичного параметра лиц ваготоников и эйтоников ($4,2 \pm 0,63$, $2,42 \pm 0,14$ и $2,66 \pm 0,57$ соответственно) ($p < 0,05$). При проведении пробы с реактивной гиперемией обращает на себя внимание отсутствие должной степени дилатации плечевой артерии у симпатотоников, по сравнению с показателями ваготоников и эйтоников (степень дилатации, вызванная потоком, составила $3,18 \pm 1,4$, $10,12 \pm 2,4$ и $14,12 \pm 3,4$ % соответственно) ($p < 0,05$).

Выводы. У пациентов с хроническим простатитом довольно часто (в 70% случаев) выявляются вегетативные расстройства, представленные преимущественно симпатотонией. У больных с активацией симпатического звена вегетативной нервной системы имеет место нарушение функции эндотелия в виде увеличения количества циркулирующих десквамированных эндотелиоцитов и уменьшения чувствительности плечевой артерии к напряжению сдвига на эндотелий.

Насколько оправдано многосуточное холтеровское мониторирование?

Зайцева И.А.

Тульская областная клиническая больница, Тула

Повышение качества диагностических исследований может существенно повысить обоснованность направления пациентов для оказания высокотехнологической медицинской помощи. С целью изучения информативности двух- и трехсуточного

холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ (ИНКАРТ, Санкт-Петербург) проанализированы результаты 22 пациентов, обследованных в выходные дни. Хотя накожные электроды и носимый аппарат при проведении амбулаторного ХМ создают определенные неудобства, влияя на функциональное состояние стресс-неустойчивых лиц, у 18 пациентов (в 82% случаев) только в одни из вторых или третьих суток имели место те или иные нарушения ритма и проводимости. Так, короткие пароксизмы фибрилляции предсердий от 2 до 8—16 секунд регистрировались у 5 пациентов (1 мужчина и 4 женщины), из них у всех женщин они наблюдались только во вторые (!) сутки, а у мужчины — впервые. Имевшие место нарушения ритма в виде коротких пробежек суправентрикулярной тахикардии регистрировались у 6 пациентов (2 мужчин и 4 женщин), при этом у 2 мужчин и 2 женщин они регистрировались только во вторые сутки, а еще у 2 женщин — только в первые сутки. У пациента Х., 21 года, студента, во время работы за компьютером при регистрации ЭКГ во вторые сутки зафиксированы нарушения процессов реполяризации и одновременно укорочение скорректированного интервала QT менее 340 мс в течение 37 минут. У пациента П., 88 лет, направленного кардиохирургом КДЦ для решения вопроса об имплантации электрокардиостимулятора, только в дневное и несколько чаще в ночное время только вторых суток регистрировались клинически значимые паузы от 2000 до 2416 мсек. Преходящие нарушения АВ-проводимости в настоящее время являются частой находкой. Так, у пациентки М., 14 лет, только в дневное время первых суток регистрировался эпизод преходящей АВ блокады 2 степени Мобиз 2 (2:1). У пациентки К., 38 лет, в течение всего времени ночного сна в первые сутки регистрировалась преходящая АВ блокада 1 степени (средний PQ ночью 229 мс) при средней ЧСС 65 ударов в минуту, во вторые сутки (перед сном по дневнику стрессовая ситуация) АВ-блокады зарегистрировано не было, однако средняя ЧСС во время сна составила 85 ударов в минуту. Таким образом, многосуточное ХМ ЭКГ существенно повышает информативность методики, особенно у лиц с отсутствием структурных нарушений сердца и повышенной или сохраненной реактивностью ЦНС на бытовые ситуации, что способствует более точной постановке диагноза и определению тактики лечения.

Некоторые клинические особенности хронической обструктивной болезни легких

Закаряя М.Г., Бикина Н.А., Буренков В.Н., Нанчикеева М.Л.

Кафедра терапии, Ивановская государственная медицинская академия, Владимир

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимает одно из ведущих мест среди причин смертности в общей популяции (ВОЗ, 2010 г.). Заболеваемость ХОБЛ во Владимирском регионе составляет 15,9 на 1000 населения и последние 10 лет не имеет тенденцию к уменьшению. Более того, по результатам анализа формы 12Ф за 5-летний период в ряде административных округов области, в т.ч. в г. Владимире, имеет место статистически достоверная тенденция к увеличению заболеваемости ХОБЛ темп прироста составил $>3,5\%$. С целью оптимизации ведения пациентов с ХОБЛ нами были изучены клинические особенности заболевания у больных, госпитализированных в пульмонологическое отделение городской больницы №5 в феврале-марте 2011 г. Задачами исследования были: анализ частоты клинических фенотипов ХОБЛ, оценка распространенности легочной гипертензии (ЛГ) и

синдрома обструктивного апноэ во сне (СОАС) среди обследованных пациентов.

Материалы и методы. Обследован 21 больной с обострением ХОБЛ (GOLD, 2010). Всем пациентам проводили УЗИ сердца с оценкой систолического давления в легочной артерии (аппарат VIVID-3GE, 2007 г. Израиль), кроме того, проводили анкетирование для диагностики СОАС (опросник ESS).

Результаты. Все обследованные больные были мужчинами, средний возраст составил $68,2 \pm 3,1$ г., стаж ХОБЛ — $25,6 \pm 3,5$ г. У 7 (30%) установлена III и у 14 (70%) IV стадии болезни. Среди обследованных пациентов с ХОБЛ 15 (71,4%) имели клинический фенотип «синих одутловатиков» (группа 1) и 6 (28,6%) — «розовых пыхтельщиков» (группа 2). ЛГ по данным ЭхоКГ (среднее давление в Ppa >30 мм рт.ст.) выявлена у 13 (62%) пациентов. В исследованной нами группе больных ХОБЛ развитие ЛГ не зависело от стажа и стадии болезни. В то же время частота ЛГ была статистически выше в группе 1 у 12 пациентов из 15 (80%), чем в группе 2 (у 1 из 6 (16,6%)), $p=0,039$. По результатам анкетирования наличие СОАС было предположено у 12 (57,1%) больных ХОБЛ, из них у 10 (66,7% из 15) — в группе 1 и лишь у 2 (33,3% из 6) — в группе 2 ($p>0,05$).

Вывод. В исследованной группе больных с III-IV стадиями ХОБЛ преобладал фенотип «синих одутловатиков», большинство из этих пациентов клинически имели сочетание ХОБЛ и СОАС, кроме того, именно в этой группе пациентов с достоверно более высокой частотой развивалась легочная гипертензия.

Эффективность ацеклофенака (аэртала) и мелоксикама (мовалиса) у больных пожилого возраста с остеоартрозом

Замятина Е.А., Багирова Г.Г.

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург

Цель: оценить сравнительную эффективность ацеклофенака (аэртала) и мелоксикама (мовалиса) у больных пожилого возраста с остеоартрозом.

Задачи: 1. Обследовать две группы больных пожилого возраста с остеоартрозом. 2. Сравнить эффективность лечения ацеклофенаком (аэрталом) и мелоксикамом (мовалисом) по шкалам ВАШ и WOMAC и индексу тяжести гонартроза.

Материалы и методы. Был обследовано 40 амбулаторных больных, разделенных на 2 группы: I группа составила 20 женщин, средний возраст $66,2 \pm 6,4$ года, принимавших в течение 10 дней мовалис в дозе 15 мг/сут.; II группа — 20 женщин, средний возраст $64,8 \pm 7,6$ года, принимавших в течение 10 дней аэртал в дозе 200 мг/сут. Больные обеих групп исходно были сопоставимы по основным клиническим показателям. Состояние больных до и после лечения оценивалось по шкалам ВАШ и WOMAC и определялся индекс тяжести гонартроза.

Результаты. После проведенного лечения мовалисом снизились показатели ВАШ (с $6,9 \pm 1,02$ до $4,5 \pm 1,2$, $p<0,05$), WOMAC (с $148,5 \pm 19,8$ до $130,4 \pm 17,7$, $p<0,05$), индекс тяжести гонартроза (с $16,6 \pm 3,2$ до $13,3 \pm 2,7$, $p<0,05$). Под влиянием аэртала также произошла положительная динамика: снизился показатель ВАШ (с $7,1 \pm 1,3$ до $4,5 \pm 1,2$, $p<0,05$), WOMAC (с $146,9 \pm 27,4$ до $129,2 \pm 24,9$, $p<0,05$), индекс тяжести гонартроза (с $14,05 \pm 2,9$ до $10,7 \pm 2,7$, $p<0,05$).

Выводы. Прием аэртала привел к достоверному снижению ($p<0,05$) индекса тяжести гонартроза, в сравнении с мовалисом. Различий в переносимости препаратов не выявлено. Мовалис и аэртал, имеющие

различную селективность по отношению к ЦОГ-1 и ЦОГ-2, обладают идентичной клинической эффективностью и переносимостью.

Иновационные технологии в кардиологической практике

Зарубина Е.Г., Панин П.Ф., Габидуллова Д.А., Емельянова Н.Г., Барынкина О.В.

Самарский медицинский институт, Самара

В Самарском медицинском институте апробирована компьютерная история болезни больного. Заполнение данной истории болезни у обученного медицинского персонала занимает не более 5 минут, после чего электронная история болезни (ЭИБ) распечатывается как обычная форма истории болезни. Помимо этого, все вносимые данные в ЭИБ автоматически вносятся в уравнения математического моделирования для автоматизированного установления предварительного диагноза и риск-стратификации больных инфарктом миокарда. Полученный диагноз доступен для коррекции со стороны врача. Для корректной работы ЭИБ нами была применена нейронная сеть (НС). Подобные системы обладают способностью самообучаться на примерах и настраиваться на решение определенных классов задач. Это свойство нейрокомпьютеров особенно актуально в медицине, где большинство задач не поддается формализации, а входные данные часто бывают неполными, зашумленными и даже противоречивыми. В процессе обучения база данных модифицируется в базу знаний: НС приобретает «опыт» решения медицинских задач. Наличие опыта предусматривает возможность правильного решения даже в том случае, если подобная ситуация никогда ранее не встречалась. То есть прослеживается аналогия с работой врача: опытный интернист поставит диагноз, даже если у пациента имеется искаженная картина симптоматики заболевания. В качестве обучающей выборки нами были использованы 480 историй болезни пациентов, летальный исход у которых наступил в первые сутки стационарного лечения. Было выявлено 19 параметров, которые в 95% случаях являлись определяющими в постановке диагноза и прогнозировании возможных осложнений у больных. Преимущества нейросетевых экспертных систем очевидны. Врачу не требуется устанавливать взаимосвязи между входными данными и окончательным решением; он не тратит время на классическую статистическую обработку информации и проверку математической модели. НС выдает решение вместе со степенью достоверности в нем, оставляя врачу возможность корректировки полученного результата (диагноза). При этом она дает ответ крайне быстро (доли секунды), что позволяет использовать НС в различных динамических системах в диалоговом режиме. Все эти особенности нейронных программ позволяют значительно упростить создание единой медицинской экспертной системы для риск-стратификации больных кардиологического профиля.

Коррекция Мелаксеном артериального давления и мозгового кровотока у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца

Заславская Р.М., Щербань Э.А., Логвиненко С.И.

Белгородская областная клиническая больница Святителю Иоасафа, Белгород

Цель: сравнительная оценка воздействия традиционной терапии (ТТ) и включения в ТТ мелаксена на показатели гемодинамики и мозгового кровотока у больных артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Обследованы 31 пациент (средний возраст — 56,4±1,5 года) с АГ II стадии, II—III степени и ИБС, разделенные на 2 рандомизированные группы. Первая группа состояла из 14 пациентов, получающие ТТ (нитраты, b-адреноблокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, антиагреганты и диуретики). Вторая группа состояла из 17 человек, получающие на фоне ТТ мелаксен (Unipharm, Inc., USA) в дозе 3 мг в 22 часа. До и после трехнедельного лечения проводили суточное мониторирование АД на системе BR-102 Schiller и транскраниальную доплерографию сосудов головного мозга на ультразвуковом сканере Vivid-7, USA.

Результаты. Дневные показатели САД при ТТ снизились с 156,4±5,2 до 133,9±2,6 мм рт. ст. ($p<0,001$), ночные значения САД — с 139,5±5,2 до 120,7±3,4 мм рт. ст. ($p<0,001$). ДАД и суточный профиль АД не изменились. Увеличилась максимальная конечная диастолическая скорость кровотока (Ved) левой средней мозговой артерии (СМА) с 29,1±1,0 до 34,1±2,2 см/с ($p<0,03$) и усредненная по времени максимальная скорость кровотока (ТАМХ) левой СМА с 51,1±1,0 до 57,3±2,5 см/с ($p<0,05$). Включение в терапию мелаксена привело к снижению дневных показателей САД с 146,4±2,8 до 132,3±2,6 мм рт. ст. ($p<0,001$), ночных — с 135,4±2,9 до 115,1±1,8 мм рт. ст. ($p<0,001$). ДАД в дневные часы снизилось с 91,6±1,9 до 83,0±1,9 мм рт. ст. ($p<0,001$), в ночные часы — с 81,6±2,2 до 67,3±1,7 мм рт. ст. ($p<0,001$). Степень ночного снижения САД увеличилась с 7,5±1,3 до 12,8±1,0% ($p<0,002$), ДАД — с 10,8±1,6 до 19,0±1,2% ($p<0,001$). После терапии увеличилась пиковая систолическая скорость кровотока (Vps) левой СМА с 91,6±1,8 до 97,6±3,0 см/с ($p<0,05$), Ved левой СМА с 42±1,9 до 46,1±1,4 см/с ($p<0,05$), Ved правой СМА с 37,1±1,2 до 41,3±1,3 см/с ($p<0,04$) и ТАМХ правой СМА с 59,2±1,4 до 62±1,5 см/с ($p<0,05$). Выводы. В отличие от ТТ включение мелаксена в ТТ больных с АГ и ИБС позволяет снизить САД и ДАД в дневные и ночные часы, нормализовать суточный профиль АД, а также увеличить скоростные показатели мозгового кровотока по обеим СМА.

Клиническое значение оценки характеристик сенсомоторных расстройств у больных бронхиальной астмой

Зиц С.В., Максимова А.В., Гутник Б.И.

Клиническая больница № 123, Одинцово

Целью работы было определение взаимосвязи параметров зрительных сенсомоторных реакций со степенью контроля над бронхиальной астмой (БА).

Материал и методы. Обследовано 32 больных БА средней и тяжелой степени — 7 мужчин и 25 женщин, получающих лечение Беклазоном Эко, Беклазоном Эко Легкое дыхание, Серетидом или Симбикортом в средних суточных дозах, рекомендованных GINA (2006). Возраст обследованных лиц составлял от 46 до 72 (59±1,4) лет; длительность базисной противовоспалительной терапии от 1,5 до 14 (7,5±0,83) лет. С помощью компьютерной программы (Ганин Г.В., 2010) оценивалась продолжительность латентного периода (ЛП) простой и сложной сенсомоторной реакции (СМР) на биологически значимый раздражитель. О степени контроля над БА судили на основании оценки АСТ-теста и параметров функции внешнего дыхания (ФВД): жизненную емкость легких (ЖЕЛ), объем

форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1), скорость выдоха между 25% и 75% от пиковой скорости выдоха (СОС 25-75), пиковую скорость выдоха (ПСВ).

Результаты. У больных с удовлетворительным контролем над БА (АСТ-тест более 20 баллов: 20,2±0,12, $n=13$), по сравнению с пациентами с неконтролируемой БА (АСТ-тест менее 20 баллов: 16,2±0,52, $n=19$) продолжительность ЛП простой СМР, была заметно короче (160±2,7 против 179±5,3 мс, $p<0,01$), аналогичная закономерность была характерна и для ЛП сложной СМР (223±5,9 против 261±11,9 мс, $p<0,01$). Обнаружены средней силы корреляционные взаимосвязи между степенью контроля над БА по данным АСТ-теста, характеристиками сенсомоторных реакций и значениями основных параметров ФВД ($r_{xy}=0,45\pm0,007$; $p<0,05$). Таким образом, при среднетяжелой и тяжелой БА у лиц среднего и пожилого возраста наблюдалась достоверная обратная линейная зависимость между длительностью ЛП простой и сложной СМР и объективными параметрами общепринятых тестов по контролю над астмой. Вероятно адекватная базисная терапия ингаляционными глюкокортикостероидами приводила к оптимизации интегративных процессов в коре головного мозга вследствие улучшения снабжения структур центральной нервной системы кислородом, что позитивно отражалось на характеристиках СМР. Целесообразность исследования СМР в качестве дополнительных тестов контролируемости БА требует дальнейших исследований.

Анализ дисперсии интервала QT и конечной части желудочкового комплекса у больных с пароксизмальной фибрилляцией предсердий

Знаменская И.А., Щеглова Е.В., Веденева Е.В., Минасова Е.Н.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь

Цель: анализ состояния дисперсии интервала QT и конечной части зубца Т у больных фибрилляцией предсердий (ФП) с медикаментозно восстановленным синусовым ритмом.

Материалы и методы. Обследовано 62 пациента (мужчин — 45, женщин — 17), средний возраст — 56±8 лет, с пароксизмальной формой ФП после медикаментозного восстановления синусового ритма. Все больные имели I-III функциональный класс сердечной недостаточности согласно критериям NYHA. Больные условно были разделены на 2 группы. Первую составили 36 пациентов с частотой пароксизмов 1 и более в месяц, вторую — 26 больных с частотой приступов менее 1 раза в месяц. На 5 день после восстановления синусового ритма выполнена эхокардиография. Дисперсию интервала QT и конечной части зубца Т рассчитывали как разницу между максимальной и минимальной величиной соответствующих интервалов в 12 общепринятых отведениях ЭКГ, с учетом числа сердечных сокращений по формуле Базетта.

Результаты. Гипертрофия левого желудочка выявлена у 83,9% пациентов. Диастолическая дисфункция левого желудочка наблюдалась у 50% больных. Дисперсия интервала QT в обеих группах больных существенно не различалась, что составило соответственно 61,3±21,9 мс и 60,2±22,6 мс, $p>0,05$. Однако у больных с частыми рецидивами ФП дисперсия конечной части зубца Т была значительно больше (44,3±10,4 мс) по сравнению со второй группой (32,4±8,2 мс), $p<0,05$. При проведении многофакторного регрессионного анализа (в качестве независимых переменных включали возраст, пол, функциональный класс сердечной недостаточности, частоту

рецидивов ФП, диаметр левого предсердия, фракцию выброса левого желудочка) установлено, что на величину дисперсии конечной части зубца Т прямое независимое влияние оказывал диаметр левого предсердия.

Заключение: Таким образом, после медикаментозного восстановления синусового ритма больные с частыми рецидивами ФП имеют значительно большую величину дисперсии конечной части зубца Т, чем пациенты с редкими рецидивами ФП, что ассоциировано с увеличенным диаметром левого предсердия и диастолической дисфункцией левого желудочка.

Особенности патогенетических параллелей андрогенодефицита и стабильной стенокардии

Золоедов В.И., Усков В.М., Гайворонская Л.М., Усков М.В.

Воронежский государственный технический университет, Воронежская государственная медицинская академия, Воронеж

ИБС отмечается у мужчин чаще, чем у женщин. Низкий уровень тестостерона и прогрессирование сердечно-сосудистой патологии взаимосвязаны между собой.

Цель: изучение особенности течения стабильной стенокардии у мужчин на фоне ожирения с учетом степени выраженности возрастного андрогенодефицита. В исследование включены мужчины (n=39) в возрасте 45—60 лет и ИМТ>30 кг/м² (ожирение I и II степени). У всех обследованных мужчин определяли уровень тестостерона в сыворотке крови и гормональный анализ. Все больные, включенные в исследование, страдали ИБС. Для оценки качества жизни (КЖ) всем больным был выдан для самостоятельного заполнения опросник. Все больные, включенные в исследование, получали базисную терапию. Базисная терапия не различалась в основной группе и группе сравнения. Полученные результаты обрабатывались с помощью методов математической статистики, представленных в пакете STATISTICA 6.0. У всех больных были изучены показатели, которые относятся к факторам риска стенокардии напряжения: возраст, оценка функционального класса стенокардии напряжения на основе жалоб больного, измерение окружности талии, уровня холестерина и триглицеридов в крови. Анализ жалоб всех пациентов показал, что клинические проявления ИБС были типичными. Больных беспокоили давящие, жгучие боли за грудиной и в области сердца в 100% случаев, одышку при физической и эмоциональной нагрузке отмечали, сердцебиения и ощущение перебоев в работе сердца беспокоили. У всех пациентов были изучены средние значения антропометрических показателей, данных психовегетативного статуса и общеклинических анализов.

Результаты. Возрастной андрогенный дефицит регистрировался у 74,0 % больных ИБС, включенных в исследование. Возрастание андрогенодефицита сопровождалось ухудшением параметров холестерина, триглицеридов, ИМТ, увеличением окружности талии и возрастанием класса тяжести стабильной стенокардии напряжения. Таким образом, возрастной андрогенодефицит встречался у мужчин со стабильной стенокардией напряжения, что позволяет судить о достаточно высокой связи между степенью выраженности андрогенного дефицита и классом тяжести стенокардии. Низкий уровень тестостерона и с высоким ИМТ сопряжен с более высокими цифрами возраста, окружности талии, функционального класса стенокардии, уровня холестерина и триглицеридов в крови.

Определение и анализ степени тяжести хронического панкреатита

Зорина В.А., Иванов А.Г., Кононова Н.Ю.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Целью нашего исследования явилось изучение степени тяжести хронического панкреатита по бальной системе M-ANNHEIM.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы 60 пациентов с диагнозом хронический панкреатит. Средний возраст составил $57,6 \pm 1,81$. Тяжесть хронического панкреатита оценивалась согласно бальной системе M-ANNHEIM с подсчетом индекса тяжести. При этом нами анализировались периодичность возникновения и способ купирования болевого синдрома, наличие экзокринной и/или эндокринной панкреатической недостаточности, наличие структурных изменений поджелудочной железы по данным сонографии, наличие осложнений. Оценка достоверности различий средних и относительных величин осуществляли по t-критерию Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. По классификации M-ANNHEIM все пациенты исследовательской группы относились к диагностической категории «определенный» хронический панкреатит в фазе клинической манифестации IIb стадии. Изучение болевого синдрома у обследуемых пациентов выявило, что в 51,6% случаях боль купировалась при приеме анальгетиков (2 балла). У 16 (26,6%) пациентов боль носила периодический характер, что соответствует 3 баллам и контроль боли 1 балл. В 5% случаях пациенты предъявляли жалобы на постоянную боль, независимо от того, какое лечение проводилось (4 балла). Для купирования болевого синдрома у данных пациентов требовались наркотические анальгетики (2 балла). У большинства пациентов (53,3%) наблюдалась доказанная экзокринная недостаточность (2 балла), в 33,3% случаях наличие умеренной экзокринной недостаточности, которая не требует ферментной заместительной терапии (1 балл). Отсутствие какой-либо недостаточности отмечено в 13,4% случаях (0 баллов). Нарушение толерантности к углеводам и развитие сахарного диабета отмечено в 13,3% (4 балла). По данным сонографии у 49 пациентов найдены изменения в структуре поджелудочной железы и в 56,6% соответствовали сомнительным изменениям (1 балл), мягкие и умеренные изменения наблюдались в 13,3% и 8,3% соответственно (2 и 3 балла). Значительные изменения в структуре поджелудочной железы отмечены у двух пациентов (4 балла). Таким образом, анализ результатов показал, что у большей части пациентов (60%) хронический панкреатит соответствовал умеренной степени тяжести. Индекс тяжести составил $6,93 \pm 0,4$ балла.

Зависимость структурно-функционального состояния печени от нарушения ее микроциркуляции при вибрационной болезни

Зуева М.А., Шпагина Л.А., Кухарева Е.А.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Цель исследования: оценить структурно-функциональное состояние печени у больных вибрационной болезнью в зависимости от выявленных ее гемодинамических типов микроциркуляции (ГТМ). Материал и методы исследования. Проведены УЗИ печени, исследование ее функции и лазерная флоуметрия (ЛДФ) 104

мужчинам с вибрационной болезнью I ст., средний возраст которых составил $48,3 \pm 2,5$ года. Из исследования исключены больные с вирусными гепатитами, алкогольным поражением печени и другими заболеваниями, могущих привести к патологии печени. 8 человекам выполнена гепатобиопсия (ГБ).

Результаты исследования. Поражение печени обнаружено в 72,8% случаев, хотя лишь у 28,5% больных отмечены те или иные клинические проявления. По данным ЛДФ определены типы нарушений микроциркуляции, преимущественным из которых был спастический (52 больных). При этом ГТМ 57,7% не имели каких-либо нарушений в печени, у 31,6% отмечены признаки синдрома холестаза и у 11,5% — цитолиза. Об этом свидетельствует нарушенный холестерин-липидный обмен, увеличенные уровни ЦФ и прямого билирубина. Синдром цитолиза определен вследствие повышенных уровней трансаминаз в 1,5 раза по сравнению с контролем. Из 24 человек со спастико-стазическим ГТМ у всех определен синдром холестаза, а у двух в сочетании с синдромом цитолиза. В 4,2% случаев отмечены проявления мезенхимального воспаления. По данным ГБ диагностирован неалкогольный стеатогепатоз. Более выраженные нарушения в функциональном состоянии печени определены у 12,5% пациентов с застойно-спастическим ГТМ также с ведущими холестатическими нарушениями (у 46,1%), но у 38,5% выявлены одновременно мезенхимально-воспалительный и цитолитический синдром. По результатам морфологического исследования печени — неалкогольный стеатоз. При гиперемическом со спазмами ГТМ основным синдромом стал синдром гепатодепрессии (у 80,0%), индикаторами которого являются: уменьшение показателей альбуминов, общего белка, уровня протромбинового индекса, указывающих на снижение белковообразующей функции печени. Биопсия печени определила неалкогольный стеатогепатит.

Выводы. Нарушения микроциркуляции в печени при вибрационной болезни сопровождается изменениями ее структурно-функционального состояния в виде неалкогольного стеатогепатоза и стеатогепатита.

Дисплазия соединительной ткани: опыт эндоэкологической реабилитации

Зыкина С.А., Чернышова Т.Е., Бутолин Е.Г., Лазаерва Л.В.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) является уникальной онтогенетической аномалией с прогрессивным течением, реабилитация которой относится к числу сложных и недостаточно разработанных вопросов медицины.

Цель: оценить перспективы включения эндоэкологической реабилитации по Ю.М. Левину (ЭРЛ) в программы восстановительного лечения пациентов ДСТ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты динамического (1—3 года) наблюдения 2 групп больных с верифицированной ДСТ. В 1-й группе (22 больных ДСТ, из них 8 пациентов с синдромом Марфана) проводилась стандартная восстановительная терапия: лечебная физкультура, оротат магния, хондропротекторы, вегетокорректоры. В программу реабилитации 2-й группы (16 больных ДСТ, из них 8 пациентов синдромом Марфана) дополнительно включена ЭРЛ. Анализировались предикторы ДСТ в 1—3 поколениях семьи (всего 92 человека). В динамике оценивалось функциональное состояние основных систем адаптации: иммунной, эндокринной и автономной нервной систем. О метаболизме соединительной ткани (СТ) судили

по уровню гидроксипролина: свободного и пептидсвязанного (СОП, ПСОП), гликозаминогликанов (ГАГ), сиалосодержащих соединений: свободных, олигосвязанных и белковосвязанных сиаловых кислот (ССК, ОССК, БССК), активности ферментов (гиалуронидазы, сиалидазы, маннозидаз, фукозидазы) в биологических жидкостях.

Результаты. Зарегистрирована высокая информативность семейного анамнеза и данных антропометрии с регистрацией даже у одного члена семьи пациента более 5 предикторов ДСТ (ДК=7,77, КИ=1,24). Включение ЭРЛ в комплексную терапию позволило получить значимую положительную динамику метаболизма СТ уже на первом месяце лечения: повышение синтеза зрелого коллагена — СО/ПСО, ССК/БССК (t-критерий, q-критерий), подтвержденного динамикой ферментов СТ крови ($p < 0,001$). В течение 3—6 месяцев от начала терапии во 2-й группе зарегистрирована коррекция электрической нестабильности миокарда (ДК=6,45, КИ=1,54). Улучшение РП во 2-й группе в 2,3—3,8 раза опережало динамику показателя в 1-й группе.

Выводы. Включение ЭРЛ, как метод оптимизации лимфатического дренажа, в комплексную терапию ДСТ зарекомендовал себя как уникальный метод реабилитации этой группы больных. Разработанный пакет диагностических программ с оценкой метаболитов СТ позволяет прогнозировать течение ДСТ и эффективность реабилитации.

Диагностические параметры хронической алкогольной зависимости и алкогользависимых заболеваний

Зюбина Л.А., Артамонова О.Г., Брындина И.Е., Зуева М.А.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Цель исследования: оценить алкогольную зависимость (АЗ) среди больных разного профиля и их алкогользависимую патологию (АЗП).

Материалы и методы. Проведено анкетирование 150 больных разного профиля, находящихся на лечении в ЛПУ, и обследование у них уровня трансаминаз (АлТ и АСТ) с оценкой индекса Риттеса. Использованы анкеты В.Ю. Завьялова, Gage и модифицированный тест «сетка Lego», содержащий характерные для АЗ клинико-лабораторные данные. Среди больных наибольшее число терапевтического профиля (136 человек) и остальные — травматологического. Средний возраст больных составил $69,7 \pm 2,5$ года, несколько преобладали женщины (52,0%).

Результаты исследования. На прямой вопрос о «культурном» употреблении алкоголя (А) утвердительно ответили 23,0% пациентов, преимущественно больные травматологического отделения (64%), и 9,0% больных имели хроническую алкогольную зависимость (ХАЗ). Полностью отрицали употребление А в любых количествах 68,0% пациентов. Вместе с тем, согласно анкете В.Ю. Завьялова, АЗ выявлена у 3% больных и 25% — составивших группу риска, Gage-анкета — 5 и 20%, соответственно, что характеризует их практически дублирующее значение и как недостаточно информативные, т.к. большее число больных не отвергали ХАЗ. Согласно Lego-тесту отсутствие клинико-лабораторных проявлений ХАЗ определено всего у 15% больных (1 группа), тогда как их наличие — у 85%, из них у 57,0% человек при наличии 20% предлагаемых признаков алкогольной приверженности (2 группа), у 19,0% — 40% положительных признаков АЗ (3 группа) и у 11,0% — более 40% (4 группа). Наиболее частыми симптомами ХАЗ были со стороны поражения нервной системы. Явными проявлениями сформировавшегося алкогользависимого поражения печени согласно

индекса Риттеса отмечено у 27% больных 1 группы, у 48% — 2 группы и у всех больных 3 группы, что определяет Lego-тест как наиболее информативный. Последнее является важным для практического здравоохранения и использования как объективного критерия в диагностике алкогольной этиологии многих заболеваний.

Выводы. 1. Наиболее информативным для выявления ХАЗ и АЗП является клиничко-лабораторный модифицированный Lego-тест. 2. Анкеты В.Ю. Завьялова и Gage могут быть использованы преимущественно для выявления группы риска ХАЗ. 3. Модифицированный Lego-тест необходим для исключения АЗП и дифференциальной диагностики этиологии поражения нервной системы и печени.

Характеристика функционального состояния почек у лиц старшей возрастной группы в условиях жизнеугрожающей острой сосудистой катастрофы

Зюбина Л.Ю., Годик С.Д., Андреев В.М., Зуева М.А., Паначева Л.А.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Цель исследования: оценить функциональное состояние почек больных пожилого и старого возраста в условиях острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК).

Материалы и методы. 112 больных с ОНМК, из них 108 с ишемическим инсультом в бассейне среднемозговых артерий и четверо с субарахноидальным кровоизлиянием. Больные разделены на две группы: I — 40 выписанных больных с улучшением, II — с летальным исходом в стационаре. Средний возраст больных соответствовал $68,5 \pm 4,5$ и $76,4 \pm 5,4$ года, преобладали женщины. Все больные страдали артериальная гипертензия (АГ) без явных указаний на патологию почек. Исследовано структурно-функциональное состояние почек в динамике проводимого лечения.

Результаты исследования. При первичном исследовании общего анализа мочи у 25% больных I группы и у 39% — II группы патологических проявлений не обнаружено. Средние показатели мочевины и креатинина в I группе были нормальными ($5,9 \pm 0,5$ ммоль/л и $71,8 \pm 0,3$ ммоль/л, соответственно), а во II — сразу повышенными ($9,7 \pm 0,5$ ммоль/л и $132,2 \pm 0,3$ ммоль/л). У лиц I группы рост мочевины начинается с 7—8 дня в среднем до $9,44 \pm 0,5$ ммоль/л при сохраняющихся нормальных уровнях креатинина до $95,2 \pm 0,3$ ммоль/л, а у II группы отмечено с 4—5 дня прогрессирование функциональной почечной недостаточности (до $18,6 \pm 0,5$ ммоль/л и $207,8 \pm 0,6$ ммоль/л, соответственно). Нарушения суточного диуреза на фоне лечения не определялось. Проводимая экстренная и плановая терапия у 35% больных I группы улучшала показатели до нормы к 15—20 дню, тогда как у лиц II группы возникшие изменения носили стойкий и прогрессирующий характер, развивалась острая почечная недостаточность, способствующая летальному исходу. Так, уровень креатинина у этих больных достигал $947,0$ ммоль/л, мочевины — $44,3$ ммоль/л, а К — $6,83$ ммоль/л. По данным УЗИ отмечались диффузные изменения в почках. Не выявлено прямой зависимости почечной дисфункции от применяемой в 30% случаев в I группе и 41,6% — во II антибактериальной терапии.

Выводы. Не вызывает сомнения, что предшествующие длительная артериальная гипертензия и сахарный диабет уже лежали в основе хронической почечной патологии, протекающей либо латентно, либо не выявленной и своевременно не компенсированной. Возникающий

стресс в виде ОНМК приводит к быстрой и неуправляемой декомпенсации пораженных органов.

Необходимость оценки факторов риска социально значимых заболеваний в условиях первичного звена

Зюбина Л.Ю., Кармановская С.А., Паначева Л.А., Зуева М.А.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Цель исследования: оценить превентивную настороженность к социально значимым заболеваниям (СЗЗ) врачей терапевтического профиля в условиях первичного звена и к использованию возможных методов для их профилактики. Материал и методы. Проведен анализ 250 амбулаторных карт с разных территориальных участков поликлинического звена. Оценивалось наличие записи факторов риска (вес, курение, отношение к алкоголю, липидограмма, гиподинамия, уровень АД, сахар крови, генеалогический анамнез) в амбулаторной карте впервые обратившихся (или наблюдавшихся) больных в возрасте старше 40 лет с ИБС, АГ, СД, наличие записи об отношении к ним самих больных и лекарственных и физиотерапевтических (магнито-лазеропроцедуры, акупунктура, ЛФК и др.) назначений для возможного устранения факторов риска СЗЗ. Оценка проводилась с учетом имеющихся противопоказаний к разным видам лечения.

Результаты исследования. Несмотря на преимущественно большую длительность наблюдения пациентов (от 1 года до 18 лет), ни у одного больного нет указаний на все факторы риска. Лишь у 7% пациентов есть указание на курение, у 14% отмечен индекс массы тела, из которых у 71,4% выявлено его превышение. Следует отметить, что ни в одном случае последнее не отражено в диагнозе и нет письменных рекомендаций. Кроме того, в амбулаторных картах нет сведений и о других факторах риска — генеалогия, гиподинамия. Всего в одной трети случаев имеются результаты исследования неполного липидного обмена и уровня сахара, которые представлены преимущественно в выписных справках стационаров, где лечились больные. При этом отметки участкового врача о гиперлипидемии в амбулаторной карте при последующем осмотре не найдено. Обязательным и выполняемым у 100% больных является измерение АД при каждом посещении. Не вызывает сомнения, что терапевты при осмотре выявляют факторы риска, но не отражая в документации за неимением времени, лишают больных и врачей узких специальностей этой информации и не позволяют тем самым оптимизировать реабилитационную программу.

Выводы. В связи с недостаточным вниманием врачей первичного звена к факторам риска СЗЗ, а значит и предболезни и к их профилактике считаем обязательным введение стандартизованного листа в амбулаторную карту с перечнем всех факторов риска СЗЗ, который заполнялся бы при первичном обращении к врачу любой специальности с последующей отметкой их динамики.

Возможности суточного мониторинга электрокардиограммы в выявлении пароксизмальных суправентрикулярных нарушений ритма

Вакулина И.И., Скачков О.А., Удовиченко И.А.

Санаторий «Океанский», Санаторно-курортный комплекс «Дальневосточный», Владивосток

Цель исследования: изучить частоту встречаемости пароксизмальных суправентрикулярных нарушений ритма (ПСНР) по результатам суточного мониторирования электрокардиограммы (СМ ЭКГ) и их связь с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы. Обследовано 148 пациентов, находящихся на лечении в санатории «Океанский», в возрасте 32-77 лет (средний возраст — 55,05 ± 8,22 года). Среди обследованных преобладали мужчины — 61% (91), женщины составили 39% (57 человек).

Результаты. По данным СМ ЭКГ, у 47 (32%) пациентов, из которых 32 (68%) мужчины и 15 (32%) женщин, выявлены ПСНР, не диагностированные ранее на ЭКГ. Наблюдались следующие нарушения ритма: пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия — у 37 (79%), пароксизмальная предсердная тахикардия с нерегулярным атриовентрикулярным проведением — у 5 (11%), пароксизмы фибрилляции предсердий — у 2 (4%), сочетание пароксизмов суправентрикулярной тахикардии и фибрилляции предсердий — у 2 (4%) обследованных. Основными причинами ПСНР были: ИБС — у 18 (38%), гипертоническая болезнь — у 7 (15%), сочетание ИБС и гипертонической болезни — у 17 (36%), гипертрофическая кардиомиопатия — у 2 (4%), миокардитический кардиосклероз — у 1 (2%), нейроциркуляторная дистония — у 2 (4%) пациентов. Инфаркт миокарда перенесли 7 (19%), операции по реваскуляризации миокарда — 2 (6%) больных ИБС. Наиболее часто ПСНР встречались в старшей возрастной группе (61—77 лет) — у 29 (62%), в возрасте 41—60 лет — у 17 (36%) пациентов. В возрасте до 40 лет ПСНР выявлены у 1 (2%) пациента. Нами произведена оценка общего числа и длительности зарегистрированных пароксизмов. В обследованной группе за сутки зарегистрировано 117 ПСНР. Наибольшее количество пароксизмов — 87 (74%) выявлено у больных ИБС, на втором месте по частоте пароксизмов — 15 (13%) пациенты с направительным диагнозом «Гипертоническая болезнь». В течение суток наблюдалось от 1 до 19 ПСНР продолжительностью от 2 сек. до 42 мин. Практически у каждого третьего обследованного пациента выявлены ПСНР, не диагностированные ранее. Своевременная диагностика ПСНР привела к изменению тактики ведения больных и коррекции бальнеофизиолечения.

Выводы. Проведенное исследование подтвердило высокую значимость СМ ЭКГ в диагностике ПСНР, которые практически невозможно выявить на стандартной ЭКГ в связи с коротким временным промежутком пароксизмов. Выявление и лечение этой патологии предупреждает развитие жизнеугрожающих аритмий.

Качество жизни и эмоциональный статус у больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией

Ибатов А.Д.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Цель: изучить качество жизни и особенности эмоционального статуса у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с артериальной гипертензией (АГ).

Методы. Исследовано 195 мужчин, страдающих ИБС (средний возраст 56,7±6,5 лет). Было выделено 2 группы: первую составили 132 пациента с АГ, вторую — 63 пациента без АГ. Качество жизни оценивали по Сизтлскому опроснику для больных стенокардией, уровень тревоги и депрессии — по госпитальной шкале тревоги и депрессии (ГШТД).

Результаты. Функциональный класс стенокардии в первой и во второй группах составил соответственно 2,38±0,05 и 2,42±0,07 (p>0,05). По данным ГШТД в первой группе клинически выраженный уровень тревоги выявлен у 3,3%, субклинический уровень — у 47,8%, в пределах нормы — у 48,9% пациентов. Во второй группе клинически выраженный уровень тревоги выявлен у 11,9% (p=0,054), субклинический уровень — у 19,0% (p=0,019), в пределах нормы — у 69,1% пациентов (p=0,031). Таким образом, в первой группе было больше пациентов с клинически выраженным и субклиническим уровнем тревоги — 51,1%, во второй группе — 30,9% (p=0,031). Выраженность депрессии: в первой группе клинически выраженный уровень депрессии выявлен у 10,9%, субклинический уровень — у 13,0%, в пределах нормы — у 76,1% пациентов. Во второй группе клинически выраженный уровень депрессии выявлен у 7,1% (p>0,05), субклинический уровень — у 14,3% (p>0,05), в пределах нормы — у 78,6% пациентов (p>0,05). Суммарные показатели уровня тревоги и депрессии по ГШТД составили соответственно в первой группе 6,9±0,3 и 5,5±0,4 балла, во второй группе 6,8±0,5 (p>0,05) и 5,5±0,5 (p>0,05) балла. По данным Сизтлского опросника качества жизни в группе больных ИБС с АГ по шкале физической активности показатель составил 60,7±1,5%, по шкале стабильности течения стенокардии — 43,5±1,9%, по шкале тяжести стенокардии — 54,3±2,0%, по шкале оценки лечения — 66,4 ±1,1%, по шкале восприятия болезни — 51,6±1,3%, итоговый показатель качества жизни — 59,4±1,1%. Качество жизни в группе больных ИБС без АГ: по шкале физической активности показатель составил 55,8±2,6% (p>0,05), по шкале стабильности течения стенокардии — 49,3±3,3% (p<0,05), по шкале тяжести стенокардии — 57,8±2,9% (p>0,05), по шкале оценки лечения — 66,4 ±1,4% (p>0,05), по шкале восприятия болезни — 51,7±1,7% (p>0,05), по шкале итоговый показатель качества жизни — 57,3±1,5% (p>0,05). Показатель качества жизни по шкале «восприятие болезни» был в первой группе достоверно выше чем во второй, остальные показатели качества жизни существенно не различались между группами.

Выводы. У обследованных больных ИБС с АГ выявлено по сравнению с больными ИБС без АГ больше больных с клинически выраженным и субклиническим уровнем тревоги, а также хуже качество жизни.

О вредных привычках у студентов

Ибрагимов Д.Р.

Городская клиническая больница № 21, Уфа

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) включает в себя следующие основные элементы: рациональный режим труда и отдыха, личную гигиену, закаливание, характер питания и отсутствие вредных привычек. Именно в студенческом возрасте формируются и закрепляются основные жизненные ценности, которые со временем определяют не только здоровье подрастающего поколения, но и общества в целом. В число неблагоприятных факторов образа жизни молодых людей следует отнести нерациональное питание, увлечение фастфудом, употребление алкоголя, табакокурение. Целью нашего исследования было определение частоты употребления фастфуда, энергетических напитков и распространенность вредных привычек у студентов Башкирского государственного медицинского университета.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 300 студентов (75 юношей и 225 девушек) 1 и 4 курсов лечебного факультета в возрасте 17-24 лет (в среднем 19,6 ± 0,08). Образ жизни изучали с помощью анонимной анкеты, которая состояла из 15 вопросов.

Результаты. Из числа опрошенных нами лиц употребляют фастфуд 75,7%, в том числе ежедневно — 3,5%, 1—3 раза в неделю — 13,2%, 1—3 раза в месяц — 37,9%, еще реже — 44,9%. Среди студентов 1 курса, потребляющих в составе стандартного набора фастфуда половину суточной нормы калорий, было 30% опрошенных, а к 4 курсу количество таких студентов увеличилось до 53% от общего числа участвовавших в анкетировании. Как выяснилось, фастфуд привлекает своим вкусом 52% опрошенных, быстротой приготовления — 33,9%, доступностью — 12%, невысокой стоимостью — 2,1%. После употребления такой пищи 46,1% студентов испытывают чувство насыщения, но у 35,7% возникает тяжесть в животе, а состояние эмоционального подъема отметили 18,3% респондентов. Из числа опрошенных 3% считают фастфуд «здоровой пищей», 14% полагают, что могут восполнить суточную потребность организма в питательных веществах, употребляя фастфуд, остальные же студенты считают, что данного рода питание может привести к нарушениям метаболизма в организме, против дальнейшего развития данной сети выступило 63,3% студентов. Режим питания соблюдают лишь 43% студентов, «не прочь перекусить» в ночное время — 54,7% опрошенных. Самыми употребляемыми напитками у студентов по итогам анкетирования является чай или кофе, соки. 69,3% студентов употребляют алкогольные, а 45,3% — энергетические напитки. Среди опрошенных 28,0% студентов курят: сигареты — 50,9%, кальян — 41,5% и курительные смеси — 7,5%. Таким образом, ЗОЖ соблюдают не все студенты. Характерными нарушениями являются: несоблюдение правил рационального питания, употребление продуктов быстрого приготовления, энергетических напитков, табакокурение. Неблагоприятное воздействие социально-гигиенических факторов способствует ухудшению состояния здоровья и снижению трудового потенциала студентов медицинских вузов, что необходимо учитывать при разработке направлений коррекции образа их жизни. Сформированные навыки ЗОЖ будут применяться студентами-медиками в практической врачебной деятельности, что будет направлено и на профилактику заболеваний среди населения.

Разработка метода ВЭЖХ для изучения фармакокинетики дипептидного димерного аналога фактора роста нервов ГК-2 с нейропротективной активностью

Иванникова Е.В., Бойко С.С., Жердев В.П., Гудашева Т.А.

Институт фармакологии им. В.В. Закусова РАМН, Москва

Цель работы: разработка метода ВЭЖХ количественного определения нового перспективного дипептидного димерного соединения ГК-2 — аналога фактора роста нервов с нейропротективной активностью в биологических образцах.

Методы исследования. Для количественного определения соединения ГК-2 в биологических образцах использовали метод ВЭЖХ с УФ-детектором при длине волны 205 нм. Были использованы 3 хроматографические колонки с различной полярностью. Исследования проводили в изократическом режиме и в режиме градиентного элюирования. В качестве подвижной фазы использовали элюент: 0,05% водный раствор трифторуксусной кислоты — ацетонитрил в разных соотношениях для используемых колонок. Наиболее оптимальной системой оказалась система 90:10%.

Результаты исследования. Было установлено, что субстанция ГК-2 обладает слабой абсорбцией в короткой области УФ-спектра из-за

структурных особенностей исследуемого соединения — небольшого количества двойных связей и вследствие этого низкой молекулярной экстинкцией. При разных условиях хроматографирования было установлено, что наиболее оптимальной колонкой для лучшего разделения как стандартных растворов ГК-2, так и биологических образцов является полярная колонка, позволяющая разделить исследуемое соединение от эндогенных коэкстрагируемых веществ. Был установлен предел чувствительности метода, который составил 500 нг/мл. Результаты предварительно проведенных пилотных исследований количественного определения ГК-2 в плазме крови крыс после его внутрибрюшинного введения позволили установить, что концентрации его невысокие, и проследить весь ход фармакокинетической кривой во времени разработанным методом не будет успешным.

Выводы. Учитывая результаты фармакологических исследований, которые показали перспективность разрабатываемого соединения в качестве противоишемического средства, и данные метода ВЭЖХ, который не обладает необходимой чувствительностью для проведения изучения фармакокинетики этого соединения, а также современных требований для новых лекарственных соединений, нами рекомендовано провести разработку метода количественного определения ГК-2 с использованием метода ВЭЖХ-масс-спектрометрии.

Остеопороз позвоночника у мужчин с артериальной гипертензией

Иванова Ю.И., Чижов П.А.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

Развитию остеопороза (ОП) у больных эссенциальной артериальной гипертензией (АГ), ИБС, хронической сердечной недостаточностью (ХСН) могут способствовать ангиопатия сосудистого русла костей, нарушение минерального обмена, гиподинамия больных с ХСН.

Цель: оценить особенности течения ОП у мужчин, больных АГ.

Материалы и методы. Проведено обследование 84 мужчин больных АГ в сочетании с ИБС или без нее (средний возраст $60,5 \pm 0,96$ лет). Контрольную группу составили 37 практически здоровых мужчин (средний возраст $58,6 \pm 0,74$ лет, различия с основной группой отсутствуют, $p > 0,05$). Проводилось специальное анкетирование, клиническое обследование, рентгенодиагностическое и рентгеноморфометрическое исследование позвоночника, эхокардиоскопия (ЭХО-КС), исследование крови на маркеры перекисного окисления липидов (ПОЛ) и уровни свободного (СОП) и белковосвязанного (БСОП) оксипролина.

Результаты. В основной группе ОП выявлен у $32,1 \pm 5,1\%$ больных, а в контрольной — у $10,8 \pm 5,1\%$ обследованных ($p < 0,05$). Достоверно чаще у больных АГ, по сравнению со здоровыми лицами, встречаются и остеопоротические переломы позвонков, свойственные ОП. Частота встречаемости традиционных факторов риска ОП и индивидуальный риск развития ОП в основной и контрольной группе практически не имеет отличий ($p > 0,05$). Установлена зависимость распространенности и выраженности ОП у мужчин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы от длительности кардиологического анамнеза и тяжести клинических проявлений АГ, наличия осложнений, особенно ХСН. При изучении параметров ЭХО-КС в основной группе у пациентов с ОП величина конечного систолического объема достоверно больше, а величины ударного объема и фракции выброса достоверно меньше, чем у пациентов без ОП. Толщина межжелудочковой перегородки и

задней стенки левого желудочка у больных с ОП составляли $1,37 \pm 0,02$ и $1,27 \pm 0,02$ см соответственно, а больных без ОП — $1,17 \pm 0,01$ и $1,12 \pm 0,02$ см ($p < 0,05$). У больных с ОП также достоверно больше величина индекса массы миокарда. В основной группе установлены также различия биохимических показателей у больных с ОП и без него. У больных АГ с ОП активность ПОЛ и содержание СОП и БСОП достоверно выше, чем у пациентов без ОП.

Выводы. Проведенное исследование свидетельствует о значительно большей распространенности ОП среди больных АГ. Длительный анамнез, утяжеление клинических проявлений АГ, особенно наличие и тяжесть ХСН способствуют увеличению частоты ОП и его тяжести.

Оценка урикозурического действия препаратов лозап и диротон у больных с гиперурикемией при наличии артериальной гипертонии

Иванова К.В., Майко О.Ю.

Московская городская клиническая больница им. Пирогова, взрослая поликлиника № 2, Оренбург

Цель работы: оценить влияние гипотензивных препаратов лозап и диротон на артериальное давление (АД), липидный профиль, уровень мочевой кислоты у больных с гиперурикемией при наличии у них АГ II—III степени.

Материалы и методы. В исследование было включено 20 пациентов с гиперурикемией при наличии у них артериальной гипертонии АГ II—III степени: 10 из них получали лозап в дозе 50 мг 1 раз в сутки, а 10 пациентам был назначен диротон в дозе 10 мг 1 раз в сутки. У 20% больных доза препаратов через 2 недели была удвоена. Эффективность лечения оценивалась через 3 месяца. Всем пациентам проводились антропометрические измерения (масса тела, роста, окружность талии — ОТ, окружность бедер — ОБ, их отношение — ОТ/ОБ, индекс массы тела — ИМТ), анализ уровня мочевой кислоты (МК) в крови, липидного профиля сыворотки крови — общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), ЛПВП, ЛПНП, индекс атерогенности (ИА), суточный монитор АД.

Результаты и обсуждение. 70% пациентов были женщины, средний возраст составил $54 \pm 1,8$ г. При первичном обследовании все больные имели АГ II—III степени ср. САД д. $153,5 \pm 4,1$ мм рт.ст., ср. ДАД д. $91,9 \pm 2,5$ мм рт.ст., ср. САД н. $138,7 \pm 5,1$ мм рт.ст., ср. ДАД н. $81,4 \pm 3,2$ мм рт.ст.; вариабельность САД д. $16,9$ мм рт.ст., ДАД д. $14,2$ мм рт.ст., САД н. $12,2$ мм рт.ст., ДАД н. 10 мм рт.ст. У всех больных отмечался повышенный уровень МК в крови, который колебался от 372 до 565 ммоль/л (сред. $448 \pm 19,8$ ммоль/л), а также у всех отмечалась гиперхолестеринемия: сред. ОХ- $6,5 \pm 0,4$ ммоль/л, ЛПВП- $1,3 \pm 0,1$ ммоль/л, ЛПНП- $3,9 \pm 0,4$ ммоль/л, ТГ- $2,0 \pm 0,2$ ммоль/л, ИА- $3,9 \pm 0,1$. У пациентов получающих лозап через 3 месяца уровень ср. САД д. $128,7 \pm 6,0$ мм рт.ст., ср. ДАД д. $78,8 \pm 2,9$ мм рт.ст., ср. САД н. $123,8 \pm 5,9$ мм рт.ст., ср. ДАД н. $74,8 \pm 3,2$ мм рт.ст. ($p < 0,05$); вариабельность САД д. $15,8$ мм рт.ст., ДАД д. $12,1$ мм рт.ст., САД н. $11,7$ ДАД н. $9,8$ ($p < 0,05$). Также отмечалось снижение МК сред. уровень составил $299,2 \pm 22,0$ ммоль/л. ($p < 0,05$). Сред. ОХ- $5,3 \pm 0,3$ ммоль/л, ЛПВП- $1,5 \pm 0,1$ ммоль/л, ЛПНП- $3,5 \pm 0,2$ ммоль/л, ТГ- $1,5 \pm 0,2$ ммоль/л, ИА- $2,8 \pm 0,3$ ($p < 0,05$). В группе пациентов, получающих диротон, уровень ср. САД д. $139,6 \pm 4,3$ мм рт.ст., ср. ДАД д. $80,8 \pm 3,1$ мм рт.ст., ср. САД н. $128,4 \pm 4,2$ мм рт.ст., ср. ДАД н. $75,7 \pm 2,7$ мм рт.ст.; вариабельность САД д. $15,2$ мм рт.ст., ДАД д. $12,9$ мм рт.ст., САД н. $9,7$ мм рт.ст., ДАД н. $10,3$ мм рт.ст. Уровень МК составил $327,4 \pm 14,1$ ммоль/л. ОХ- $5,3 \pm 0,1$ ммоль/л, ЛПВП- $1,5 \pm 0,1$ ммоль/л, ЛПНП- $3,3 \pm 0,1$ ммоль/л, ТГ- $1,4 \pm 0,1$ ммоль/л, ИА- $2,6 \pm 0,1$.

Вывод. Использование препарата лозап у больных с гиперурикемией при наличии АГ оказало более выраженное достоверное влияние не только на уровень АД, улучшились показатели МК в крови и компоненты атерогенного профиля.

Применение пульсоксиметрии в амбулаторной практике для объективизации степени тяжести течения инфекции и прогноза при гриппе и острой респираторной вирусной инфекции

Ивлева А.Я., Мартынова Е.В., Минина Е.С.

Поликлиника № 3 Управления делами Президента РФ, Москва

Уровень насыщения артериальной крови кислородом (сатурация) является важнейшим параметром жизнедеятельности организма. Даже небольшие нарушения работы легких и сердца постепенно приводят к развитию хронического недостатка кислорода в организме (гипоксия), которая оказывает негативное воздействие на функцию всех органов и систем. Цель исследования: оценить возможность применения пульсоксиметрии для объективизации степени тяжести течения гриппа и ОРВИ и прогнозирования осложненного течения данных инфекций на раннем этапе.

Материалы и методы. В 2011 г. в период роста заболеваемости по гриппу N1H1 и ОРВИ в поликлинике проведено исследование в группе больных из 60 пациентов: 30 пациентов с ОРВИ и 30 с гриппом, средний показатель возраста $33,7 \pm 9,3$ года. Критерием исключения было наличие сопутствующей легочной и сердечно-сосудистой патологии, для которой одним из клинических проявлений может быть снижение сатурации кислорода в крови. Определение сатурации проводилось в первые 48 час. заболевания и на 7-й день болезни. В исследовании для определения сатурации кислорода использован портативный пульсоксиметр «Ri — fox N pulsoximetr» фирмы Riester.

Результаты. Были определены уровни снижения сатурации в зависимости от степени тяжести течения гриппа и ОРВИ. Снижение сатурации при легкой степени тяжести течения гриппа и ОРВИ составила 0%, при средней степени тяжести течения гриппа на 23%, ОРВИ на 13%; при тяжелой степени течения гриппа снижение сатурации кислородом составило 56%, ОРВИ 30% соответственно. В группе пациентов с гриппом выявлены 2 пневмонии, осложнившие течение инфекции, причем уровень снижения сатурации в этих случаях при первичном обращении в начале заболевания был максимальным и соответствовал 96% и 96,2%. На 7-й день болезни сатурация вернулась к норме в 100% случаев у пациентов с ОРВИ и в 98,7% с гриппом, что обусловлено осложнившей течение гриппа пневмонией в 2 случаях.

Выводы. При клиническом и серологически доказанном гриппе снижение сатурации кислорода в крови выявляется чаще даже у пациентов со среднетяжелым течением. Применение пульсоксиметрии является объективным критерием оценки степени тяжести течения гриппа и ОРВИ, а также может служить для прогнозирования возможных осложнений.

К вопросу об эффективности норфлоксацина при инфекциях мочевыводящих путей у пациенток с сахарным диабетом 2-го типа в постменопаузе

Избенко В.С., Волкова Н.И., Набока Ю.Л., Карасенко Н.В.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Цель: оценка эффективности лечения норфлоксацином (эмпирическая терапия) инфекций мочевыводящих путей (ИМП) у пациенток с сахарным диабетом (СД) 2 типа в постменопаузе.

Материалы и методы. В исследование вошли 42 женщины с сахарным диабетом 2 типа в постменопаузе (возраст от 46 до 81 года, средний возраст $54,6 \pm 13$ лет) и ИМП. Диагноз ИМП был выставлен на основании лейкоцитурии (по общему анализу мочи и моче по Нечипоренко) и микробиологического исследования мочи (количественный и качественный состав микрофлоры). Пациентки были разделены на две группы в зависимости от уровня компенсации углеводного обмена. В 1-ю группу вошли 22 больные с декомпенсированным сахарным диабетом 2 типа (HbA1C более 7%); во 2-ю группу — 20 женщин с компенсированным СД 2 типа (HbA1C менее 7%). Из обеих групп случайным образом были выбраны по 10 пациенток, которые в течение 7 дней получали норфлоксацин 400 мг 2 раза в день (наиболее частый вариант эмпирической терапии). После окончания антибиотикотерапии у всех пациенток было проведено повторное микробиологическое исследование мочи.

Результаты. У всех пациенток независимо от степени компенсации сахарного диабета ИМП протекало по типу бессимптомной бактериурии. При оценке состава возбудителей было выявлено, что у пациенток первой группы с декомпенсированным углеводным обменом преобладающими возбудителями ИМП были *Corynebacterium sp* — 77,3%, *Peptococcus sp* — 77,3%, *Propionibacterium sp* — 77,3%, *Eubacterium sp* — 63,6%, *E.coli* — 54,5%. В то же время у женщин второй группы, с компенсированным сахарным диабетом, доминировали *Corynebacterium sp* — 100%, *Peptococcus sp* — 70%, *Propionibacterium sp* — 65%, *Eubacterium sp* — 65%, *Peptostreptococcus sp* — 65%, *E.coli* — 60%. Для обеих групп было характерно превалирование микст-инфекции над моноинфекцией. После проведения терапии норфлоксацином у 17 пациенток (85%) не было зарегистрировано положительной динамики от лечения, то есть отсутствовали статистически значимые изменения в количественном и качественном составе микрофлоры мочи. Лишь у 3 женщин (15%) микрофлора мочи стала соответствовать нормальным показателям.

Выводы. Согласно полученным данным нашего пилотного исследования, традиционно назначаемое лечение норфлоксацином ИМП у пациентов с СД 2 типа в большинстве случаев не оказывает необходимого эффекта на микрофлору мочевыводящих путей. Таким образом, необходимо проведение дальнейших исследований с целью определения чувствительности/резистентности возбудителей к различным антибактериальным препаратам для разработки оптимальной схемы лечения.

Клиническая эффективность агомелатина в терапии инсомнических проявлений посткоммоционного синдрома

Извозчиков С.Б.

Городская поликлиника № 124, Москва

Сотрясение головного мозга (лат. — commotio cerebri) составляет около 70% всех черепно-мозговых травм. У больных, перенесших сотрясение головного мозга, парадоксально часто, по сравнению с более тяжелыми черепно-мозговыми травмами, развиваются стойкие посттравматические нарушения — хронический посткоммоционный синдром, обусловленный как нейрональной дисфункцией, так и психологическими факторами, которые неоправданно часто не учитываются при назначении терапии. Одно из частых его проявлений

— нарушение сна (инсомния). Цель: Оценка эффективности антидепрессанта агомелатина в нормализации сна у больных с посткоммоционным синдромом.

Материалы и методы. В исследование были взяты 34 пациента обоего пола в возрасте от 21 до 44 лет с остаточными явлениями перенесенного сотрясения головного мозга давностью 3—6 месяцев. Критерием отбора являлось наличие инсомнических расстройств, оцениваемых по «Анкете балльной оценки субъективных характеристик сна» (АБОСХС). Основную группу (ОГ) составили 19 пациентов, контрольную (КГ) — 15. Больные обеих групп получали стандартную нейрометаболическую терапию. Больные ОГ, кроме того, получали антидепрессант агомелатин (вальдоксан) в дозе 25 мг на ночь. Вальдоксан, агонист мелатонина, реализует клинический эффект за счет ресинхронизации циркадианных ритмов, приводящей к нормализации сна, и повышения выброса норадреналина и дофамина в коре головного мозга. Результаты. Среднегрупповой показатель инсомнии в ОГ составил $14,5 \pm 2,9$ балла, в КГ $14,2 \pm 3,2$ балла. 6-недельный курс лечения завершили все пациенты из обеих групп. Побочные эффекты, наиболее часто в виде появления или усиления головной боли, отметили 5 человек из обеих групп. В 3 случаях в ОГ отмечалась не требующая отмены препарата преходящая дневная сонливость, которую пациенты связывали с приемом вальдоксана. К завершению курса показатель инсомнии по АБОСХС составил $22,1 \pm 4,2$ и $17,8 \pm 3,3$ балла (уменьшился на 52% и 25,4%) в ОГ и КГ соответственно. Примечательно, что в ОГ сомногенный эффект наблюдался с первых дней лечения. Кроме того, пациенты ОГ субъективно отмечали в большей степени, чем в КГ снижение имеющихся цефалгических проявлений.

Вывод. Вальдоксан в комплексной терапии показал эффективность и безопасность в купировании инсомнических проявлений посткоммоционного синдрома.

Синдром хронической тазовой боли: анализ проблемы

Извозчиков С.Б.

Городская поликлиника № 124, Москва

Нередко мы сталкиваемся с ситуацией, когда больные с синдромами хронической тазовой боли (СХТБ) длительно лечатся от якобы имеющейся у них патологии органов малого таза, однако при детальном клиническом и ретроспективном анамнестическом документальном исследовании наличие таковой представляется сомнительным.

Цель: анализ собственных наблюдений за 10 лет. Материалы и методы. Обследованы 254 пациента обоего пола с наличием болевого синдрома в области малого таза давностью свыше 6 месяцев и выставленным диагнозом, свидетельствующим о патологии органов малого таза. Наиболее частыми клиническими диагнозами выступали хронический простатит у мужчин, эндометриоз у женщин, интерстициальный цистит и геморрой у пациентов обоего пола. Подробным образом собирался анамнез и изучалась медицинская документация. Всем больным были проведены неврологический (в т.ч. и нейроортопедический), урологический, проктологический, а у женщин и гинекологический осмотры. При необходимости проводились впервые или повторялись клинические и инструментальные методы исследования.

Результаты. У 220 пациентов (86,6%) была подтверждена патология органов малого таза. В 12 случаях (4,7%) был выявлен самостоятельный вертеброгенный генез тазовой боли, в 9 (3,5%) — изолированное

поражение нервного аппарата таза, в т.ч. и постгерпетическое; в 18 наблюдениях (7,1%) причиной тазовой боли являлось сочетание вертеброгенной и невертеброгенной патологии. В 13 случаях (5,1%) невозможно было доказать роль заболевания органов малого таза и позвоночника в причинах тазовой боли. Кроме того, у каждого пациента тестировались тревожные (чаще высокий уровень) и депрессивные (от легкого до высокого уровня) расстройства; у 245 (96,5%) мышечно-тонические, в том числе и миофасциальные синдромы малого таза; у 243 (95,3%) патобиомеханические нарушения тазового кольца.

Выводы. 1) При диагностике СХТБ на сегодняшний день не учитывается необходимость мультидисциплинарного подхода. 2) Тревожно-депрессивные, тазовые мышечно-тонические и патобиомеханические нарушения в той или иной степени облигатны для СХТБ. 3) Приблизительно в 5% случаях у пациентов невозможно доказать роль патологии органов малого таза и позвоночника в генезе СХТБ. У данной группы больных, видимо, ведущую роль играет высокий уровень тревожно-депрессивных нарушений в комбинации с мышечно-тоническими.

Особенности структуры щитовидной железы у больных с хронической почечной недостаточностью

Иноземцева М.П., Иноземцев П.В., Панова Т.Н.

«Центр Диализа Астрахань», Астрахань

Частота выявления структурных изменений и нарушения функции щитовидной железы (ЩЖ) у пациентов на программном гемодиализе (ПГД) различна: распространенность диффузного зоба в этой группе больных может достигать 56%, узлового — до 55%.

Цель: изучить структуру щитовидной железы у больных с хронической почечной недостаточностью.

Материалы и методы. Обследовано 100 больных — 70 пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (тХПН), получающих лечение ПГД (I группа), 30 больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН), не получающих лечение ПГД (II группа). Средний возраст больных в I группе составил 45,4±9,9 года, во II группе 41,8±8,9 года. Всем пациентам проводилось сонографическое исследование ЩЖ аппаратом Toshiba Nemio XG с применением высокочастотного линейного датчика частотой 7,5 МГц.

Результаты. При сонографическом исследовании выявлена нормальная структура ЩЖ в I группе у 38,6% больных и во II группе у 36,7%, узловой зоб диагностирован у 29,9% пациентов в I группе, у 33,3% во II группе, многоузловой зоб обнаружен в I группе у 27,2% больных, во II группе — 30% случаев. У 4,3% пациентов I группы была выявлена аденома щитовидной железы. Как в I группе, так и в II группе были выявлены различия между наблюдаемыми и ожидаемыми частотами: $p < 0,000021$, $\chi^2 = 24,4$ в основной группе, $p < 0,000001$, $\chi^2 = 28,7$ в группе контроля. Большая часть больных с тХПН, находившихся на ПГД от 1 года до 5 лет, имела однородную структуру ЩЖ (30%), многоузловой зоб встречался несколько чаще (22,9%), чем одноузловой зоб (20%), аденома щитовидной железы выявлена у 2,9% больных. За период от 6 до 10 лет лечения ПГД лидирующее положение занимала одноузловая структура ЩЖ (4,2%), число больных с однородной и многоузловой структурой оказалось равным и составило 2,9%. В сроки свыше 10 лет лечения ПГД сравнивались между собой однородная и одноузловая структура ЩЖ — 5,7% и число случаев многоузлового зоба с аденомой щитовидной железы — 1,4%.

Выводы. 1. Различия в частоте структурных нарушений ЩЖ у больных с ХПН на ПГД и без ПГД не достоверны. 2. В случае длительного лечения ПГД возрастает количество больных с узловым/многоузловым зобом.

Артериальная гипертензия у больных с хронической почечной недостаточностью

Иноземцева М.П., Иноземцев П.В., Панова Т.Н.

«Центр Диализа Астрахань», Астрахань

Синдром артериальной гипертензии (АГ) представляет собой одно из серьезных осложнений хронической почечной недостаточности (ХПН), являясь независимым фактором развития кардиоваскулярных нарушений, и как следствие увеличивает смертность больных ХПН. Цель исследования: изучить распространенность артериальной гипертензии у больных с хронической почечной недостаточностью.

Материалы и методы. Обследовано 303 больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (тХПН), получающих программный гемодиализ (ПГД) в НУЗ МСЧ отделении диализа, ООО «Центр Диализа Астрахань» за период с 1998 по 2008 г., а так же 100 больных в 2009г. — 70 пациентов с тХПН, получающих ПГД (I группа), 30 больных ХПН, не получающих лечение ПГД (II группа). Средний возраст больных за период с 1998 по 2008 гг. составил 49,7±5,4 года, в I группе 45,4±9,9 года, во II группе 41,8±8,9 года. Результаты. За период с 1998 по 2008 гг. систолическое и диастолическое артериальное давление (САД и ДАД) находилось на одном уровне. Нормальные цифры АД регистрировались в 10,3—14,8% случаев, гипотония имела место быть у 2,3—5,9% пациентов. АГ I степени была у 24,5—36,8% больных тХПН, II степени — у 14,3—32,3% пациентов, III степень встречалась у 25—39,3% больных. В 2009г (I и II группы) цифры АД приблизились к субнормальным (44,3% и 43,3% соответственно): значение САД в I группе составило 133 мм рт.ст. (интерквартильный размах от 125 до 150 мм рт.ст.), ДАД 80 [80; 80] мм рт.ст.; во II группе были схожие данные: уровень САД составил 135 [120; 150] мм рт.ст., ДАД — 80 [80; 90] мм рт.ст., различия статистически значимы. Гипотония в I группе была отмечена у 5,7% больных ХПН, во II группе — у 6,7%. АГ I степени выявлена у 35,7% пациентов в I группе, во II группе — у 26,7%, II степени — у 12,9% пациентов (I группа), 13,3% (II группа), III степень АГ встречалась в I группе у 1,4%, во II группе она составила 10% больных.

Выводы. Внедрение мер по усовершенствованию техники ПГД с 2009 г. способствовало снижению числа больных с III степенью АГ и увеличению с I и II степенями АГ.

Влияние петлевого диуретика торасемида на динамику биохимических показателей у больных с хронической сердечной недостаточностью при сочетании ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких

Иосифова Э.К., Терентьева Н.Н.

Сургутский государственный университет ХМАО—Югры, Сургут

Цель и задачи: оценить степень изменения биохимических показателей у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) при

сочетании ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) на фоне применения петлевого диуретика торасемида.

Материалы и методы. В селективной группе больных ХСН III—IV ФК с сочетанием ИБС и ХОБЛ (n=42) мужского пола (n=21, средний возраст 62,71±5,62 лет) и женского пола (n=21, средний возраст 62,82±2,61 лет) на фоне комплексной терапии ХСН III-IV ФК, проведено параллельное проспективное 8-месячное исследование влияния петлевого диуретика торасемида (диувер®, Плива Хорватска) при ежедневном приеме 20 мг в сутки на степень изменения биохимических показателей (креатинин, мочевины, трансаминазы, электролиты). Биохимические показатели оценивали через 12, 24 и 32 недели применения торасемида.

Результаты. Применение торасемида в каждый намеченный период времени сопровождалось устойчивой тенденцией к уменьшению креатинина и мочевины с тенденцией к увеличению скорости клубочковой фильтрации. Отмечено увеличение трансаминаз. Отсутствовало значительное снижение уровня калия в крови исследуемых, что в свою очередь не потребовало введения дополнительных назначений.

Выводы. Применение торасемида эффективно и безопасно при ХСН III-IV ФК у пациентов с ХСН при сочетании ИБС и ХОБЛ; сопровождается отсутствием значительного снижения уровня калия, тенденцией к увеличению скорости клубочковой фильтрации, трансаминаз.

Повышение эффективности лечения хронической сердечной недостаточности у больных с сочетанием ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких

Иосифова Э.К., Терентьева Н.Н.

Сургутский государственный университет ХМАО—Югры, Сургут

Цель: оценить клиническую эффективность применения петлевого диуретика торасемида на системную и легочную гемодинамику у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) при сочетании ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. В селективной группе больных ХСН III—IV ФК с сочетанием ИБС и ХОБЛ (n=42) мужского пола (n=21, средний возраст — 62,71±5,62 лет) и женщин (n=21, средний возраст 62,82±2,61 лет) проведено проспективное 8-месячное исследование влияния торасемида (диувер, Плива Хрватска) при ежедневном приеме 20 мг в сутки на состояние систолической и диастолической функции левого желудочка, среднее давление в легочной артерии (СДЛА), показатели холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ ЭКГ), функцию внешнего дыхания (ОФВ1, МОС25-75), клинические исходы заболевания (острые коронарные события, ФК стенокардии, ФК ХСН по тесту 6-минутной ходьбы), качество жизни с использованием опросника MOS SF-36. Функциональные показатели, клинические исходы и качество жизни оценивали через 12, 24 и 32 недели применения торасемида.

Результаты. Применение торасемида сопровождалось через 32 недели достоверным улучшением систолической и диастолической функции левого желудочка, уменьшением полостей сердца, тенденцией к снижению СДЛА, улучшением показателей качества жизни. Значимых изменений показателей функции внешнего дыхания не установлено. На фоне приема препарата уменьшилось число эпизодов ишемии и

нарушений ритма по данным ХМ ЭКГ, увеличилась толерантность к физическим нагрузкам по тесту 6-минутной ходьбы.

Выводы. Применение торасемида эффективно и безопасно при ХСН III—IV ФК в сочетании с антиангинальной и бронхолитической терапией у пациентов с сочетанием ИБС и ХОБЛ; сопровождается выраженным уменьшением левых и правых камер сердца, снижением системной и легочной гипертензии, компенсацией сердечной недостаточности, повышением толерантности к физической нагрузке, улучшением диастолических свойств миокарда.

Особенности когнитивной дисфункции у пациентов с сахарным диабетом 2 типа

Исакова Д.Н., Дороднева Е.Ф., Салахова Е.И., Чибулаева Е.В.

Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень

Цель: оценить частоту встречаемости и степень выраженности нарушений когнитивных функций у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и выявить взаимосвязь между степенью когнитивных расстройств и состоянием компенсации заболевания, особенностями его течения, а также с некоторыми составляющими социального статуса пациентов.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 60 больных СД-2 (14 мужчин и 46 женщин), средний возраст в группе составил 59,5±8,4 года. У 68% пациентов отмечалась декомпенсация показателей углеводного обмена (HbA1C≥7%). Установлено, что стаж сахарного диабета в среднем составил 10,6±4,2 года. Для оценки когнитивной функции была использована шкала «Mini-MentalStateExamination (MMSE)». Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA-6, с применением корреляционного анализа Спирмена и критерия Манна-Уитни.

Результаты исследования. При анализе когнитивных функций среди обследованных пациентов с сахарным диабетом 2 типа когнитивные нарушения были выявлены у 90% (n=54) исследуемых (средний возраст 59,4±2,3 года), из них преобладали легкие когнитивные нарушения у 40% (n=24) и изменения, соответствующие деменции средней степени выраженности, у 33,3% (n=20). Установлено, что среди пациентов, находящихся в состоянии декомпенсации углеводного обмена, преобладают изменения, соответствующие легким когнитивным расстройствам (96,4%), что, вероятно, обусловлено высокой частотой гипогликемических состояний у пациентов с тяжелыми когнитивными расстройствами. Также установлена положительная взаимосвязь выраженности когнитивных расстройств с мужским полом (r=0,28, p<0,05), возрастом (r=0,55, p<0,05), стажем заболевания (r=0,4, p<0,05), частотой гипогликемических состояний в анамнезе (r=0,38, p<0,05), гиподинамией (r=0,22, p<0,05), низким уровнем образования (r=0,35, p<0,05), отсутствием трудовой деятельности (r=0,22, p<0,05).

Заключение. Изучение взаимосвязи сахарного диабета и когнитивных функций позволит оптимизировать специализированную психоневрологическую помощь и организацию профилактических мероприятий для данной категории пациентов.

Особенности кардиоренальных изменений у больных с хронической болезнью почек и гипертонической болезнью

Искендеров Б.Г.

Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза

Цель работы: изучить корреляционные связи структурно-функциональных показателей сердца и фильтрационной функции почек у больных с гипертонической болезнью (ГБ) и хронической болезнью почек (ХБП), сочетающейся с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. Обследовано 86 больных (40 мужчин и 46 женщин), из них у 31 больного была гипертоническая болезнь I-II стадии (I группа) и у 55 — ХБП I-II стадии (II группа). Критериями исключения из исследования являлись: хроническая сердечная недостаточность выше II функционального класса; перенесенный инфаркт миокарда и/или мозговой инсульт в течение последних 6 месяцев; сахарный диабет; ХБП III-V стадии. Во II группе у 32 больных диагностировался хронический пиелонефрит; у 15 — хронический гломерулонефрит; у 5 — поликистоз; у 3 — геморрагический васкулит с поражением почек. Средний возраст больных в I группе составил 52 ± 14 лет и во II группе — 49 ± 12 лет. Давность АГ в I группе составила $5,3 \pm 0,6$ года и во II группе — $5,6 \pm 0,8$ года. Уровень систолического АД (САД) в I группе составляло 162 ± 15 мм рт. ст. ($p > 0,05$) и во II группе — 158 ± 14 мм рт. ст. ($p > 0,05$). Диастолическое АД (ДАД) составляло соответственно $97,1 \pm 8,2$ и $98,5 \pm 7,7$ мм рт. ст. ($p > 0,05$). Больным проводилась эхокардиография, оценка скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

Результаты. В I группе гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) диагностировалась чаще, чем во II группе: в 41,9 и 25,5% случаев соответственно. При этом величина индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) в I группе составила $129,6 \pm 28,4$ г/м² и во II группе — $121,0 \pm 30,1$ г/м². В I группе нормальная геометрия (НГ) левого желудочка (ЛЖ) выявлена у 12 больных (38,7%); концентрическое ремоделирование ЛЖ (КР) — у 3 (9,7%); эксцентрическая ГЛЖ (ЭГЛЖ) — у 6 (19,4%) и концентрическая (КГЛЖ) — у 10 (32,2%). Во II группе выявлено: НГ — у 26 больных (47,3%); КР — у 4 (7,3%); ЭГЛЖ — у 16 (29,1%) и КГЛЖ — у 9 (16,3%). Показатель фракции выброса ЛЖ в I группе составил $73,7 \pm 6,7\%$, а во II группе — $65,4 \pm 8,1\%$. Величина сердечного индекса в I группе была достоверно выше, чем во II группе: $3,32 \pm 0,58$ и $2,72 \pm 0,46$ л/мин/м² соответственно ($p < 0,05$). Величина общего периферического сосудистого сопротивления и СКФ в сравниваемых группах достоверно не отличалась ($p > 0,05$): $1796,3 \pm 82,9$ и $1931,5 \pm 123,6$ дин·с·см⁻⁵; $85,0 \pm 13,1$ и $83,6 \pm 12,8$ мл/мин соответственно. В обеих группах выявлена достоверная корреляция величин СКФ с показателями СИ, ФВ, САД и ДАД. Выводы. На начальных стадиях развития гипертонической болезни (I и II стадии) и хронической болезни почек (I и II стадии) структурно-функциональные изменения сердца и почек достоверно не различаются.

Лазерное излучение в комплексном лечении больных после операции аортокоронарного шунтирования на раннем санаторном этапе реабилитации

Исхаков Н.Н., Баженова В.В., Евстропова Н.Н., Исхаков Э.Н.

Санаторий им. В.П. Чкалова, кафедра восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии ИПО, Самарский государственный медицинский университет, Самара

Цель исследования: оценить эффективность лазерного излучения в комплексном лечении больных после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ) на раннем санаторном этапе реабилитации. Материалы, методы. В условиях кардиологического Санатория им. В.П. Чкалова в комплексном лечении больных, перенесших

операцию АКШ применили лазерное излучение. Пролечено 87 больных в возрасте от 45 до 60 лет мужского пола. Использовали полупроводниковые лазерные установки «Элат» и «Альфа» с излучением ближнего инфракрасного спектра с длиной волны от 0,8 до 1,4 мкм, позволяющие доставить лазерную энергию к тканям и органам человека на глубину 5—7 см. Методика лечения чрескожная. Воздействие осуществляли на три поля: область верхушки сердца (4-е межреберье по левой срединно-ключичной линии), средняя треть грудины, нижний угол лопатки слева. Использовали частоту импульсной инфракрасной лазеротерапии 50—70 Гц по 1 минуте на каждую область с 1-й по 5-ю процедуру и по 2 минуты с 6-й по 10-ю процедуру. Курс лечения состоял из 10 ежедневных процедур. Методика воздействия на область послеоперационного рубца в области грудины и голени сканирующая, дистанционная 0,5—1 см, с захватом краев раны на 2—3 см. Применяемая частота лазерного излучения 5 Гц по 2—3 минуты на поле. Процедура проводится ежедневно на курс 10 процедур. Эффективность лечения оценивали по клинической картине, данным электрокардиограммы (ЭКГ), эхокардиографии, исследования биохимических показателей, общего анализа крови у двух групп больных. Первая группа больных получала комплексную терапию с включением лазерного излучения. Вторая группа больных получала традиционное лечение (диетотерапия, лечебная физкультура, лекарственная терапия).

Результаты. У больных первой группы отмечалось более четкое антиангинальное действие, исчезновение болей грудной клетки, улучшение настроения и сна, увеличение физической работоспособности, урежение числа сердечных сокращений, стабилизация артериального давления. Отмечалось положительное влияние на заживление послеоперационных ран под действием лазерного излучения. В процессе курсового лечения выявлена положительная динамика ЭКГ (нормализация процессов реполяризации), достоверно на 9% ($p < 0,01$) увеличилась фракция выброса, наблюдалась тенденция к нормализации показателей липидного обмена, снижалась СОЭ, увеличивалось количество эритроцитов. Таким образом, лазерная терапия улучшала качество постстационарного лечения больных после операции АКШ в условиях санатория.

Эффективность локрена и акредилола в лечении АГ у женщин в постменопаузе

Ишмурзин Г.П., Ахмерова Р.И., Якупова З.Н.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Цель: сравнить эффективность коррекции АГ различными бета-адреноблокаторами у женщин в постменопаузе. В исследование включено 48 женщин (средний возраст $52,8 \pm 1,9$ года) в постменопаузе (продолжительность $4,3 \pm 1,2$ года) с АГ 2 степени. Пациенты были разделены на 2 подгруппы, сопоставимые по уровню АД (систолического $160,2 \pm 5,2$ и диастолического — $95,6 \pm 2,02$), по ЧСС ($76,16 \pm 2,3$) и возрасту. Контрольную группу составили 24 пациентки (сопоставимые по возрасту, уровню АД), которым бета-блокаторы не назначались. Первая группа получала локрен в дозе от 5 до 10 мг/сут, вторая — карведилол в дозе 25 мг. Оценивали субъективные и объективные данные, липидный спектр в процессе лечения. Гипотензивный эффект оценивали по показателям систолического и диастолического АД. Совместно с гинекологом уточнялся характер менопаузы, дата ее наступления, наличие и степень тяжести климактерического синдрома по шкале индекса Купермана.

Результаты. При терапии локреном отмечалось улучшение сна, отсутствие жалоб на ангинозные боли, сердцебиение, чувство страха и беспокойство. На фоне титрования дозы локрена с 5 мг до 10 мг/сут наблюдалось снижение АД у всех пациенток: среднее САД снизилось с 166,2±5,1 мм рт.ст. до 117,2±2,02 мм рт.ст. ($p < 0,05$ по сравнению со второй группой), ДАД — с 98,43±2,3 мм рт.ст. до 67,4±1,5 мм рт.ст. ($p < 0,05$ по сравнению со второй группой). Во второй группе на фоне приема акредилола (25 мг 2 раза в сутки) снижение наблюдалось также у всех пациенток. Среднее САД снизилось до 135,02±2,02 мм рт.ст. и ДАД — 84,42±1,51. ЧСС в данной группе составила 62,14±2,02. Показатели ХС после 12 нед. приема препарата составили в среднем 5,05±0,21 ммоль/л, т.е. недостоверно от исходного. Триглицериды (ТГ) и бета-липопротеиды соответственно снизились до 3,27±0,21 и 0,90±0,01 ммоль/л. Показатели общего ХС до терапии локреном в среднем составили 5,25±0,18 ммоль/л, после 12-недельной терапии недостоверно увеличилось до 6,2±0,12 ммоль/л. Соответственно наблюдалось нарастание ТГ с 0,95±0,1 ммоль/л до 2,36±0,42 ммоль/л и колебания ЛПНП с 3,87±0,21 до 3,93±0,24 ммоль/л. ЛПВП имели тенденцию к снижению с 1,6±0,06 до 1,03±0,08 ммоль/л.

Выводы. 1. В постменопаузе назначение локрена обосновано при высоких значениях систолического и/или диастолического АД и тахикардии более 75 уд/мин, даже в виде монотерапии. 2. Назначение акредилола показано пациенткам с более мягкой АГ в виде комбинации с другими гипотензивными препаратами. 3. При назначении локрена необходимо учитывать показатели липидного спектра.

Особенности гипотензивной терапии у молодых пациентов с артериальной гипертензией

Ишмухаметова А.Н., Каипова Э.Р.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Артериальная гипертензия (АГ) остается одной из самых актуальных медицинских проблем в мире. По данным ВОЗ, за последние 10–20 лет смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди молодого населения планеты возросла на 5–15%. В нашей стране число умерших молодых людей в возрасте 20–29 лет увеличилось с 1991 по 2007 г. в 2,6 раза.

Цель исследования: определение особенностей течения артериальной гипертензии среди лиц молодого возраста, находящихся на стационарном лечении в клинике терапии КБГМУ для последующей оптимизации медикаментозной терапии.

Материалы и методы. Было проведено ретроспективное исследование 1166 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в терапевтических отделениях КБГМУ с 2008 по 2010 гг. с диагнозом гипертоническая болезнь. У всех пациентов проведено общеклиническое обследование с определением индекса массы тела, исследованием крови, мочи, ЭКГ, оценен липидный спектр, скорость клубочковой фильтрации по формулам Кокрофта-Голта, MDRD, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ЭХО-КГ. Оценена эффективность проводимой фармакотерапии.

Результаты. С 2008 по 2010 гг. в терапевтических отделениях КБГМУ пролечилось 1166 пациентов с гипертонической болезнью, среди которых было отобраны 40 человек (3,4%), в возрасте от 18 до 35 лет с артериальной гипертензией. 82,5% — мужчин, и 17,5% — женщин. В возрасте 18–25 лет — 9, все мужчины (22,5%), в возрасте 25–30 лет — 9 пациентов (7 мужчин, 2 женщины) (22,5%). Возрастная группа 30–35 лет была самой многочисленной — 22

(55%), из которых 17 мужчин и 5 женщин. На момент поступления при условии отсутствия медикаментозной гипотензивной терапии уровни АГ были представлены следующим образом: АГ 1-й степени — 2 (5%), АГ 2-й степени — 24 (60%) и 3-й степени — 14 (35%). При оценке антропометрических данных, обратили внимание на частоту наличия повышения индекса массы тела (ИМТ) у данной категории пациентов, как одного из компонентов метаболического синдрома (МС). У 77,5% пациентов ИМТ был повышен и превышал 25, среди этой категории больных ожирение 1 степени (ИМТ > 30–35) имели 22 пациента. Учитывая влияние МС, АГ на процессы фильтрации в почечном клубочке, с постепенным снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ). У 91% пациентов отмечалось снижение СКФ до II стадии хронической болезни почек (ХБП) (60–89 мл/мин), согласно классификации K/DOQI, 2002. Протеинурия и изменения со стороны чашечно-лоханочной системы не были выявлены. Показана корреляция между снижением СКФ и повышенным ИМТ ($p \leq 0,05$). Так, у пациентов с повышенной массой тела (ИМТ 25–30) и ожирением 1 степени (ИМТ 30–35) у 95,5% показатели СКФ соответствовали ХБП II стадии. Признаки дисплазии соединительной ткани сердца (ДСТС) имели 26 пациентов (65%). Анализируя данные по эффективности подбора гипотензивной терапии у данной категории пациентов, мы отметили использование монотерапии ингибиторами АПФ (иАПФ) в 42,5% случаев с достижением целевого уровня АД. Комбинации двух препаратов были использованы в 57,5% случаев. Наиболее предпочтительными считали комбинацию иАПФ с кардиоселективными β -блокаторами (32%) и иАПФ с тиазидными диуретиками (28%).

Выводы. Представленные данные по итогам обследования 40 молодых людей с АГ I–III степени в возрасте 18–35 лет позволили сделать вывод, что среди этой категории пациентов преобладали пациенты-мужчины, имеющие повышенную массу тела, признаки ремоделирования миокарда в виде концентрической гипертрофии левого желудочка и дисплазии соединительной ткани сердца, со снижением СКФ в пределах ХБП II стадии. Целевой уровень давления у данной категории пациентов был достигнут преимущественно монотерапией иАПФ или комбинацией иАПФ с кардиоселективными β -блокаторами.

Возможности диагностики и лечения желчно-каменной болезни на ранних стадиях

Ищенко Н.В., Мордасова В.И., Есипенко Ю.В.

Воронежская областная клиническая больница № 1, Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Цель работы: изучить особенности структурно-метаболических изменений в билиарной системе при желчно-каменной болезни (ЖКБ), возможности и перспективы консервативной терапии.

Материалы и методы. обследовано 74 больных с физико-химической стадией ЖКБ, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ГУЗ «ВОКБ № 1» с 2007 по 2010 г. Возраст пациентов — от 24 до 68 лет, из них женщин — 52, мужчин — 22. Все они обследовались согласно «Стандартам диагностики и лечения болезней органов пищеварения». Пациенты были разделены на следующие группы: 1 группа — 18 больных с первой стадией ЖКБ и хроническим некалькулезным холециститом; 2 группа — 19 больных с первой стадией ЖКБ и гипертонической дискинезией желчевыводящих путей (ЖВП); 3 группа — 18 больных с первой стадией ЖКБ и

гипотонической дискинезией ЖВП; 4 группа — 19 больных с первой стадией ЖКБ и сопутствующими заболеваниями или отягощенным наследственным анамнезом. Анкеты для опроса пациентов включали вопросы о характере питания (определение качественного состава и количественного потребления жиров, зерновых продуктов, овощей и фруктов). При анализе жалоб пациентов, объективного статуса и данных дополнительных методов исследования использовалась балльная оценка.

Результаты. Среднее значение холат-холестеринового коэффициента (ХХК) составило: среди всех обследованных — порция В — 4,2; порция С — 3,2. По группам: в 1-й группе ХХК порции В — 3,6; порции С — 2,8; во 2-й группе ХХК порции В — 5,2; порции С — 4,2; в 3-й группе ХХК порции В — 4,8; порции С — 3,8; в 4-й группе ХХК порции В — 3,4; порции С — 2,8. Согласно анкетированию, наиболее выраженными были: 1) нарушения характера питания — во 2-й и 4-й группах; 2) увеличение индекса массы тела — во 2-й и 4-й группах; 3) клиническая симптоматика — в 1-й и 2-й группах; 4) врожденные аномалии развития желчного пузыря — в 3-й и 4-й группах. Максимальное повышение общего холестерина крови отмечалось в 4-й группе больных. Лечение включало рекомендации по изменению образа жизни, коррекции рациона питания, медикаментозную и фитотерапию (отвары желчегонных трав, пшеничные отруби, лиобил и урсофальк — курсами). Отдаленные результаты (через 6—12 месяцев у 27 больных). В 69% случаев отмечена положительная клиническая и лабораторная динамика, в том числе в 1-й группе (5 больных) повышение ХХК на 20%; по 2-й группе (4 больных) повышение ХХК на 25%; в 3-й группе (4 больных) — на 18%; в 4 группе (4 больных) — на 14%.

Выводы. Своевременная диагностика и адекватная терапия ранних стадий ЖКБ эффективна для профилактики прогрессирования заболевания и его осложнений.

Ультразвуковое исследование при воспалительных заболеваниях легких

Кабанов В.А., Живчикова Е.В.

Клиническая больница № 2 Федерального государственного учреждения «Южный окружной медицинский центр федерального медико-биологического агентства», Астрахань

Цель исследования: внедрение в практику метода ультразвукового исследования легких при воспалительных заболеваниях.

Материалы и методы. Ультразвуковое исследование легких (УИЛ) проводилось на ультразвуковом сканере экспертного класса ACCUVIX XQ и переносном ультразвуковом сканере PICO с использованием датчиков конвексного сканирования 3 — 7 МГц и линейного сканирования 7 — 12 МГц. Обследовано 44 пациента (13 мужчин и 31 женщина). Возраст пациентов — от 18 до 83 лет. Все пациенты находились на стационарном лечении в терапевтическом отделении с воспалительными заболеваниями легких (ВЗЛ) различной этиологии. Рентгенологическое исследование легких было проведено всем пациентам. УИЛ проводилось с целью мониторинга воспалительного процесса в легких. Основными задачами являлись: 1) уточнение локализации и характера процесса, 2) контроль эффективности проводимого лечения, 3) снижение лучевой нагрузки у пациентов, уже прошедших рентгенологическое обследование (в том числе и на догоспитальном этапе), 4) исключение лучевой нагрузки во время стационарного лечения (у беременных пациенток). При проведении УИЛ оценивались глубина, ширина и площадь патологической зоны в легком, локализация патологической зоны, ее экзогенность,

характер васкуляризации, состояние воздушности легочной ткани, изменения париетальной и висцеральной плевры, объем жидкости в плевральной полости (при ее наличии).

Результаты исследования. Всего было проведено 138 исследований. Таким образом, среднее количество УИЛ составило 3,1 исследования на одного пациента. 18 исследований было проведено непосредственно у постели больного с использованием переносного ультразвукового сканера. На фоне проводимого лечения у подавляющего большинства пациентов (43 человека) отмечалась положительная динамика, которая характеризовалась уменьшением площади патологической зоны, восстановлением воздушности легочной ткани, уменьшением и исчезновением плеврального выпота. У 1 пациента по данным УИЛ был заподозрен деструктивный процесс в легком и он был переведен в специализированное отделение, где диагноз был подтвержден. Выводы. УИЛ позволяет получать дополнительную информацию о течении ВЗЛ, осуществлять контроль эффективности проводимого лечения. Метод позволяет снизить лучевую нагрузку на пациента и должен применяться в качестве скринингового метода у пациентов с подозрением на ВЗЛ.

Состояние психической сферы студентов медицинской академии

Каблюнова П.С., Сокол Т.А., Семченкова М.Ю., Михалик Д.С.

Смоленская государственная медицинская академия, Смоленск

Образовательный процесс в ВУЗах предъявляет повышенные требования к механизмам психической адаптации студентов и совпадает с периодом завершения становления личности.

Цель: определить степень и распространенность тревожно-депрессивных расстройств среди студентов Смоленской государственной медицинской академии.

Материалы и методы. Опрошен 61 студент стоматологического факультета (27 учащихся 3 курса, 34 учащихся, 4 курс) и 22 студента педиатрического факультета (15 учащихся, 4 курс, 17 учащихся, 5 курс) по опроснику HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Статистическая обработка проведена с использованием непараметрических критериев. Статистические гипотезы проверялись на уровне значимости $\alpha < 0,10$, что допустимо в медико-биологических исследованиях при небольшой численности выборки.

Результаты. Среди студентов распространенность тревожных настроений составляет 33,8% (14,5% имеют клинически значимый, 19,3% — субклинический уровень тревоги) и 10,8% депрессивных настроений (4,8% клинически значимый уровень депрессии, 6,0% — субклинический уровень). Депрессия в 1,8 раза чаще встречается среди учащихся педиатрического факультета (13,6% клинически выраженной депрессии среди педиатров и только 1,6% среди стоматологов, $p=0,055$). Тревожные расстройства преимущественно наблюдаются среди учащихся стоматологов в 2,5 раза (23% субклиническая тревога среди стоматологов и 9,1% у педиатров, $p=0,13$) и в 3,14 раза больше среди студентов 3-го курса по сравнению со студентами 4-го курса (37% и 11,8% соответственно, $p=0,02$). Депрессией чаще страдают юноши стоматологи (20% среди юношей, 0% среди девушек, $p=0,04$), среди которых 75% субклинической выраженности. Девушки стоматологи чаще в 3,4 раза по сравнению с девушками-педиатрами отмечают субклиническую тревогу (27,3% и 8% соответственно, $p=0,09$).

Выводы. 1. Среди студентов широко распространены тревожные настроения (33,8% — каждый 3-й студент) наряду с небольшим

распространением депрессивных настроений (10,8% — каждый 10-й). 2. Клинически значимая депрессия чаще встречается среди студентов педиатрического факультета, в 8,5 раза и составляет 13,6%. 3. Тревожные настроения (преимущественно субклинической выраженности — 23%) чаще встречаются среди студентов стоматологов в 2,5 раза, в большей степени (в 3 раза) на 3-м курсе. 4. Девушки-стоматологи в 3,4 раза чаще девушек-педиатров обнаруживают субклиническую тревогу. Юноши-стоматологи более склонны к развитию депрессивных расстройств.

Влияние сочетания артериальной гипертензии и патологии органов пищеварения на функциональное состояние подростков и лиц молодого возраста

Казидова Е.Н., Веневцева Ю.Л.

Тульский государственный университет, Тула

Несмотря на частое сочетание артериальной гипертензии (АГ) и патологии системы пищеварения, в том числе и у подростков и молодых людей, особенности функционального состояния у этой категории пациентов изучены недостаточно.

Материалы и методы. В исследование включено 54 пациента с НЦД по гипертоническому типу или АГ 1 ст. в возрасте 16—26 лет (19,0±0,4 года), находившихся в терапевтическом отделении МУЗ «ГБ № 7» г.Тулы с января 2010 по май 2011 г. Всем обследованным было проведено холтеровское мониторирование ЭКГ или ЭКГ+АД (Инкарт, СПб), трансторакальная ЭхоКГ, а также инструментальные исследования желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — фиброгастродуоденоскопия и УЗИ органов брюшной полости.

Результаты. Хроническая гастродуоденальная патология (ХГДП) была выявлена у 14,8%, дисфункциональные расстройства билиарного тракта (ДРБТ) — у 57,4%, патологии не обнаружено у 27,8% молодых людей. Антропометрические показатели (рост и вес) в выделенных подгруппах не различались и составили соответственно 178,3 см и 73,3 кг; 179,9 см и 82,2 кг; 178,1 см и 74,1 кг. Подростки с ХГДП чаще предъявляли жалобы на головную боль (87,5%) и головокружение (75%), толщина миокарда задней стенки левого желудочка у них была достоверно меньше (8,2±0,2 мм), как и МЖП (8,8±0,3 мм). В ночном спектре ритма сердца была выше мощность волн очень низкой частоты (VLF, $P<0,01$), а также LF ($P<0,01$), а также мощность высокочастотного компонента (HF) днем и ночью, что свидетельствует о повышении тонуса обоих отделов ВНС. Среднее ДАД днем оказалось достоверно ниже, чем в других подгруппах ($p<0,05$). У молодых людей с ДРБТ были достоверно толще ЗСЛЖ (9,6±0,3 мм; $p<0,001$) и МЖП (9,5±0,3 мм), а также больше размер левого предсердия (33,9±0,7 мм, $p<0,05$). Средняя ЧСС была достоверно выше, чем у подростков без патологии ЖКТ как днем (89,1±2,5 и 82,1±2,1 уд/мин; $p<0,05$), так и ночью (63,9±2,0 и 57,7±1,7 уд/мин $p<0,01$). Среднее САД и ДАД в течение суток также были выше, чем у подростков без патологии ЖКТ ($p<0,05$).

Выводы. Сопутствующая патология ЖКТ у подростков с НЦД или АГ значимо влияет на параметры функционирования сердечно-сосудистой системы, при этом у молодых людей с хронической гастродуоденальной патологией наблюдается увеличение вариабельности сердечного ритма в течение суток (гиперамфотония), а при дисфункциональных расстройствах билиарного тракта возрастает толщина миокарда ЛЖ, размер левого предсердия, ЧСС и АД днем и ночью, что может способствовать неблагоприятному течению АГ.

Поражение коронарных артерий и аорты у больных, умерших от острого инфаркта миокарда, с нарушенным и нормальным углеводным обменом

Какорин С.В., Карамышев Д.В., Аблина К.Н., Ильина Т.О.

Городская клиническая больница № 63, Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва

Цель: выявить особенности поражения коронарных артерий и аорты у больных, умерших от острого инфаркта миокарда с нарушенным и нормальным углеводным обменом.

Материалы и методы. Проведен анализ протоколов вскрытия 197 пациентов умерших от острого инфаркта миокарда (ОИМ), в ГКБ № 63. Пациенты разделены на две группы: имеющие сахарный диабет 2 типа (СД2) и с нормальным углеводным обменом. Сравнивались количество пораженных атеросклерозом коронарных артерий, количество критических стенозов в коронарных артериях, типы кровоснабжения миокарда, характер и распространенность поражения аорты. Статистическая обработка выполнена в программе OpenOffice Calc.

Результаты. У 121 пациента был нормальный углеводный обмен, у 76-СД 2. Результаты вскрытия не выявили достоверной разницы между группами по общему количеству пораженных атеросклерозом коронарных артерий (2,60±0,22 и 2,74±0,19), количеству критических стенозов в коронарных артериях (2,01±0,28 и 1,88±0,22) и типу кровоснабжения миокарда. Поражение коронарных артерий и аорты у больных, умерших от ОИМ, выявило различие в группах. Атероматоз аорты чаще наблюдался среди пациентов с СД2 — 43,42±5,69% против 28,93±4,12%, $t=2,06$, $p<0,01$, а кальцинированные бляшки — у пациентов без СД2 — 42,15±4,49% против 26,32±5,05% с СД2, $t=2,34$, $p<0,01$. У умерших от ОИМ с нормальным углеводным обменом выявлена слабая отрицательная корреляция между наличием атероматозного поражения аорты и количеством пораженных атеросклерозом венечных артерий. У пациентов с СД2 слабая отрицательная корреляция отмечается между наличием фиброзированных и кальцинированных бляшек в стенке аорты и количеством пораженных атеросклерозом венечных артерий.

Выводы. У пациентов, умерших от ОИМ и имеющих СД2, чаще наблюдаются обширные атероматозные поражения аорты. У пациентов без нарушения углеводного обмена — стабильные кальцинированные бляшки стенки аорты. У пациентов с нарушенным и нормальным углеводным обменом, умерших от ОИМ, не отмечается достоверных различий в общем количестве пораженных атеросклерозом коронарных артерий, количеством критических стенозов коронарных артерий и типом кровоснабжения миокарда.

Применение иммунохроматографического метода определения белка, связывающего жирные кислоты, для ранней диагностики острого инфаркта миокарда

Калиниченко Р.М., Копылов Ф.Ю.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Цель: изучить диагностические возможности качественного иммунохроматографического экспресс-теста на сердечный белок,

связывающий жирные кислоты (сБСЖК), у пациентов в раннем периоде острого коронарного синдрома (ОКС) и сравнение его с тропонином I (ТнI), миоглобином и МВ-фракцией креатинфосфокиназы (МВ-КФК).

Материалы и методы. Обследовано 57 больных, госпитализированных с входным диагнозом ОКС не позднее, чем через 2 часа от начала ангинозных болей. Забор крови для определения сБСЖК, ТнI, миоглобина и МВ-КФК проводился у каждого больного через 2, 6, 24 часа от начала ангинозных болей. Определение сБСЖК в крови проводилось с помощью иммунохроматографического экспресс-теста «КардиоБСЖК». Результат оценивался качественно (положительно/отрицательно). Тропонин I и миоглобин измерялись иммунохемилюминесцентным методом, МВ-КФК — методом иммуноингибирования с помощью поликлональных антител (диагностически значимый уровень тропонина $\geq 1,5$ нг/мл, миоглобина ≥ 110 нг/мл, МВ-КФК ≥ 25 ед/л). Диагноз острого инфаркта миокарда (ОИМ) подтверждался или исключался на основании суммарной оценки клинической картины, повышения уровней кардиомаркеров (тропонин I, серия КФК-МВ), динамики ЭКГ, ЭхоКГ. Полученные результаты соотносились с результатами экспресс-теста на сБСЖК. Результаты. Из 57 пациентов, поступивших через 2 часа от начала болей, у 42 был установлен диагноз ОИМ, у 6 — нестабильная стенокардия, у 3 — стенокардия напряжения, у 1 — вазоспастическая стенокардия, у 5 — некоронарогенная патология. Чувствительность сБСЖК, ТнI, миоглобина и МВ-КФК составила через 2 часа от начала ангинозных болей 86, 36, 57 и 31% соответственно. Через 6 часов от начала болей чувствительность сБСЖК, ТнI, миоглобина и МВ-КФК составила 100, 90, 98 и 86% соответственно. Через 24 часа чувствительность сБСЖК была равной 49%, ТнI — 100%, МВ-КФК — 93%. Специфичность сБСЖК составила 100% во все временные интервалы.

Выводы. В первые 2—6 часов острого коронарного синдрома сБСЖК, определенный с помощью качественного экспресс-теста, является более чувствительным кардиомаркером в сравнении с ТнI, миоглобином и МВ-КФК в ранней диагностике острого инфаркта миокарда.

Структурно-функциональные показатели левого желудочка у больных хронической сердечной недостаточностью в зависимости от функционального класса

Камышинова Л.А., Ефремова О.А.

Белгородский государственный университет, Белгород

Изучены особенности гемодинамики и структурно-функционального состояния сердца у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от функционального класса (ФК). Обследовано 60 больных ХСН из кардиологического отделения областной клинической больницы г. Белгорода. В 1-й группе число лиц с ХСН II ФК — 4 человека (28,6%), III ФК — 10 (71,4%). Во 2-й группе число лиц с ХСН I ФК составило 4 (8,7%) пациента, II ФК — 32 (70%), III ФК — 10 (21,7%). Основной причиной ХСН в обеих исследуемых группах была АГ различных степеней и сроков давности. В 1-й группе в сочетании с АГ была выявлена стенокардия напряжения, II ФК — у 1 (7,1%) человека, III ФК — у 5 (35,7%). Постинфарктный кардиосклероз отмечался в 1-й группе у 8 (57,1%) человек, во 2-й группе — у 17 пациентов (37%). Среднее значение индекса массы тела (ИМТ) для 1-й группы составило $32,2 \pm 5,0$, для второй $29,8 \pm 3,8$.

Фибрилляция предсердий наблюдалась у 50% больных 1 группы и у 30,4% — второй. По длительности первичного заболевания 1-я группа ($12,1 \pm 5,3$ лет) превосходила 2-ю ($10 \pm 5,3$ года), $p < 0,05$. Результаты исследования показали, что ФК ХСН имел сильную корреляцию с возрастом ($-0,63$) в первой группе больных и слабую во второй ($-0,043$). При этом между ФК ХСН выявлены слабые корреляции в обеих группах с ИМТ, числом лет первичного заболевания, ФК стенокардии, систолическим артериальным давлением (САД), диастолическим артериальным давлением (ДАД), частотой сердечных (ЧСС). Со степенью АГ корреляция ФК ХСН была средней силы и составила ($-0,41$) в 1-й группе, тогда как во второй связь показателей была слабой ($-0,11$). Во 2-й группе среднее САД было достоверно выше, чем в 1-й, что объяснимо, поскольку ХСН в этой группе, как правило, развивается из-за АГ, при этом ДАД отличалось незначительно. Средняя ЧСС в 1-ой группе выше, чем во 2-й, что может быть связано с более частой в этой группе фибрилляцией предсердий. В 1-й группе ГЛЖ концентрического типа обнаружена у 3 больных (21,4%), эксцентрического типа — у 8 (57,2%). Концентрическое ремоделирование не выявлено в этой группе, нормальная структура левого желудочка (ЛЖ) обнаружена у 3 (21,4%) пациентов. Средняя фракция выброса (ФВ) в этой группе составила $34,0 \pm 7,9\%$. Во второй группе: ГЛЖ концентрического типа обнаружена у 21 пациента (45,7%), эксцентрического типа — у 7 (15,2%). Концентрическое ремоделирование имели 11 больных (23,9%), нормальная структура левого желудочка обнаружена у 7 (15,2%) пациентов. Средняя ФВ в этой группе составила $61,7 \pm 9,7\%$. Большинство больных имели диастолическую дисфункцию (ДД) левого желудочка или сочетание диастолических нарушений со сниженной ФВ ЛЖ. В 1-й группе у 2 человек (14,3%) был выявлен первый тип (с замедленной релаксацией) ДД, у 5 человек (36%) — второй, третий тип, у 7 человек (50%) — ДД не выявлялась. У некоторых было невозможно выявить ДД, т.к. имелась постоянная фибрилляция предсердий, мы их не включали в группы с ДД. Во 2-й группе у 35 человек (76,1%) был выявлен первый тип (с замедленной релаксацией) ДД, у 10 человек (21,7%) — второй, третий тип. Исследование показало, что проведение эхокардиографического исследования до появления клинических явлений СН позволит выявить диастолическую дисфункцию ЛЖ и рекомендовать соответствующий режим и адекватную терапию для профилактики прогрессирования сердечной недостаточности.

Новые технологии и первые результаты

Карамова Ф.А., Ржанникова Н.И., Зуйкова Т.Г.

Областная клиническая больница № 2, Поликлиника для взрослых, Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень

Проходящее реформирование здравоохранения предполагает внедрение новых технологий в лечебно-диагностический процесс. Наше лечебно-профилактическое учреждение активно использует инновационные технологии в своей работе. Так, с 2010 г. в поликлинике работает подразделение профилактической направленности — Центр здоровья (ЦЗ). Обратившиеся в ЦЗ по полису обязательного медицинского страхования имеют возможность пройти комплексное обследование, получить заключение, необходимые рекомендации, могут быть направлены на дообследование, занятия в Школе здоровья. Цель: оценка результатов проводящихся инноваций, востребованность услуги предлагаемой ЦЗ, перспектива дальнейшего функционирования подразделения.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной цели статистической обработке были подвергнуты показатели работы ЦЗ за 2010 г. Результаты. В ЦЗ за указанный период обследовано 7618 человек, что составляет 101,6% к плановому заданию. Пациенты имели возможность записаться в удобное для них время, в том числе и по электронному листу самозаписи. Из обследованных граждан 31% обратился самостоятельно, 14% направлены работодателем, 6% обратились после результатов дополнительной диспансеризации, остальные прибыли из различных ЛПУ. Из числа принятых — 118 человек не являлись жителями Тюменской области (в эту группу входили пациенты, проживающие от Сахалина до Москвы и Санкт-Петербурга). Социальная структура обследованных выглядит следующим образом: 88% составляют неработающие граждане; 11% представлены работающими на промышленных предприятиях; 16% сотрудники детских садов и школ; 26% сотрудники прочих бюджетных организаций. Основными факторами риска развития заболеваний, выявленными в ЦЗ, были: у 66% обследованных избыточный вес, у 39% — гиподинамия, 36% обратившихся имели длительный стаж курения, у 28% обследованных отмечено повышение холестерина крови. По выявленным факторам риска были даны подробные рекомендации, проведены беседы. При опросе через 6 месяцев 73% подтвердили соблюдение ими полученных рекомендаций. Выводы. Услуга, предлагаемая ЦЗ, является востребованной; 73% прошедших обследование следуют полученным рекомендациям; увеличилась доступность пациентов к участковому врачу-терапевту; работа по выявлению и коррекции факторов риска заболеваний является плодотворной, нужной, перспективной.

Особенности хронической болезни почек у больных системной склеродермией

Кароли Н.А., Ребров А.П., Волошинова Е.В., Платицына Ю.В.

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

Хроническая болезнь почек (ХБП) — полиморбидное состояние, характеризующееся прогрессирующим снижением функции почек. По данным крупного регистра NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey), частота заболеваний почек в популяции взрослого населения составляет 13%, при этом лишь четвертая часть пациентов со сниженной скоростью клубочковой фильтрации (СКФ) информирована о наличии у них ХБП. Системная склеродермия (ССД) протекает с вовлечением в патологический процесс почек в виде острой и хронической нефропатии. Особенностью нефропатии при ССД является малосимптомность течения, клинические признаки нефропатии проявляются только на поздних стадиях заболевания, когда почечный процесс становится необратимым. Применяя простые методы диагностики (определение СКФ), можно выявить дебу́т нефропатии и активно воздействовать на ее течение и исход.

Цель работы: изучить распространенность и особенности ХБП у больных с ССД. Материалы и методы. СКФ по формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study), ретроспективно определена у 87 пациентов, страдающих ССД в возрасте до 60 лет, без установленного диагноза поражения почек, клинически выраженного атеросклероза, не курящие. Статистическая обработка данных проводилась с использованием параметрических и непараметрических (корреляция по Спирмену, R) методов.

Результаты. При анализе историй болезни 87 пациентов с ССД (7 мужчин и 80 женщин, возраст от 25 до 80 лет) СКФ ≥ 90 мл/мин

выявлена у 19 (22 %) человек, СКФ 60 — 89 мл/мин — у 52 (59,7%), СКФ <60 мл/мин — у 16 (18,3%) человек. Соответственно этим изменениям были выделены три группы пациентов. Повышение артериального давления (АД) $>140/90$ мм рт.ст. было отмечено у 31 из 87 больных (36%), повышение АД с одинаковой частотой встречалось во всех трех группах. Изменения в анализах мочи, характерные для тубулоинтерстициального поражения (снижение удельной плотности, микрогематурия, умеренная протеинурия), найдены у 16 больных 1 группы, 25 пациентов — 2 группы и 16 человек из 3 группы. Таким образом, у этих пациентов можно констатировать наличие ХБП 1 и 2 стадии соответственно. При проведении корреляционного анализа выявлена взаимосвязь СКФ и возраста больных ($r=-0,32$, $p<0,05$). Установлена взаимосвязь между наличием у пациентов респираторных симптомов (кашля) и СКФ ($R=-0,42$, $p<0,05$), стадией ХБП ($R=0,52$, $p<0,01$), также параметрами функции внешнего дыхания: стадией ХБП и ЖЕЛ ($R=-0,43$, $p<0,001$), индексом ОФВ1/ЖЕЛ ($R=0,35$, $p<0,01$). Отмеченная взаимосвязь между стадией ХБП и СРБ ($R=0,25$, $p<0,05$). Представляют интерес выявленные взаимосвязи между уровнем систолического давления в легочной артерии и СКФ ($R=-0,21$, $p<0,05$), стадией ХБП ($R=0,25$, $p<0,05$), конечным диастолическим размером правого желудочка и уровнем креатинина ($R=0,27$, $p<0,01$), СКФ ($R=-0,31$, $p<0,01$). Также отмеченная взаимосвязь между уровнем холестерина и СКФ ($R=-0,63$, $p<0,05$), стадией ХБП ($R=0,75$, $p<0,05$). Интересным представляется взаимосвязь между показателем нарушения вазорегулирующей функции эндотелия (индекс реактивная гиперемия/потокзависимая дилатация) и СКФ ($R=-0,41$, $p<0,05$). Обращает на себя внимание отсутствие достоверной взаимосвязи между наличием артериальной гипертензии и уровнем креатинина, СКФ, стадией ХБП. В то же время установлена взаимосвязь между СКФ и систолическим АД ($R=-0,54$, $p<0,05$), центральным АД ($R=-0,55$, $p<0,05$). Заключение. Таким образом, у 57 из 87 больных ССД, согласно принятым критериям, имеется ХБП. К сожалению, при столь высокой частоте диагноз ХБП не нашел отражения в медицинской документации. Обращает на себя внимание взаимосвязь нарушения функции почек с поражением других органов (рестриктивные нарушения функции внешнего дыхания, легочная гипертензия), активностью заболевания (СРБ). Проведенное исследование продемонстрировало высокую частоту вовлечения в патологический процесс почек, а это при ССД является прогностически неблагоприятным фактором. В связи с этим необходимость определения уровня креатинина сыворотки крови с дальнейшим расчетом СКФ у больных ССД очевидна. Больным с ССД с уже имеющимися признаками нефропатии возможно рекомендовать ренопротективную терапию, направленную на предупреждение прогрессирования ХБП.

Особенности диагностики ХОБЛ у больных хронической сердечной недостаточностью

Кароли Н.А., Ребров А.П., Костюк Р.В.

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

Проблема сочетания ХОБЛ и хронической сердечной недостаточности (ХСН) сегодня представляет одну из актуальных проблем. Обусловлено это частотой сочетания этих нозологий, общими детерминантами развития (курение и системное воспаление), а также сложностями дифференциальной диагностики, связанной со схожими симптомами,

«перекрестом» симптомов, «перекрестом» данных дополнительных исследований.

Цель работы: изучение частоты встречаемости ХОБЛ у больных хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. Обследовано 32 больных мужского пола в возрасте от 43 до 66 лет (средний возраст $54,76 \pm 0,92$ года), находившихся на лечении в кардиологическом отделении Областной клинической больницы г. Саратова с ХСН II-IV ФК. У большинства пациентов (25 человек) ХСН была ишемического генеза (перенесенный инфаркт миокарда — 18 больных, стенокардия II-IV ФК — 7 пациентов), у 7 больных ХСН связана с артериальной гипертензией. Всем пациентам проводилась спирография, 6-минутный тест с физической нагрузкой и определением SpO_2 до и после нагрузки. Интенсивность одышки оценивалась по шкалам MRS и Borg.

Результаты. У пяти пациентов (15,6%) был ранее установлен диагноз ХОБЛ. При этом спирография с пробой бронхолитиком проводилась ранее четырем из этих пациентов. Ни один из этих больных терапию по поводу ХОБЛ амбулаторно не получал. При проведении нами спирографии у двух из пяти пациентов показатели ФВД в пределах нормы. Из оставшихся 27 пациентов курили все больные (индекс пачка/лет $37,93 \pm 3,74$). Семнадцать человек (63%) отмечали наличие продуктивного кашля, все пациенты указывали на наличие одышки (24 человека — смешанного характера, 2 пациента — инспираторного, 1 больной — экспираторного характера). Лишь 6 пациентам (22,2%) ранее проводилась спирография, о результатах которой они не знали, но наличие ХОБЛ установлено не было. При оценке нами функции внешнего дыхания у 6 человек (22,2%), которым ранее не был выставлен диагноз ХОБЛ, наблюдались признаки бронхиальной обструкции со снижением $ОФВ_1$ менее 80%. На момент осмотра аускультативные признаки бронхообструкции выявлялась лишь у 1 из этих больных. Выводы. У пациентов с ХСН нередко встречается сочетание с ХОБЛ. При этом отмечаются как случаи гиподиагностики, так и гипердиагностики ХОБЛ у больных ХСН. Наличие респираторных жалоб (кашель, одышка), как и характер одышки, аускультативные признаки бронхообструкции не коррелируют с наличием ХОБЛ у больных ХСН.

Диагностика и гиподиагностика смешанного заболевания соединительной ткани

Кароли Н.А., Никитина С.В.

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

Смешанное заболевание соединительной ткани (СЗСТ), или перекрестный синдром, впервые описал в 1972 г. Шарп (Sharp) и соавт.). Синдром Шарпа — клинко-иммунологический синдром системного поражения соединительной ткани, проявляющийся сочетанием отдельных клинических признаков системной склеродермии, полимиозита, системной красной волчанки и присутствием в крови больных антител к рибонуклеопротеину. Проблема смешанного заболевания соединительной ткани (СЗСТ), или синдрома Шарпа, известна давно и представляет интерес как в научном плане, так и в практическом отношении в связи со сложностью диагностики и особенностями лечения этой категории больных. Целью нашей работы было проанализировать особенности современной клиники смешанного заболевания соединительной ткани. Для этого проанализировано 56 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в отделении ревматологии Областной клинической больницы, с диагнозом синдром Шарпа. Среди больных СЗСТ преобладали женщины (95%),

что совпадает с данными литературы о том, что встречаемость СЗСТ у женщин более чем в 15 раз выше, чем у мужчин. Распределение больных по возрасту следующее: преобладали пациенты в возрасте 51 и более лет — 46%. У большинства больных длительность заболевания составила не более 10 лет, однако у 35% пациентов анамнез включал более 10 лет. Необходимо отметить, что, несмотря на длительность заболевания, в 58% диагноз СЗСТ был установлен впервые. По данным литературы начало СЗСТ характеризуется признаками склеродермии, СКВ и миозита, появляющихся одновременно или последовательно. По нашим данным, у большей части больных первыми проявлениями заболевания были клинические признаки ССД (38%), РА — 30%, СКВ — 18%, миозит — 10%. Проявления второго заболевания присоединились, в среднем через 6 лет. Временной промежуток от появления первых симптомов заболевания до установления диагноза СЗСТ составил от 1 года до 38 лет: у 6% диагноз установлен сразу, в 39% — через 2—7 лет. При этом 20% больных в течение длительного времени наблюдались с диагнозом системная склеродермия, 20% по поводу ревматоидного артрита также, 6% больных с диагнозом СКВ и 11% длительное время нигде не наблюдались. По данным литературы синдром Рейно является самым частым и одним из самых ранних признаков СЗСТ. По нашим данным синдром Рейно был отмечен у 84% больных. На втором в структуре выявленных синдромов стоит суставной синдром (77%) с полиартралгиями и артритами, кожный синдром — в 46% случаев; синдром Шегрена выявляется у 30% больных; гломерулонефриты в 24% случаев; лимфоаденопатия в 11% случаев, в 9% случаев наблюдается спленомегалия. Среди кожных проявлений у 86% больных отмечаются склероподобные изменения. Дерматит диагностируется в 53% случаев. У 15% больных выявляется кожный васкулит. Алопеция встречается почти у половины больных — в 41% случаев. Среди висцеральных поражений: пневмосклероз встречается в 40% случаев, эзофагит встречается в 44% случаев, адгезивный перикардит по данным эхокардиографии выявляется в 28% случаев. Таким образом, у большинства больных диагноз СЗСТ был поставлен в течение многолетнего наблюдения, что свидетельствует о недооценке развития заболевания у обследованных больных. Для своевременного распознавания СЗСТ необходимы более тщательный анализ клинических проявлений заболевания и регулярное наблюдение за больным.

Клинические особенности нарушений минеральной плотности костной ткани при кальцинированном аортальном стенозе

Карпова Н.Ю., Рашид М.А., Казакова Т.В., Кошкина Г.И., Шостак Н.А.

Городская клиническая больница № 55, Москва

Цель: изучить факторы риска патологических переломов и особенности нарушений минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у больных кальцинированным аортальным стенозом (КАС) в пожилом возрасте.

Методы. После верификации диагноза КАС у 50 больных женского пола в возрасте старше 65 лет проведена оценка основных факторов риска переломов с дополнительным изучением МПКТ методом двойной энергетической рентгеновской абсорбциометрии (ДЭРА). Результаты. В ходе проведения ДЭРА у 71% обследованных пациентов выявлены нарушения МПКТ, представленные в 39,5% случаях остеопенией и в 31,5% случаях — остеопорозом. Во всех случаях отмечено поражение поясничного отдела позвоночника, а в 29% — сочетанное с проксимальными отделами бедра. При анализе

анамнестических данных общим большим фактором риска по градации SOGC (2006 г.) явился возраст больных старше 65 лет. У подавляющего большинства пациентов (74,3%) была отмечена склонность к падениям, обусловленная выраженными головокружениями, связанными в 72% случаев с сосудистыми, и в 28% — с кардиальными причинами. У 27% больных отмечены переломы в возрасте старше 40 лет. Компрессионные переломы позвоночника наблюдались в 6%, а переломы у родителей — в 10% случаев. Среди малых факторов риска отмечены: болезни щитовидной железы — 5% (без приема гормональных средств), заболевания ЖКТ (с приемом антацидов) — 35%, низкое потребление кальция (непереносимость молока) — 7% и курение — 4%. У 68% больных имелись жалобы на боли в спине, в том числе у 12% — грудном, и у 56% — в поясничном отделе позвоночника. Средний возраст начала болей составил 42,4±5,8 года. Интенсивность боли по ВАШ составила в среднем 4,16±2,68 балла. У 17,6% женщин была удалена матка по поводу фибромиомы, а 62% пациенток перенесли удаление яичников. Ни в одном случае причиной удаления не явилось онкологическое заболевание. Заместительная гормональная терапия проводилась лишь у одной больной в течение 4 лет. К началу исследования средняя продолжительность менопаузы составила 24,3±9,5 года. В ходе анализа установлено, что ни один из факторов гинекологического анамнеза, за исключением большей продолжительности менопаузы ($p=0,05$), не встречался в группе с остеопорозом чаще, чем в группе с нормальными значениями МПКТ. Показатели МПКТ проксимального отдела бедра уменьшались с увеличением возраста пациентов ($p < 0,04$) и увеличивались с увеличением массы тела ($p < 0,03$). Зависимости МПКТ поясничного отдела позвоночника от конституциональных факторов получено не было ($p > 0,1$). Нарастание выраженности кальциноза клапана аорты сопровождалось прогрессирующим снижением Т-критерия поясничного отдела позвоночника ($R = - 0,32$, $p = 0,03$).

Выводы. Полученные данные позволяют обсуждать наличие особой формы нарушений МПКТ при КАС, а высокий риск развития переломов осевого скелета в данной группе больных диктует необходимость проведения денситометрии не реже 1 раза в год для своевременного назначения антиостеопоретической терапии.

Узловая эритема: особенности течения и клинической картины

Карпова Ю.А., Белов Б.С., Егорова О.Н., Раденска-Лоповок С.Г.

Научно-исследовательский институт ревматологии, Москва

Узловая эритема (УЭ) — неспецифический иммуновоспалительный синдром, вызываемый широким спектром этиологических факторов. Нередко УЭ является одним из симптомов системной патологии. Цель: изучить клинико-лабораторную картину первичной (ПУЭ) и вторичной (ВУЭ) УЭ.

Методы. В течение 2007—2010 гг. обследовано 130 пациентов (м-20, ж-110) с УЭ в возрасте от 18 до 79 лет с длительностью болезни 1,2 [0,5; 3,0] мес. Помимо общеклинического обследования проводили иммунологическое исследование и КТ органов грудной клетки.

Результат. У 37 больных (ж/м 35/2) выявлена ПУЭ. Для нее были характерны подострое течение (45,9%) с единичными (<5 узлов) (35%) умеренно болезненными (ВАШ боли-57,5 [20;75] мм) узлами на голених (70%) и бедрах (30%), артрит или артралгии коленных (37%) и голеностопных (54%) суставов, субфебрилитет (37,8%). У 27% больных отмечалось ускорение СОЭ, у 24% повышение титра СРБ и у 29% при АСЛО ≥ 400 . ВУЭ диагностирована в 93 случаях (ж/м

76/17) включая саркоидоз легких (43); ревматическую патологию (18), паранеопластический процесс (3); язвенный колит (1); гинекологические заболевания (эндометриоз, аднексит) (5), иерсиниоз (6), гепатит С (5), туберкулез (2), пиодермию (1), прием лекарственных средств (9). При ВУЭ преобладало (50,3%) подострое течение заболевания с множественными (>5) (в 69% случаев) умеренно болезненными (ВАШ боли-50мм [0,0;80,0]) узлами на нижних (72%), верхних конечностях (12%), туловище (14%). Течение ВУЭ сопровождалось лихорадкой (53%), поражением голеностопных (59%), коленных (34%) и лучезапястных суставов (16%). Ускоренное СОЭ определялось у 72% пациентов, повышение титра СРБ и АСЛО у 39% и 27% соответственно.

Заключение. УЭ — заболевание часто ассоциирующееся с поражением опорно-двигательного аппарата. Многообразие причин УЭ требует четких подходов к верификации диагноза и терапии.

Особенности ремоделирования костной ткани при заболеваниях тазобедренного сустава воспалительной и невоспалительной природы

Карякина Е.В., Гладкова Е.В.

Саратовский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Саратов

Цель: сравнительная оценка особенностей ремоделирования костной ткани при заболеваниях тазобедренного сустава воспалительной и невоспалительной природы.

Материалы и методы. Обследовано 11 больных РА и 33 ОА, из них 13 мужчин и 31 женщина, 10 женщин были моложе, а 21 — старше 50 лет. Больные РА получали гормональную терапию, а больные ОА — нестероидные противовоспалительные средства. Длительность заболевания — свыше 10 лет, а поражения тазобедренного сустава — свыше 5 лет. Контрольная группа — 6 мужчин и 16 женщин без патологии опорно-двигательного аппарата и хронических заболеваний. Изучали кальций-фосфорный обмен (общий и ионизированный кальций, неорганический фосфор, активность общей щелочной фосфатазы) и маркеры ремоделирования кости (N-тип остеокальцин (ОК), костный изофермент ЩФ (кЩФ); С-концевые телопептиды коллагена I типа (Ser.CrLaps).

Результаты. У всех больных значения рутинных тестов не выходили за референтные пределы соответствующей нормы. Больные РА: у женщин моложе 50 лет уровень Ser.CrLaps резко превышал возрастную норму на фоне менее выраженного, но достоверного ($p < 0,05$) повышения ОК и кЩФ. У женщин старше 50 лет уровень Ser.CrLaps по сравнению с возрастной нормой снижался почти в два раза ($p < 0,05$) на фоне резкого (почти в четыре раза) ($p < 0,05$) снижения ОК и менее выраженного снижения кЩФ. Больные ОА: у мужчин уровень Ser.CrLaps почти в 1,5 раза ($p < 0,05$) превышал норму на фоне достоверного снижения ($p < 0,05$) ОК и практически нормальной активности кЩФ. У женщин моложе 50 лет отмечалось более резкое возрастание (в среднем более чем в два раза) ($p < 0,05$) Ser.CrLaps; изменение маркеров костеобразования было статистически незначимо. У женщин старше 50 лет отмечалось ($p < 0,05$) снижение ОК и активности кЩФ, изменение Serum CrossLaps было незначимо ($p > 0,05$).

Выводы. При поражении тазобедренного сустава воспалительной и дегенеративной природы изученные показатели Са-Р обмена не давали верной информации о метаболизме костной ткани. Однонаправленные изменения биохимических маркеров ремоделирования (преобладание резорбции над костеобразованием) в далеко зашедшей стадии поражения тазобедренного сустава были более выражены у больных РА, чем у больных ОА.

Дисплазия соединительной ткани и коморбидные состояния

Кац Я.А., Скрипцова А.Я.

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

Цель: Выявить наличие и характер взаимосвязей наследственной дисплазии соединительной ткани (ДСТ) с некоторыми часто встречающимися заболеваниями: гипертонической болезнью (ГБ), ИБС, ревматической болезнью сердца (РБС) и диффузными заболеваниями соединительной ткани (ДЗСТ): системной красной волчанкой (СКВ), системной склеродермией (ССД), ревматоидным артритом (РА) и дерматомиозитом (ДМ). Включение в исследование столь разных нозологических форм обосновывается существованием так называемого «соединительнотканного континуума» (по аналогии с известным «сердечно-сосудистым континуумом»), конечным пунктом которого является формирование органосклерозов, что значительно облегчается при наличии наследственно обусловленной несостоятельности соединительнотканного матрикса (измененного единого гено-биохимико-морфологического субстрата).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 265 больных, находившихся на лечении в терапевтической клинике СГМУ в период с 2001 по 2007 г.г. Из них с ИБС — 75 чел. (с перенесенным Q инфарктом миокарда без АГ), АГ — 75 чел. (без ИБС), с РБС — 30 чел., ДЗСТ — 73 чел. (РА — 26 чел., СКВ — 35 чел., ССД-7 чел., ДМ — 5 чел.). При обследовании и верификации диагноза использовались правила и критерии диагностики, соответствующие общепринятым стандартам. Степень выраженности ДСТ (методика Steinmana с соавт. в модификации Э.В. Земцовского) оценивалась по бальной системе. При статистической обработке данных использовался пакет прикладных программ «Statistica» 6,0.

Результаты. Количество «стигм» и, следовательно, степень выраженности диспластических расстройств у пациентов разных групп были различными. Число «стигм» варьировало от 2 до 14, причем статистически достоверно ($p < 0,05$) наибольшее число дефектов было выявлено у пациентов с СКВ (5,8) и ДМ (5,2), наименьшее у больных ИБС — 4,2. Значительно отличались по выраженности дисплазии группы пациентов с АГ и ДЗСТ (4,7 и 5,3 соответственно, при $p < 0,05$). В то же время внутри группы больных с ДЗСТ места распределились (по мере убывания) следующим образом: СКВ, ДМ, РА, РБС и ССД.

Выводы. Частое сочетание ДСТ с заболеваниями, имеющими общий гено-биохимико-морфологический субстрат, и которые характеризуются развитием различных органосклерозов, свидетельствует об определенной значимости ДСТ в происхождении подобной коморбидности. Видимо, наличие ДСТ является своеобразным фактором риска, способствующим развитию склеротических изменений как при ДЗСТ, так и при ИБС и АГ.

Различные варианты двухкомпонентной блокады ренин-ангиотензин-альдостероновой системы у больных гипертонической болезнью

Качнов В.А., Тыренко В.В.

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

Несмотря на длительное применение ингибиторов АПФ или блокаторов рецепторов к ангиотензину, препаратов с доказанными органопротективными свойствами, у пациентов, длительно страдающих гипертонической болезнью, развиваются поражения органов-мишеней. В связи с этим необходимы поиски новых путей органопротекции у больных гипертонической болезнью.

Цель исследования: сравнить органопротективные свойства комбинированной блокады РААС с применением эналаприла в комбинации с алискиреном или лозартаном.

Материалы и методы. Обследовано 63 пациента с гипертонической болезнью II-III стадии, у которых одним из компонентов терапии являлся ИАПФ. После проведения стандартного обследования пациенты разделены на две группы. В первой группе ($n=31$) к терапии добавлялся алискирен (расилез), во второй группе ($n=32$) — лозартан в оптимальных дозировках. Контрольное обследование через 6 месяцев включало расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ), ЭХО-кардиографию, суточное мониторирование АД, определение уровня микроальбуминурии (МАУ).

Результаты. Через 6 месяцев комбинированной гипотензивной терапии во второй группе отмечено более выраженное снижение уровня АД по данным СМАД ($p < 0,05$). По данным ЭхоКГ в обеих группах отмечалось достоверно значимое снижение толщины задней стенки левого желудочка и толщины межжелудочковой перегородки, индекса массы миокарда левого желудочка, увеличение фракции выброса левого желудочка, и улучшение диастолической функции левого желудочка. Описанные изменения были более выражены в первой группе ($p < 0,05$). При расчете уровня СКФ по Кокрофту-Гаулту и MDRD отмечалось некоторое увеличение этих показателей в обеих группах, однако различия не достигли статистической значимости. Также в обеих группах отмечалось статистически значимое снижение уровня МАУ ($p < 0,01$) через 6 месяцев терапии, более выраженное снижение уровня МАУ отмечено в первой группе по сравнению со второй ($p < 0,01$).

Вывод. Таким образом, комбинация эналаприла с лозартаном обладает более выраженным гипотензивным эффектом, чем комбинация эналаприла с алискиреном. Однако несмотря на менее выраженный гипотензивный эффект комбинации эналаприла и алискирена, применение данных препаратов оказывает более выраженное органопротективное воздействие.

Анализ контингента инвалидов вследствие сахарного диабета

Каширина Е.Ж., Брызгалова С.М., Жилина Н.М.

Новокузнецкий институт усовершенствования врачей, Новокузнецк

Сахарный диабет (СД) отличается значительной распространенностью, тяжестью течения диабетических осложнений, высоким уровнем инвалидности. Актуальные проблемы профилактики инвалидности вследствие СД, реабилитации инвалидов часто возникают в терапевтической практике.

Цель исследования: изучить контингент инвалидов вследствие СД в г. Новокузнецке за 2004—2008 гг. и определить его социально-гигиеническую характеристику.

Материалы и методы. Объект исследования — инвалиды вследствие СД г. Новокузнецка. Период наблюдения 2004—2008 гг. Исследование сплошное. Источник информации — медико-статистическая база данных «Инвалидизация» Кузового медицинского информационно-аналитического центра (КМИАЦ).

Результаты. В ходе исследования выявлено, что число инвалидов вследствие СД за анализируемый период составило 2748 человек, в среднем 549,6±49,4 в год. Установлено статистически значимое преобладание инвалидов вследствие СД 2 типа 62,5±3,1% над инвалидами вследствие СД 1 типа 37,5±3,1% ($p < 0,001$). При анализе возраста было выявлено, что большее количество инвалидов в группе 50-59 лет (29±4,1%), на втором месте возрастная группа 60-69 лет (22,5±4,1%), на третьем месте инвалиды в возрасте старше 70 лет (12,6±2,7%). Распределение инвалидов по половому признаку показало значимое преобладание женщин 65,7±2,8% над мужчинами 34,3±2,7% ($p < 0,001$). В ходе исследования показано преобладание II группы инвалидности 63,7±8,9% за анализируемый период. По сравнению с 2004 г. к 2008 г. прослеживается значимое снижение инвалидов II группы с 76,8% до 56,8% ($z=5,7$; $p < 0,001$) и соответственно увеличение числа инвалидов III группы с 19,1% до 39% ($z=3,4$; $p < 0,001$). Структура социального положения инвалидов вследствие СД следующая: на первом месте пенсионная группа 44,6±10,3%, на втором рабочие 15±2,2%, на третьем домохозяйки 12,8±4,1%, на четвертом неработающие инвалиды 12,5±6,9%. Изучая причину инвалидности, установили, что большее количество инвалидов имеют причину — общее заболевание (85,3%), на втором месте причина — инвалидность с детства (13,5%), 1,2% приходится на прочие причины.

Выводы. Полученные результаты исследования могут быть использованы для разработки программ медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие СД.

Энтезопатии плечевого сустава

Кириллова Э.Р., Шамсутдинова Н.Г.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Согласно литературным данным, каждый второй житель планеты испытывает в течение жизни хотя бы один эпизод болей в плече. Исследования, проведенные среди врачей первичного звена, показали, что 16% общей популяции обращаются за медицинской помощью по поводу болей в плече, этот процент вырастает до 21 среди больных старшей возрастной группы. В патогенезе значительная роль принадлежит энтезопатиям вращательной манжеты.

Цель исследования: определить клинические и ультразвуковые проявления энтезопатий вращательной манжеты.

Материалы и методы. В исследование были включены 15 больных (25 суставов) с признаками поражения периартикулярных тканей плеча. Выраженность болевого синдрома оценивалось по 100 мм визуальной аналоговой шкале (ВАШ), функциональное состояние плечевого сустава — по индексу Constant. Вовлечение сухожилий вращательной манжеты определялось клинически: по тестам с сопротивлением и пальпации большого и малого бугорков плечевой кости и с помощью ультразвукового исследования (УЗИ).

Результаты. Во всех суставах имелись признаки вовлечения сухожилий вращательной манжеты. Наиболее часто поражалось сухожилие подлопаточной мышцы (18 суставов — 72%). Патология мест прикрепления была выявлена в 57,3% участках, в 4 случаях (5,3%) она определялась без изменения самого сухожилия. Клинически энтезопатии проявлялись болезненностью большого и малого бугорков. При УЗИ визуализировались утолщение, неоднородность сухожилия в месте прикрепления, неровность кортикального слоя, внутрисухожильные кальцификаты, ангиогенез. Количество вовлеченных инсерций вращательной манжеты имело прямую

корреляционную связь с величинами ВАШ ($r=0,6$) и индекса Constant ($r=0,5$). Поражение мест прикрепления сухожилий вращательной манжеты — частая патология плечевого сустава. Выявление энтезопатий возможно клинически и с помощью ультразвукового исследования

Поражение периартикулярных тканей коленного сустава у больных ревматоидным артритом и остеоартрозом по данным клинического и ультразвукового исследований

Кириллова Э.Р.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Цель: оценить состояние периартикулярных тканей коленного сустава у пациентов с остеоартрозом (ОА) и ревматоидным артритом (РА) клинически и по данным ультразвукового исследования.

Методы. В исследовании приняли участие 76 больных ОА и 50 пациентов с РА. Использовались следующие показатели: выраженность болевого синдрома по опроснику МакГилл, выраженность болевого синдрома по 10 см визуальной аналоговой шкале (ВАШ), функциональное состояние коленного сустава по индексу Лекена, вовлечение околосуставных мышц по индексу мышечного синдрома (ИМС), выраженность поражения сухожильно-связочного аппарата коленного сустава по оригинальным индексам. Было проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) семи участков прикрепления сухожилий и связок обоих коленных суставов: сухожилия четырехглавой мышцы бедра, собственной связки надколенника, медиальной и латеральной коллатеральных связок, «гусиной лапки», сухожилий полуперепончатой мышцы и двуглавой мышцы бедра. Оценивались толщина структуры в месте прикрепления, наличие эрозий и энтезофитов. Статистическая обработка данных проводилась с использованием критериев Спирмена, Краскела-Уоллеса, Манна-Уитни, Фишера и χ^2 с помощью пакета прикладных программ «Статистика».

Результаты. Признаки поражения мышечного и сухожильно-связочного аппарата выявляются как у больных РА, так и ОА. На их состояние влияют наличие и выраженность признаков дегенерации (сужение суставной щели, наличие остеофитов) при обеих нозологических формах. Активность заболевания и величина синовита при РА значимо усиливают поражение мышечного и сухожильно-связочного аппарата. УЗИ превосходит клиническое обследование в выявлении инсерциальных поражений. Преобладание костного или мягкотканого компонента в структуре измененного места прикрепления позволяет выделить типы энтезопатий и определить их характерные признаки. Признаки поражения сухожильно-связочного аппарата коррелируют с проявлениями мышечного синдрома. Поражение периартикулярных тканей — характерный синдром при РА и ОА, который выявляется при клиническом исследовании и подтверждается данными УЗИ. на выраженность поражения периартикулярных тканей коленного сустава влияют проявления основного заболевания.

Суточная экскреция натрия у больных артериальной гипертонией

Кириченко А.А., Закирова Н.Л.

Центральная клиническая больница № 1, Москва

Цель: изучение суточной экскреции натрия с мочой у больных артериальной гипертонией.

Материалы и методы. Исходно методом опроса оценивалось соблюдение гипосолевой диеты. Всем пациентам рассчитывался индекс массы тела (ИМТ), оценивался липидный спектр, проводилась ЭхоКГ. Определяли суточный натрийурез на свободном солевом и водном режиме. Выполнялся тест-проба с солевой нагрузкой с последующим определением натрийуреза на первые сутки. Исследованы 55 человека с верифицированным диагнозом артериальная гипертензия (АГ) 2—3 степени без признаков хронической почечной недостаточности и сердечной недостаточности, средний возраст которых составил 53,78±8,0 года. Длительность заболевания 9,4±5,9 года.

Результаты. В настоящей работе были выделены следующие группы больных: 1 гр. — суточная экскреция натрия до солевой нагрузки до 6 г/сут., 2 гр. — от 6-12 г/сут. и 3 — более 12 г/сут. В 1 группе 2 степень АГ встречалась чаще, чем во 2 и 3 (70%;43%;56%; $p<0,05$). По результатам опроса во 2 и 3 группах преобладали люди (63%;81,3%; $p=0,0025$, $p=0,0007$), досаливающие пищу всегда. Отечный синдром имел место только у пациентов 2 и 3 групп (35,7%; 62,5%; $p=0,038$; $p=0,0048$). ИМТ в 1 группе был достоверно ниже (27,9±3,6; 31,3±2,7; 32,3±5,4 кг/м²; $p=0,007$, $p=0,04$). В 1 группе уровень общего холестерина (Хс), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) меньше (5,6±0,8; 3,87±0,54 ммоль/л), чем у лиц 2 и 3 групп (6,33±0,97; 4,46±0,84; $p<0,05$; 5,9±0,96; 4,2±0,2; $p<0,05$). По результатам ЭхоКГ нарушение диастолической функции левого желудочка имело место только во 2 и 3 группах (1,1±0,5; 0,86±0,1; 0,87±0,04; $p<0,05$). На первые сутки после солевой нагрузки прирост суточной экскреции натрия в 1 группе составлял 155,8%, во 2 группе — 66,2% и в 3 — 48,4% ($p<0,05$). Во 2 и 3 группах у 7 человек (25%; 43,8%; $p<0,05$) прироста не наблюдалось.

Выводы. Больные АГ с суточной экскрецией натрия в моче менее 6 г/сут. имеют достоверно меньший уровень артериального давления (АД), Хс в крови, ЛПНП, ИМТ и гипертрофию миокарда; у них отсутствует отечный синдром. Прирост натрийуреза после тест-пробы свидетельствует об отсутствии его задержки в организме. У пациентов с суточной экскрецией натрия более 6 г/сут. (2,3 группы) преобладают лица, досаливающие пищу всегда, встречается отечный синдром. После солевой нагрузки прирост суточной экскреции натрия на первые сутки уменьшается в 2,5 — 3,0 раза.

Реакция артериального давления у соль-чувствительных пациентов на тест-нагрузку

Кириченко А.А., Закирова Н.Л.

Центральная клиническая больница № 1, Москва

Цель и задачи: изучение реакции артериального давления (АД) у соль-чувствительных пациентов на тест-пробу с солевой нагрузкой. Материалы и методы. Исходно методом анкетирования выявлялись факторы риска артериальной гипертензии (АГ). Всем пациентам выполнялся тест-проба с солевой нагрузкой, который заключался в однократном приеме поваренной соли внутрь (из расчета 0,12 г на 1 кг веса), с последующей регистрацией АД через 30 минут, час, два и три часа, запись в дневник. АД измерялось аускультативным методом Короткова. Изменение офисного АД на 10 и более мм рт.ст. трактовалось как соль-чувствительность. В день исследования гипотензивная терапия не назначалась. Исследованы 60 человек с верифицированным диагнозом АГ 2—3 степени без признаков хронической почечной недостаточности и сердечной недостаточности. Среди них выделены следующие группы пациентов: 1 группа (57,4%) — повышение офисного АД от 10 и более мм рт.ст. в ответ

на солевую нагрузку, 2 группа (42,6%) — повышение офисного АД до 10 мм рт.ст. Группы были сопоставимы по возрасту (53,7±7,0; 54,9±8,7 года, $p>0,05$) и длительности заболевания (9,35±5,8; 9,8±6,0 лет, $p>0,05$).

Результаты. В 1 группе преобладали лица с 3 степенью АГ (в 54,8% случаев), гипосолевую диету не соблюдали в 64,5% случаев. Как в 1, так и 2 группах повышение АД зарегистрировано уже через 30 минут после проведения тест-пробы. У большинства пациентов, как соль-чувствительных, так и соль-нечувствительных, повышение диастолического артериального давления (ДАД) зарегистрировано через 30 минут (в 32,26%, в 36,36% случаев, $p>0,5$) и составило 5,37±5,3, 2,2±2,0 мм рт.ст. ($p=0,0088$). В обеих группах систолическое артериальное давление (САД) также повысилось через 30 минут (45,16%, 32,4%, $p>0,5$), но у соль-чувствительных лиц оно было достоверно выше (11,6±10,8, 2,5±2,2 мм рт.ст., $p=0,0002$). У пациентов 1 группы частота повышения САД через час увеличилась, в отличие от лиц 2 группы (48,4%, 18,2%, $p=0,03$), и составило 10,2±9,2, 1,7±1,6 мм рт.ст. ($p=0,0001$). Частота встречаемости повышения ДАД через час, АД через два и САД через три часа по группам достоверно не различалась (20,1% и 18,2%; 42,0% и 27,3%; 19,4% и 18,2%; 35,5% и 27,3%, $p>0,5$), но у соль-чувствительных лиц оно было достоверно выше. У лиц 1 группы через 3 часа после солевой нагрузки частота повышения ДАД имела значимые различия (22,6%; 9,1%; $p=0,000$), которое составило 6,4±4,3, 1,5±1,0 мм рт.ст. ($p=0,0000$).

Выводы. Среди больных АГ соль-чувствительные пациенты встречаются в 57,4% случаев. У соль-чувствительных лиц повышение АД на солевую нагрузку регистрируется через 30 минут. У них нарастает частота встречаемости повышения САД через час после тест-пробы. У соль-чувствительных лиц, по сравнению с соль-нечувствительными, САД и ДАД через 3 часа остается достоверно выше.

Кардиоренальные взаимоотношения у пациентов с ишемической болезнью сердца и стенозом почечных артерий

Кирищева Э.К.

Отделенческая больница на ст. «Ульяновск», Ульяновский государственный университет, Ульяновск

В практике кардиолога внимание чаще всего концентрируется на атеросклеротическом поражении коронарных артерий — ишемической болезни сердца (ИБС). Между тем атеросклеротический стеноз почечных артерий (СПА) встречается достаточно часто. При этом частота СПА и кардиоренальные взаимоотношения у пациентов с ИБС в настоящее время недостаточно изучены. Исследования в основном ограничивались проведением ангиографии почечных артерий у пациентов с рефрактерной артериальной гипертензией. Идея. Обследовать больных ИБС на наличие СПА независимо от наличия артериальной гипертензии (АГ). Цель: Уточнить частоту атеросклероза почечных артерий у больных ИБС и определить его влияние на течение АГ, функцию почек и ремоделирование левого желудочка.

Материалы и методы. Обследованы 80 больных с подозрением на ИБС (59 мужчин, 21 женщина, средний возраст составил 52,1±6,7 года). Всем пациентам для верификации диагноза хронической ИБС выполнена коронароангиография (КАГ) и одновременно для исключения стеноза почечных артерий ангиография почечных артерий. АГ имели 69 (81%) больных. Анализировали следующие показатели: пол, возраст, индекс массы тела, уровень холестерина,

креатинина крови, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), которую рассчитывали по формуле MDRD. По результатам эхокардиографии рассчитывали индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), относительную толщину стенок левого желудочка (ОТСЛЖ).

Результаты. Стеноз почечных артерий выявлен у 9 (11%) пациентов, в том числе гемодинамически значимый — у 8 (10%). Из них — 6 мужчин, 3 женщины. По возрасту, индексу массы тела не было выявлено существенных различий. У всех пациентов с СПА имела подтвержденная КАГ ишемическая болезнь сердца, причем у 8 из 9 потребовалась реваскуляризация. Все пациенты с СПА имели АГ, среднее САД у пациентов с СПА составило $145,6 \pm 15,9$ мм рт.ст., среднее ДАД $86,7 \pm 8,29$ мм рт.ст. Степень, стаж АГ, показатели САД и ДАД у больных АГ с СПА и без него не различались. Больные с СПА имели более высокий ИММЛЖ — $157,6 \pm 30,2$ и $127,1 \pm 36,1$ г/м² соотв. ($p=0,02$); более высокие показатели ОТСЛЖ — $0,44 \pm 0,09$ и $0,38 \pm 0,07$ соотв. ($p=0,01$). СКФ была достоверно ниже у больных со стенозом почечных артерий — $55,3 \pm 12,5$ мл/мин/1,73 м² и $69,8 \pm 16,7$ мл/мин/1,73 м² соотв. ($p=0,014$).

Выводы. Атеросклеротический стеноз почечных артерий при почечной ангиографии, выполненной независимо от наличия артериальной гипертензии, у больных ИБС встречается достаточно часто — у 9 (11%), в том числе гемодинамически значимый — у 8 (10%). При этом все пациенты со стенозом почечных артерий имеют одновременно АГ и ИБС с гемодинамически значимыми стенозами коронарных артерий. Больные со стенозом почечных артерий имеют более выраженную ГЛЖ и более низкую скорость клубочковой фильтрации.

Инфекционный эндокардит и антифосфолипидный синдром: новые аспекты взаимосвязи

Кисляк С.В., Резник И.И.

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург

Цель: выявление возможной роли антифосфолипидного синдрома (АФС) в развитии инфекционного эндокардита (ИЭ) и его основных симптомов.

Материалы и методы. Обследовано 107 больных ИЭ на наличие циркуляции антител к кардиолипину (АКЛ), из них сформированы четыре группы: без циркуляции АКЛ — 60 человек (56%), нестойкая циркуляция АКЛ (однократное обнаружение АКЛ) — 30 человек (28%), устойчивая циркуляция АКЛ — 17 человек (15,8%), больные с АФС — 6 человек (5,6%). Проведен сравнительный анализ представленных групп по основным клинико-лабораторным и инструментальным признакам (всего 35), характеризующим течение ИЭ.

Результаты. В группе с нестойкой циркуляцией АКЛ не выявлено статистически достоверных различий с контрольной группой по всем исследованным 35 признакам. Анализ больных с устойчивой циркуляцией АКЛ показал, что в этой группе, чаще чем в контрольной, наблюдался тромбоз эмболический (ТЭ) синдром (соответственно 59% и 28%, $p=0,041$), причем в 30% ТЭ были множественные (против 8,3% в контрольной группе, $p=0,037$). В группе со стойкой циркуляцией АКЛ в 88% наблюдалось поражение почек, тогда как у больных без циркуляции АКЛ — лишь в 58% ($p=0,024$), клинически у 12 пациентов (70,5%) оно проявлялось умеренно выраженным мочевым синдромом, представленным протеинурией от 0,013 до 1,75 г/л в сочетании с умеренной микрогематурией без нарушения функции почек, у трех (17,6%) — умеренной протеинурией с макрогематурией с развитием

почечной недостаточности II А стадии. В группе с устойчивой циркуляцией АКЛ мы наблюдали три случая ИЭ протезированных клапанов, из них в двух зарегистрирован тромбоз искусственного клапана (в одном случае на желудочковой поверхности протеза аортального клапана определялось подвижное образование размером $1,2 \times 0,9$ см — тромб с вегетациями, в другом — тотальный тромбоз протеза митрального клапана). Среди больных со стойкой циркуляцией АКЛ сочетание основных клинических критериев АФС (тромбозы и/или акушерская патология) со средним уровнем циркуляции АКЛ встретилось у шести пациентов, что позволило установить им диагноз антифосфолипидного синдрома. Преимущественно это были женщины — 5 (83%), у двух пациентов с первоначально предполагаемым первичным ИЭ интраоперационно были выявлены фиброз и кальциноз створок, что однозначно свидетельствует о фоновом процессе, ТЭ синдром зарегистрирован у пяти чел. (83%), из них у троих множественные. Поражение почек — у шести (100%), у 4 из них клинически оно проявлялось умеренно выраженным мочевым синдромом без нарушения функции почек, у двух — мочевым синдромом с развитием почечной недостаточности II А ст. У больной с протезным эндокардитом наблюдался тотальный тромбоз протеза митрального клапана.

Выводы. Неустойчивая циркуляция АКЛ при ИЭ не оказывает влияния на клинику и течение заболевания и может быть объяснена с позиции неспецифической реакции на инфекционный процесс. Устойчивая циркуляция АКЛ ассоциируется с более частым развитием тромбоз эмболического синдрома (59%), поражением почек (88%), а при протезном эндокардите — тромбозом искусственного клапана. Инфекционный эндокардит в сочетании с антифосфолипидным синдромом характеризуется преобладанием лиц женского пола, более частым развитием ТЭ синдрома и поражения почек. Клапанные изменения вследствие АФС могут являться фоновым состоянием для развития вторичного ИЭ. В клинической практике подобные случаи, как правило, ошибочно расцениваются как первичный ИЭ.

Оценка влияния комплексной реабилитации больных, перенесших нарушение мозгового кровообращения, на уровень двигательной активности и депрессии

Кислякова Е.А., Полячкова О.В., Полячкова Н.А., Салтыкова О.И.

Смоленская государственная медицинская академия, Геронтологический центр «Вишенки», Смоленск

Цель работы: оценить влияние комплексной реабилитации (КР) на изменение степени пареза и уровень депрессии у больных перенесших мозговой инсульт в зависимости от возраста, курса лечения, давности ОНМК.

Материалы и методы. Обследовались больные в возрасте от 37 до 80 лет (до 50 лет — 9, от 51 до 60 лет — 10, старше 60 лет — 16 человек). Среди них — 9 женщин, 26 мужчин, с давностью мозгового инсульта до года — 14, после года — 21 человек. Проходили первый курс лечения — 18, повторный — 17 человек. КР включала медикаментозное лечение, физическую реабилитацию (физиотерапия, массаж, индивидуальная и групповая ЛФК, механотерапия, бальнеотерапия, эрготерапия), психологические и логопедические методики. Лечение антидепрессантами не проводилось. Использовались следующие Методы. неврологическое обследование по стандартной схеме с определением степени пареза в парализованных конечностях, опросник депрессивности Бека. Результаты оценивались в два

этапа — до начала курса лечения и после его окончания (через два месяца).

Результаты. Более выраженная динамика неврологического статуса отмечается в возрастной группе до 50 лет, проявляющаяся в снижении степени пареза (18,0% в руке и 16,0% в ноге) и при первом курсе лечения (16,0% в руке и 14,0% в ноге). Независимо от давности инсульта отмечалась положительная динамика изменений степени пареза (и в руке, и в ноге 14,0% с давностью инсульта до года, 10,0% в резидуальном периоде ОНМК). Выявлена умеренно выраженная депрессия в возрастных группах до 50 лет и старше 60 лет, критический уровень — в группе от 51 до 60 лет. После проведенного лечения в группе до 50 лет уровень депрессивности снизился до исчезновения депрессивных симптомов (6,9%), в группе 51-60 лет — до умеренно выраженной депрессивности (5,4%). В группе старше 60 лет — незначительное усиление депрессивной симптоматики (-0,8). Положительная динамика при 1 курсе — 3,6%, при 2 курсе лечения — 2%. В зависимости от периода заболевания существенной разницы не выявлено.

Выводы. Комплексная реабилитация приводит к улучшению показателей двигательной активности, психологического статуса, особенно в группе пациентов до 50 лет, проходящих 1 курс лечения, с давностью инсульта до года.

Пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи: частота встречаемости, особенности течения

Клестер Е.Б., Лычев В.Г., Клестер К.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи, HCAP (health care-associated pneumonia) — новая категория пневмонии. Эпидемиологические исследования ее ограничены, и начальная эмпирическая антибактериальная терапия все еще рассматривается.

Цель работы: оценить частоту встречаемости, степень тяжести и особенности течения пневмонии, связанной с оказанием медицинской помощи.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находящихся на лечении в 3 многопрофильных стационарах в течение 6 мес. с диагнозом: внебольничная пневмония (ВП). Вид пневмонии определялся согласно Российским национальным рекомендациям по внебольничной пневмонии (2010), нозокомиальной пневмонии (2009), а также согласно Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia ATS/IDSA (2003, 2005, 2007 гг.).

Результаты. Из 389 больных, находящихся на лечении, HCAP диагностирована у 67 пациентов, средний возраст — 64,8±1,4 года, которые были значительно старше пациентов с внебольничной пневмонией — 54,1±0,9 года ($p<0,05$). Гендерные различия были статистически незначимыми. При оценке риска респираторной поддержки по шкале SMART-COP у пациентов HCAP средний балл составил 7,2±0,4, у больных с ВП — 4,9±0,2 ($p<0,05$). Средняя степень тяжести синдрома системной воспалительной реакции преобладала у пациентов с HCAP — у 44%, у пациентов с ВП чаще определялись наличие 2 признаков ССВР, что оценивали как умеренную степень тяжести. Streptococcus pneumoniae являлся основным возбудителем ВП — у 22% больных, что определило

назначение ингибиторозащищенных аминопенициллинов и цефалоспоринов III поколения. Staphylococcus aureus был чаще выделен у пациентов с HCAP, при этом в лечении применяли ванкомицин или линезолид. При анализе летальности выявлена тенденция увеличения у больных HCAP, по сравнению с ВП, однако статистически значимых различий не определялось.

Вывод. Проведенный анализ позволяет выделить пневмонию, связанную с оказанием медицинской помощи, как новую категорию пневмонии, которая диагностируется у каждого шестого пациента, находящегося на стационарном лечении с диагнозом пневмония. Тяжелое течение и тенденция к увеличению летальности требует внимания к данной категории пациентов и адекватной антибактериальной терапии, что, по-видимому, нуждается в дальнейшем изучении.

Особенности поражения органов пищеварения у больных сахарным диабетом 2 типа

Климентьева Г.И., Курникова И.А.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель: изучить клинические и функциональные особенности поражения органов пищеварения у больных сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Было обследовано 25 пациентов сахарным диабетом 2 типа (СД): 22 женщины и 3 мужчин (средний возраст 54,3±5,26 лет). Длительность диабета — от 2 до 20 лет. Всем пациентам кроме общеклинических методов исследования, проводилось ультразвуковое исследование органов пищеварения, фиброгастродуоденоскопия, динамическая гастросцинтиграфия.

Результаты. Большинство больных СД 2 типа (19 человек — 76%) предъявляли жалобы со стороны органов пищеварения: наиболее часто на вздутие, переполнение и чувство тяжести в животе, изжогу и боли в эпигастриальной области. Среди сопутствующей патологии органов желудочно-кишечного тракта у данных пациентов встречались: хронический панкреатит 15 человек (78,9%), хронический гастрит 10 человек (52,6%), жировой гепатоз — 8 пациентов (42,1%), состояние после холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ) — 6 больных (31,6%), ЖКБ — 3 человека (15,8%), хронический бескаменный холецистит — 3 пациента (15,8%), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — 3 человека (15,8%), хронический дуоденит — 2 пациентов (10,5%), язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии — 2 больных (10,5%), рефлюкс-эзофагит — 2 пациента (10,5%), папилломы пищевода — 1 человек (5,3%), хронический колит — 1 человек (5,3%). Среди пациентов, не предъявляющих жалобы на органы пищеварения (6 человек), были установлены следующие заболевания: жировой гепатоз — 3 человека (50%), хронический панкреатит — 2 человека (33,3%), язвенная болезнь желудка вне обострения — 1 человек (16,7%), хронический бескаменный холецистит — 1 человек (16,7%), вирусный гепатит С — 1 человек (16,7%). По данным динамической гастросцинтиграфии моторно-эвакуаторная функция желудка оказалась резко замедлена как у пациентов с жалобами на работу органов пищеварения ($T1/2=74,07\pm 22,76$ мин.), так и без таковых ($77,3\pm 19,76$ мин.).

Выводы. Отсутствие жалоб пациентов на органы пищеварения не исключает наличие нарушений моторно-эвакуаторной функции, в частности желудка, что необходимо учитывать при назначении лабораторно-инструментальных исследований, так как нарушения моторно-эвакуаторной функции органов пищеварения играют значительную роль в компенсации углеводного обмена.

Анальгетическая нефропатия у пожилых

Кнышова С.А., Агранович Н.В., Малыхин Ф.Т., Кнышов Ю.Ф.

Краевой клинический консультативно-диагностический центр,
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи,
Ставрополь

Поражение почек, обусловленное злоупотреблением ненаркотическими анальгетиками и/или нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), является одним из вариантов хронических тубулоинтерстициальных нефропатий, наблюдающихся в возрасте старше 60 лет. Оно нечасто распознается даже на этапе необратимого ухудшения функции почек. Обследовано 264 (мужчин — 116, женщин — 148) больных старше 60 лет с патологией почек, наблюдавшихся в краевом консультативно-диагностическом центре и в нефрологическом отделении городской клинической больницы № 4 г. Ставрополя. Им всем выполнялись: общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови, ультразвуковое исследование (УЗИ) почек, суточное мониторирование АД, ЭГДС по показаниям. Проводилось анкетирование, оценивающее наличие факторов риска и вероятность их участия в развитии анальгетической нефропатии. Признаки анальгетической нефропатии выявлены у 8% обследованных (21 человек). Из них почти у 50% (10 чел.) анальгетическая зависимость была обусловлена головными болями, у 42% (9 чел.) — суставными болевыми синдромами. У всех пациентов до момента обращения к нефрологу истинный характер поражения почек не был установлен: 39% (8чел.) больных наблюдались у терапевта с гипертоническим нефроангиосклерозом, 32% (7 чел.) — с хроническим пиелонефритом, 21% (4 чел.) — с диабетической нефропатией, 8% (2 чел.) — с хроническим гломерулонефритом. У всех больных с анальгетической нефропатией выявлена артериальная гипертензия разной степени выраженности на фоне терапии антигипертензивными препаратами не менее чем трех основных групп. У 68% (14 чел.) пациентов данной группы обнаружены внепочечные проявления злоупотребления ненаркотическими анальгетиками: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — 71% (10 чел.), анемия — 57% (8 чел.), лейкопения — 43% (6 чел.), умеренное повышение активности печеночных γ -глутамилтранспептидазы и щелочной фосфатазы — 36% (5 чел.). В анализах мочи обращали на себя внимание снижение относительной плотности мочи у 88% (18 чел.) обследованных, протеинурия, не превышающая 1 г/сут., у 82% (17 чел.), эритроцитурия — у 65% (14 чел.) У всех пациентов при УЗИ выявлены волнистость контуров обеих почек, кальцинаты в них, отсутствие дифференциации коркового и мозгового вещества. Таким образом, в группу риска по развитию тубулоинтерстициального поражения почек могут быть отнесены лица старше 60 лет, больше года принимающие ненаркотические анальгетики или НПВП в связи с синдромом хронической боли различной локализации, с труднокорректируемой артериальной гипертензией, с поражениями слизистой желудочно-кишечного тракта, характерными изменениями ультразвуковой картины почек, даже при незначительных изменениях в общем анализе мочи (небольшая протеинурия, микрогематурия).

Скрытые маркеры атеросклероза у лиц стрессовых профессий

Кондаков В.Д.

Алтайский государственный медицинский университет,
Барнаул

Цель: оценить частоту и выраженность скрытых маркеров атеросклероза у пациентов стрессовых профессий, имеющих модифицируемые факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материалы и методы. В исследование были включены 90 мужчин в возрасте 45—55 лет ($47,5 \pm 0,5$ года), имеющих артериальную гипертензию (АГ). По уровню профессионального стресса пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — 43 работника локомотивных бригад с высоким психоэмоциональным напряжением, 2-я группа — 47 пациентов с низким уровнем стресса. Проводилась регистрация офисного систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, плече-лодыжечного индекса (ПЛИ), частоты сердечных сокращений (ЧСС), измерение окружности талии, индекса массы тела (ИМТ), определение уровня холестерина, оценка суммарного сердечно-сосудистого риска (шкала SCORE). Оценка толщины интима-медиа (ТИМ) БЦС проводилась с использованием УЗВР на аппарате «Philips EnVisorC». Эндотелиальная функция (ЭФ) определялась в пробе с реактивной гиперемией. Оценка андрогенного статуса проводилась шкале «AMS».

Результаты. Абдоминальное ожирение (окружность талии >90 см) наблюдалось у 54% пациентов 1 группы и 46% пациентов 2 группы, гиперхолестеринемия выявлена в 1,9 раза чаще (66% и 34% в 1-й и 2-й группах, $\chi^2=8,6$, $p=0,005$). Признаки атеросклероза БЦС (ТИМ $> 0,9$ мм) наблюдались у 75% и 25% пациентов 1-й и 2-й групп соответственно, атеросклероз сосудов нижних конечностей (ПЛИ $> 0,9$) имели 64% и 36% пациентов 1-й и 2-й групп, сочетание признаков атеросклероза данных областей — 15,2% и 14,3% соответственно. Таким образом, у мужчин с профессиональным стрессом признаки атеросклероза выявлены в 3 раза ($\chi^2=21,4$, $p=0,005$) чаще в БЦС, и 1,8 раза ($\chi^2=6,3$, $p=0,01$) чаще в сосудах нижних конечностей. Эндотелиальная дисфункция наблюдалась у 62% и 38% пациентов 1 и 2 групп соответственно. Таким образом, у мужчин с профессиональным стрессом дисфункция эндотелия выявлена в 1,6 раза чаще ($\chi^2=4,4$, $p=0,05$). Эректильные нарушения наблюдались у 61% и 39% пациентов 1 и 2 групп соответственно. У мужчин с профессиональным стрессом эректильная дисфункция выявлена в 1,6 раза чаще ($\chi^2=4,4$, $p=0,05$). Таким образом, профессиональный стресс приводит к увеличению частоты гиперхолестеринемии, эндотелиальной и эректильной функции, признаков атеросклероза сосудов.

Роль окислительного стресса в проаритмической настроенности миокарда у лиц молодого возраста с предикторами внезапной сердечной смерти

Копылова Н.В.

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург

Цель: изучить влияние активации свободно-радикальных процессов (СРП) и снижения мощности антиокислительных систем на развитие электрической нестабильности миокарда у лиц молодого возраста с предикторами внезапной сердечной смерти (ВСС).

Материалы и методы. Обследовано 120 человек в возрасте от 18 до 45 лет, из них 20 условно здоровых лиц составили контрольную группу (средний возраст $24,0 \pm 0,8$) и 100 пациентов, имеющих анатомический субстрат, электрический субстрат и триггерные факторы развития ВСС (средний возраст $24,9 \pm 0,7$). Оценку активности антиоксидантных ферментов (супероксиддисмутазы и каталазы) в лизатах эритроцитов проводили спектрофотометрическим

методом. Интенсивность свободно-радикального окисления (СРО) по параметрам спонтанная светимость, быстрая вспышка, максимальная светимость, светосумма медленной вспышки определялась методом железоиндуцирующей хемолюминисценции цельной сыворотки крови и суммарной фракций апо-В липопротеинов по методике Р.Р. Фархутдинова. Обработка данных электрокардиографического обследования, оценка показателей ЭКГ высокого разрешения проводилась с помощью программно-аппаратного комплекса Поли-Спектр «Нейрософт» (Россия, Иваново), обработка данных суточного мониторинга ЭКГ осуществлялась с помощью комплекса «ДМС Передовые технологии» (Россия, Москва) и системы «Инкарт» (Россия, Санкт-Петербург) с расчетом дисперсии QT, турбулентности ритма и альтернации Т-волны. Для оценки вариабельности сердечного ритма использован компьютерный анализ 5-минутных фрагментов ритмограммы и спектрограммы в покое и в ходе выполнения активной ортостатической пробы по методике В.М. Михайлова.

Результаты. У лиц, имеющих предикторы ВСС, интенсивность СРО, оцениваемая по параметрам хемолюминисценции (вспышка $1,69 \pm 0,20$ и светосумма $7,07 \pm 0,90$) приблизительно в 3 раза выше, чем в контрольной группе (вспышка $0,67 \pm 0,06$ и светосумма $2,60 \pm 0,25$). Активность антиоксидантных ферментов (супероксиддисмутазы и каталаза) также отличается. При этом супероксиддисмутазы (СОД) у лиц с предикторами ВСС на 30% выше (СОД у лиц с предикторами ВСС $122,64 \pm 5,50$, СОД в контрольной группе $94,33 \pm 8,35$), а каталаза, напротив, на 17% ниже, чем в контроле (каталаза у лиц с предикторами ВСС $421,14 \pm 14,49$, каталаза в контрольной группе $509,10 \pm 29,51$). Повышенная активность СОД сопровождается увеличением продукции пероксида водорода, который на фоне снижения активности фермента, разрушающего его — каталазы, в еще большей степени усугубляет проявления окислительного стресса.

Выводы. Результаты исследования показали, что у лиц с риском внезапной некоронарогенной сердечной смерти имеют место явления окислительного стресса, проявляющиеся как повышением интенсивности СРО, так и снижением активности антиоксидантных ферментов. Это в свою очередь может указывать на роль окислительного стресса в развитии электрической нестабильности миокарда и внезапной сердечной смерти.

Опыт ведения регистра больных бронхиальной астмой в муниципальных поликлиниках

Кореннова О.Ю., Вершинина М.В., Алексеева С.В.

Омская государственная медицинская академия, Департамент здравоохранения администрации, Омск

Медикаментозное обеспечение больных бронхиальной астмой (БА) препаратами базисной терапии является важной задачей, имеющей медико-социальное и экономическое значение. Существующие системы учета выписки препаратов не обеспечивают в полной мере адекватного лечения пациентов и не дают возможности проведения полного контроля за назначениями врачей первичного звена. Для оптимизации работы муниципальных поликлиник г. Омска в 2010 г. был разработан и внедрен в работу ЛПУ регистр больных бронхиальной астмой. Регистр разработан как приложение к программе «Мединфо-город», информация вносится лечащим врачом-терапевтом на первичном приеме и в дальнейшем корректируется по необходимости. С периодичностью один раз в месяц сводные данные регистра поступают в департамент здравоохранения, где проводится общий анализ ситуации по городу и ЛПУ, а также выборочная проверка

качества лечения отдельных пациентов. Регистр предполагает внесение следующей информации: идентификационные данные пациента, тяжесть бронхиальной астмы и степень контроля над заболеванием, количество обострений и госпитализаций в текущем году, ступень терапии, препараты базисной терапии с указанием торгового названия, суточной дозы и кратности применения, препараты для купирования приступов удушья, назначаемых «по потребности». Отдельная вкладка предназначена для фиксации выписки льготных рецептов. Проведен анализ данных регистра за шесть месяцев 2010-2011 гг. Сведения получены из 26 муниципальных ЛПУ, общее количество прикрепленного населения — 850 700 человек. Количество больных БА согласно данным регистра — 8339 человек, что составляет 0,98% от числа прикрепленного населения. При анализе регистра выявлены типичные ошибки диагностики и лечения больных БА, связанные с недостаточным умением врачей первичного звена определять степень тяжести и степень контроля БА, а также неполным владением алгоритма ступенчатой терапии при выборе базисных препаратов. В результате 20% пациентов не были назначены противовоспалительные препараты, а 30% пациентов были назначены препараты, не входящие в современные схемы лечения. Имелись грубые несоответствия между указанной в регистре степенью контроля и суточной дозой назначенных противовоспалительных препаратов. На основании выявленных ошибок разработан и внедрен план мероприятий по оптимизации лечения больных БА (городские конференции, выездные школы для врачей, методические рекомендации, алгоритмы ведения больных).

Комплексное лечение артериальной гипертензии у женщин перименопаузального периода

Корягина С.В.

Клиника семейного врача, Нижний Новгород

Цель исследования: изучение эффективности комбинированной терапии — гипотензивной терапии и приема антидепрессантов у женщин перименопаузального периода в амбулаторных условиях. Материалы и методы. Для исследования отобраны 35 женщин в возрасте 45-55 лет, находящихся на амбулаторном лечении, регулярно принимающих гипотензивную терапию и прошедших тестирование по шкале тревоги-депрессии. Признаки тревожности преобладали у 24 женщин (68,6%), депрессии — у 11 человек (31,4%).

Результаты. 14 женщин (40%) принимали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, антиагрегантные препараты (препараты ацетилсалициловой кислоты). 12 человек (34,3%) — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, диуретики тиазидового ряда, антиагрегантные препараты (препараты ацетилсалициловой кислоты). 9 человек (25,7%) — антагонисты рецепторов ангиотензина II, диуретики тиазидового ряда, антиагреганты (препараты ацетилсалициловой кислоты). Сопутствующая патология выявлена у 12 женщин (34,3%). Заболевания щитовидной железы (узловой зоб, гипотиреоз) — 3 человека (8,6%), сахарный диабет, тип 2—3 (8,6%), язвенная болезнь 12 перстной кишки, ст. ремиссии — 2 (5,7%), ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, ремиссия — 2 (5,7%), МКБ, хронический пиелонефрит, ремиссия — 2 (5,7%). Нестабильные цифры артериального давления (АД): периодическое повышение систолического АД ≥ 140 мм рт. ст. и диастолического (ДАД) ≥ 90 мм рт. ст. наблюдались у 30 женщин (85,7%). Всем 35 женщинам рекомендован дополнительно к проводимой

лекарственной терапии антидепрессант сертралин (стимулотон) в дозе 50 мг в сутки однократно. Контрольные осмотры осуществлялись через 2 и 6 недель (контроль показателей артериального давления), фиксация побочных эффектов. Стойкая стабилизация цифр АД через 2 недели зафиксирована у 19 женщин (54,3%). При контрольном осмотре через 6 недель стойкая стабилизация цифр артериального давления отмечена у 28 женщин (80%). Повторное тестирование по шкале тревоги — депрессии через 6 недель: повышение тревожности выявлено у 10 человек (28,6%), депрессии — 4 (11,4%). Выводы. Комбинированная терапия (гипотензивная и прием антидепрессантов) оказывает положительное влияние на нормализацию артериального давления. Побочных явлений при приеме сертралина (стимулотона) в дозе 50 мг в сутки не отмечалось.

Уровень здоровья и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у студентов-медиков

Корягина Н.А., Рямзина И.Н., Рагель А.С., Шапошникова А.И., Авдеев А.В.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь

Сегодня резервы молодых людей, в том числе физическая работоспособность, не только снижают успешность обучения в вузе, а также увеличивают риск отклонений сердечно-сосудистой системы, формируя условия для возникновения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Цель исследования: оценить распространенность факторов риска (ФР) ССЗ у студентов ПГМА.

Материалы и методы. Нами проведен анализ уровня здоровья 110 студентов (50 юношей и 60 девушек), обучавшихся в ПГМА по специальности «Лечебное дело» в 2010 г., и, прошедших обследование в Центре здоровья Свердловского и Ленинского районов г. Перми на базе ГКП № 5. Программа обследования включала выявление основных факторов ССЗ, измерение АД по стандартной методике, экспресс-анализ общего холестерина и глюкозы в крови, а также метод дисперсионного картирования ЭКГ (Кардиовизор). Статистическая обработка полученных данных с использованием пакета прикладных программ Statistica 6,0.

Результаты. Средний возраст респондентов в исследуемой выборке был 24,44±9,1 года, при этом 45% мужчин и 65% женщин. Мужчины предъявляют жалобы на утомляемость (20%) и снижение работоспособности (7,8%); а девушки в большей степени отмечают снижение работоспособности (13,7%). Показатель ИМТ находится в пределах нормы — 21,87±9,55, при этом 10,2% — избыточную массу тела и 1% — ожирение. Средний уровень систолического давления (САД) составлял 115,92 мм рт.ст. ± 0,78 мм рт.ст., диастолического — 68 мм.рт.ст ± 10,9 мм рт.ст. При этом 7% обследуемых имели повышенное нормальное САД — 130,63±5,1 мм.рт.,ст., также 4% студентов — артериальную гипертензию с уровнем САД — 145,61±8,2 мм рт.ст. Средняя ЧСС составила 68,81±10,9 уд/мин, обращает на себя внимание, что средняя ЧСС выше у группы с повышенным нормальным САД 71,2±14,2 мм рт.ст. (p<0,05). Показатель глюкозы крови натощак — 5,1±0,67 ммоль/л, холестерина — 3,98±1,07 ммоль/л, но у 20% студентов уровень глюкозы превышает 5,5 ммоль/л и у 9% холестерин более 5,0 ммоль/л. 30% студентов употребляют никотин, из них 45% юношей и 55% девушек, уровень холестерина в этой подгруппе составил 4,2±0,99 ммоль/л. По данным дисперсионного

картирования ЭКГ у более 50% респондентов выявлены изменения миокарда желудочков. Ежедневно работают на компьютере 60% юношей и 40% девушек, в том числе периодически по ночам — 35% юношей и 21% девушек. Отсутствие физических нагрузок отметили 76% студентов.

Выводы. Вероятно, в настоящий момент в связи с урбанизацией и загруженностью студентов низкий уровень двигательной активности является одним из факторов, лимитирующих функциональные резервы, в том числе сердечно-сосудистой системы. Другим фактором, негативно влияющим на уровень адаптации студентов, является информационная перегрузка (компьютерные игры, мобильные телефоны с выходом в Интернет). А также лидируют артериальная гипертензия и курение.

Качество жизни у больных хронической сердечной недостаточностью

Кошелева Н.А., Ребров А.П.

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

Целью исследования стала оценка качества жизни (КЖ) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. В исследование включены 211 больных с ХСН, развившейся после перенесенного трансмурального инфаркта миокарда. Качество жизни исследовалось с помощью Миннесотского опросника. Для оценки влияния приверженности к лечению на качество жизни при поступлении в стационар все пациенты рандомизировались в две группы: группа I (n=106 пациентов) — активного ведения, группа II (n=105 больных) — стандартного ведения. Пациентов группы активного и стандартного ведения обучали в «Школе больных ХСН», различия касались трехлетнего динамического ведения больных. Клиническое состояние и терапия больных группы активного ведения контролировалось один раз в месяц при телефонном контакте. Больные группы стандартного ведения находились под динамическим наблюдением в поликлинике по месту жительства. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием Statistica 8.0.

Результаты. Медиана признака КЖ у больных ХСН составила 43 [11; 66] балла. Определено наличие взаимосвязи между КЖ и ФК ХСН (p=0,31; p=0,002), NT-proBNP (p=0,30; p=0,03), выраженностью тревоги (p=0,45; p=0,0001), депрессии (p=0,35; p=0,001) и приверженностью к терапии (p=0,30; p=0,009). При многофакторном анализе показателями, независимо значимо связанными с КЖ больных ХСН, явились ФК ХСН (0,28 ОР, 95% ДИ 0,05–1,70, p=0,02), выраженность тревоги (1,20 ОР, 95% ДИ 1,02–1,30, p=0,01) и приверженность к терапии (4,10 ОР, 95% ДИ 1,15–14,16, p=0,01). Установлено, что у пациентов, имеющих КЖ более 43 баллов по Миннесотскому опроснику, вероятность декомпенсации ХСН на протяжении трех лет значимо (p=0,01) больше, чем у больных с КЖ менее этого значения. В группе активного ведения в течение трех лет наблюдения имеется положительная динамика показателей КЖ, но не достигшая степени статистической значимости (p>0,05). В группе стандартного ведения отмечается отрицательная динамика в виде увеличения баллов (КЖ ухудшается) и к третьему году наблюдения отмечается значимое (p<0,05) увеличение показателя КЖ, как по сравнению с исходными данными, так и с группой активного ведения.

Выводы. Факторами, определяющими КЖ больных ХСН, явились ФК ХСН, выраженность тревоги и приверженность пациентов

назначенной терапии. Больные, не принимающие регулярно основные нейрогуморальные модуляторы и статины, имеют худшее КЖ, по сравнению с комплаентными пациентами. Уровень КЖ более 43 баллов может выступать в качестве порогового значения, определяющего вероятность декомпенсации ХСН в течение трех лет.

Школа комбинированной патологии как новый подход в реабилитации больных артериальной гипертензией в сочетании с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

Кравцова Т.Ю., Щекотов В.В., Алеева Н.Г.

Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь

Цель исследования: изучить влияние обучения в школе комбинированной патологии на динамику психовегетативных расстройств и системы гемостаза у больных с сочетанным течением артериальной гипертензии (АГ) и язвенной болезнью (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Материал и методы исследования. Основную группу составили 25 пациентов с АГ в сочетании с ЯБ ДПК, прошедших обучение в школе комбинированной патологии. Группа сравнения состояла из 26 больных с той же патологией, но не прошедших мотивированное обучение. Изучали сосудисто-тромбоцитарное, коагуляционное, антикоагулянтное и фибринолитическое звенья системы гемостаза. Для объективизации эмоционально-личностных характеристик больных использовали шкалы стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса-Рейе, MPI Айзенка, депрессии CES-D, реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина. Исследование вегетативной нервной системы (ВНС) осуществляли в соответствии с рекомендациями Российского центра патологии ВНС с оценкой исходного вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения различных форм деятельности. Анализировались интегративные показатели вегетативной регуляции по данным, полученным методом вариационной кардиоинтервалографии. Все показатели регистрировали в начале исследования, а также через 3 и 6 месяцев амбулаторного наблюдения. Статистический анализ выполнен с использованием пакетов программ BIOSTAT (Россия) и STATISTIKA — 6,0 (StatSoft, Inc., США). Мы изучили влияние школы на больных с синтропией АГ и ЯБ ДПК. Приверженность к терапии достигалась дистанционным контролем каждые 2 недели методом телефонного анкетирования в течение 5–7 минут. Пациенту задавали вопросы о соблюдении диеты, кратности приема и дозировки препарата, достижении целевого уровня АД. Контроль эффективности терапии осуществляли через 3 и 6 месяцев от начала наблюдения.

Результаты. Целевой уровень артериального давления (АД) чаще достигался у пациентов, прошедших мотивированное обучение (у 56% больных против 22,2%; $p=0,02$). Самая быстрая и полная динамика показателей системы гемостаза выявлена у обученных пациентов. У необучавшихся больных через 3 месяца от первого обследования сохранялись нарушения свертывания крови по внешнему механизму, отсутствовала активация фибринолиза. Через полгода у всех пациентов, независимо от обучения или необучения в школе комбинированной патологии, нарастало количество тромбоцитов, снижалось содержание растворимых фибрин-мономерных комплексов, уменьшалось активированное

парциальное тромбопластиновое время (АПТВ), активизировался Хагеман-зависимый фибринолиз. Дополнительно у обученных больных на фоне медикаментозной терапии нормализовался показатель протромбинового времени (ПТВ) ($p=0,05$), улучшалась АДФ-индуцированная функция тромбоцитов ($p=0,007$). У пациентов, не прошедших обучение, динамика ПТВ отсутствовала. У пациентов с АГ в сочетании с ЯБ ДПК, прошедших обучение в школе комбинированной патологии, в отличие от больных без мотивированного обучения, через 3 месяца от начала исследования снижался уровень реактивной тревожности ($p=0,0007$) и нормализовались вегетативные реакции ($p=0,03-0,002$), что может свидетельствовать о повышении адаптивных возможностей больных. Оптимизация вегетативной регуляции выявлена уже через 3 месяца, а не через полгода, как у необученных пациентов ($p<0,05$). Сочетание АГ с ЯБ ДПК характеризовалось устойчивой прямой зависимостью между величиной фибриногена и уровнем интроверсии ($rs=0,88$; $p=0,01$), показателем АПТВ и уровнем нейротизма ($rs=0,45$; $p=0,04$), количеством тромбоцитов и величиной стрессогенности и устойчивости Холмса-Рейе ($rs=0,64$; $p=0,02$), количеством тромбоцитов и уровнями реактивной тревожности ($rs=0,45$; $p=0,04$). Зарегистрированы корреляционные взаимообусловленности между симпатoadренальной активностью и количеством тромбоцитов ($rs=0,90$; $p<0,05$), а также с показателями АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов ($rs=0,85$; $p<0,05$), АПТВ ($rs=0,59-0,90$; $p<0,05$) и резерва плазминогена ($rs=0,63$; $p<0,05$).

Выводы. Обучение в школе комбинированной патологии следует считать оптимальным способом повышения приверженности к терапии, в том числе при синтропии АГ и ЯБ ДПК. Оптимизация системы гемостаза, по-видимому, обусловлена достижением целевого уровня АД и тесными корреляционными взаимосвязями между показателями свертывающей системы крови, эмоционально-личностной сферы и вегетативной регуляции.

Влияние «Виагры» на толерантность к нагрузкам у больных ИБС

Кравченко А.И., Березуцкий В.И.

Днепропетровская государственная медицинская академия, Днепропетровск

Факторы риска эректильной дисфункции (ЭД) и атеросклероза одни и те же. ЭД — клинический синдром генерализованного сосудистого поражения. В 80% мужчин с ЭД есть патологическое изменение сосудов. Данные БОЛЕРО (Россия 2007—2008 гг.) показали, что ЭД определяют у 2/3 мужчин с неконтролируемой артериальной гипертензией. Частота смерти пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) при сексуальной активности (СА) очень низкая. Однако страх пациентов с ИБС и их партнеров — это распространенная психологическая проблема. Физиологические ответы при СА: увеличение частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления (АД), частоты дыхания — могут быть интерпретированы как симптомы сердечно-сосудистой катастрофы. Цель исследования: оценка влияния «Виагры» на толерантность к психоэмоциональной и физической нагрузке в связи с СА у больных ИБС. Было обследовано 30 мужчин с ИБС и ЭД в возрасте 35—68 лет (средний возраст 48,4 года), со стабильной стенокардией напряжения II—III ФК, соответственно I и II уровень риска по Пристонской классификации, которым проводили мониторинг электрокардиограммы (ЭКГ) и АД в период бодрствования, включающий эпизоды СА без медикаментозной поддержки и на фоне приема «Виагры». Положительным

результатом считали эффективную СА по данным самооценки больных. При отрицательном результате СА назначали «Виагру» в дозе до 100 мг при отсутствии противопоказаний. Обследование проводили в привычной для пациентов обстановке, с постоянным сексуальным партнером. Анализ эпизодов ишемии осуществляли в соответствии с общепринятой практикой. Функциональные реакции психоэмоциональной сферы и сердечно-сосудистой системы анализировали с помощью индекса адаптации (ИАА). Для оценки качества половой жизни применяли анкету «LIEF». На фоне приема «Виагры» во время СА регистрировали достоверно меньший прирост ЧСС и АД (систолического и диастолического) и проявлений ишемии. Коитальная стенокардия без приема «Виагры» была почти у 95% больных, на фоне приема «Виагры» — у 56% обследованных. Все симптомы коррелировали с увеличением баллов по шкале LIEF. Анализ динамики ИАА при СА показал, что на фоне приема «Виагры» прирост показателя острой стрессовой реакции и степени выраженности психоэмоциональной нагрузки был достоверно меньше, чем в группе пациентов без ее приема.

Выводы. Использование «Виагры» у больных ИБС и ЭД свидетельствуют о курабельности ЭД и достоверном увеличении толерантности к психоэмоциональной и физической коитальной нагрузке.

Влияние приобретенного андрогенодефицита на качество жизни мужчин с хронической сердечной недостаточностью

Кравченко А.А., Провоторов В.М., Семенова Е.А.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Цель: оценить качество жизни больных хронической сердечной недостаточностью, имеющих приобретенный андрогенодефицит. Материалы и методы. Обследовано 52 пациента с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), развившейся вследствие ишемической болезни сердца (ИБС), в возрасте 34-60 лет. Диагноз ХСН устанавливался согласно Рекомендациям ВНОК и ОССН (2009). Для оценки качества жизни использовался Миннесотский опросник (Rector T., Cohn J., 1992). Уровень тестостерона определяли иммуноферментным методом с помощью биохимического анализатора ПИКОН (Россия). Дефицит андрогенов диагностировался в соответствии с международными рекомендациями ISA, ISSAM и EAU (2006). Статистическая обработка данных производилась с помощью программы STATISTICA version 6.0.

Результаты. У 21 больного (41%) уровень общего тестостерона был менее 8 нмоль/л, что является безусловным признаком андрогенодефицита. Еще у 12 человек (23%) концентрация тестостерона находилась в диапазоне от 8 до 12 нмоль/л, что, с учетом клинических проявлений может считаться андрогенодефицитным состоянием. Биохимические признаки гипогонадизма отсутствовали лишь у 15 пациентов, что составило 30%. Следовательно, большинство мужчин с ХСН (64%) имели дефицит андрогенов. При корреляционном анализе была выявлена обратная связь между уровнем общего тестостерона и суммой баллов Миннесотского опросника качества жизни больных ХСН (коэффициент Спирмена $R = -0,61$), что свидетельствует об ухудшении качества жизни при снижении уровня андрогенов. В то же время величина фракции выброса левого желудочка, как объективного показателя степени тяжести сердечной недостаточности, имела слабую корреляционную связь ($R = 0,34$) с уровнем тестостерона. Углубленный анализ показателей субшкал Миннесотского опросника,

связанных с различными аспектами жизни мужчин, показал наличие обратной связи уровня тестостерона с физическими возможностями пациентов ($R = -0,58$). Была также выявлена отрицательная корреляция уровня тестостерона со средним баллом субшкалы опросника, отражающей сексуальную активность ($R = -0,7$).

Выводы. У мужчин, страдающих ХСН, наличие приобретенного андрогенодефицита ухудшает качество жизни. Пониженный уровень тестостерона у больных ХСН ассоциируется со снижением физической возможности пациента и сексуальной активности. Полученные данные дают основание использовать препараты тестостерона не только для коррекции андрогенодефицита, но и для улучшения качества жизни мужчин, страдающих ХСН.

Влияние крайней степени ожирения на внутриклеточный метаболизм нейтрофилов, уровень мочевой кислоты и риск развития сахарного диабета 2 типа у взрослых людей

Кратнов А.Е., Бабунина Е.В., Кратнов А.А., Ражева О.К., Назарова Ю.В.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

В последние годы установлено, что развитие метаболического синдрома (МС) и сахарного диабета 2 типа (СД) сопровождается воспалением жировой ткани, которое проявляется ростом секреции лептина, способного активировать нейтрофилы (НФ).

Цель исследования: изучение показателей внутриклеточного метаболизма НФ, уровня мочевой кислоты и риска развития СД у взрослых людей с ожирением без ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы. Обследовано 43 пациента (средний возраст $48,1 \pm 8,2$ года). Для исключения ИБС выполнялась электрокардиография (ЭКГ), велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография. С целью изучения внутриклеточной метаболической активности НФ использовался спонтанный и стимулированный фитогемаглютинином тест восстановления нитросинового тетразолия (НСТ-тест), определение в фагоцитах активности миелопероксидазы, каталазы, глутатионредуктазы, пероксида водорода. В сыворотке крови определяли уровень циркулирующих иммунных комплексов. С целью изучения риска развития сахарного диабета 2 типа был использован тест-опросник (FINDRISK), рекомендованный Европейским обществом кардиологов и диабетологов.

Результаты. Среди пациентов с ожирением III степени (индекс массы тела ≥ 40 кг/м²) было выявлено 8 (18,6%) человек. У данных пациентов риск развития СД был достоверно выше по сравнению с остальными пациентами ($17 \pm 3,4 > 13,4 \pm 3,6$; $p = 0,04$) — вероятность развития заболевания составляла 33%. Несмотря на то, что показатели холестерина ($6,2 \pm 0,8$ и $6,4 \pm 1,1$ ммоль/л), триглицеридов ($2,4 \pm 1,1$ и $2,3 \pm 1,2$ ммоль/л) и глюкозы капиллярной крови ($5,5 \pm 0,5$ и $5,2 \pm 0,9$ ммоль/л) достоверно не отличались, у пациентов с крайней степенью ожирения был достоверно выше уровень пероксида водорода ($47,5 \pm 25,6 > 34,5 \pm 22,1$ ед. опт. пл.; $p = 0,03$) и ниже активность каталазы ($100,1 \pm 76,5 < 238,8 \pm 125,6$ мкат/л; $p = 0,02$) в НФ. Нарушение внутриклеточного метаболизма в НФ сопровождалось ростом уровня С-реактивного протеина ($2,3 \pm 0,1 > 1,6 \pm 0,8$ мг/л) и мочевой кислоты ($7,5 \pm 0,7 > 6,5 \pm 1,6$ мг/дл).

Заключение. Увеличение риска развития СД при ожирении III степени без ИБС ассоциируется с подострым хроническим воспалением и снижением антиоксидантной защиты в НФ.

Клиническое значение антагониста рецептора интерлейкина-1 у больных артериальной гипертонией

Крюков Н.Н., Киселева Е.В., Ардатова Л.В., Крюкова М.Л.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Цель исследования: оценить изменения уровня противовоспалительного цитокина антагониста рецептора интерлейкина-1 (ИЛ-1(α)) у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и его связь с атерогенной дислипидемией и ожирением.

Материалы и методы. Обследованы 80 пациентов мужского пола с 1 и 2 степенью АГ в возрасте от 38 до 49 (в среднем $42,7 \pm 4,2$) лет, 20 здоровых лиц с нормальным уровнем артериального давления (АД) в возрасте от 34 до 43 (в среднем $39,2 \pm 4,6$) лет. Измерение уровня ИЛ-1(α) проводилось с помощью иммуноферментного анализа (BioSource IL-1 (α) Cytoscreen ELISA). Определение холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) осуществлялось колориметрическим методом.

Результаты. У больных АГ выявлена большая вариабельность уровня ИЛ-1 (α). Индивидуальные значения ИЛ-1 (α) для всех, включенных в исследование пациентов с АГ, варьировали от 25 до 410 пкг/мл. Все включенные в исследование пациенты были разделены на квартили в соответствии со значениями ИЛ-1 (α). Разброс значений ИЛ-1 (α) в квартиле распределения выборки по этому показателю составил: 1-й квартиль 25—98 пкг/мг, 2-й квартиль 99—139 пкг/мл, 3-й квартиль 140—192 пкг/мл и 4-й квартиль 193—410 пкг/м. Обследуемые во всех квартилях не отличались по возрасту, уровню САД, ДАД и длительности АГ. При определении липидного состава крови в квартилях ИЛ-1(α) выявлены более высокие уровни ХС и ХС ЛПНП в 3-м и 4-м квартилях по сравнению с таковыми в 1-м и во 2-м ($p < 0,05$). Концентрация ТГ была выше в каждом квартиле по сравнению с предыдущим. Уровни ХС ЛПВП были более низкими в 3-м и 4-м, по сравнению с первыми двумя квартилями ($p < 0,05$). Кроме того, в верхнем квартиле индекс массы тела и объем талии были наиболее высокими, что указывает на избыточную массу тела и ожирение по абдоминальному типу.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что высокие уровни противовоспалительного цитокина ИЛ-1(α), характеризующего хронический воспалительный процесс, взаимосвязаны с нарушениями липидного обмена и абдоминальным ожирением у больных с АГ, что может послужить основой для раннего проведения немедикаментозных и медикаментозных профилактических мероприятий, направленных на уменьшение воспаления и нормализацию жирового обмена у данной категории больных.

Криоглобулинемия у больных хроническим вирусным гепатитом С и уровень эндогенной интоксикации

Кузнецов П.Л., Борзунов В.М., Веревищikov В.К., Рузанов Е.В.

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург

Хроническая HCV-инфекция рассматривается как системная инфекция с внепеченочной репликацией вируса и поражением различных органов. Синдром эндогенной интоксикации (СЭИ) формируется

при вирусном гепатите вследствие цитолиза гепатоцитов и снижения дезинтоксикационной и белоксинтезирующей функции печени. При вирусном гепатите снижается эффективная концентрация альбумина вследствие снижения его общей концентрации, загрузки метаболитами и изменения конформации молекулы альбумина.

Цель исследования: определить степень выраженности СЭИ у больных с криоглобулинемией на фоне хронического вирусного гепатита С (ХВГС). В исследование включено 57 больных ХВГС, из которых у 32 чел. диагностирована криоглобулинемия. Диагноз ХВГС подтверждался обнаружением RNA и антител к HCV в сыворотке крови. Диагностика криоглобулинемии включала: клинические проявления и выделение криоглобулинов из сыворотки крови по методу Kalovidoris А.Е. Проводилась оценка связывающей способности сывороточного альбумина флуоресцентным методом: определялась эффективная и общая концентрация альбумина (ЭКА и ОКА), резерв связывания альбумина ($РСА=ЭКА/ОКА \times 100\%$) и индекс токсичности (ИТ=ОКА/ЭКА-1). Средний возраст больных ХВГС с криоглобулинемией составил $39,2 \pm 1,3$ года. Преобладали женщины — 25 чел., против 7 мужчин. Среди жалоб отмечались поражения кожи: геморрагическая пурпура у 81,25%, периодические парестезии конечностей — у 86,75% чел., гиперпигментация — у 56,25%, артралгии межфаланговых, пястно-фаланговых и коленных суставов — у 75,0%, миалгии — у 25,0%. Проявления астенического синдрома в виде общей слабости, быстрой утомляемости отмечали 87,5%. Криоглобулинемия в сыворотке крови подтверждена у 100% больных. Уровень криоглобулинов в среднем составил 237 ± 24 мкг/мл (при норме 60-80 мкг/мл). Исследование маркеров СЭИ у больных ХВГС с криоглобулинемией: РСА составил $71,9 \pm 0,8\%$, ИТ — $0,33 \pm 0,4$. В качестве сопоставимой по полу и возрасту взята группа больных ХВГС без внепеченочных клинических проявлений, с подтвержденной вирусемией, перед началом проведения противовирусной терапии (25 чел.). Показатели СЭИ в этой группе: РСА — $77,4 \pm 1,0\%$, ИТ — $0,28 \pm 0,2$. Обследована группа доноров (40 чел.), сопоставимая по полу и возрасту. В группе доноров РСА — $88,2 \pm 3,1\%$, ИТ — $0,17 \pm 0,05$. Таким образом, проявлениями криоглобулинемии при ХВГС являются парестезии конечностей, астенический синдром, геморрагическая пурпура и артралгии мелких суставов. СЭИ более выражен у больных ХВГС с криоглобулинемией.

Антибактериальные антитела у больных системной и склеродермией

Кулибин А.Ю., Романов В.А.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

Участие условно-патогенных микроорганизмов в механизмах развития аутоиммунных ревматических заболеваний, а также инфекционных осложнений при них во многом базируется на изучении гуморальных ответных реакций иммунной системы организма больных на бактериальные антигены. Однако исследования, выполненные в этом направлении весьма немногочисленны и достаточно противоречивы.

Цель работы: изучение наличия и уровня антител к некоторым условно-патогенным бактериям у больных системной склеродермией.

Материалы и методы. Обследовано 60 человек, из них 30 больных ССД и 30 практически здоровых лиц группы сравнения. Наличие и уровень антител к E.coli, E. aerogenes, K. pneumoniae, E. cloacae, S. marcescens, P. vulgaris, P. aeruginosa, S. aureus, S. epidermidis, S. saprophyticus и M. luteus в сыворотке крови исследовали с помощью развернутой реакции агглютинации. В качестве антигенов использовали смывы живых

суточных культур указанных микроорганизмов, стандартизированные визуально по количеству микробных клеток в 1 мл.

Результаты. Во всех образцах крови больных ССД и у лиц группы сравнения были обнаружены антитела к условно-патогенным микроорганизмам в титрах от 1:2 до 1:64. У больных ССД наивысшие значения титра антител констатированы к *E. coli*, *P. vulgaris* и *S. aureus*, более низкие — к *E. aerogenes*, *K. pneumoniae*, *S. marcescens*, минимальные — к *E. cloacae*, *H. alvei*, *P. aeruginosa*, *S. epidermidis*, *S. saprophyticus*, *M. luteus*. В сыворотках крови больных ССД были выявлены достоверно более высокие (в 1,9 — 2,4 раза) титры антител к *E. coli*, *P. vulgaris*, *S. aureus* и *S. saprophyticus* по сравнению с аналогичными данными группы сравнения ($p < 0,05$). Содержание антител к *E. cloacae*, *E. aerogenes*, *H. alvei*, *S. marcescens*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*, *S. epidermidis* и *M. luteus* достоверно не отличалось в обеих группах.

Выводы. Высокий уровень антител к *E. coli*, *P. vulgaris* и *S. aureus* может свидетельствовать как о поликлональной стимуляции иммунного ответа при аутоиммунных ревматических заболеваниях, так и об усилении иммунного ответа на возросшее антигенное воздействие условно-патогенных микроорганизмов в результате развития дисбактериоза. Принципиально не исключается триггерная роль этих микроорганизмов в развитии системной склеродермии.

Панкреатогенный сахарный диабет: развитие и выявляемость

Куницына М.А., Кашкина Е.И.

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

Цель исследования: анализ частоты развития и причин несвоевременной диагностики панкреатогенного сахарного диабета (СД).

Материалы и методы. Обследованы 367 больных хроническим панкреатитом (ХП) в возрасте 28—70 лет в стадии ремиссии заболевания. Диагноз ХП устанавливался на основании клинических признаков и традиционного комплекса инструментальных и лабораторных методов диагностики: ультразвукового исследования, компьютерной томографии, определение уровня α -амилазы крови и мочи, липазы крови. Все пациенты проходили обследование на наличие СД и нарушения толерантности к глюкозе согласно рекомендациям ВОЗ (1999).

Результаты. При анализе полученных данных прослеживалась четкая тенденция к повышению встречаемости СД у больных ХП по мере увеличения длительности заболевания. Если в первый год болезни СД зарегистрирован у 9,3% больных ХП, то после 10 лет частота его встречаемости возросла до 67,2%. Вероятность развития СД при алкогольной форме ХП в первые пять лет болезни практически в три раза выше, чем при билиарной. Основной прирост заболеваемости СД при данной форме ХП происходит в первые пять лет болезни и составляет 11,9%. После пяти лет заболевания вероятность развития СД снижается и не превышает 5% за пять лет болезни. Рост заболеваемости СД при билиарной форме ХП идет практически пропорционально длительности заболевания и составляет в среднем 2,1% в год. В первые пять лет болезни из 24 больных с впервые выявленным панкреатогенным СД 11 не знали о его существовании, что составляет 45,8%. При продолжительности ХП от 5 до 10 лет у 26 из 58 больных СД диагностирован впервые нами. После 10 лет болезни количество больных с впервые установленным диабетом составило 47,0%. Отмечена несвоевременность диагностики СД: 80%

СД был диагностирован в период пребывания в стационаре или при наблюдении в поликлинике при обострении хронического панкреатита. В период ремиссии данного заболевания СД впервые был выявлен у 44,8% больных, которые ранее не знали о его существовании.

Выводы 1. Частота встречаемости панкреатогенного СД зависит от длительности ХП, его этиологической формы и составляет в среднем $42,7 \pm 21,6\%$. 2. При алкогольной форме хронического панкреатита СД наиболее часто формируется в первые пять лет болезни, при билиарной — после пяти лет его существования. 3. Больные ХП практически в 50% случаев не знают о наличии у них СД, который у 80% пациентов диагностируется в стационаре или при обращении в поликлинику в связи с обострением данного заболевания.

Особенности лечения умеренной артериальной гипертонии в условиях гор

Курданов М.А.

Центр медико-экологических исследований филиала Государственного научного центра Института медико-биологических проблем, Нальчик

Цель работы: изучение эффективности медикаментозных и немедикаментозных методов лечения больных с умеренной артериальной гипертонией в условиях высокогорья.

Материалы и методы. Монотерапию эналаприлом в суточной дозе 20 мг. получали 16 человек. Комбинированную терапию, включающую эналаприл в той же дозе и индапамид 2,5 мг в сутки, получали 12 человек. Комбинированную терапию из вышеперечисленных препаратов и конкор 5 мг в сутки получали 11 человек. Рефлексотерапию в виде монотерапии по методу поверхностной китайской акупунктуры в точках «шень чжу», «тао-дао», «да чжуй» получали 8 человек. Исследование проводили десять дней.

Результаты исследования. У больных, получающих рефлексотерапию, отмечалось плавное снижение АД после каждой процедуры. К десятому сеансу у 5 человек АД составляло 120/80 мм рт.ст., у 1 человека 140/80, у 2 человек 160/80 мм рт.ст., при этом у всех больных отмечалось улучшение клиники, улучшалось настроение, толерантность к физическим нагрузкам. У больных, получающих монотерапию эналаприлом, у 2 человек не было гипотензивного эффекта, у 6 человек АД снизилось до 140/80 мм рт.ст., у 8 человек до 160/90 мм рт.ст. У больных, получающих терапию из двух препаратов, АД снизилось до 160/90 мм рт.ст. у 3 человек, до 140/80 мм рт.ст. у 3 человек, и до 120/80 мм рт.ст. у 9 человек. В группе больных, получающих комбинированную терапию из трех препаратов, у 2 АД снизилось до 140/80 мм рт.ст., у 3 человек до 130/80 мм рт.ст. и у 6 человек до 120/80 мм рт.ст. Таким образом, наиболее эффективным методом лечения умеренной АГ в горах является комбинированное лечение тремя препаратами. Вместе с тем, рефлексотерапия также является заслуживающим внимания методом лечения гипертонии.

Роль особенностей строения венечных артерий и функционального состояния эндотели в развитии ишемической болезни сердца у пожилых женщин без ангиографических признаков стеноза коронарных артерий

Курникова Е.А., Рябкова Т.Н., Сухов В.К., Нестерко А.О., Ковалев Ю.Р.

Городская многопрофильная больница № 2, Санкт-Петербург

Цель исследования: изучить особенности строения венечных артерий, функциональное состояние эндотелия и их влияние на течение заболевания у пожилых женщин с ИБС без ангиографических признаков стеноза коронарных артерий (КА).

Материалы и методы. Обследованы 97 женщин от 34 до 74 лет со стабильной стенокардией напряжения I–III ф. кл. 1 группу (n=36) составили женщины пожилого возраста, 2 группу (n=61) — молодого и среднего возраста. У всех пациенток инструментально подтверждена ишемия миокарда (велозерометрия/ тредмил-тест), по данным коронарной ангиографии отсутствовали признаки стеноза КА. Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали при проведении пробы с реактивной гиперемией (эндотелий-зависимая вазодилатация — ЭЗВД) и нитроглицерином (эндотелий-независимая вазодилатация — ЭНЗВД) по методике D. S. Celermajer (2002).

Результаты. У 45 больных (46,4%) выявлены особенности строения КА: у 43,3% — извитость КА, у 2,1% — ранняя бифуркация LAD, у 3,1% — отхождение LCx от устья RCA, у 7,2% — гипоплазии RCA. Изолированная извитость LAD выявлялась у 57,1%, LCx — у 2,4%, извитость LAD и LCx — у 9,5%, извитость всех КА — у 30,9%. Частота извитости КА в 1 группе была достоверно выше, чем во 2 группе (61,1% vs 32,8%). В 1 группе преобладала многососудистая извитость КА: изолированная извитость одной из КА выявлена у 16,7%, двух КА — 13,9%, трех КА — 30,5%; во 2 группе — 29,5%, 0% и 3,3% соотв. У больных с извитостью КА частота ИМ была достоверно выше ($p < 0,0001$), чем у пациенток с нормальным строением КА — 66,7% vs 20%; у пациенток 1 группы — перенесших и не перенесших ИМ — частота извитости КА (одно-, двух- и трехсосудистой) достоверно не различалась; во 2 группе изолированная извитость одной из КА достоверно чаще встречалась у женщин, перенесших ИМ. Сохраненная функция эндотелия отмечалась у 9,3%, эндотелиальная дисфункция (ЭД) — у 90,7% женщин; при этом у 35,1% выявлена вазоспастическая реакция. У всех пациенток 1 группы отмечалась ЭД, при этом тяжелая ЭД выявлялась у 22,2% женщин, во 2 группе — ЭД регистрировалась у 85,2% женщин, у 50% из них — тяжелая. У пожилых пациенток, перенесших ИМ, частота тяжелой ЭД была выше, чем у женщин молодого и среднего возраста, перенесших ИМ (70% vs 55,1%, $p < 0,05$). ЭНЗВД была сохранена в обеих группах.

Выводы. У обследованных пациенток выявлена высокая частота особенностей строения КА (извитости) и ЭД. Наибольший вклад в развитие ИМ у женщин пожилого возраста вносит тяжелая ЭД, в молодом возрасте — особенности строения КА.

Динамика маркеров системного воспаления у больных с метаболическим синдромом и неалкогольной жировой болезнью печени

Курская А.Г., Багиров Р.Н., Чеснокова Л.В., Трошина И.А.

Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень

Цель: оценить взаимосвязь параметров липидного спектра, маркеров системного воспаления, уровня ингибирования фибринолиза с критериями неалкогольной жировой болезни печени (НЖБП) у больных с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Наблюдали 70 больных с ожирением и МС, согласно критериев АТРИII (2001г) и НЖБП (по данным УЗИ). Из них 20 пациентов с ожирением II-III ст., 25 пациентов с ожирением II-III ст., артериальной гипертензией 2 ст. и дислипидемией IIb типа без нарушений углеводного обмена (НУО), 25 пациентов с МС, артериальной гипертензией 2 ст. и дислипидемией IIb типа

и ранними НУО — нарушением гликемии натощак и нарушением теста к глюкозе. Группу контроля составили 20 человек, медиана 39 лет. Биохимические исследования проводили на автоматическом биохимическом анализаторе Chem Welln Avarness Technology (США). Иммуноферментным методом определяли ингибитор активатора плазминогена-1 (PAI-1), фактор некроза опухоли α (TNF- α), С-реактивный белок сыворотки (СРБ-hs) «высокочувствительный латекс», турбидиметрически, иммунореактивного инсулина (ИРИ). Результаты. Получили различие показателей активности печеночных трансаминаз, с умеренным повышением не выше 2-3 норм у пациентов в каждой группе при скудной клинической симптоматике и отсутствии морфологической верификации печеночного процесса, что затрудняло определение формирования перехода стеатоза в стеатогепатит. Получили статистически значимое повышение концентрации TNF- α , СРБ-hs, PAI-1, фибриногена и абсолютного числа лейкоцитов, с максимальными значениями в группе с НУО, с наличием взаимосвязи с антропометрическими параметрами (ИМТ, ОТ), липидным профилем (ОХС, ХСЛПНП, ТГ, ХСЛПВП), индексом инсулинорезистентности (НОМА). Получили зависимость активности печеночных трансаминаз с индексом НОМА, маркерами системного воспаления, наиболее высокую степень зависимости в уровне PAI-1.

Выводы. Уровень маркеров системного воспаления и ингибирования фибринолиза у больных с МС следует учитывать при формировании стадий НЖБП при отсутствии морфологической верификации процесса.

Противоаритмическая эффективность амиодарона у больных с нарушениями углеводного обмена

Кучеренко О.Д., Кучеренко Д.О.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

Цель исследования: изучить влияние амиодарона на течение мерцательной аритмии (МА) и оценить эффективность терапии у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом II-го типа (СД II).

Материалы и методы исследования. Нами изучена эффективность амиодарона у 34 больных ИБС, страдающих пароксизмальной или персистирующей формой мерцательной аритмии II-IIIФК по НУНА. Среди обследованных было 19 мужчин и 15 женщин в возрасте от 54 до 69 лет. 18 больных страдали компенсированным СД II-го типа, легкой и средней степени тяжести. 19 больных (55,9%) ранее перенесли инфаркт миокарда в сроки от 6 месяцев до 2 лет. Среди них 11 пациентов (32,4%) страдали СД. Обследованные пациенты страдали стенокардией напряжения II-IIIФК. Возраст больных составил от 43 до 59 лет. 1-ю группу составили 16 больных ИБС и МА, 2-ю — 18 больных ИБС, страдающих СД II-го типа и МА. До назначения амиодарона регистрировалась ЭКГ, собирался анамнез, проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ. При проведении кардиоверсии амиодарон вводили внутривенно струйно в суточной дозе до 1200 мг с последующим переходом на пероральный прием препарата. Повторное исследование проводили спустя три недели после приема амиодарона. Результаты исследования. Кардиоверсия амиодароном была успешной у 13 больных (81,3%) 1-й группы, и у 11 больных (61,1%) 2-й группы. На фоне лечения амиодароном наблюдалось снижение частоты и интенсивности приступов стенокардии. В процессе лечения амиодароном наблюдалось значимое урежение ЧСС; АДс и АДд достоверно не изменилось. С целью профилактики

рецидивов фибрилляции предсердий больные продолжили прием амиодарона в дозе 200-400 мг в сутки на протяжении полугодия. Полное прекращение пароксизмов МА или урежение до 2-3 в сутки наблюдалось у 11 больных (68,75%) 1-й группы и у 8 больных (44,4%) 2-й группы. Противоаритмическая активность амиодарона у больных ИБС с сопутствующим СД II-го типа была существенно ниже, чем в группе пациентов без СД. У 3 больных (16,7 %) возобновление пароксизмов было обусловлено развитием тиреотоксикоза на фоне лечения амиодароном. У 2 больных (11,1%) наблюдался феномен ускользания аритмии из-под контроля препарата на фоне урежения синусового ритма до 50 в одну минуту и более. Лечение амиодароном больных ИБС и СД II-го типа с пароксизмальной формой мерцательной аритмии вызывает восстановление синусового ритма у большинства пациентов. Назначение препарата способствует снижению частоты и интенсивности приступов стенокардии. Профилактический прием амиодарона обеспечивает полное прекращение пароксизмов мерцательной аритмии в течение полугодия не менее чем у половины больных.

Содержание некоторых цитокинов и растворимых рецепторов к ним у больных первичной подагрой с артериальной гипертензией

Кушнаренко Н.Н., Говорин А.В., Терешков П.П., Щербакова О.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель: изучить уровень цитокинов (IL-1 β , TNF- α , IL-6, IL-10 и IL-20) и их растворимых рецепторов в сыворотке крови (SRp55 TNF- α , SR IL-6) у больных с первичной подагрой в зависимости от наличия артериальной гипертензии (АГ).

Методы исследования. Обследованы 80 мужчин с первичной подагрой, средний возраст составил 41,0 \pm 6,5 года. Диагноз подагры выставлен на основании классификационных критериев по Wallace S.L., 1977. Методом твердофазного иммуноферментного анализа изучалась концентрация интерлейкина-1 β (IL-1 β), фактора некроза опухолей- α (TNF- α), интерлейкина-6 (IL-6), интерлейкина-10 (IL-10) («Вектор-Бест», Россия); интерлейкина-20 (IL-20); растворимых рецепторов SRp55 TNF- α , SR IL-6 («Bender Medsystems», Австрия). Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) осуществляли с помощью аппарата «АВРМ» фирмы «Meditech» (Венгрия) с использованием программного обеспечения Medibase. Средняя длительность мониторирования составила 23,3 \pm 1,03 ч, интервал между измерениями артериального давления (АД) – 15 мин днем и 30 мин ночью. Время сна указывалось индивидуально. Оценку данных, полученных при СМАД, проводили согласно рекомендациям Канадского общества по АГ. Контрольная группа состояла из 23 здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0.

Результаты. На основании показателей СМАД были выделены пациенты, страдающие первичной подагрой с нормальным АД (16 мужчин) — 1 группа и в сочетании с АГ (64 мужчины) — 2 группа. Установлено, что у больных подагрой с АГ содержание TNF- α и IL-1 β превышало показатели здоровых мужчин в 3,9 и 7,6 раза и больных подагрой без АГ в 1,4 и 1,7 раза, соответственно (p<0,05). Содержание IL-6 у больных с АГ в 2 раза превысило контрольные значения и в 1,5 раза — показатели пациентов с нормальным АД (p<0,05). Уровень SRp55 TNF- α увеличивался у больных подагрой с АГ

в 1,7 раза по сравнению со здоровыми и лишь на 10% по сравнению с нормотониками (p<0,05). Уровень SR IL-6 у больных подагрой с АГ, напротив был снижен на 24,2% по сравнению с контролем и на 12,7% — с нормотониками (p<0,05). При изучении IL-10 и IL-20 у больных подагрой с АГ получены неоднозначные Результаты. IL-20 увеличивался (в 1,6 раза), а IL-10 уменьшался на 21,4% по сравнению с показателями больных подагрой с нормальным АД (p<0,05).

Выводы. У больных первичной подагрой выявлено существенное увеличение в сыворотке крови ряда цитокинов (IL-1 β , TNF- α , IL-6, IL-10 и IL-20). Содержание растворимых рецепторов цитокинов было разнонаправленным: содержание SRp55 TNF- α нарастало на фоне снижения концентрации SR IL-6. Максимальные сдвиги цитокинового профиля зарегистрированы у больных подагрой в сочетании с АГ.

Содержание неэтерифицированных жирных кислот и глицерола в плазме крови у мужчин с первичной подагрой в зависимости от наличия синдрома инсулинорезистентности

Кушнаренко Н.Н., Говорин А.В., Щербакова О.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель: определить содержание неэтерифицированных жирных кислот (НЭЖК) и глицерола в плазме крови у больных первичной подагрой в зависимости от наличия синдрома инсулинорезистентности.

Методы исследования. Обследованы 80 мужчин с подагрой, средний возраст составил 41,0 \pm 6,5 года. Диагноз подагры выставлен на основании классификационных критериев по Wallace S.L., 1977. Уровень глицерола в сыворотке крови определяли методом ферментативного фотометрического теста с глицерол-3-фосфодаказой, общий уровень НЭЖК с помощью колориметрического метода определения медных солей; концентрация глюкозы плазмы крови натощак – глюкозооксидазным методом. При помощи твердофазного иммуноферментного анализа изучалась концентрация инсулина плазмы крови («Monobind», Германия). Рассчитывали индекс НОМА-IR — уровень инсулина натощак (в мЕД/мл) \times уровень глюкозы натощак (в ммоль/л) / 22,5. При уровне инсулина выше 12,5 мЕД/мл диагностировали гиперинсулинемию (ГИ), при индексе НОМА-IR выше 2,77 ед — инсулинорезистентность (ИР). Контрольная группа состояла из 23 здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0.

Результаты. Среди обследованных мужчин с подагрой у 37 (46,2%) было нормальное содержание инсулина в сыворотке крови и показатели индекса НОМА-IR (1 группа), у 43 (53,8%) больных диагностирована ГИ и ИР (2 группа). Содержание НЭЖК у больных 2-й группы составило 169% по отношению к показателю контрольной группы и 137% больных 1-й группы (p<0,05). Показатели глицерола в плазме крови были наиболее низкими у больных с наличием синдрома ИР, отличаясь от аналогичного параметра в контрольной группе и группе больных без ИР: на 38% и 15% ниже, соответственно (p<0,05). Максимальное значение коэффициента НЭЖК/глицерол отмечено у больных 2-й группы и превышало в 3 раза показатель контрольной группы и в 1,6 раза показатель больных подагрой с нормальными показателями индекса НОМА-IR (p<0,05, во всех случаях).

Выводы. Нарушение утилизации НЭЖК у больных первичной подагрой и накопление их в плазме крови оказывает неблагоприятное воздействие на многие пути липидного и углеводного метаболизма и приводит к развитию синдрома ИР.

Нарушение диастолической функции левого желудочка у мужчин с хронической обструктивной болезнью легких средней степени тяжести

Лаврушина О.С.

Забайкальский краевой консультативно-диагностический центр, Чита

Цель: исследовать показатели параметров диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) при проведении эхокардиографии (ЭхоКГ) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) средней степени тяжести.

Материалы и методы. В исследование было включено 30 пациентов, страдающих ХОБЛ средней степени тяжести, мужского пола в возрасте от 45—69 лет, средний возраст составил $56 \pm 8,8$ года. В исследование включались пациенты с ХОБЛ, не получавшие в лечении β_2 -агонисты или М-холинолитики. Все больные являлись курильщиками со средним стажем курения $29 \pm 6,4$ года. Критериями исключения служили перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе, клиническая картина и данных лабораторно-инструментальных обследований (в том числе нагрузочные пробы), свидетельствующие об ИБС. В контрольную группу вошли 15 мужчин, курильщики со средним стажем курения $15 \pm 5,5$, не имевшие клинической картины ХОБЛ. Всем больным проводились исследования функции внешнего дыхания с бронхомоторным тестом ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, а также тест с 6-минутной ходьбой.

Результаты. У 28 (93%) пациентов опытной группы из 30 наблюдалось нарушение диастолической функции ЛЖ по типу «замедленной релаксации», параметры физической активности у данной категории больных оценивались с помощью пройденной дистанции за 6 минут, что составило от 300–430 м, что соответствовало I-II ФК хронической сердечной недостаточности (ХСН) по NYHA. В контрольной группе диастолическая дисфункция ЛЖ по типу «замедленной релаксации» отмечалась у двух пациентов (13,3%), по данным пробы с 6-минутной ходьбой признаков ХСН выявлено не было. Статистически значимое различие между группами оценивалось с использованием непараметрического критерия — χ -квадрат Пирсона (χ^2). Контрольная и опытная группы статистически значимо различались по наличию диастолической дисфункции ЛЖ: $\chi^2=25,31$ (поправкой Йетса на непрерывность) при уровне $p < 0,001$.

Выводы. Выявлена четкая зависимость ранних проявлений ХСН и диастолической дисфункции у больных с изолированной ХОБЛ средней степени тяжести, что требует целенаправленной ранней коррекции с назначением препаратов, предотвращающих прогрессирование ХСН при ХОБЛ.

Артериальная гипертония и смертность от мозгового инсульта: практическая значимость современных рекомендаций

Лагунина Л.Е., Соколов И.М., Железнякова Н.А., Гафанович Е.Я., Конобеева Е.В.

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

В конце XX — начале XXI вв. были произведены крупномасштабные клинические исследования, направленные на улучшение тактики лечения пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы,

разработано множество практических руководств для врачей. В Саратовской области ежегодно реализуются программы для врачей всех районов области, на которых освещаются актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения артериальной гипертонии (АГ), рекомендации по лечению мозгового инсульта.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ данных распространенности артериальной гипертонии как одного из ведущих факторов риска развития мозговых инсультов и смертности от церебро-васкулярных заболеваний (ЦВЗ) в Саратовской области с 2003г по 2009г.

Результаты. Выявлено, что число зарегистрированных диагнозов артериальной гипертонии на 1000 населения в 2003 г. составило 25,3. Взяв эти данные за исходные, обнаружен значительный рост показателя распространенности АГ в последующие годы. Так, в 2004 г. значение возросло на 36%; в 2005 г. — на 40%; в 2006 г. показатель увеличивается еще на 19%, в 2007 г. — становится в 2 раза больше исходного (50,5); в 2008 г. значение превышает базовое в 2,8 раза (70,1 случай на 1000 населения); а в 2009 г. — в 2,7 раза, уменьшившись лишь на 0,3%. Динамика показателей смертности от ЦВЗ выглядит следующим образом. За базовое значение также был принят уровень смертности в 2003 г., который составил 355,0 на 100 тыс. населения. В 2004 г. показатель снизился на 0,3%; в 2005 г. — уменьшился на 1,5%; в 2006г. — составил минус 2,7%; в 2007 г. — минус 11% от исходного, а в 2008 г. отмечен рост уровня смертности от ЦВЗ на 4,2% по сравнению с прошлым годом, однако это опять-таки значительно отличается от базового значения — меньше на 6,8%; в 2009 г. показатель снова снижается — еще на 1,6%.

Результаты. В 2003г. отмечен высокий уровень смертности от мозговых инсультов, в то время как показатель распространенности АГ достаточно низок. В последующие годы констатирован рост числа пациентов с АГ, по всей видимости, связанный с активным проведением мероприятий по выявлению этого заболевания. Параллельно отмечена устойчивая тенденция к снижению смертности от ЦВЗ в области, в свою очередь обусловленная внедрением в практику современных подходов диагностики и лечения вышеуказанной патологии. Полученные нами результаты подтверждают необходимость и эффективность проведения образовательных программ для врачей как первичного звена, так и специалистов.

Эффективность комбинированной антиангинальной терапии у больных ишемической болезнью сердца, ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа

Лазарева О. А.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород

Недостаточная пульсурежающая эффективность бета-адреноблокаторов (β -АБ) у больных сахарным диабетом (СД) может быть следствием диабетической кардиальной автономной нейропатии (ДКАН). При поражении симпатического отдела вегетативной нервной системы β -АБ не способны урезать частоту сердечных сокращений (ЧСС) и снижаются их антиангинальные свойства. Включение ивабрадина в терапию больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и СД 2 типа является патогенетически обоснованным.

Цель исследования: изучить влияние комбинации β -АБ и ингибитора I β -каналов ивабрадина на частоту ангинозных приступов у больных стабильной стенокардией на фоне ДКАН.

Материалы и методы. Обследовано 48 пациентов со стабильной стенокардией и ДКАН в возрасте от 45 до 67 лет (средний возраст $58,9 \pm 5,32$), в том числе 34 (71%) женщин и 14 (29%) мужчин. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, исследование гликемии натощак, постпрандиальной гликемии, гликозилированного гемоглобина (HbA1c), ЭКГ в 12 стандартных отведениях и 24-часовое ЭКГ мониторингирование с анализом вариабельности сердечного ритма («Миокард-холтер», Саров). Пациенты были разделены на 2 группы; больные в первой группе получали комбинированное лечение (ивабрадин 5-7,5 мг, конкор/бисогама 5-10 мг), другие — монотерапию β -АБ (конкор/бисогама до 10 мг).

Результаты. Снижение ЧСС через 3 месяца лечения в обеих группах сопровождалось достоверным ($p = 0,0011$) снижением частоты приступов стенокардии и потребности в нитратах короткого действия. При этом, в группе комбинированной терапии более низкие значения ЧСС соответствовали меньшей частоте приступов стенокардии — 1(1-2) приступа в неделю, в в группе монотерапии β -АБ частота приступов составила 3(2-4) в неделю. Соответственно, в группе комбинированной терапии количество приема нитратов было меньше, чем в другой группе. По данным ЭКГ-мониторирования у 72% больных выявлена безболевая ишемия миокарда; через 3 месяца лечения зарегистрировано снижение на 19% случаев в группе, получавших ивабрадин.

Антиангинальная терапия стабильной стенокардии селективными β -АБ недостаточна у больных СД, осложненной ДКАН в связи с невозможностью достаточного подавления тахикардии из-за нежелательности применения высоких доз β -АБ. Комбинированное применение селективных β -АБ и ивабрадина у больных с ИБС и СД 2 типа позволяет достичь оптимальной ЧСС у 64% пациентов и помогает получить наиболее выраженный антиангинальный эффект по сравнению с монотерапией селективными β -АБ.

Морфологические изменения печени у больных хроническим гепатитом, обусловленным сочетанной вирусной инфекцией

Лазебник Л.Б., Потапова В.Б., Якимчук Г.Н.

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

В развитии хронических заболеваний печени важная роль принадлежит гепатотропным вирусам. В настоящее время большое внимание уделяется роли сочетанной вирусной инфекции в формировании хронического гепатита (ХГ).

Цель: выявить особенности структурных изменений печени больных ХГ, развившихся в результате инфицирования двумя вирусами гепатита.

Материалы и методы. Обследован 21 больной ХГ в возрасте от 19 до 51 года, из них 16 мужчин и 5 женщин, инфицированных двумя вирусами: ХГС+G (9), ХГ С+В (8), ХГВ+G (2), ХГ В+ТТ (1), ХГС+ТТ (1). Ткань печени, полученную при пункционной биопсии, фиксировали 2% глутаровым альдегидом и 1% четырехокисью осмия на 0,1 М какодилатном буфере ($pH = 7,2 - 7,4$). После обезвоживания образцы ткани заключали в смесь эпона и аралдита. Анализ структурных изменений печени проводили на одномикронных гистологических срезах при оптическом увеличении 240 и 600 раз.

Результаты. При инфицировании больных двумя вирусами гепатита морфологические изменения в печени варьируют по степени выраженности. У больных ХГС+G выявляется жировая дистрофия

с поражением большинства гепатоцитов долики (23,8%). Жировые включения имеют разные размеры — от множественных мелких до крупных, заполняющих клетку целиком. Жир мелких включений имеет светло-желтую окраску, которая изменяется до темно-коричневой с увеличением размеров жировой капли. Это может быть связано с разной степенью окисляемости жирных кислот, входящих в состав жира на разных этапах его образования (окислителем является четырехокисью осмия). В расширенных синусоидах выявляются деформированные эритроциты (14,3%), имеющие черную окраску, обусловленную повышенной окисляемостью липидного слоя клеточной мембраны. Скопления этих эритроцитов образуют конгломераты с неразличимыми границами между клетками. У больных ХГВ+С жировая дистрофия печени встречается в 19,0% случаев. Она проявляется образованием в отдельных гепатоцитах мелких и крупных жировых включений. У 3-х больных ХГВ+С выявлены черные деформированные эритроциты (14,3%). При ХГВ+ТТ, ХГС+ТТ и ХГВ+G жировая дистрофия не выявлялась. Однако в расширенных синусоидах встречались группы черных эритроцитов (19,0%). У больных ХГС+G и ХГС+В выявлено изменение кровеносных сосудов синусоидного типа (19,0%), проявляющееся неравномерным заполнением просвета расширенных синусоидов плотными гомогенными массами, приводящими к частичной облитерации просвета. Вокруг этих сосудов пространство Диссе расширено и заполнено аналогичным плотным веществом, которое проникает в глубину прилежащей печеночной долики.

Заключение. При хроническом гепатите сочетанной вирусной этиологии выявлены особые свойства жира, накапливающегося в гепатоцитах при жировой дистрофии, а также изменение структуры эритроцитов и кровеносных сосудов синусоидного типа, наиболее выраженные у больных ХГС+G и ХГС+В.

Влияние сочетания бронхиальной астмы и ожирения на уровень цитокинового статуса

Лазуткина Е.Л., Ландышев Ю.С., Цырендоржиев Д.Д., Музыченко Л.М., Базилевич А.Ю., Герасимец Е.А.

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

Научно-исследовательский институт молекулярной биологии и биофизики, Новосибирск

Цель исследования: изучение роли про — и противовоспалительных цитокинов при синтропии бронхиальной астмы (БА) и алиментарного ожирения.

Материалы и методы. Обследовано 77 больных со смешанной формой БА, средней степени тяжести, неконтролируемого течения. Степень ожирения оценивали по росту-весовому индексу Кетле. 1-ю группу составили больные БА с должной массой тела (ДМТ) — 35 человек (средний возраст — $43,1 \pm 2,3$ года). 2-я группа — больные БА с алиментарным ожирением (ОЖ) 1—2 ст. (средний возраст $44,7 \pm 1,5$ года). Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц с ДМТ в возрасте от 30 до 49 лет. Содержание цитокинов в сыворотке крови определялось иммуноферментным методом с использованием реагентов ProCon («Протеиновый контур», СПб, Россия).

Результаты. Содержание ФНО- α у больных БА с ДМТ составило $163,9 \pm 19,4$ пкг/мл, а у пациентов БА с ОЖ — $240,4 \pm 53,4$ пкг/мл ($p < 0,001$). Уровень ИЛ- β у больных 1-й группы составил $123,6 \pm 17,9$ пкг/мл, что в 2,5 раза выше, чем в контроле ($p < 0,05$). Во 2-й группе

содержание данного цитокина составило $169,9 \pm 25,2$ пкг/мл, что было соответственно в 1,37 и 3,5 ($p < 0,001$) раза выше, чем у больных 1-й группы и у здоровых доноров. Содержание ИЛ-6 у больных БА с ДМТ составило $72,03 \pm 14,5$ пкг/мл, что превышало контрольное значение: $61,3 \pm 4,5$ пкг/мл. Среднее значение ИЛ-6 у больных 2-й группы составило $135,8 \pm 40,7$ пкг/мл ($p < 0,05$). Уровень ИЛ-4 у больных 1-й группы был максимально высоким и составил $133,0 \pm 24,3$ пкг/мл, а у пациентов БА с ОЖ — $68,7 \pm 11,2$ пкг/мл.

Выводы. У больных БА с ДМТ отмечается достоверное повышение уровня как провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-6 и ФНО- α , так и противовоспалительного цитокина ИЛ-4. У больных БА с ОЖ уровень противовоспалительных цитокинов ИЛ-1 β и ФНО- α в сыворотке крови выше, чем у пациентов с ДМТ, но нет компенсаторного роста противовоспалительного цитокина ИЛ-4, что свидетельствует об активности воспалительного процесса *in situ* при синтропии этой патологии.

Опыт применения препаратов урсодезоксихолевой кислоты в лечении неалкогольной жировой болезни печени

Лазуткина Е.Л.

Амурская государственная медицинская академия, Амурская областная клиническая больница, Благовещенск

Цель работы: изучить эффективность отечественного препарата урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) — Урдоксы у больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП).

Материалы и методы. Исследования проведены у 18 пациентов НАЖБП (10 женщин и 8 мужчин). Средний возраст составил $42,3 \pm 2,8$ года. Всем больным проводилось клинико-биохимическое, иммунологическое, вирусологическое (маркеры не обнаружены), ультразвуковое исследование. В 5 случаях была проведена пункционная биопсия печени (у больных с неалкогольным стеатогепатитом (НАСГ)). Стеатоз диагностирован у 5 пациентов, НАСГ — у 13 больных. Избыток массы тела отмечался у 4 больных, ожирение I степени — у 5, ожирение II степени — у 6, ожирение III степени — у 3 пациентов. У 10 больных обнаружено нарушение углеводного обмена (у 6 человек — нарушение ТТГ, у 4 — сахарный диабет 2 типа). Больные получали препарат Урдокса 15 мг на кг 3 раза сутки в сочетании с метформинном по 1000 мг в сутки в течение 3 месяцев. Результаты. На фоне лечения отмечено регрессирование уровня холестерина с 7,3 до 5,7 ммоль/л; по данным УЗИ и КТ органов брюшной полости улучшилась эхоплотность печени. У 8 пациентов уменьшился осадок в полости желчного пузыря. У пациентов со стеатогепатитом в 3 случаях нормализовались показатели АЛТ, АСТ, билирубина, в 10 случаях достоверно снизились. У 5 человек с нарушением ТТГ пришли к норме показатели гликемии, у 4 больных с сахарным диабетом улучшились значения углеводного обмена.

Выводы. Назначение препарата урсодезоксихолевой кислоты — Урдоксы в сочетании с метформинном является патогенетически обоснованным подходом в терапии НАСГ, так как Урдокса обладает такими хорошо известными эффектами препаратов данной группы, как гепатопротекция, антиоксидантное, гипополипидемическое и антифибротическое действие. Полученные результаты могут быть основанием введения препаратов УДХК для лечения НАЖБП не только на стадии стеатогепатита, но и на этапе стеатоза для профилактики прогрессирования заболевания.

Клинико-рентгенологическая характеристика пневмоний у беременных, ассоциированных с гриппом А/ H1N1 swl

Лазуткина Е.Л., Ландышев Ю.С., Гоборов Н.Д., Маркова Е.В., Лазуткин Н.Н., Демура О.В., Базилевич А.Ю., Герасимец Е.А.

Амурская государственная медицинская академия, Амурская областная клиническая больница, Городская клиническая больница № 1, Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания, Благовещенск

Цель работы: изучение клинико-рентгенологических особенностей пневмоний у беременных, ассоциированных с гриппом А/Н1N1 swl. Материалы и методы. На базе пульмонологических отделений АОКБ и ГКБ № 1 пролечены 34 беременные женщины с пневмониями, ассоциированными с гриппом А/Н1N1 swl. У 18 беременных женщин отмечалось развитие первого типа пневмонии (первая группа), у 16 — второго, вирусно-бактериального (вторая группа). Привитых от гриппа среди больных не было. На контакт с больными ОРВИ указало 15 женщин, отрицали контакт с больными ОРВИ 19.

Результаты. Интервал между возникновением первых респираторных симптомов и признаками вовлечения в процесс паренхимы легких у больных первой группы составил от 3 до 6 суток: $3,9 \pm 0,5$. В первые 3 дня болезни поступило 18 женщин, к концу первой недели госпитализировано 16 беременных. На догоспитальном этапе 18 (53%) пациенток не лечились, 16 (47%) принимали жаропонижающие препараты, из них жаропонижающие в комплексе с антибиотиком и противовирусным препаратом (тамифлю) получали 3 пациентки, жаропонижающие сочетали с антибиотиком 3 пациентки. В клинической картине у беременных, страдающих пневмониями, отмечались следующие клинические синдромы: • Инфекционно — токсический (острая лихорадка постоянного типа, озноб, головная боль, артралгии, миалгии). Наблюдался в 100% случаев. • Воспалительного уплотнения легочной ткани (притупление перкуторного звука над зоной поражения, бронхиальное дыхание, крепитация, влажные хрипы) у 17 (50%) пациенток. • Дыхательной недостаточности (одышка, цианоз) — у 21 (62%). • Бронхитический (кашель сухой или с выделением мокроты, сухие хрипы) у 34 (100%). • Психоастенический (слабость, нарушение аппетита, недомогание) у 30 (88%). • Геморрагический синдром у больных первой группы (отмечался у 5 пациенток (28%) проявлялся: кровохарканьем, носовыми кровотечениями, геморрагиями на коже, при проведении фибробронхоскопии обнаруживался геморрагический эндобронхит. При рентгенографии легких у большинства больных наблюдали пятнистые и диффузные изменения легочной ткани. В момент поступления рентгенологическая картина часто не соответствовала степени газообмена, у 5 больных диагноз пневмонии выявлен только при проведении КТ легких. В конечном итоге инфильтрация приобретала сливной характер с вовлечением всех квадрантов легких. Т.о., отсутствие в 50% случаев типичной клинических признаков пневмонии у беременных женщин осложняло диагностику пневмонии.

Современные методы диагностики расстройств ортостаза

Лалин В.В., Петров А.Л., Лебедева И.А.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Городская многопрофильная больница № 2, Санкт-Петербург

Основным методом диагностики ортостатических расстройств в клинической практике является пассивная ортостатическая проба. Однако ее проведение не всегда информативно из-за низкой воспроизводимости измерений, наличия ложно-положительных результатов. Изменения артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) в ортостазе непостоянны, не всегда коррелируют с жалобами и клинической симптоматикой, а потому дискретные измерения недостаточно надежны. Это затрудняет диагностику синдрома ортостатической гипотензии (СОГ) и подбор лечебной тактики. Полисегментарный биоимпедансный анализ (БИА) используют для изучения перемещений жидкости в различных регионах тела при вставании. Спироартериокардиограмма (САКР) дает возможность непрерывно контролировать АД, ЧСС, ЭКГ, вариабельность сердечного ритма (ВСР) в покое и при функциональных пробах.

Цель: диагностика СОГ с помощью комплексного метода включающего в себя полисегментарный БИА и САКР при пассивной ортопробе, а также уточнение ведущих механизмов развития СОГ.

Материалы и методы. Было обследовано 122 пациента (101 женщина и 21 мужчина, средний возраст 38,6±19,2 года) с целью диагностики СОГ. Оценивалась частота и появление ортостатических жалоб, динамика импеданса регионов тела на 1, 5 и 20/45 минуте пассивной ортопробы, динамика ЧСС и АД, ЭКГ и ВСР. Для выявления нарушений вегетативной регуляции испытуемым проводилась батарея тестов Эвинга. Комплексная методика и функциональные пробы позволили выделить ведущие патогенетические механизмы СОГ: нарушения объемной регуляции АД с нормальным вегетативным обеспечением (24%), вегетативная недостаточность с нормальной динамикой импеданса регионов (16%) и вегетативный дисбаланс с нормальной или атипичной динамикой импеданса (60%). У 12 (10%) пациентов при отсутствии ортостатических жалоб и клинически значимого снижения АД наблюдалась повышенная динамика значений импеданса регионов тела, что свидетельствует о наличии скрытых объемных нарушений ортостатической регуляции и может расцениваться как доклинический признак ОГ у данной категории лиц. Таким образом, пассивная ортопроба под контролем БИА и САКР совершенствует диагностику синдрома ОГ, позволяя определить ведущий механизм нарушения ортостатической регуляции, дифференцированно подойти к терапии.

Воспалительная боль в спине в практике врача первичного звена

Лапшина С.А., Мясоутова Л.И., Протопопов М.С.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Боль в нижней части спины — одна из наиболее частых причин обращения к врачам первичного звена. Необходимо обращать особое внимание при воспалительном генезе боли в спине, так как такая боль может быть проявлением ряда серьезных заболеваний из группы спондилоартропатий (SpA). Диагностический поиск в случае наличия воспалительной боли в спине весьма сложен.

Цель исследования: оценка частоты встречаемости, особенности течения заболеваний ревматического профиля у пациентов с воспалительной болью в спине (ВБС).

Материалы и методы. Было обследовано 44 пациента с ВБС (мужчин — 37, женщин — 7, средний возраст — 32±8 лет). Обследование включало расспрос, физикальное обследование, сбор анамнеза, лабораторные методы обследования, HLA-типирование, рентгенография крестцово-

подвздошных сочленений (КПС) и поясничного отдела позвоночника, а также МРТ КПС и поясничного отдела позвоночника (1,5Т, последовательности T1 и STIR). Анализировалось количество пациентов с ВБС, соответствующих критериям диагноза анкилозирующего спондилита (АС), псориатического спондилоартрита (ПсС), центральной и периферической формы SpA, а также реактивного спондилоартрита (РеС).

Результаты. Средняя продолжительность ВБС у обследованных пациентов составила 2,3±1,4 года. Средняя интенсивность болей в спине по ВАШ составила 54±14 мм, активность по BASDAI — 4,1±1,2 балла. HLA-B27 АГ выявлен у 28 пациентов, рентгенологически значимый сакроилиит по критериям ASAS — у 11 пациентов, признаки остеоита на МРТ — у 21 пациента. У 12 пациентов наблюдались признаки периферического артрита. Критериям АС соответствовало 11 пациентов, ПсС — 4 пациента, РеС — 5 пациентов, центральной формы SpA — 16 пациентов (в том числе 7 с АС), периферической формы SpA — 12 пациентов (в том числе 4 с АС). У 7 пациентов ВБС была единственным проявлением.

Выводы. При обращении пациентов с ВБС к врачу первичного звена необходимо проведение мероприятий по исключению таких заболеваний, как АС, ПсС, РеС, центральной и периферической формы SpA, так как частота их встречаемости при ВБС высока, и чаще всего ВБС является проявлением той или иной формы SpA. Однако возможны ситуации, когда ВБС является единственным проявлением у подобных больных.

Депрессивные расстройства в постменопаузальном периоде

Ларева Н.В., Говорин А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель: изучение распространенности тревоги и депрессии (Д) у женщин в постменопаузе, их взаимосвязи с рядом биохимических и иммунологических показателей, а также параметрами вариабельности ритма сердца (ВРС).

Методы исследования. Общеклиническое обследование, оценка депрессии по шкале Hamilton, личностной и ситуативной тревожности — по шкале Спилбергера-Ханина, определение содержания первичных, промежуточных и конечных продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и параметров антиоксидантной защиты; изучение концентрации фактора некроза опухоли α (ФНО-α), интерлейкинов 1β и 4 (ИЛ-1β и ИЛ-4) методом ИФА; изучение спектральных показателей ВРС на коротких участках записи ЭКГ и временных показателей ВРС при суточном мониторинге ЭКГ; методы непараметрической статистики.

Результаты. В исследование включено 203 женщины, у 61 из которых менопауза была естественной (1 группа), а 142 — хирургической (2 группа). В контрольную группу вошли 35 здоровых женщин с сохраненной менструальной функцией. Средний возраст больных составил 41,2±6,4 года, длительность менопаузы от 9 месяцев до 12 лет. Д выявлена у 82,8% пациенток: легкая депрессия у 40,4%, умеренная — у 37% и тяжелая у 5,4% больных. Установлено, что в 1 группе чаще формируются умеренно выраженная и тяжелая Д (59% против 29,5% в группе 2, p=0,0009), тогда как у пациенток 2 группы чаще выявлялась Д легкой степени (45,1% против 29,5% у женщин группы 1, p=0,027). У всех исследованных женщин отмечалось увеличение личностной (ЛТ) и ситуативной тревожности (СТ) по сравнению с контролем; в группе пациенток с тяжелой и умеренной

Д изменения по уровню ЛТ были выражены в наибольшей степени. У всех женщин в постменопаузе отмечена активация процессов ПОЛ при одновременном снижении мощности систем антирадикальной защиты. Наибольшая активация процессов ПОЛ выявлена в группе пациенток, имевших умеренно выраженную и тяжелую Д. Установлено, что в группе женщин в постменопаузе, не имевших Д, уровень всех изученных цитокинов не отличался от группы здоровых женщин. При наличии Д отмечалось выраженное повышение (в 2-7 раз) как ФНО- α , так и ИЛ-1 β и ИЛ-4, причем степень повышения зависела от тяжести Д. Установлено, что наличие Д сопровождалось снижением мощности ВРС во всех частотных диапазонах с увеличением вклада VLF-компонента в структуру спектра. Нарастание тяжести Д сопровождалось значительным снижением регулирующих вагусных влияний и уменьшением SDNN. Обнаружена высокая распространенность Д в постменопаузе. Установлено, что наличие и степень выраженности Д взаимосвязаны с состоянием системы «ПОЛ-антиоксиданты», уровнем ряда цитокинов, а также показателями ВРС, что может объяснять возможные механизмы влияния Д на развитие сердечно-сосудистых нарушений у женщин в постменопаузе и прогноз у этой категории больных.

Хроническая болезнь почек в многопрофильном стационаре

Ларева Н.В., Лузина Е.В., Чабан Н.Ю.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель исследования: оценить распространенность хронической болезни почек (ХБП) в многопрофильном терапевтическом стационаре, а также адекватность проводимого нефропротективного лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 330 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в различных отделениях терапевтического профиля Краевой клинической больницы г.Читы в 2009 — 2010 гг. (отделения кардиологии, гематологии) и имевших заболевания, потенциально являющиеся факторами риска ХБП. Оценивался уровень креатинина, проводился расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Кокрофта-Голта, определялась стадия ХБП согласно классификации NKF USA, 2002.

Результаты. Среди включенных в исследование больных было 137 мужчин (41%) и 193 женщины (59%). Возраст пациентов варьировал от 18 до 80 лет. При анализе этиологических факторов ХБП было установлено, что гипертонической болезнью страдали 53% пациентов, атеросклерозом различных локализаций — 20,9%, пиелонефритом — 20,6%, сахарным диабетом — 20,3%, ожирением — 6,6%, доброкачественной гиперплазией предстательной железы — 2,4%, нефритом (в структуре системного заболевания) — 1,8%, хроническим гломерулонефритом — 0,6% больных. Ряд больных имел сочетание 2 факторов риска ХБП. Уровень креатинина определялся при госпитализации в 254 случаях (77%), у 76 (23%) больных данный показатель не оценивался. Среди тех больных, которым был определен уровень креатинина, СКФ была рассчитана в 27 случаях (11%), у остальных 227 пациентов (89%) данный показатель определен не был. При расчете СКФ у этих больных обнаружено, что 48% пациентов имели ХБП: 17% — I ст., 59% — II ст., 23% — III ст. и 1% — IV ст. Наличие ХБП было отражено в диагнозе у 54 больных (21%), при этом у половины из них не была оценена СКФ, что свидетельствует о не вполне корректной трактовке наличия и стадии ХБП. У 79 пациентов (31%) ХБП отсутствовала, а у остальных 121 человека

(48%) при наличии ХБП в диагнозе она вынесена не была. Среди пациентов, которым был выставлен диагноз той или иной стадии ХБП, нефропротекторы получали 57% (31 из 54 человек), из 121 больного, имевших ХБП, не нашедшей отражения в клиническом диагнозе, нефропротекторы не получал никто. В качестве нефропротективных препаратов использовались ингибиторы АПФ (энап у 23 человек, диротон у 1 человека), статины (крестор в 9 случаях и симвастатин в 1 случае).

Выводы. Таким образом, в терапевтических отделениях уделяется недостаточное внимание оценке фильтрационной способности почек у больных, имеющих факторы риска ХБП. Отказ от определения СКФ расчетным методом не позволяет выявить ранние стадии нарушения функционального состояния почек и определить пациентов, нуждающихся в проведении целенаправленной нефропротективной терапии с целью профилактики терминальной хронической почечной недостаточности.

Гиперурикемия при хронической сердечной недостаточности

Ларина В.Н., Барт Б.Я.

Российский государственный медицинский университет, Москва

Цель: оценка клинической значимости гиперурикемии при хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных пожилого возраста.

Методы исследования. В исследование было включено 248 больных в возрасте от 60 до 85 лет с ХСН II-IV ФК (NYHA) вследствие ИБС или АГ. Больные были разделены на две группы: в первую вошло 118 больных (70,3% М и 29,7% Ж) в возрасте 69,5 (66-75) лет с гиперурикемией (уровень МК сыворотки крови ≥ 360 мкмоль/л), во вторую — 130 больных (62,3% М и 37,7% Ж) в возрасте 68 (65-73) лет без гиперурикемии. Всем больным проводилась медикаментозная терапия согласно Национальным рекомендациям по диагностике и лечению ХСН, биохимический анализ крови, ЭКГ, ЭхоКГ.

Результаты. Наблюдавшиеся под наблюдением больные обеих групп были сопоставимы по полу ($p=0,145$), возрасту ($p=0,074$), ИМТ ($p=0,446$), частоте сахарного диабета 2 типа ($p=0,176$), но у больных с гиперурикемией чаще встречались фибрилляция предсердий ($p=0,019$) и ОНМК в анамнезе ($p=0,021$). Гиперурикемия ассоциировалась с низкой ФВ ЛЖ ($r=0,13$, $p=0,042$), увеличенным КСР ($r=-0,13$, $p=0,045$), повышенным систолическим давлением в легочной артерии ($r=-0,16$, $p=0,021$) и высокой частотой госпитализаций ($r=-0,17$, $p=0,005$). За период наблюдения 2,35(2,3) года было госпитализировано 82,2% больных с гиперурикемией, а при ее отсутствии 71,5%, $p=0,048$. Среди госпитализированных больных повышенный уровень МК встречался у 70,7% и составил 422 (122) мкмоль/л. Среди больных, которым не требовалась госпитализация, повышенный уровень МК выявлялся у 36,2% больных, $p<0,001$, а значение МК было ниже (408 (112) мкмоль/л), $p=0,048$. Больные, которые нуждались в повторных госпитализациях по поводу декомпенсации ХСН, также имели более высокий уровень МК [490(83) мкмоль/л], чем те больные, которым не требовалась повторная госпитализация (уровень МК у них составил 422 (144) мкмоль/л, $p=0,05$). Гиперурикемия сопряжена с неблагоприятным гемодинамическим эффектом и может рассматриваться в качестве одного из маркеров высокого риска госпитализаций пожилых больных с ХСН.

Тромбофилия — причина тромботических инцидентов у больных ХСН постинфарктного генеза

Ларина Ю.В., Некрутенко Л.А.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь

Цель: оценить частоту возникновения тромбозов глубоких вен (ТГВ) на амбулаторном этапе лечения у 60 больных ХСН II и III функциональных классов (ФК) постинфарктного генеза без дополнительных факторов риска развития венозных тромбозов.

Материалы и методы. Объем наблюдения составил 60 больных в возрасте 60,58±8,16 года, в том числе 35 мужчин (66,7%) со стабильным течением постинфарктной ХСН без признаков перманентных нарушений ритма сердца по типу фибрилляции и трепетания предсердий, а также онкопатологии. Количество инфарктов миокарда у обследованных в анамнезе — 1,74±0,82. Давность ХСН — 5,17±4,83 года. При этом ХСН II ФК выявлялась у 19 человек (38%), а ХСН III ФК — у 31 (62%). Исходно варикозную болезнь нижних конечностей имели 4 пациента. Актуальные показатели оценивались в динамике до и после 4-месячной стандартной терапии ХСН. Доза ацетилсалициловой кислоты у всех больных была равной 125 мг в сутки. Показатели системы гемостаза оценивались с помощью коагулометра ACL-7000 и функциональными методами («Стандарт-Технология», Барнаул). Наличие ТГВ верифицировалось УЗДГ на аппарате «Philips Envisor HDC». В группу сравнения вошли 50 практически здоровых человек (25 мужчин), средний возраст которых 32,2±1,7 года.

Результаты. Клинические данные выявили признаки дисфункции всех звеньев системы гемостаза со значимым различием актуальных показателей от таковых у практически здоровых ($p=0,000$), кроме АПТВ ($p=0,07$). Корреляционный анализ показал наличие достоверных протромбогенных, отражающих высокий уровень тромбофилии, взаимоотношений: между фибриногеном и растворимыми комплексами фибрин-мономера $R=0,49$, $p=0,0002$; фибриногеном и временем Хагеман-зависимого фибринолиза $R=0,39$, $p=0,005$. Несмотря на «лабораторную» тромбофилию, на начальном этапе наблюдения ни одного случая ТГВ, включая субклинические, не выявлено. В динамике констатирован единичный случай бессимптомного тромбоза вен голени у больной ХСН III ФК без развития тромбоэмболии легочной артерии.

Выводы. Несмотря на лабораторную тромбофилию, при условии соблюдения активного двигательного режима больные ХСН постинфарктного генеза II и III ФК на амбулаторном этапе лечения относятся к группе среднего риска развития тромбоэмболических осложнений.

Возможность оценки кардиопульмонального барорефлекса посредством одновременной регистрации сердечного и пульсового ритмов

Лебедева Е.П., Калакутский Л.И., Лебедев П.А., Федотов А.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

В настоящее время недостаточно изучено влияние процессов сердечно-сосудистого ремоделирования на состояние рефлекторного контроля с зон низкого давления — кардиопульмональный барорефлекс (КПБР). КПБР направлен на снижение симпатических влияний на

сосудистый тонус в ответ на увеличение наполнения левого желудочка на выдохе. Проба с контролируемым дыханием позволяет умеренно модулировать венозный приток к левым камерам сердца, создавая условия для активации КПБР. Нами предполагается, что изменения системного сосудистого тонуса в ходе описанного теста способны вызвать различия спектральной мощности сердечного и пульсового ритмов, что позволит получить информацию не только о вегетативных влияниях на синусовый узел, но и об активности КПБР.

Цель: определить возможность оценки кардиопульмонального барорефлекса посредством одновременной регистрации сердечного и пульсового ритмов в ходе пробы с контролируемым дыханием. Материалы и методы. В исследование были включены 30 пациентов, которые были распределены на несколько групп. I контрольную группу ($n=15$) составили практически здоровые люди; II группа ($n=15$) — пациенты с имплантированным электрокардиостимулятором типа VVI (ЭКС). Запись ЭКГ осуществлялась синхронно с компьютерной пальцевой фотоплетизмограммой (ФПГ), в положении лежа обследуемого, сначала 5 минут при спонтанном дыхании, а затем 5 минут при контролируемом дыхании с частотой 6 дыханий в минуту.

Результаты. Как при спонтанном, так и при контролируемом дыхании в I группе регистрировалась вариабельность и сердечного и пульсового ритмов (ВСР и ВПР соответственно), а у пациентов II группы — только ВПР со сниженной общей спектральной мощностью, т.к. у них ритм сердечных сокращений задается работой ЭКС, который генерирует импульс через определенное время. В ходе пробы с контролируемым дыханием у здоровых людей пик спектральной мощности на частоте 0,1 Гц регистрировался при анализе и ВСР и ВПР, у пациентов с ЭКС — только на ВПР. Полученные результаты свидетельствуют о влиянии фаз дыхания не только на ВСР через синусовый узел, но и на ВПР посредством изменения периферического сосудистого сопротивления путем активации КПБР.

Выводы. Одновременная регистрация сердечного и пульсового ритмов в ходе пробы с контролируемым дыханием и их последующий спектральный анализ позволяют использовать данный метод для оценки активности кардиопульмонального барорефлекса.

Возможность оценки степени коронарного стеноза посредством одновременной регистрации сердечного и пульсового ритмов

Лебедева Е.П., Качковский М.А., Лебедев П.А., Калакутский Л.И., Федотов А.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Связь нарушенной барорецепторной регуляции сердечно-сосудистой деятельности по данным последних исследований имеет непосредственное отношение к выраженности атеросклеротического ремоделирования как сонных, так и, косвенно, коронарных артерий. Кардиопульмональный барорефлекс (КПБР), направленный на поддержание системного АД, активируется рецепторами в левом желудочке на выдохе, что приводит к циклическим колебаниям симпатического тонуса и периферического сосудистого сопротивления. Тестирование КПБР у больных с ИБС с целью оценки атеросклеротического ремоделирования коронарных артерий не проводилось. По нашим данным, с помощью одновременной регистрации сердечного и пульсового ритмов и их последующего спектрального анализа можно получить информацию не только о вегетативных влияниях на синусовый узел, но и об активности КПБР.

Цель: определить возможность оценки степени коронарного стеноза у пациентов с ИБС посредством использования различий в показателях вариабельности сердечного (RR-интервалов) и пульсового ритмов (межпульсовых интервалов) в ходе пробы с контролируемым дыханием.

Материалы и методы. В исследование были включены 30 пациентов с ИБС. Всем пациентам была выполнена коронарография и рассчитан суммарный индекс стенозов коронарных артерий (G. Gensini, 1978 г.). Запись ЭКГ осуществлялась синхронно с компьютерной пальцевой фотоплетизмограммой (ФПГ), в положении лежа обследуемого, при контролируемом дыхании с частотой 6 дыханий в минуту, непрерывно в течение 5 минут.

Результаты. В ходе проведенного теста нами получены пики спектральной мощности на частоте 0,1 Гц, что соответствует 6 дыханием в минуту. Используя различия в высоте мощности спектра дыхательных пиков при анализе вариабельности сердечного и пульсового ритмов, нами предложен показатель разностной вариабельности, обнаруживший значительную обратную корреляцию с выраженностью коронарного стеноза у пациентов с ИБС ($r = -0,72$, $p < 0,01$).

Выводы. Одновременная регистрация сердечного и пульсового ритмов в ходе пробы с контролируемым дыханием и их последующий спектральный анализ позволяют использовать данный метод в качестве скрининг-диагностики степени коронарного стеноза у пациентов с ИБС.

Клинико-диагностическое значение фетального гемоглобина как маркера тканевой гипоксии при хронических гепатитах и циррозах печени

Левитан Б.Н., Касьянова Т.Р., Кривенцев Ю.А., Колчина О.С.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

Цель исследования: изучить клинико-диагностическое значение исследования фетального гемоглобина (HbF) при хронических гепатитах (ХГ) и циррозах печени (ЦП).

Материалы и методы. Концентрацию HbF в крови исследовали у 55 больных ХГ и 146 — ЦП (106 мужчин и 95 женщин в возрасте от 30 до 66 лет). Контроль — 30 практически здоровых доноров. Для количественного анализа HbF был разработан и запатентован способ ракетного электрофореза в агаровом геле. Использовались чистые препараты HbF и моноспецифические антисыворотки к HbF, полученные самостоятельно и прошедшие строгий контроль чистоты и специфичности. Концентрации HbF от уровня общего гемоглобина (Hb) в крови здорового взрослого человека составила в среднем менее 1,5%.

Результаты. Повышение концентрации HbF выше 1,5% от Hb наблюдалось у 48 больных ХГ (87%) и 140 — ЦП (96%). Имелись достоверные различия средних значений HbF в % отношении от Hb ($p < 0,001$) как между группами ХГ и ЦП, так и в каждой из них с контрольной группой. Причем в группе больных ЦП уровень HbF был максимальным. Концентрация Hb, напротив, была наиболее низкой у больных ЦП — в среднем 119г/л. Отсутствовали достоверные различия средних показателей HbF в зависимости от этиологии ХГ и ЦП (вирусная, алкогольная, смешанная). Концентрация HbF при ЦП, но не при ХГ была достоверно выше у женщин, чем у мужчин, что объясняется более высокими компенсаторными возможностями женского организма. Значительное повышение HbF $\geq 3\%$ выявлено у больных с высокой степенью активности, наличием признаков

портальной гипертензии, длительным стажем заболевания. Уровень HbF был достоверно увеличен у пациентов с отечно-асцитическим синдромом ($p=0,01$) и гиперспленизмом ($p=0,01$).

Повышение уровня HbF в крови при ХГ и ЦП объясняется возникновением метаболических нарушений с включением процессов аэробного окисления, а также появлением внутрилегочных анастомозов и вазодилатаций, что в совокупности приводит к развитию хронической тканевой гипоксии. Увеличение содержания HbF в крови связано с тем, что имея большее сродство к кислороду, чем Hb взрослого, он лучше адаптирован к стабилизации тканевого газообмена в условиях хронической гипоксии. Исследование HbF открывает новые диагностические возможности в практике терапевта и гастроэнтеролога.

Ультразвуковые параметры правых отделов сердца у больных хроническим гепатитом и циррозом печени

Левитан Б.Н., Касьянова Т.Р., Любарт Н.И.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

Цель: изучить изменения со стороны правых отделов сердца и малого круга кровообращения при хронических гепатитах (ХГ) и циррозах печени (ЦП) по данным ультразвукового исследования (УЗИ) сердца.

Материалы и методы. 65 больным ХГ и 90 — ЦП осуществляли УЗИ сердца на сканере «ALOKA-5500 Prosaund» (Япония). Измеряли переднезадний размер правого предсердия в диастолу (ПЗР ПП), толщину передней стенки правого желудочка (ТПС ПЖ) в диастолу, переднезадний размер ПЖ (ПЗР ПЖ), диаметр легочной артерии (ДЛА), среднее давление в легочной артерии (СрДЛА). Для оценки диастолической функции ПЖ рассчитывали максимальную скорость раннего диастолического наполнения (Е), максимальную скорость позднего наполнения (А), а также их соотношение (Е/А), время изоволюметрического расслабления (IVRT) и изоволюметрического сокращения (IVCT) ПЖ, индекс миокардиальной сократимости ПЖ (индекс Tei). Контрольная группа (КГ) — 25 здоровых лиц.

Результаты. При ХГ достоверные различия выявлены по показателям ТПС ПЖ, (А) ПЖ и индекса Tei ($p < 0,05$). У 10,2% больных ХГ высокой активности зарегистрирована увеличение ТПС ПЖ до 5,1 мм, у 7% — дилатация ствола ЛА до 26,4 мм с умеренной (до 30,3 мм рт.ст.) гипертензией в ней. У 14% отмечены умеренные нарушения диастолической функции ПЖ. В целом наблюдалась тенденция к снижению скорости (Е) параллельно с увеличением скорости (А). Время изоволюметрического сокращения и расслабления также несколько увеличивались, в основном при высокой активности ХГ. При миокардиальной дисфункции индекс Tei увеличивался вследствие изменения всех трех составляющих его компонентов. При ЦП по многим параметрам ПЖ, а именно ПЗР ПЖ, ТПС ПЖ, СрДЛА, А, IVRT, индекс Tei, выявлены статистически значимые отличия от КГ и больных ХГ ($p < 0,05$). ТЗС ПЖ увеличивалась до 5,8 мм. У части больных ЦП отмечена легочная гипертензия с СрДЛА до 31-32 мм рт.ст. IVRT увеличивался больше, чем IVCT, что свидетельствует о развитии диастолической дисфункции ПЖ. Индекс Tei при ЦП был выше, чем при ХГ и КГ. Перечисленные изменения касались в основном больных ЦП со стажем заболевания более 6 лет и в стадии декомпенсации. При ХГ и ЦП сердце и в первую очередь ПЖ работают в условиях гемодинамических перегрузок. Изменения со стороны правых отделов сердца носят

умеренный характер, связаны с диастолической дисфункцией ПЖ и в большей степени выражены при ЦП.

Взаимосвязь пролапса митрального клапана и заболеваний щитовидной железы

Лекарева И.В., Бабаева А.Р.

*Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград*

Проблема пролапса митрального клапана (ПМК) весьма актуальна в связи со значительной распространенностью заболевания в популяции (встречается у 4—15 % населения) и тяжести осложнений таких, как разрыв хорд, сердечная недостаточность, присоединение инфекционного эндокардита, тромбоэмболий, нарушенный ритма и проводимости, внезапной смерти. В основе патологического процесса при идиопатическом ПМК лежит поражение соединительной ткани, обусловленное выраженной неполноценностью ее структурных компонентов. В последнее десятилетие стал весьма актуальным вопрос о взаимосвязи тиреоидной и нетиреоидной патологии. Это обусловлено улучшением диагностики болезней щитовидной железы (ЩЖ) и увеличением заболеваемости ими.

Цель: выявление взаимосвязи ПМК и заболеваний щитовидной железы. В исследование включены 58 призывников с ПМК (средний возраст 19,4 + 1,7 лет). Проводили анализ клинической картины заболевания, аускультативных данных. С помощью ЭхоКГ на аппарате «Аloka-2000» подтверждали ПМК. С помощью ультразвукографии выявляли заболевания щитовидной железы. Исследовали функцию щитовидной железы, определяли антитела к тироглобулину (ТГ) и тиропероксидазе (ТП). В контрольную группу включены 30 человек (средний возраст 19,6 + 0,6 года). У 38% пациентов с ПМК обнаружен аутоиммунный тиреоидит (АИТ) и у 20% диффузный нетоксический зоб (ДНТЗ), в контрольной группе у 10% АИТ и 3% ДНТЗ. По данным ультразвукографии гипертрофическая форма АИТ была выявлена 15%, гипотрофическая форма у 55% пациентов с ПМК. У 20% пациентов исследовали функцию ЩЖ. У 90 % с ПМК и гипотрофической формой АИТ была тенденция к росту уровня Т3 (до 2,05±0,06 при 1,4±0,06 нм/л в контроле) к снижению т4 (1,10±0,26 при в контроле 1,66±0,12 нм/л) и к нарастанию ТТГ (5,74±2,13 при 2,65±1,10 мкЕд/мл). У каждого третьего пациента можно было говорить о «субклиническом гипотиреозе». В контрольной группе у лиц с АИТ функция щитовидной железы не нарушена. У всех обследуемых с АИТ выявлены увеличенные антитела к тироглобулину и тиропероксидазе. У пациентов с ПМК и ДНТЗ нарушения функции щитовидной железы не было выявлено. Таким образом, у лиц с АИТ на фоне ПМК склонность к гипотиреозу, соответственно, наблюдалась достоверно чаще. Данные, полученные в ходе исследования, позволяют сделать вывод о том, что у больных с ПМК ассоциация с органоспецифическими аутоантителами, титры которых при АИТ были повышены, указывают на то, что сам ПМК может быть аутоиммунным заболеванием, а пациенты с АИТ и ПМК могут находиться в группе риска развития других аутоиммунных болезней.

Подходы к тромболизису при тромбоэмболии легочной артерии

Леонов А.А., Дюжиков А.А., Орлов А.Е., Шамханьянц В.Д., Можаяев И.В., Румбешт В.В.

Центр кардиохирургии Ростовской области, Ростов-на-Дону

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), многие вопросы в ведении пациентов остаются нерешенными. Анализ медицинской литературы демонстрирует сохраняющееся противоречивое отношение к тромболизису при ТЭЛА и выбору метода его проведения. С учетом преимуществ селективного введения фибринолитического средства целесообразно создать протокол проведения комбинированного тромболизиса при массивной ТЭЛА.

Цель: представить первый опыт на примере клинического случая. Материалы и методы. Больной У., 35 лет, поступил в отделение реанимации кардиоцентра в крайне тяжелом состоянии с жалобами на общую слабость, одышку и сердцебиения при минимальной физической нагрузке. 2 недели назад после катания на лыжах в горах отметил приступообразную одышку, сердцебиение, потерял сознание. В связи с сохраняющейся в настоящее время одышкой при обследовании выявлены флотирующий тромбоз глубоких вен нижних конечностей, признаки перенесенной массивной ТЭЛА с 2 сторон. Пациент переведен в кардиоцентр для проведения ангиопульмонографии и имплантации кава-фильтра в нижнюю полую вену. Тромботических масс в стволе легочной артерии (ЛА) не выявлено. В правой и левой ветвях ЛА в области деления на долевые ветви определяются тромботические массы, практически обтурирующие правую и левую ветвь с обедненным контрастированием сегментарных ветвей. Консилиумом решено провести введение актилизе в катетер, установленный в пораженные ветви ЛА с последующим системным введением препарата в дозе 100 мг в условиях отделения реанимации.

Результаты. Переведен из отделения реанимации на 1 сутки, выписан из кардиоцентра на 16 сутки. Пациент не предъявляет жалоб, повысилась толерантность к физическим нагрузкам. При контрольном эхокардиоскопии (ЭхоКС) признаков перегрузки ПЖ нет. Через 2,5 месяца при повторном обследовании одышки при физической нагрузке не отмечает, параметры ЭхоКС в норме, при ангиопульмонографии ствол и ветви ЛА проходимы, рентгенологических признаков ТЭЛА не определяется. Данный клинический случай демонстрирует обоснованность проведения селективного тромболизиса у больных с массивной ТЭЛА с источником эмболии в нижних конечностях. Мы считаем такой подход более оправданным с учетом создания механического препятствия для развития рецидива ТЭЛА, положительной динамики по данным ангиопульмонографии и улучшением клинического состояния пациента как при непосредственной, так и при отсроченной оценке.

Распространенность и степень выраженности никотиновой зависимости среди разных групп населения

Леонова С.В., Семченкова М.Ю., Михалик Д.С.

Смоленская государственная медицинская академия, Смоленск

Возможность прекращения курения пациентом не всегда является простой задачей и зависит от степени выраженности его никотиновой зависимости. Высокая степень никотиновой зависимости является показанием для назначения специализированной терапии.

Цель: исследовать распространенность и выраженность никотиновой зависимости в разных социальных группах населения.

Материалы и методы. Опрошено 64 человека: 32 женщины (23 студентки, 20,13±1,7 лет, 9 работающих женщин, 36,11±8,2 года),

32 мужчины (20 студентов, 20,95±1,6 года, 12 работающих мужчин, 33,08±6,37 года) с использованием теста Фагерстрема для оценки тяжести проявления абстинентного синдрома при прекращении курения. Статистическая обработка проведена с использованием непараметрических критериев.

Результаты. Среди работающего населения одинаково часто встречаются разные степени никотиновой зависимости (по 33,3%), при этом в 2,4 раза чаще, чем среди студентов, встречается высокая степень никотиновой зависимости (33,3% и 14% соответственно, $p=0,07$). Среди студентов 14% имеют сильную зависимость, 46,5% — умеренную, 39,5% — незначительную. Среди юношей-студентов 25% имеют сильную никотиновую зависимость, что чаще, чем среди девушек-студентов (4,3%) в 5,8 раза ($p=0,06$). Среди студентов в равной степени распространены незначительная и умеренная никотиновая зависимость (по 47,8%). Среди лиц мужского пола одинаково часто встречаются разные степени зависимости. Среди лиц женского пола незначительная зависимость выявлена в 37,5%, умеренная — в 53,1%. Среди мужчин чаще наблюдается незначительная (50%, $p=0,08$) и высокая (42%) степени, среди женщин — чаще встречается умеренная зависимость (67%, $p=0,009$). Высокая степень зависимости при этом среди мужчин обнаруживается в 3,3 раза чаще (31,3% против 9,4%, $p=0,002$). Встречаемость высокой степени зависимости среди работающих женщин в 5 раз чаще (22,2% против 4,3%, $p=0,00008$) по сравнению со студентками. Среди учащихся юношей в 5,5 раза чаще по сравнению с работающими мужчинами встречается умеренная степень зависимости (45% и 8,3% соответственно, $p=0,03$).

Выводы. 1. Высокой степени никотиновая зависимость чаще в 2,4 раза встречается среди работающего населения и в 3,3 раза чаще среди мужчин. 2. Среди работающего населения выше степень никотиновой зависимости по сравнению с учащимися. 3. Для прекращения курения 33,3% работающего населения и 14% учащихся нуждаются в специализированной помощи.

Вероятность и частота переломов у женщин пожилого возраста с остеопорозом

Ли Е.Д., Дроздов В.Н., Мешалкина Л.Ю.

Медицинский центр Банка России, Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

Цель: выявить больных пожилого возраста с высоким риском переломов, рассчитанным по шкале FRAX.

Материалы и методы. Исследовалось 200 женщин с остеопорозом, средний возраст составил 75,1±7,3 года. После верификации диагноза остеопороз, проведения двухэнергетической рентгеновской денситометрии, определения клинических факторов риска переломов и индекса массы тела была рассчитана 10-летняя вероятность переломов по шкале FRAX на момент включения больных в исследование. В течение 5 лет регистрировались частота падений, переломов, их локализация, проводилась статистическая обработка. По результатам наших исследований средняя вероятность всех переломов костей за 10 лет составила 14,4% без учета минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и 12,3% с учетом денситометрии, средняя вероятность переломов бедра 6,2% и 4,5% соответственно. Между 10-летней вероятностью переломов и частотой переломов за 5 лет существовала корреляционная зависимость, о чем свидетельствует коэффициент корреляции Спирмана, без МПКТ он составил $r_s = 0,59$, с МПКТ, он возрастал $r_s = 0,64$. Согласно расчетам по методике FRAX количество переломов за 5 лет превышало вероятный риск

переломов за 10-летний период. Относительный риск (ОР) всех переломов без учета денситометрии составлял 2,37, ОР переломов бедра 4,41, причем достоверной была разница только в числе переломов бедра у больных с вероятностью от 10%. При анализе числа всех переломов у больных со сниженной МПКТ по данным денситометрии, достоверной была разница вероятности от 10%, ОР всех переломов составил 2,1. Частота переломов бедра в течение 5 лет с учетом денситометрии повышалась только при вероятности от 4 до 9,9%, ОР составил 3,44.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют, что тенденции к риску переломов, рассчитанные по шкале FRAX, и реальная частота переломов в течение 5-ти лет совпадают, но число переломов в наблюдаемой группе превышает расчетную вероятность в 1,5 раза, так как шкала FRAX не учитывает дополнительные факторы риска переломов, отмечавшиеся в наблюдаемой группе, такие как, полиморбидность, прием медикаментов (миорелаксантов, транквилизаторов), приводящих к увеличению риска переломов.

Применение 64-спиральной КТ-ангиографии в диагностике ишемической болезни сердца у пациентов с высоким риском ее развития

Ликов И.В., Морозов С.П., Сальников Д.В., Сидоренко Б.А.

Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Москва

Цель исследования: определить клиничко-диагностическое значение 64-спиральной КТ-ангиографии коронарных артерий в диагностике ишемической болезни сердца.

Материалы и методы. В исследование включена 49 пациентов (27 мужчин и 22 женщины) с высоким риском развития ишемической болезни сердца (ИБС), у которых данный диагноз ранее не был верифицирован ангиографически. Средний возраст пациентов составил 57,4±9,6 года. В стационаре пациентам выполнялась проба с физической нагрузкой и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) коронарных артерий (КА). С целью верификации ИБС и оценки диагностического значения метода МСКТ всем пациентам была проведена коронароангиография (КАГ) как метод «золотого стандарта». В ходе исследования пациенты были распределены по 3 подгруппам в зависимости от клинических проявлений ИБС: пациенты с типичными симптомами ИБС ($n = 16$), с атипичными симптомами ($n = 27$), с отсутствием кардиальных жалоб ($n = 6$). Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета статистических программ Statistica 6.0 for Windows и электронных таблиц Excel 2007. Использовали непараметрические методы статистической обработки результатов: критерий Манна-Уитни для сравнения средних значений, корреляционный анализ по Спирману. Для оценки статистической значимости различий при малом числе наблюдений использовали критерий Фишера. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Чувствительность метода МСКТ-ангиографии в выявлении стенозов КА составила 96%, специфичность — 91,7%, диагностическая точность (ДТ) — 93,9%, положительная предсказательная ценность (ППЦ) — 92,3%, отрицательная предсказательная ценность (ОПЦ) — 95,7%. Чувствительность метода пробы с физической нагрузкой в предсказании наличия стенозов КА составила 58,3%, специфичность — 56%, ДТ — 57,1%, ППЦ — 56%, ОПЦ — 58,3%. Различия между показателями диагностической эффективности МСКТ-ангиографии и тредмил-теста достоверны ($p = 0,0497$).

Выводы. 64-спиральная КТ-ангиография, являясь высокоинформативным методом оценки состояния коронарных артерий, может быть использована в клинической практике с целью неинвазивной диагностики стенозов коронарных артерий у пациентов с высоким риском развития ИБС при наличии атипичного болевого синдрома в грудной клетке и при отрицательном или сомнительном результате пробы с физической нагрузкой. Диагностическое значение МСКТ-ангиографии в выявлении ИБС значительно выше, чем у тредмил-теста. Получение отрицательного результата МСКТ-ангиографии является достаточным основанием для исключения наличия у таких пациентов ИБС, что позволяет избежать проведения инвазивной КАГ.

Оценка состояния коронарных шунтов у пациентов с клиническим ухудшением течения ишемической болезни сердца с помощью 64-спиральной компьютерной томографии

Ликов И.В., Сидоренко Б.А., Морозов С.П., Сальников Д.В.

Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Москва

Цель исследования: оценить возможности мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в оценке состояния шунтов у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после операций аорто-, маммарокоронарного шунтирования (АКШ/МКШ).

Материалы и методы. В исследование включены 17 пациентов (12 мужчин и 5 женщин) с клиническим ухудшением течения ИБС, которым ранее была выполнена операция АКШ/МКШ. Средний возраст пациентов составил $70,0 \pm 6,2$ года. С целью оценки диагностического значения МСКТ-шунтографии всем пациентам была выполнена селективная коронарошунтография. Всего было проанализировано состояние 45 коронарных шунтов — 30 аорто- и 15 маммарокоронарных. Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета статистических программ Statistica 6.0 for Windows и электронных таблиц Excel 2007.

Результаты. При сравнении результатов МСКТ-шунтографии с селективной коронарошунтографией (референсный метод) получен 1 ложноположительный и 1 ложноотрицательный результаты. У одного пациента при выполнении МСКТ-шунтографии произошла переоценка степени стенозирования шунта — определена его частичная состоятельность (степень стеноза шунта- 60%), тогда как при выполнении коронарошунтографии стенозирование расценено как незначимое (30%). В другом случае при выполнении МСКТ-шунтографии определена состоятельность шунта (стеноз 40%), при выполнении коронарошунтографии выявлено значимое стенозирование (70%), определена частичная состоятельность шунта. В обоих случаях расхождение результатов было выявлено при оценке маммарокоронарных шунтов. Также отмечена полная сопоставимость результатов МСКТ-шунтографии и селективной коронарошунтографии при выявлении окклюзий коронарных шунтов. Чувствительность МСКТ-шунтографии составила 94,7%, специфичность — 96,2%, диагностическая точность — 95,6%, положительная предсказательная ценность — 94,7%, отрицательная предсказательная ценность — 96,2%.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что диагностическое значение МСКТ-шунтографии является высоким. Продемонстрирована полная сопоставимость результатов данного метода исследования с селективной коронарошунтографией,

что позволяет рекомендовать выполнение неинвазивной МСКТ-шунтографии пациентам с ИБС, ранее перенесших операцию АКШ/МКШ, при подозрении на нарушение функционирования коронарных шунтов.

Сравнительная оценка возможностей 64-срезовой компьютерной томографии в выявлении гемодинамически значимых и критических стенозов коронарных артерий

Ликов И.В., Сидоренко Б.А., Морозов С.П., Сальников Д.В.

Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Москва

Цель исследования: сравнить возможности мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с 64 рядами детекторов в выявлении гемодинамически значимых (>50%) и критических (>90%) стенозов коронарных артерий (КА).

Материалы и методы. В исследование включен 91 пациент (55 мужчин и 36 женщин) с имеющейся или предполагаемой ишемической болезнью сердца. Средний возраст пациентов составил $61,5 \pm 10,1$ года. Всего проанализировано состояние 362 магистральных коронарных артерий (ствол левой коронарной артерии, передняя нисходящая артерия, огибающая артерия, правая коронарная артерия). У 2 пациентов выявлен вариант строения КА — отсутствие ствола левой КА. С целью оценки диагностического значения МСКТ-ангиографии КА всем пациентам была выполнена коронароангиография. Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета статистических программ Statistica 6.0 for Windows и электронных таблиц Excel 2007. Использовали непараметрические методы статистики: критерий Манна-Уитни для сравнения средних значений, корреляционный анализ по Спирмену. Для оценки статистической значимости различий при малом числе наблюдений использовали критерий Фишера. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Чувствительность МСКТ-ангиографии в выявлении гемодинамически значимых стенозов при анализе по коронарным артериям ($n = 362$) составила 93,3%, специфичность — 92,0%, диагностическая точность (ДТ) — 92,5%, положительная предсказательная ценность (ППЦ) — 89,1%, отрицательная предсказательная ценность (ОПЦ) — 95,1%. При выявлении критических стенозов (>90%) и окклюзий КА чувствительность МСКТ составила 90,8%, специфичность — 100%, ДТ — 96%, ППЦ — 100%, ОПЦ — 93,2%.

Вывод. При увеличении степени тяжести стенозов КА значимых изменений чувствительности, ДТ, ОПЦ не выявлено ($p > 0,05$), а показатели специфичности и ППЦ статистически значимо увеличиваются ($P < 0,05$).

Фармакоэпидемиологические и клинические аспекты применения лекарственных средств для устранения симптомов насморка во время беременности

Литвинова М.П.

6-я городская клиническая больница, Минск

Вазомоторный ринит, возникающий во время беременности, именуемый как назальная обструкция, или ринит беременных,

является распространенным состоянием. По данным различных исследований, ринит во время беременности регистрируется примерно у 2/3 беременных.

Цель исследования: изучить распространенность насморка во время беременности, изучить практику применения лекарственных средств для устранения симптомов насморка в лечебных учреждениях Беларуси.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в рамках Республиканского многоцентрового одномоментного поперечного исследования «Лекарственные средства и беременность», проведенного в Республике Беларусь в течение года, с ноября 2008 г. по ноябрь 2009 г. В исследовании приняли участие 1334 женщины на разных сроках беременности и 619 врачей из разных областей РБ. Дополнительно для оценки распространения насморка и применения лекарственных средств во время беременности было проведено локальное одномоментное поперечное исследование по самостоятельно разработанным анкетам. Исследование проводилось с августа 2010 г. по январь 2011 г. В нем приняли участие 100 беременных женщин, находящихся в отделениях патологии беременности и родильных отделениях 6 ГКБ.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ по анкетам в рамках локального одномоментного поперечного исследования. Симптомы насморка во время беременности отмечали 59% женщин (у 50% насморк длился 5—7 дней, у 32% — больше 7 дней, у 18% — ринит на протяжении всей беременности). 73% беременных при насморке используют капли для носа, 10% не лечат вообще, 7% используют немедикаментозные методы лечения (промывание солевым раствором, физиотерапевтические методы). 40% опрошиваемых женщин не обращаются к врачу по поводу насморка. 29% самостоятельно используют капли для носа. Велик также процент женщин, нарушающих рекомендуемый режим дозирования назальных спреев: больше 3 раз в день используют капли для носа 7% женщин, более 5 дней — 10% женщин, постоянно — 10%, что может привести не только к попаданию веществ в системный кровоток, а также к тахифилаксии и возникновению медикаментозного ринита, который в последующем очень трудно поддается терапии и приводит к ухудшению качества жизни. Результаты анализа анкет в рамках Республиканского многоцентрового одномоментного поперечного исследования «Лекарственные средства и беременность». Для устранения симптомов насморка во время беременности врачами чаще предлагались фитопрепараты (53,8% и 42,3% в 1-м и 2—3-х триместрах соответственно), салин — 9,8% и 7,5%, оксиметазолин — 9,4% и 19,3%, нафазолин — 8,5% и 2,1%, гомеопатические средства — 2,5% и 3,1%, ксилометазолин — 1,7% и 2,1%. При опросе беременных о средствах, применяемых для устранения симптомов насморка, были получены следующие результаты. Наиболее часто использовались оксиметазолин (43,3%) и комбинированные препараты (41,4%), в 12,1% случаев — ксилометазолин. Выводы 1) Тактика фармакотерапии симптомов ринита во время беременности в недостаточной степени соответствует современным рекомендациям: Имеет место использование препаратов с недоказанной клинической эффективностью и безопасностью при беременности: • Велик процент назначений фитопрепаратов для устранения симптомов насморка во время беременности (53,8% и 42,3% в 1-м и 2—3-м триместрах соответственно). • Использование гомеопатических препаратов (2,5% и 3,1% в 1-м и 2—3-м триместрах соответственно). • Недостаточное использование хлорида натрия (салин — 9,8% и 7,5% в 1-м и 2—3-м триместрах соответственно), который обладает доказанной клинической эффективностью и безопасностью во время беременности.[5] 2) Отмечается широкое использование назальных деконгестантов (55,4% случаев) беременными, применение

которых из-за теоретического риска вазоконстрикции маточных сосудов рекомендуется свести к минимуму. При этом 11,7% женщин самостоятельно эпизодически применяют назальные деконгестанты, помимо назначенных врачом.

Велотренировки у больных пожилого и старческого возраста с сочетанной сердечно-сосудистой патологией

Ломакина Н.А., Молчанов А.В., Кондакова Г.Б.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель исследования: изучить влияние велотренировок (ВТ) в режиме свободного выбора нагрузки (СВН) на физическую работоспособность у больных пожилого и старческого возраста с сочетанной сердечнососудистой патологией.

Материал и методы. Обследовано 122 больных (92 мужчин и 30 женщин). Средний возраст больных 76,78±1,28 года. У всех больных отмечалось сочетание артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, осложненное хронической сердечной недостаточностью. Больные рандомизированы на две группы: основная — 82 больных, получавших ВТ в сочетании с медикаментозной терапией; сравнения — 40 больных получавших только фармакотерапию. ВТ проводились на велоэргометре (G X1 фирмы KETTLER) 10-15 занятий по 15-20 минут с использованием методики СВН: свободный выбор больным частоты педалирования, мощности нагрузки и продолжительности ВТ. Всем больным до и после лечения проводилась велоэргометрия. Определялись следующие показатели: хронотропный резерв (ХР), инотропный резерв (ИР), пороговая мощность (ПМ), толерантность к физической нагрузке (ТФН), индекс экономичности (ИЭ). Больные были рассмотрены в зависимости от возраста (до и старше 80 лет).

Результаты исследования. В процессе лечения ВТ в основной группе у больных в возрасте до 80 лет отмечалось увеличение ПМ и ТФН в среднем на 40% (p<0,0001). ХР и ИР не изменялись. ИЭ уменьшился на 22% (p<0,0001). В группе сравнения у данной категории больных отмечалось увеличение ПМ на 15% (p≤0,04) и ТФН на 17% (p≤0,01). ХР существенно не изменился. Имелась тенденция к увеличению ИР на 50%. ИЭ уменьшился на 9% (p≤0,08). У больных старше 80 лет в обеих группах до лечения отмечались более низкие показатели ПМ, ТФН, ИР и высокое значение ИЭ по сравнению с больными в возрасте до 80 лет. В основной группе у больных старше 80 лет на фоне лечения ВТ увеличились ПМ и ТФН на 25% и 29% соответственно (p<0,0001) и уменьшился ИЭ на 25% (p<0,0001). ХР и ИР не изменились. У больных старше 80 лет группы сравнения наметилась тенденция к увеличению ТФН. Отмечалось уменьшение ИЭ на 14% (p≤0,08). Другие показатели не изменились.

Выводы. Применение велотренировок в режиме СВН в комплексном лечении больных с сочетанной сердечнососудистой патологией пожилого и старческого возраста увеличивает физическую работоспособность, особенно у больных старше 80 лет.

Фактор курения в развитии хронического панкреатита

Лоранская И.Д., Мулухова Э.В.

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Хронический панкреатит по масштабам распространенности и росту заболеваемости, потерям трудоспособности и инвалидизации является важной социально-экономической проблемой. Из всего многообразия причин возникновения ХП на особом месте находится курение и употребление алкоголя. Табакокурение — доказанный фактор риска многих заболеваний. В России курение является самой распространенной вредной привычкой, которая приводит к преждевременной смерти населения. В последние годы, по данным зарубежных авторов, стало известно, что панкреатиты у курящих наблюдаются в два раза чаще по сравнению с некурящими субъектами, риск развития заболевания растет в зависимости от количества выкуриваемых сигарет.

Цель нашего исследования: определение роли курения как фактора риска в развитии хронического панкреатита различной этиологии. Материалы и методы. Было обследовано 38 пациентов с хроническим панкреатитом, у которых выяснялся стаж курения и количество выкуриваемых сигарет в день с последующим вычислением индекса курящего человека (ИКЧ), выражаемого числом пачка/лет. ИКЧ = Ч х С / 20, где Ч — число выкуриваемых сигарет (в сутки), С — стаж курения (годы), 20 количество сигарет в условной пачке.

Результаты. На данный момент обследовано 38 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет с хроническим панкреатитом различной этиологии, из которых непрерывно курящих — 21 (55,3%), некурящих — 17 (44,7%). Стаж курения у обследованных пациентов в среднем составил 18,5 года. ИКЧ составил в среднем 21,6 пачка/лет (от 1,6 до 86 пачка/лет). У 13 (62%) пациентов курение сочеталось с употреблением алкоголя. У них же отмечались более частые обострения хронического панкреатита.

Выводы. Таким образом, больше половины обследованных пациентов с хроническим панкреатитом непрерывно курили. Курение, особенно в сочетании с употреблением алкоголя, является фактором риска развития частых обострений хронического панкреатита.

Диагностика нарушений церебральной гемодинамики при хронической обструктивной болезни легких

Лоскутова Н.В., Меньшикова И.Г., Квасникова Ю.В., Ищенко В.В., Шевченко Е.А.

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

Цель: оценка состояния гемодинамики головного мозга с помощью ультразвуковой доплерографии у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) на разных стадиях формирования хронического легочного сердца (ХЛС).

Материалы и методы. Обследовано 75 больных ХОБЛ в период обострения, которые были поделены на 3 группы: I группа — 25 больных без легочной гипертензии (ЛГ) в покое; II группа — 30 больных с компенсированным ХЛС; III группа — 20 пациентов ХОБЛ с декомпенсированным ХЛС. Средний возраст больных составил $54,9 \pm 1,4$ года, длительность заболевания — $14,2 \pm 1,4$ года, индекс курящего $19,5 \pm 1,4$ пачка/лет. В контрольную группу вошли 20 практически здоровых лиц. Исследование гемодинамики проводили на ультразвуковом аппарате XD-11 XE «PHILIPS» (США) в М-, В-, доплеровском режимах и цветового картирования потоков. Анализировали толщину комплекса интима-медиа (КИМ), максимальные, минимальные, средние скорости кровотока, пульсационный (PI) и резистивный (RI) индексы в общей сонной, внутренней и наружной сонных, позвоночной и средней мозговой

артериях. Всем больным проведено клинико-лабораторное обследование, изучение функции внешнего дыхания, легочной гемодинамики.

Результаты. При исследовании экстракраниальных сосудов выявлено уменьшение эластичности и увеличение толщины сосудистой стенки. В I группе КИМ общих сонных артерий не претерпевала значительных изменений, во II и III группе она достоверно увеличивалась. При анализе показателей церебральной гемодинамики у больных I группы наблюдалось повышение RI и PI на экстра- и интракраниальном уровне ($p < 0,05$), статистически недостоверное повышение максимальной скорости кровотока в среднемозговых и внутренних сонных артериях. Для больных II группы характерным явилось замедление скорости кровотока в среднемозговых артериях и вертебробазилярном бассейне. У пациентов III группы выявлено снижение скорости кровотока в экстракраниальных ($p < 0,05$) и интракраниальных артериях ($p < 0,01$).

Выводы 1. Исследование церебральной гемодинамики с помощью ультразвуковой доплерографии позволяет оценить состояние и своевременно выявить нарушения артериального кровотока головного мозга у больных ХОБЛ. 2. При ХОБЛ происходит ремоделирование сосудов головного мозга, нарушение церебральной гемодинамики, которые нарастают по мере развития и прогрессирования хронического легочного сердца.

Адекватность лечения больных варфарином

Лузина Е.В., Ларева Н.В., Дурова О.А., Карелина О.А., Соколова Ю.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель: оценить эффективность и адекватность лечения больных варфарином.

Материалы и методы. Было проанализировано 48 историй болезни пациентов, получающих лечение варфарином, в разных отделениях краевой клинической больницы г. Читы с октября 2010 г. по февраль 2011 г. Проведено анкетирование 40 пациентов, в результате которого оценивалась информированность больных о необходимости и адекватности приема варфарина.

Результаты. Исследуемая группа, состоящая из 48 человек, представлена 47,9% мужчин и 52,1% женщин, средний возраст которых составил $57,1 \pm 13,1$ года. Из числа анкетированных (40 человек) информированы о своем заболевании и необходимости приема варфарина всего 30 пациентов (75%), а знают о механизме действия препарата 27 больных (67,5%). С побочными действиями варфарина ознакомились только 16 человек (40%). О методах лабораторного контроля (МНО) при лечении непрямыми антикоагулянтами информированы 23 пациента (57,5%). Контролируют МНО согласно рекомендациям всего 3 пациента (7,5%), не контролируют вообще 16 больных (40%). Специальный дневник по приему варфарина и контролю МНО ведет 1 человек (2,5%). В структуре заболеваний наиболее частой патологией, по поводу которой назначался варфарин, оказались тромбозы. Из них по поводу тромбоза легочной артерии препарат получали 9 человек (18,8%), тромбоза вен нижних конечностей — 1 (2,1%), тромбоза в левом предсердии — 1 (2,1%), тромбоза подключичной вены — трое (6,3%) больных. Второй нозологической формой оказались нарушения ритма сердца. Варфарин по этому поводу принимали 23 пациента (47,9%). Среди нарушений ритма наиболее часто имела место фибрилляция предсердий (22 пациента — 45,8%). По поводу протезирования непрямого антикоагулянт получали 5 человек (10,4%). Протезирование проводилось бедренной артерией

у 2 пациентов (2,1%), аортального и митрального клапанов у 3 больных (6,3%). 1 обследуемый принимал варфарин по поводу проведенного аортокоронарного шунтирования (2,1%). Средняя доза варфарина в исследуемой группе оказалась $1,64 \pm 1,6$ мг/сутки. Продолжительность приема препарата составила $40,2 \pm 26,1$ месяца. Адекватная гипокоагуляция не была достигнута ни в одном случае. МНО при поступлении в стационар регистрировалось на цифрах $1,95 \pm 1,2$, а при выписке из стационара МНО у таких пациентов составило $1,78 \pm 1,0$. Рекомендации по приему варфарина и контролю МНО после выписки получили только 32 человека (66,6%).

Выводы. Информированность пациентов о целях лечения варфарином и методах контроля за таким лечением является недостаточной, коррекция дозы и контроль гипокоагуляции неполными в результате отсутствия врачебных рекомендаций. На амбулаторном и стационарном этапах лечения терапия варфарином оказалась неадекватной, целевой уровень МНО не был достигнут.

Изучение ассоциаций генов ферментов биотрансформации ксенобиотиков с развитием алкогольного гепатита

Лукманова Л.И., Давлетшин Р.А., Юлдашев В.Л., Асадуллин А.Р., Викторова Т.В.

Институт биохимии и генетики, лаборатория экологической генетики, Уфа

Несмотря на опубликованные за последнее десятилетие результаты многочисленных исследований, доказывающих роль полиморфизма генов в развитии гепатитов, в практической медицине эти сведения остаются мало учтенными. На основании установленных ассоциаций аллельных вариантов генов-кандидатов с развитием патологии можно прогнозировать характер течения и исходы болезни. Использование генетических маркеров помогает раскрыть патогенез, способствует диагностике и профилактике.

Цель работы: выявить ассоциации полиморфных вариантов генов CYP2E1, GSTT1 с развитием алкогольного гепатита. Объект исследования — образцы ДНК, выделенные из лейкоцитов крови методом фенольно-хлороформной экстракции у лиц, проживающих в Республике Башкортостан. Проведено комплексное обследование 93 больным хроническим алкоголизмом, включающее стандартные общеклинические и биохимические (определение уровня общего сывороточного билирубина, АсАТ — активность аспартатаминотрансферазы, АлАТ — активность аланинаминотрансферазы, индекс де Ритиса) методы диагностики. Группу контроля составили 95 здоровых индивидуумов. Отсутствие маркеров вирусных гепатитов являлось обязательным условием отбора в группы. Изучен рестрикционный полиморфизм (-1019)C/T гена цитохрома P-450 2E1 (CYP2E1) методом анализа полиморфизма длин рестрикционных фрагментов продуктов полимеразной цепной реакции синтеза ДНК и делеционный полиморфизм гена глутатион-S-трансферазы T1 (GSTT1) методом ПЦР. Для статистического анализа использовали стандартные методы. Количественную оценку относительного риска заболевания по конкретному генотипу вычисляли с помощью показателя отношения шансов (OR). Определено, что среди больных алкогольным гепатитом (АГ) носители генотипа C1C1 гена CYP2E1 составляли 96,7%; C1C2 — 1,1% и C2C2 — 2,2%; в контроле соответственно — 97,8%; 1,1%; 1,1%. Статистический анализ показал, что различия между группами АГ и контроля были незначительными ($p > 0,05$). Установлено, что среди больных АГ с

показателем соотношения АсАТ/АлАТ более 2 (индекс де Ритиса) значительно чаще встречался генотип C2C2 (10,3% против 0,0%; $\chi^2 = 3,85$; $p = 0,04$). Полученные результаты согласуются с литературными данными о том, что у носителей мутации гена CYP2E1 наблюдается повышенная активность P-450 2E1. Индукция цитохрома ведет к увеличению потребления кислорода, образования ацетальдегида и активации процессов ПОЛ через накопление активных радикалов, ухудшая течение болезни. Сравнительный анализ делеционного полиморфизма гена GSTT1 показал, что лица с нулевым генотипом значительно реже встречаются среди больных АГ (12,9% против 25,3%; $\chi^2 = 3,87$; $p = 0,05$; OR = 0,44). Установлено, что высокий индекс де Ритиса среди больных АГ чаще встречается у носителей делеции гена (22,2% против 5,3%; $\chi^2 = 4,57$; $p = 0,04$). Таким образом, генотип C2C2 гена CYP2E1 и нулевой генотип GSTT1 ассоциируются с более тяжелым течением алкогольного гепатита.

Особенности ремоделирования и эндотелиальная дисфункция у больных хронической обструктивной болезнью легких

Лычев В.Г., Клестер Е.Б., Клестер К.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Гипоксемия, сопровождающая ХОБЛ, приводит к развитию вазоконстрикции легочных сосудов, ремоделированию и развитию дисфункции ПЖ. Кроме того, у больных ХОБЛ отмечается дисфункция ЛЖ, которую связывают со смещением МЖП, вследствие дилатации ПЖ, либо с развитием ее гипертрофии, что рассматривается как фактор, способствующий синхронному изменению деятельности желудочков.

Цель работы: оценить особенности ремоделирования миокарда ЛЖ и ПЖ, легочную гемодинамику и эндотелиальную дисфункцию у больных ХОБЛ.

Материал и методы исследования. Специальные функциональные и ультразвуковые методы исследования выполнены у 218 больных ХОБЛ легкой и средней степени тяжести в фазе ремиссии за период 2010-2011 гг. Среди обследуемых были 151 мужчина и 67 женщин в возрасте от 40 до 60 лет. ХОБЛ диагностирована в соответствии с рекомендациями GOLD (2007г.), длительность ХОБЛ — $11,5 \pm 2,1$ года.

Результаты. У всех больных ХОБЛ выявлены нарушения в виде диастолической дисфункции ПЖ (Е/А ТК = $0,94 \pm 0,12$) и ЛЖ (Е/А МК = $1,02 \pm 0,21$), что подтверждает наличие сердечной недостаточности. Явная тенденция к утяжелению дисфункции ПЖ прослеживалась у пациентов со средней степенью тяжести. Это проявлялось появлением в этих группах пациентов с рестриктивным типом трансрикуспидального кровотока. Гипертрофия ПЖ развивалась при средней степени тяжести ХОБЛ (ТСПЖ = $5,20 \pm 1,02$ мм, Е/А ТК = $0,90 \pm 0,20$), при прогрессировании диастолической дисфункции ЛЖ (Е/А МК = $0,93 \pm 0,16$). Легочная гипертензия у больных ХОБЛ носит умеренный характер, при легкой степени тяжести ХОБЛ среднее давление в легочной артерии составило $20,5 \pm 2,7$ мм рт.ст.; при средней тяжести — $23,1 \pm 1,8$ мм рт.ст. ИММЛЖ и ММЛЖ оказались выше при средней степени тяжести на 18% ($p < 0,001$). Среднее значение размеров ЛП при 1 стадии — $40,6 \pm 1,2$ мм, при 2 — $41,7 \pm 1,9$ мм. Выявлено достоверное увеличение конечного диастолического размера (КДР) — $55,9 \pm 2,9$ мм, конечного систолического размера (КСР) — $39,5 \pm 4,2$ мм при 1 стадии и $57,8 \pm 3,7$ мм и $40,9 \pm 3,6$ мм, соответственно — при 2 стадии. Корреляционный анализ выявил

взаимосвязь основных параметров диастолической функции желудочков с парциальным давлением кислорода в крови. Эндотелиальная дисфункция у больных ХОБЛ ассоциирована с выраженностью гипоксемии. Таким образом, у больных ХОБЛ уже при 1 стадии развивается диастолическая дисфункция ПЖ и ЛЖ, невысокая легочная гипертензия. Дальнейшее прогрессирование гемодинамических нарушений и эндотелиальной дисфункции зависит от степени снижения функции внешнего дыхания.

Особенности иммунного ответа и микробиоценоза дыхательных путей у больных с сочетанием хронической обструктивной болезни легких и сахарного диабета 2 типа

Любавина Н.А.

Нижегородская государственная медицинская академия,
Нижний Новгород

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и сахарный диабет 2 типа (СД 2) являются распространенными во всем мире заболеваниями. В настоящее время недостаточно изучены факторы, способствующие бактериальной колонизации нижних дыхательных путей (НДП) у больных сочетанной патологией, не определено значение растворимых форм дифференцировочных молекул клеток иммунной системы в патогенезе ХОБЛ. Целью работы явилось изучить влияние нарушений углеводного обмена при СД 2 на сывороточное содержание растворимых форм дифференцировочных молекул клеток иммунной системы и микробиоценоз НДП у больных ХОБЛ.

Материалы и методы. Обследовано 90 больных ХОБЛ, из них 40 пациентов с сопутствующим СД 2 (I A группа). Всем больным проводились общеклиническое обследование, спирометрия, микробиологическое исследование мокроты. Сывороточное содержание молекул sCD50, sCD54, sCD38, sCD8, sCD95, sHLA I и sHLA-DR определяли иммуноферментным методом, результаты представлены в условных единицах (U/ml) в виде Me[25;75]. Образцы сыворотки крови больных сравнивали с образцами сыворотки 30 здоровых доноров, сопоставимых по полу и возрасту.

Результаты. У больных I A группы при декомпенсации СД 2 уровень sCD50, sCD8, sCD95 и sCD38, молекул sHLA I был снижен, а sHLA-DR — повышен относительно доноров и больных ХОБЛ без диабета (I B группа) и составил 188[94;293], 260[214;324], 104[41;167], 45[41;97], 566[328;732] и 124[115;134] соответственно. В посевах мокроты больных I A группы монокультура была выявлена в 20% случаев, ассоциации от 4 до 7 видов встречались чаще, чем у больных I B группы (45% против 25%, $p=0,038$). Выявлена обратная связь между количеством видов микроорганизмов и показателем ОФВ1 ($r=-0,57$ $p=0,04$), а также прямая связь с уровнем гликозилированного гемоглобина ($r=0,68$ $p=0,03$). У больных с компенсированным СД 2 в мокроте чаще выявлялись стрептококки и микрофлора, соответствующая флоре верхних ДП (в 40% и 60% выделенных бактерий), а при декомпенсации СД 2 возрастала роль грибов рода *Candida* и энтеробактерий (ЭБ) (60% и 65% соответственно). Гемофильные и синегнойные палочки и пневмококки выделялись только при декомпенсации СД 2. Выявлена прямая связь уровня гликозилированного гемоглобина и количества в мокроте грибов рода *Candida* ($r=0,89$ $p=0,01$), гликемии натощак и обсемененности ЭБ ($r=0,45$ $p=0,04$). С увеличением продолжительности курения возрастала обсемененность ЭБ и кандидами ($r_1=0,7$ $p_1=0,04$; $r_2=0,71$ $p_2=0,01$ соответственно). В I A группе обнаружена обратная связь

показателя проходимости средних бронхов МОС50 и количества ЭБ мокроты ($r=-0,65$ $p=0,045$), а также количества грибов рода *Candida* мокроты с уровнем sCD54 ($r=-0,65$ $p=0,047$) и sCD95 ($r=-0,65$ $p=0,03$). Декомпенсация углеводного обмена у больных с сочетанием ХОБЛ и СД 2 усугубляет влияние интенсивности курения, бронхообструкции, нарушенных механизмов адгезии, активации и апоптоза иммунокомпетентных клеток и приводит к более высокой микробной колонизации бронхиального дерева ЭБ, пневмококками, грибами рода *Candida*.

Повышение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли как фактор риска развития гипертонической болезни у рабочих машиностроительного предприятия

Любченко П.Н., Атаманчук А.А., Дмитрук Л.И.

Московский областной научно-исследовательский институт
им. М.Ф. Владимирского, Москва

Цель исследования: изучить порогвкусовой чувствительности к поваренной соли у рабочих — мужчин машиностроительного завода подвергающихся шуму и вибрации, для выявления возможного дополнительного фактора риска развития гипертонической болезни (ГБ).

Материалы и методы. В исследование включено 46 рабочих, мужчин в возрасте $46,8 \pm 13,3$ года. ГБ выявлена у 21 (45,7%) рабочего, нормотензивных 25 (54,35%) человек. У всех определялась вкусовая чувствительность к поваренной соли по Henkin R.J. с соавт, за норму принималось ощущение соли при нанесении на язык 0,32% раствора NaCl. Все рабочие по признаку наличия ГБ были распределены на 2 группы: 1-я с ГБ, 2-я без нее.

Результаты. Среди рабочих с ГБ вкусовая чувствительность к поваренной соли составила в среднем $1,25 \pm 0,25\%$, у нормотензивных рабочих $0,36 \pm 0,06\%$. Разница достоверна $p < 0,05$. Среди 25 рабочих с нормальным АД у 7 (28%) было повышение порога вкусовой чувствительности к NaCl ($0,77 \pm 0,08\%$). В группе рабочих с ГБ у 5 был нормальный уровень чувствительности к поваренной соли ($0,26 \pm 0,05\%$). Коэффициент корреляции между ГБ и солевой чувствительностью составил 0,57. У рабочих с ГБ выявлен повышенный порог вкусовой чувствительности к поваренной соли, достоверный по средним данным по сравнению с нормой и нормотензивными рабочими. Повышенный порог чувствительности у здоровых рабочих, выявленный у 28%, может быть предвестником развития ГБ и должен являться показанием для диспансеризации этих рабочих с целью раннего выявления ГБ и снижения ее осложнений.

Новый метод физических тренировок в коррекции гиподинамии у больных ишемической болезнью сердца, перенесших эндоваскулярное вмешательство после острого коронарного синдрома

Лямина Н.П., Разборова И.Б., Носенко А.Н., Котельникова Е.В., Карпова Э.С.

Саратовский научно-исследовательский институт кардиологии, Саратов

Гиподинамия является одним из важных корректируемых факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС).

Цель: оценка эффективности ходьбы с утяжелением при применении на амбулаторном этапе в коррекции гиподинамии у больных ИБС, перенесших эндоваскулярное вмешательство (ЧКВ) после острого коронарного синдрома (ОКС). В исследование включено 38 больных ИБС мужского пола в возрасте от 46 до 63 лет, имевших в анамнезе ОКС и перенесших ЧКВ давностью 3 и более суток к моменту начала физических тренировок (ФТ). Больные не имели противопоказаний к назначению длительных ФТ и получали медикаментозную терапию согласно действующим стандартам. Пациенты были рандомизированы в 2 группы, сопоставимые по клиническому статусу и результатам ЧКВ. В I группе ФТ осуществлялись ходьбой с утяжелением в произвольном темпе не менее 1 часа ежедневно (масса тренирующего груза рассчитывалась индивидуально, приоритет № 2010136208 от 27.08.2010), II группа — группа контроля, не выполняющая ФТ. Исходно и через 6 месяцев выполнения ФТ всем пациентам проводилось клиническое обследование, суточное мониторирование ЭКГ, СМАД, тредмил-тест, оценка качества жизни (КЖ) (опросник ВОЗКЖ-100), оценка степени выраженности гиподинамии (шагомеры Walking Style II, модель OMRON HJ — 113 — E и сокращенной версии опросника CINDI).

Результаты. При исходной оценке степени выраженности гиподинамии: по опроснику 52% имели низкий уровень физической активности (ФА), 39% — средний, 9% — высокую ФА; по шагомеру: у 86% пациентов имелись признаки гиподинамии, а у 14% их не было. На фоне проведения длительных ФТ через 6 мес. получена положительная динамика в группе I: низкий уровень ФА — 41%, средний — 45%, высокий — 14% пациентов. В группе II отмечена незначительная тенденция к росту гиподинамии: низкий уровень ФА — 58%, средний — 36%, высокий — 6%. По шагомеру в I группе признаков гиподинамии не имели 47%, во II группе — 15%. Прекращения ФТ в связи с развитием осложнений и нежелательных событий не было. Повышение уровня повседневной ФА в группе I сопровождалось повышением толерантности к физической нагрузке (на 26%), улучшением приверженности медикаментозной терапии (на 13%) и повышением КЖ у всех пациентов. Таким образом, применение ходьбы с утяжелением в качестве тренирующего фактора на амбулаторном этапе эффективно в коррекции гиподинамии у больных ИБС, перенесших ЧКВ после ОКС.

SP-D — дополнительный специфический маркер тяжести заболевания при хронической обструктивной болезни легких

Лямина С. В., Сметнева Н.С., Попкова А.М., Малышев И.Ю.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва

Учитывая высокую заболеваемость, возрастающую смертность, значительный экономический и социальный ущерб от ХОБЛ, своевременная диагностика и современные методы лечения заболевания являются залогом успешного контроля над болезнью и максимально позднего развития осложнений, определяющих качество и продолжительность жизни больных

Цель: определение уровня сурфактантного белка D (SP-D) в сыворотке пациентов с ХОБЛ, имеющих различную тяжесть заболевания.

Методы. Определение уровня SP-D в сыворотке проводилось у 34 пациентов с ХОБЛ I-III стадии в период обострения заболевания и 20 здоровых лиц. Группы были сравнимы по полу и возрасту (4 женщины/30 мужчин и 2 женщины/18 мужчин, соответственно;

59,2+/-4,9 года и 58,6+/-5,2 года). В исследование не включались лица, имеющие другие хронические воспалительные заболевания органов дыхания, помимо ХОБЛ, а также дыхательную, сердечно-сосудистую, почечную и печеночную недостаточность, онкологические заболевания, эндокринные, метаболические, нервно-психические нарушения, системные заболевания соединительной ткани, принимающие ингаляционные или топические глюкокортикостероиды и другие гормональные препараты. Забор крови осуществлялся утром натощак. Определение SP-D в сыворотке проводилось иммуноферментным методом (BioVendor №194-0591).

Результаты. Уровень SP-D в сыворотке в контрольной группе составил 61,8+/-3,6 нг/мл, тогда как в группе пациентов с ХОБЛ уровень белка был значительно повышен и составил 98,7+/-5,2 (p<0,01) нг/мл для I стадии ХОБЛ, 136,4+/-4,8 нг/мл (p<0,01) для пациентов со II стадией ХОБЛ и 149,6+/-6,4 (p<0,01) нг/мл для III стадии ХОБЛ. В результате превышение уровня SP-D нормы при ХОБЛ I стадии определялось в 1,6 раза, при II стадии в 2,2 раза, а при III стадии уже в 2,4 раза. Таким образом, у пациентов с ХОБЛ по сравнению со здоровыми лицами уровень сурфактантного белка D в сыворотке выше, определяется прямая зависимость уровня SP-D от тяжести заболевания. На основании полученных данных уровень SP-D в сыворотке может рассматриваться как один из дополнительных специфических маркеров тяжести заболевания при ХОБЛ.

Регуляция пластичности иммунного ответа — путь к успеху в лечении заболеваний легких

Лямина С.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва

Нарушение пластичности иммунного ответа является основным звеном патогенеза заболеваний легких с воспалительным компонентом. Регуляция управления пластичностью иммунного ответа в легких с помощью компонентов микроокружения альвеолярных макрофагов.

Цель: разработка моделей управления пластичностью иммунного ответа при заболеваниях легких.

Материалы и методы. In vitro на культуру альвеолярных макрофагов, выделенных из бронхо-альвеолярной лаважной жидкости пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ, n=18), бронхиальной астмой (БА, n=17), саркоидозом (СЗ, n=23) и у здоровых лиц (n=15) воздействовали различными концентрациями интерферона-гамма (INF-γ) и интерлейкина-4 (IL-4) — цитокиновая модель, и сыворотки, содержащей трансформирующий фактор роста TGF-β и сурфактантный белок D (SP-D) — сывороточная модель. Качество биопрограммирования макрофагов оценивалось по морфологической характеристике (световая микроскопия), продукции цитокинов и экспрессии поверхностных макрофагальных маркеров (проточная цитометрия, Beckman Coulter FC500, FlowCytomix human Th1/Th2 11plex, антитела к CD80, CD 25, CD163, CD206).

Результаты. Установлено, что воздействие INF-γ 10 нг/мл, как при ХОБЛ, БА и СЗ, так и у здоровых лиц, сдвигает баланс в сторону M1 фенотипа, способствуя развитию Th1 звена иммунного ответа, тогда как влияние IL-4 40 нг/мл и 80 нг/мл программировало макрофаги на M2 фенотип и обусловливало развитие Th2 иммунного ответа с четкой зависимостью от концентрации IL-4. Изменение концентрации сыворотки и, соответственно, TGF-β и SP-D в микроокружении макрофагов целенаправленно программировало фенотип макрофагов

или на M1, или M2, обеспечивая развитие преимущественно Th1 или Th2 звена иммунного ответа. Снижение концентрации сыворотки до 0% программировало макрофаги на M1 фенотип, способствуя развитию Th1 иммунного ответа, последовательное увеличение концентрации сыворотки с 20 до 40% приводило к биопрограммированию макрофагов на M2 фенотип и развитию Th2 ответа с прямой зависимостью от увеличения концентрации. Эффективность биопрограммирования макрофагов при ХОБЛ, БА и СЗ по всем характеристикам была выше при использовании сывороточной модели.

Таким образом, установлена эффективность разработанных сывороточной и цитокиновой моделей регуляции пластичности иммунного ответа при заболеваниях легких, что позволяет рассматривать данные модели как новый подход для основ патогенетической терапии заболеваний легких.

Тяжелые металлы при гастроэнтерологических заболеваниях у детей

Майорова А.В., Текуцкая Е.Е.

Кубанский государственный медицинский университет,
Краснодар

Микроэлементы играют важную роль во многих физиологических процессах человека. Между тем, мало изучена взаимосвязь металл-лигандного гомеостаза с причинами возникновения патологии желудочно-кишечного тракта у детей.

Цель: определение содержания тяжелых металлов (ТМ) и поиск биомаркеров токсического действия ТМ на организм с использованием показателей активности антиоксидантных ферментов у детей с заболеваниями органов пищеварения.

Материалы и методы. Проанализированы биосреды 80 детей в возрасте от 7 до 15 лет, распределены на 2 группы: 1 группа — 60 детей, проживающих на территории Краснодарского края с различным уровнем загрязнения окружающей среды обитания, и 2 группа — 20 детей, проживающих на территории с благополучной санитарно-гигиенической ситуацией, с патологией органов пищеварения: хронический гастродуоденит 25%, язвенная болезнь желудка 32%, хронический энтерит 43%. В биосредах, с использованием унифицированных методик пробоподготовки и элементного анализа определялись концентрации свинца, кадмия, меди и цинка. В крови — активность каталазы эритроцитов, глутатионредуктазы. Полученные данные обработаны с помощью программы Statistica Версия 6.0.

Результаты и обсуждение: В результате проведенного исследования у обследуемых детей (77%) 1 группы в сыворотке крови обнаружено повышенное содержание ТМ по сравнению с 2 группой. Так, уровни содержания ТМ составили, мг/дм³: меди — 0,57±0,15, свинца 0,12±0,01, цинка 5,05±0,13, кадмия 0,003±0,001. Нормальное содержание эссенциальных микроэлементов сохраняется лишь у 9% детей с патологией органов пищеварения, что, по-видимому, связано с нарушением их всасывания в желудочно-кишечном тракте. Среднее значение активности каталазы эритроцитов было уменьшено на 20—25% по сравнению со здоровой группой, а глутатионредуктазы на 8-11%. Выводы. Для детей с заболеваниями органов пищеварения характерно накопление кадмия, свинца в сыворотке крови и снижение содержания цинка и меди, что обуславливает угнетение активности антиоксидантной системы защиты организма. Проведенный корреляционный анализ показал, что у детей с высоким уровнем токсичных ТМ и низкой активностью каталазы гастроэнтерологическое

заболевание имеет чаще прогрессирующее течение, чем у детей с высоким уровнем ТМ и сохраненной активностью каталазы эритроцитов.

Особенности оказания помощи больным с артериальной гипертензией на догоспитальном этапе в условиях коммерческой Службы скорой помощи

Макаров В.А.

«Бан-медика», Москва

Гипертоническая болезнь, несмотря на предпринятые в последние годы мультивекторные усилия со стороны врачебного сообщества, продолжает оставаться весьма значимым медико-социальным фактором, занимая, в частности, значительное место в статистике обращаемости служб ургентной медицины. Однако, несмотря на большое количество материалов, посвященных оказанию помощи на догоспитальном этапе при данной патологии, следует отметить недостаточное освещение особенностей деятельности негосударственных организаций подобного профиля при все более возрастающей роли коммерческого, а также ведомственного сектора подобных услуг (только в Москве действуют около 35 негосударственных служб скорой помощи). На основании анализа деятельности линейной выездной бригады коммерческой службы со средней нагрузкой в течение одного месяца (вне периодов межсезонья, эпидемий, инфекционных заболеваний и продолжительных геомагнитных возмущений) было установлено следующее. В среднем бригада обслуживала 220 вызовов, из них поводов, связанных с повышением артериального давления 84 (38%), что значительно превышает аналогичный показатель муниципальной службы. Время доезда варьировалось от 12 до 57 минут (средний доезд 34 мин.), учитывая выполняемые вызовы до 30 километров за пределы МКАД — 24 (28%). Диагноз «Гипертонический криз» различного типа был диагностирован у 23 больных (19%), артериальная гипертензия различной этиологии — у 43 (36%), остальные 18 (15%) — несовпадение повода с диагнозом. Госпитализированы были 14 пациентов (12%). Расхождение показателей с аналогичными данными муниципальных служб обусловлено целым рядом факторов, в частности большей территорией охвата, контингентом пациентов, отсутствием у бригады жестких временных рамок, необходимостью буквального выполнения стандартов, а также приоритетом комплектования бригады врачами кардиологического профиля. При этом необходимо отметить, что особенность коммерческих вызовов еще и в том, что, как правило, тяжесть состояния таких пациентов в основном более выражена. Определенную трудность составляет и то, что часто встречающееся среди подобного контингента обращение к разным специалистам порой вызывает расхождения в тактике ведения, вплоть до назначения взаимоисключающей терапии, либо лекарственных препаратов, не сертифицированных на территории Российской Федерации, что бывает при лечении за границей. Кроме того, остается актуальной общая проблема как для государственных, так и для коммерческих структур — повсеместное распространение электронных тонометров, что наряду с некорректным самолечением создает дополнительные сложности. Еще одним нюансом являются более частые эпизоды аггравации, выявление которых затруднено в связи с коммерческим характером оказания медицинской помощи. Таким образом, актуальность данной темы заслуживает дальнейшей разработки, одним из путей реализации которой может явиться создание клинических рекомендаций, учитывающих подобную специфику, а также формирования комплекса

мер по координации деятельности негосударственных структур, занятых в сфере оказания скорой помощи.

Современные аспекты обучения навыкам оказания первой медицинской помощи в высших учебных заведениях

Макаров В.А.

Финансовый университет при Правительстве РФ, Медицинская служба, Москва

Необходимость инновационного подхода в обучении оказания первой медицинской помощи не вызывает сомнений, являясь актуальным элементом формирования культуры здорового образа жизни у современной молодежи. Однако, как показывает практика, подобным аспектам не уделяется должное внимание. Наряду с определенными успехами, несомненно достигнутыми обществом (борьба с употреблением психоактивных веществ, популяризация спорта, etc.), следует отметить, что общая информированность о правилах оказания первой помощи остается на очень низком уровне. Существующие ныне образовательные программы (в рамках курсов обеспечения безопасности жизнедеятельности, военных кафедр немедицинских вузов, обучения на получение водительских прав и т.п.) в большинстве своем не отвечают предъявляемым им требованиям. Это связано с несвоевременным обновлением учебно-методического материала, не всегда достаточной квалификацией лиц, осуществляющих подготовку, а также недооценкой молодежи необходимости получения подобных знаний и умений. В сложившейся ситуации показал себя эффективным отход от традиционных форм обучения навыкам оказания первой помощи в высших учебных заведениях, основанных на лекционных и практических занятиях, зачастую обособленных в пользу формирования краткосрочной, максимально насыщенной факультативной программы, построенной по типу тренинга. Необходимым условием является превалирование практических модулей обучения (более 60%) с использованием наглядных средств (манекенов, грима, накладок), простота и доступность пояснений, минимизация лишней теоретической информации, использование информационных технологий, проведение занятий в немногочисленных (12—16 человек) группах, широкое использование командной работы, отработка ситуационных задач со сменой ролей. Помимо информационной составляющей важно уделять больше внимания психологической подготовке слушателей так как по данным проведенных исследований, зачастую не оказание первой помощи пострадавшим связано не столько с отсутствием необходимых знаний и навыков, сколько с абсолютной психологической неподготовленностью окружающих, не готовых применить полученные «в теории» навыки, выполнение которых должно быть отработано до автоматизма. Практика показала, что 18—22 часа подобных занятий, разделенных на 3—4 блока, проводимых в режиме тренинга, вызывают сравнительно больший интерес у слушателей по сравнению с традиционными формами обучения. Это позволяет им комплексно овладеть и при необходимости уверенно применять на практике полученные знания, дающие возможность оказывать первую медицинскую помощь в стандартном объеме, рекомендуемом Международным Красным Крестом и законодательством РФ. Также в процессе отработки данной программы, в качестве так называемого побочного эффекта было отмечено повышение интереса у слушателей к проблеме донорства и, как следствие, увеличение числа «осознанных» кровосдач среди

студенческого контингента. Следует отметить, что реализация в полном объеме данного учебного процесса предполагает определенный уровень преподавательского состава, не только хорошо владеющего материалом, но и уверенно применяющего современные дидактические средства формирования учебной деятельности.

Взаимосвязь вольтажных электрокардиографических критериев гипертрофии левого желудочка и индекса массы тела при гипертонической болезни

Маковеева Е.А., Ефимова Л.П.

Сургутский государственный университет, Сургут

Цель: оценка взаимосвязи вольтажных электрокардиографических (ЭКГ) критериев гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и индекса массы тела (ИМТ) при гипертонической болезни (ГБ) у лиц разного пола. Материалы и методы. Обследованы 94 амбулаторных пациента с диагнозом ГБ I-II стадии. Из них 55 мужчин, 39 женщин. Обследуемые были сопоставимы по возрасту, стажу ГБ, тяжести артериальной гипертензии, индексу массы тела (ИМТ). Средний возраст составил 51 ± 6 лет. Значения ИМТ составили 31 (29—36). ЭКГ покоя регистрировали в 12 стандартных отведениях. Вольтажными критериями ГЛЖ считали индекс Соколова-Лайона более 38 мм и Корнельское произведение более 2440 мм \times мс. ГЛЖ констатировали по данным ЭхоКГ: при индексе массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) >94 г/м²-у мужчин и при ИММЛЖ >89 г/м²-у женщин. Расчет ММЛЖ проводился в двумерном режиме по алгоритму площадь—длина (A/L). В зависимости от пола и наличия ГЛЖ все пациенты были разделены на 4 группы: I — мужчины без ГЛЖ (n=27), II— мужчины с ГЛЖ (n=28), III — женщины без ГЛЖ (n=21). IV — женщины с ГЛЖ (n=18). Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы STATISTICA 8.0.

Результаты. При оценке взаимосвязи вольтажных ЭКГ критериев ГЛЖ и ИМТ выявлена статистически значимая обратная корреляция: $r=-0,55$ ($p=0,002$) индекса Соколова-Лайона в группе I и Корнельского произведения в группе III: $r=-0,44$ ($p=0,045$). Статистически значимых взаимосвязей ИМТ и вольтажных критериев ГЛЖ в группах II и IV не установлено. Таким образом, при оценке вольтажных ЭКГ критериев ГЛЖ при гипертонической болезни необходимо учитывать ИМТ, гендерные особенности и стадию заболевания.

Динамика артериального давления у больных гипертонической болезнью в процессе интервальных нормобарических гипоксических тренировок

Максимов Н.И., Помосов С.А.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель исследования: клинико-функциональная оценка терапевтического действия интервальных гипоксических тренировок в сочетании с комбинированной лекарственной терапией при лечении больных гипертонической болезнью.

Материал и методы. Обследовано 43 пациента обоего пола в возрасте $53,8 \pm 10,2$ года, страдающих гипертонической болезнью I—III степени. Больные группы наблюдения (23 человека) получали

курс интервальной нормобарической гипоксической тренировки (ИНГТ) на фоне стандартной антигипертензивной фармакотерапии. ИНГТ проводилась в импульсном режиме с вдыханием газовой смеси со сниженным содержанием кислорода (10—12%). Время дыхания гипоксической смесью составляло от 3 до 6 минут, затем 3—6 минут дыхания обычным воздухом (содержание кислорода 20—21%). За один сеанс осуществлялось 4—6 гипоксических циклов, курс состоял из 16—20 ежедневных сеансов. Пациенты группы сравнения (20 человек) получали только стандартную лекарственную терапию (периндоприл 5 мг в сутки внутрь, индапамид пролонгированного действия 1,5 мг в сутки внутрь). Эффективность проводимого лечения оценивалась через 1 месяц после начала терапии по клиническим данным, офисному измерению артериального давления (АД), суточному мониторингованию АД, оценке функционального класса ХСН по тесту с 6-минутной ходьбой.

Результаты. На фоне положительной динамики клинической картины в процессе лечения у пациентов обеих групп наблюдалось достоверное снижение систолического (АДс) и диастолического АД (АДд). В группе наблюдения отмечена следующая динамика: АДс уменьшилось с 163,9±2,9 до 134,3±1,6 мм рт. ст. ($p<0,05$), АДд — с 101,8±2,2 до 83,85±1,2 мм рт. ст. ($p<0,05$). В группе сравнения АДс снизилось с 162,9±2,6 до 141,5±1,6 мм рт. ст. ($p<0,05$), АДд с 99,4±1,7 до 90,5±0,84 мм рт. ст. ($p<0,05$). При выполнении теста с 6-минутной ходьбой в группе наблюдения средняя дистанция, проходимая пациентами, увеличилась с 392,0±10,8 до 434,0±11,9 м ($p<0,05$), в группе сравнения — с 412,0±9,6 до 438,3±9,3 м ($p>0,05$). Следует отметить хорошую переносимость процедур ИНГТ пациентами с гипертонической болезнью, побочных реакций в процессе проводимой терапии зарегистрировано не было. Включение курса ИНГТ в состав комбинированной антигипертензивной терапии при гипертонической болезни I—III степени позволяет достичь более выраженного снижения артериального давления и повышения толерантности пациентов к физическим нагрузкам.

Сравнительный анализ сердечно-сосудистого риска при артериальной гипертензии

Максютова Л.Ф., Максютова А.Ф., Фазлыева Р.М., Валеева Л.А., Амирова Г.Ф., Кудашева Н.А., Парасюк Е.Г.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Цель работы. Проанализировать прогностическую ценность факторов риска (ФР) артериальной гипертензии (АГ) и поражения органов-мишеней (ПОМ) на дополнительный риск развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Материалы и методы. Обследовано 53 больных с впервые выявленной или ранее не леченной АГ без ассоциированных клинических состояний и тяжелых сопутствующих заболеваний, поступивших в ГКБ № 5 в 2010г. Гипертоническая болезнь I стадии диагностирована у 10 пациентов, II стадии — у 43. Пациентам выполнялся набор обследований для стратификации риска согласно российским рекомендациям (РР) ВНОК 2004 и 2010г. Результаты. Анализ полученных данных выявил наличие избыточной массы тела у 23 (43%) больных, ожирение 1 степени — у 12 (23%), ожирение 2 степени — у 4 (8%), избыток абдоминального жира у 38% обследованных. У 32% больных был повышен уровень глюкозы натощак, по РР от 2010г. у большинства пациентов были повышены уровни холестерина, β -липопротеидов. Метаболический синдром (МС) был диагностирован у 42% обследованных. Гипертрофия левого

желудочка при электрокардиографии и эхокардиографии выявлялась у 63% пациентов, снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) — у 33%. Другие ПОМ встречались значительно реже. По требованиям РР от 2004г. ФР не выявлены у 6 исследуемых больных, 1 ФР встречался у 16 пациентов, 2 ФР — у 17, 3 ФР — у 9, 4 ФР — у 5 пациентов. В связи с ужесточением критериев ФР в рекомендациях от 2010 г. у пациентов наблюдалось увеличение их количества. Так, ФР отсутствовали лишь у 3 пациентов, у 8 больных имелось по 1 ФР, у 13 — по 2 ФР, у 15 — по 3 ФР, у 7 — по 4 ФР, у 4 — по 5 ФР, у 3 — по 6 ФР, то есть количество больных, имеющих 3 и более ФР, выросло с 26 до 55 % ($p<0,05$). Согласно рекомендациям от 2004 г. ПОМ или сахарный диабет 2 типа определялись у 30 (57%) больных. Но в 2010 г. к ПОМ были приравнены МС и уменьшение СКФ, и число пациентов в этой группе риска увеличилось до 74% (39 человек). Низкий риск ССО ни у кого не определялся. По сравнению с РР 2004 г. в 2010 г. увеличилось количество пациентов в группе высокого и очень высокого риска ССО (с 52% до 71%) и уменьшилось в группе умеренного риска (с 34 до 18%, $p<0,05$). Повысилось число лиц с АГ моложе 55 лет (с 41 до 62%), имеющих высокий риск ССО. Пересмотр критериев дополнительного риска ССО у больных с АГ в 2010 г. привел к увеличению доли пациентов высокого и очень высокого риска, требующих более раннего обследования, наблюдения и лечения.

Прогностические критерии формирования ишемической болезни сердца у мужчин на основе математического моделирования регуляции уровня глюкозы крови

Малинова Л.И., Шувалов С.С., Денисова Т.П.

Саратовский научно-исследовательский институт кардиологии, Саратовский государственный университет им. В.И. Разумовского, Саратовский областной госпиталь для ветеранов войн, Саратов

Цель: разработать прогностические критерии формирования ишемической болезни сердца у мужчин на основе математического моделирования регуляции уровня глюкозы крови.

Методы. Обследованы мужчины, перенесшие Q-инфаркт миокарда, в качестве групп сравнения больные 2-м типом сахарного диабета и практически здоровые люди сопоставимого возраста. В качестве раздражителя системы регуляции уровня глюкозы крови использован внутривенный тест толерантности к глюкозе, результаты колебания глюкозы и инсулина в периферической крови использованы для создания четырехкомпонентной математической модели. Доза глюкозы была стандартизована по массе тела пациентов.

Результаты. Модель представляет собой систему дифференциальных уравнений, в которой производная по времени каждого параметра является функцией остальных. С помощью разработанной нами компьютерной программы удалось получить коэффициенты, при которых модель оказалась работоспособной. Установлено, что биологические эффекты исследованных параметров в динамике после внутривенного введения стандартизованной дозы глюкозы имеют некоторые временные задержки. В результате проведенных расчетов получены временные задержки действия глюкозы на инсулинотворяющую единицу у практически здоровых лиц и больных ишемической болезнью сердца, а также временные отсрочки биологического эффекта инсулина в тех же группах обследованных. Полученные данные свидетельствуют об увеличении времени от момента секреции инсулина до его биологического эффекта у

больных ишемической болезнью сердца в сравнении с практически здоровыми лицами, а также о замедлении ответной реакции инсулингенерирующих клеток на изменение концентрации глюкозы. Указанные параметры положены в основу прогноза формирования и клинической манифестации ишемической болезни сердца у мужчин. Значимое увеличение отсрочки биологического эффекта инсулина повышает персонализированный риск ишемической болезни сердца в 2 раза. Разработана 4-компонентная математическая модель регуляции уровня глюкозы крови. Установлены величины временных задержек в действии глюкозы и инсулина у больных ишемической болезнью сердца в сравнении с большими инсулиннезависимым сахарным диабетом и практически здоровыми лицами, что подтверждает идею о патологии клеточных мембран, их рецепторного аппарата или глюкозотранспортных систем клеток при ишемической болезни сердца. Указанное обстоятельство положено в основу персонализации риска клинического проявления ишемической болезни сердца у мужчин.

Роль серы в профилактике и лечении респираторных заболеваний

Малоземова В.А., Попов Д.А., Кузнецова О.А.

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

Воспалительные заболевания органов дыхания являются чрезвычайно распространенной проблемой, что определяет ее медико-социальную значимость. Необходимо учитывать роль серы в патогенезе внутренней патологии.

Цель: оценить эффективность коррекции содержания серы в крови больных респираторными заболеваниями.

Материалы и методы. Обследованы пациенты с воспалительными заболеваниями органов дыхания. Всем больным проводилось комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, которое включало: общеклинические методы, количественное определение С-реактивного белка в сыворотке крови, оценку показателей тиоловых соединений крови.

Результаты. При обследовании часто и длительно болеющих (ч.д.б.) пациентов выявлен дефицит в крови серы и дисбаланс ее распределения в пользу окисленных структур в системе тиоловых соединений. На фоне терапии серосодержащими препаратами (Тиосульфатом натрия и Ацетилцистеином) во всех группах больных происходит восстановление общего ресурса серы, ее восстановленной фракции, что способствует эффективному смещению ТДО в сторону восстановленных эквивалентов серы. Нормализация присутствия показателей серы в крови привела к перераспределению присутствия Са и Mg в биологических средах, что и иллюстрируют выявленные в исследовании корреляционные зависимости между уровнем ТДО и распределением микроэлементов в плазме и в эритроцитах крови. Таким образом нормализация баланса Са и Mg в клетках привела к нормализации всех ранее измененных клеточных и гуморальных показателей иммунитета и неспецифической резистентности организма, что демонстрирует многофункциональную биологическую активность серы. Достижимая с помощью заместительной терапии метаболическая коррекция с восстановлением присутствия и функционального участия серы приводило к значительному улучшению клинического состояния наблюдавшихся ч.д.б. При этом существенно снизился уровень заболеваемости пациентов. Добавление серосодержащих препаратов к терапии больных

заболеваниями органов дыхания эффективно восполняет антиоксидантный ресурс SH-групп тиолов, что сопровождается значительным клиническим улучшением состояния пациентов и ускоряет процесс выздоровления; таким образом доказанная в работе сопряженность коррекции иммунного статуса и неспецифической резистентности организма с преодолением дефицита и дисбаланса серы мотивирует необходимость подобной метаболической коррекции для профилактики сезонной заболеваемости ч.д.б.

Клинико-диагностическое значение изучения цитокинов у больных с внебольничной пневмонией

Малыхин Ф.Т., Шутко И.С.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь

Цель: изучение роли цитокинов в клинико-лабораторной диагностике внебольничной пневмонии (ВП).

Задачи. Оценить соответствие уровня цитокинов у больных ВП в зависимости от тяжести ее течения.

Методы исследования. Обследовано 26 больных ВП в возрасте от 25 до 78 лет с тяжелым и нетяжелым течением ВП. Для постановки диагноза ВП использовались стандартные клинико-лабораторные критерии. Определение концентрации цитокинов ИЛ-6 (норма 0–10 пг/мл), ИЛ — 8 (0–10 пг/мл), ФНО — альфа (0–6 пг/мл) в крови проводилось иммуноферментным методом с помощью набора реагентов ЗАО «Вектор-Бест». Статистическая обработка производилась с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты. По результатам исследования выделено 2 группы больных: 1-я — включала пациентов с нетяжелым течением, 2-я — с тяжелым течением ВП. Первую группу составили 10 пациентов (7 мужчин и 3 женщины) в возрасте $47,6 \pm 16,2$ года, вторую группу — 16 пациентов (9 мужчин и 7 женщин) в возрасте $47,9 \pm 14,6$ года. У пациентов с нетяжелым течением ВП содержание цитокинов в крови не превышало норму. При тяжелом течении ВП наблюдалось повышение: ИЛ-6 у 38% больных, ИЛ-8 и ФНО — альфа по 50% случаев. Уровень ИЛ-6 в 1-й группе в среднем составил $6,1 \pm 2,5$ пг/мл, во 2-й — $8,8 \pm 2,2$ пг/мл. Концентрация ИЛ — 8 при нетяжелом течении ВП равнялась $4,4 \pm 2,2$ пг/мл, при тяжелом течении $10,4 \pm 5,8$ пг/мл. ФНО — альфа во 2-й группе в среднем достигал $6,2 \pm 3,9$ пг/мл, в 1-й — $3,9 \pm 0,7$ пг/мл. Выявлена статистически достоверная разница ($p < 0,001$) между уровнем ИЛ-6 у пациентов с тяжелым и нетяжелым течением ВП. Показатели ИЛ — 8 и ФНО — альфа были выше у пациентов с тяжелым течением ВП, но статистически достоверной разницы с первой группой пациентов не выявлено.

Выводы. Изучение цитокинового профиля является перспективным дополнительным критерием оценки тяжести течения ВП. Повышение концентрации ИЛ-6 в крови соответствует тяжести заболевания и может быть использована для оценки тяжести течения ВП.

Значимость критериев выбора антибактериальных препаратов для лечения заболеваний органов дыхания

Малыхин Ф.Т.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь

Цель и задачи работы: изучить предпочтения практических врачей муниципальных поликлиник Ставрополя относительно значимости критериев выбора антибактериальных препаратов (АБП) для лечения неэпидемических инфекционных заболеваний нижних дыхательных путей.

Материалы и методы. Использованы анкеты, в том числе с вопросами по значимости источников информации по выбору АБП для лечения респираторных инфекций.

Результаты. Анкеты заполнены на добровольной и анонимной основе 85 врачами поликлиник. Критерии выбора АБП для лечения респираторных инфекций, в порядке убывания значимости, ранжированы следующим образом:

- действие на основных возбудителей инфекций (эффективность);
- присутствие в рекомендациях (национальных, региональных);
- хорошая переносимость больными, низкая частота побочных эффектов;
- возможность перорального назначения;
- минимальная кратность приема;
- приемлемая стоимость;
- наличие рекомендации короткого курса терапии;
- наличие препарата в льготном списке (ДЛО);
- новизна препарата;
- желание пациента.

Выводы. Таким образом, при выборе АБП для лечения респираторных инфекций врачи поликлиник руководствуются их эффективностью и переносимостью, в соответствии с официальными рекомендациями.

Изучение фармакоэкономической эффективности лечения больных с артериальной гипертензией в современных условиях

Маль Г.С., Звягина М.В., Алыменко М.А.

Курский государственный медицинский университет, Городская больница им Н.С. Короткова, Курск

Цель: разработка методологических основ оказания медицинской помощи больным с артериальной гипертонией в муниципальных учреждениях здравоохранения с использованием нейросетевого классификатора Neuro Pro 0.25.

Материалом послужили 300 выписок из историй болезни пациентов с артериальной гипертензией (АГ) II и III степени.

Методы исследования. Аналитический, социологический, ретроспективный анализ выписок из историй болезни, нейросетевой анализатор Neuro Pro 0.25. В ходе исследования с помощью нейросетевого анализатора Neuro Pro 0.25 было выявлено, что по выходному параметру «систолическое артериальное давление» (САД) наименее выраженный гипотензивный эффект (9%) у изучаемой когорты пациентов, получавших «и-АПФ+диуретик» прогнозировался в 8% случаев, а наиболее выраженный -21% ($p<0,05$) — прогнозировался в 20% случаев. В ходе исследования было установлено, что наиболее значимыми факторами риска (ФР) на выраженность гипотензивного эффекта у мужчин при использовании комбинированной гипотензивной терапии «и-АПФ+диуретик» оказались из не корригируемых — возраст пациента, употребление алкоголя, а из корригируемых — базальный уровень диастолического артериального давления, меньшее значение оказали также не корригируемые ФР — курение и малоподвижный образ жизни пациентов. С помощью Neuro Pro 0.25 выраженный гипотензивный эффект (20%) может быть обеспечен у каждого

четвертого мужчины с АГ III степени при использовании изучаемой комбинации, в то время как минимальный гипотензивный эффект (9%) прогнозировался лишь у каждого десятого пациента. Наиболее значимыми ФР оказались из не корригируемых — возраст пациента, из корригируемых — уровень диастолического артериального давления, наименее значимыми — стрессовые ситуации (не корригируемый ФР) и уровень САД (корригируемый ФР). Возрастной компонент оказывал преобладающее влияние на результат фармакотерапии. Также значимыми по влиянию на эффект лечения оказались для мужчин алкоголь, стресс, курение, для женщин — гиподинамия. Использование нейросетевого анализатора позволяет определять роль и место каждого из изучаемых факторов риска на эффект проводимой терапии и выраженность фармакологического эффекта препарата.

Инвазивное лечение многососудистой коронарной болезни сердца

Манченко И.В., Обрезан А.Г., Седова Е.В., Бобров А.Л.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Цель: оценить отдаленные исходы инвазивного лечения пациентов с хроническим и острым вариантами течения многососудистой коронарной болезни сердца (КБС).

Материалы и методы. Проведено обследование 56 больных с многососудистой КБС. Из них 40 больных (1 группа) страдали стенокардией напряжения, 16 пациентов (2 группа) перенесли острый коронарный синдром без подъема ST в течение 3,25±2,91 суток. Все пациенты исходно имели показания I и IIa классов рекомендаций ACC/ANA для выполнения коронарного шунтирования. Впоследствии всем пациентам проведено интервенционное лечение методом коронарного стентирования всех критических стенозов и назначена антитромбоцитарная терапия (АТ). Фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) в 1 группе составляла 52,2±12,1%, во 2 группе — 55,5±12,6%, ($p>0,05$).

Результаты. Комбинированная первичная конечная точка (смерть от любых причин, инфаркт миокарда, мозговой инсульт, повторные реваскуляризации миокарда) была достигнута у 42,5% пациентов 1 группы и у 36,5% больных 2 группы, однако отличия не были статистически значимы, ($p>0,05$). Комбинированной вторичной конечной точки (госпитализации по поводу обострений сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний, по поводу ОКС, прогрессирования стенокардии напряжения и необходимости усиления антиангинальной терапии) достигли 27,5% больных группы СтН и 25% пациентов группы ОКСБПСТ, ($p>0,05$). Уменьшение клинической выраженности стенокардии напряжения у больных 1 группы произошло с 2,35±0,92 ФК до 0,6±0,7 ФК ($p<0,001$), во 2 группе снижение выраженности СтН произошло с 2,62±1,08 до 0,93±0,99 ФК ($p<0,001$). Развитие геморрагических осложнений в 1 группе наступило у 4 больных (из них массивные кровотечения 1 случай и умеренные — 3 случая), во 2 группе у 3 пациентов (из них массивные кровотечения 1 случай и умеренные — 2 случая). Встречаемость тромбозов в обеих группах больных была одинакова — 12,5%. Лучшая приверженность к длительной АТ была отмечена в группе больных ОКСБПСТ, 10,12±3,07 месяца против 8,85±2,95 месяца в группе СтН, ($p>0,05$).

Выполнение коронарного стентирования с длительной АТ клопидогреля 75 мг и аспирина 100 мг у больных ОКСБПСТ сопровождается значимым и стойким снижением выраженности клиники стенокардии. Отдаленные исходы такого лечения не отличаются по частоте наступления конечных точек от, казалось бы, исходно более благоприятного стабильного течения КБС.

Предикторы продолжения курения у мужчин трудоспособного возраста с артериальной гипертонией

Манюгина Е.А.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Курение — наиболее значимый фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. 17,5% мужчин трудоспособного возраста, страдающих артериальной гипертонией (АГ), продолжают курить. Цель работы: изучить клинические и психологические предикторы продолжения курения у мужчин с АГ.

Материалы и методы. На первом этапе были изучены качество жизни (КЖ) пациентов с АГ, тип курительного поведения и никотиновая зависимость у 85 мужчин. Из них 32 практически здоровых мужчины и 53 пациента с АГ 1-3 степени, средний возраст $52,7 \pm 1,5$ года. На втором этапе были выявлены тип отношения к болезни (ТОБ) и механизмы стрессовлающего поведения — копинг-стратегии (КС) у 30 пациентов с АГ (средний возраст $48,7 \pm 1,8$ года).

Результаты. Курящие мужчины с АГ имели более выраженные клинические симптомы и ограничение функциональных возможностей. Наличие болезни и снижение КЖ у них не явилось достаточным основанием для отказа от курения. У мужчин, страдающих АГ, и у мужчин без АГ преобладает умеренная никотиновая зависимость. У пациентов, страдающих АГ, ведущим типом курительного поведения является психологическая зависимость и «поддержка» при нервном перенапряжении, а у мужчин без АГ — «поддержка» при нервном перенапряжении. Анализ связи между степенью никотиновой зависимости и уровнем мотивации к курению показал, что у мужчин, страдающих АГ, наличие сильной мотивации к курению не имеет связи с наличием сильной никотиновой зависимости, но в группе мужчин, у которых АГ сочеталась с ишемической болезнью сердца, такая зависимость имеется. У курящих пациентов с АГ чаще встречались эргопатический ТОБ, а у некурящих пациентов с АГ — гармоничный и тревожный ТОБ. У всех пациентов с АГ были выявлены преимущественно адаптивные варианты КС на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях. У курящих пациентов с АГ наиболее часто встречались следующие механизмы КС: на когнитивном уровне — «сохранение самообладания» и «проблемный анализ», на эмоциональном — «пассивная кооперация» и на поведенческом уровне — «активное избегание» и «сотрудничество». Т.о. у курящих пациентов с АГ снижение КЖ, обусловленное заболеванием, не ведет к отказу от курения, преобладает умеренная никотиновая зависимость, ведущими типами курительного поведения являются «психологическая зависимость» и «поддержка» при нервном перенапряжении, чаще всего встречается эргопатический ТОБ, для них характерны определенные типы КС, что необходимо учитывать при работе с пациентами.

Статистическое управление качеством лечения больных артериальной гипертонией на фоне ожирения

Маркова Е.В., Усков В.В., Усков В.М., Золотев В.И.

Воронежский государственный технический университет;
Воронежская государственная медицинская академия, Воронежская городская клиническая больница № 3, Воронеж

В настоящее время проблема артериальной гипертонии, особенно на фоне ожирения, приобретает все большее медико-социальное значение. Вопросы прогноза представляют одну из трудных областей медицины. Для адекватной оптимизации терапии больных необходима оптимальная схема лечения. Управление качеством — инструмент, который предназначен для решения оперативных и тактических задач. Статистический анализ обеспечивает понимание характера, степени и причин изменчивости. Качество подвержено вариации, причины которых делятся на два вида: случайная и определенная. Вариация, обусловленная определенной причиной, означает, что существуют факторы, допускающие изучение. Если сам исходный процесс стабилен — это напрямую связано с понятием статистически управляемого процесса. Если же распределение меняется существенно и непредсказуемо во времени, то говорят — процесс вышел из-под контроля (стал неуправляемым). Качество нельзя получить путем контроля. Качество должно быть заложено в каждый процесс. Для того, чтобы управлять процессами, их надо выделить, описать, установить количественные показатели и показатели качества выполнения той или иной работы. Контрольные карты могут предупредить нас о наличии особой причины вариаций. Распределение параметров процесса, которое остается стабильным и находится внутри контрольных пределов, будет удовлетворительным, только если контрольные пределы лежат внутри допусков. Контрольные пределы применяются к рассмотрению средних, а допуски — к распределению индивидуальных значений. Эти распределения различаются масштабным множителем. В компьютерном варианте контрольных карт наиболее часто встречается ситуация, когда на экране находятся две карты (и две гистограммы), одна из них называется X-картой, а другая R-картой. В обеих контрольных картах по горизонтальной оси откладываются номера соответствующих выборок; по вертикальной оси в случае X-карты отложены выборочные средние исследуемых характеристик, а в случае R-карты — размахи соответствующих выборок. Таким образом, построенные модели соответствуют клиническому опыту лечения заболеваний и углубляют понимание их природы, а полученные рекомендации при лечении хронических форм с успехом применяются в клинической практике. Клинико-лабораторные данные можно использовать для количественной оценки тяжести патологического процесса, прогноза его течения и возможных исходов, а также при сравнении эффективности разных вариантов лечения.

Анализ гендерных особенностей больных нейроциркуляторной дистонией

Маслова Н.В., Демидова Л.А., Демидов А.А., Баткаева Э.Р.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

Нейроциркуляторная дистония (НЦД) — заболевание, относящееся к группе функциональных и проявляющееся сердечно-сосудистыми, респираторными и вегетативными расстройствами, астенией, плохой переносимостью стрессов и физических нагрузок. Заболевание течет волнообразно, с периодами обострений и ремиссий, имеет благоприятный прогноз, поскольку при нем не развиваются застойная сердечная недостаточность и жизнеопасные нарушения ритма сердца.

Цель: выявление гендерных особенностей течения нейроциркуляторной дистонии (НЦД).

Материалы и методы. На базе негосударственного учреждения здравоохранения медико-санитарной части г. Астрахань нами был

проведен ретроспективный анализ 218 амбулаторных карт больных с сердечно-сосудистой патологией: ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь (ГБ) и кардиомиопатии (КМП), имевших в анамнезе НЦД за период с 1999 по 2009 гг. Критерием включения в исследование явилось наличие сердечно-сосудистого заболевания и наличия НЦД в анамнезе. Критерием исключения из исследования явилось отсутствие НЦД в анамнезе и наличие онкопатологии. В исследование было включено 57% мужчин и 43% женщин. Среди больных, имевших в анамнезе НЦД, заболеваниями сердечно-сосудистой системы больше были подвержены мужчины (в 2,5 раза). Наиболее уязвимыми оказались возрастные группы 48—58 лет (ИБС), 29—48 (ГБ, КМП). На момент исследования стаж НЦД меньше 5 лет отмечался у 59,9% мужчин. При этом большую часть (48,78%) составляли молодые люди в возрасте 18—28 лет, а 11,12% составляли мужчины 29—38 лет. Среди женщин пациенток со стажем НЦД до 5 лет было 26,3%. Большую часть, составляли женщины 18-28 лет (22,7%), женщин в возрасте 29—38 лет было 3,6%. В остальных возрастных группах пациентов со стажем НЦД в анамнезе менее 5 лет не отмечалось ни среди мужчин, ни среди женщин. Больные мужчины со стажем НЦД 5—10 лет имелись во всех возрастных группах, их общее количество составило 100%. Основную группу составили больные в возрасте 29—38 лет (47,4%). Несколько меньше (36,2%) было мужчин в возрасте 18—28 лет. Наименьшее количество больных мужчин со стажем НЦД 5—10 лет отмечалось в возрастной группе 48—58 лет (2,7%). Общее количество женщин, имевших стаж НЦД 5—10 лет, составило 76,8%. Основную группу составили больные в возрасте 18—28 лет (40,4%) и 29—38 лет (32,2%). В возрастной группе 38-48 лет стаж НЦД 5—10 лет был всего у 4,2%, а в группе 48—58 лет таких больных не было. Больные со стажем НЦД свыше 10 лет отмечались во всех возрастных группах как среди мужчин, так и среди женщин, соответственно, общее количество составило по 100%. Наибольшее число мужчин с данным стажем НЦД регистрировалось в возрастной группе 48—58 лет: 47,3% мужчин и 45,8% женщин. Наименьшее — среди самых молодых больных (18—28 лет): 6,1% мужчин и 6,9% женщин. Мужчин со стажем НЦД больше 10 лет в возрастной группе 38-48 лет было в 1,8 раза больше, чем в группе 29—38 лет (соответственно, 16,2 и 30,4%). Женщин со стажем НЦД больше 10 лет в данных возрастных группах было одинаковое количество (24,2%).

Выводы. Отмечается зависимость стажа НЦД у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями от пола и возраста.

Изменения фактора роста эндотелия сосудов при хроническом атрофическом гастрите

Матвеева Л.В., Мосина Л.М., Новикова Л.В.

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

В последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости и смертности населения от болезней органов пищеварения. Среди заболеваний желудка наиболее часто встречается хронический гастрит, представляющий собой хроническое воспаление слизистой оболочки желудка (СОЖ) с ее клеточной инфильтрацией, ухудшением физиологической регенерации, атрофией железистого эпителия, кишечной метаплазией и нарушением функций желудка. В свою очередь хронический атрофический гастрит является предъязвенным и предраковым состоянием. Для физиологической и репаративной регенерации СОЖ необходимо адекватное развитие

микrocиркуляторного сосудистого русла. В ангиогенезе, при заживлении ран, воспалении важное значение придается фактору роста эндотелия сосудов (VEGF — vascular endothelial growth factor), который способствует образованию новых и выживанию незрелых кровеносных и лимфатических сосудов. В последние годы активно изучается роль VEGF в патогенезе злокачественных новообразований различной локализации.

Цель: оценить изменения VEGF при хроническом атрофическом гастрите и определить их патогенетическое значение. Обследовано 60 больных хроническим атрофическим гастритом в фазе обострения. Группу сравнения составили 20 практически здоровых жителей г. Саранска, не имеющих на момент обследования признаков гастропатологии. Методом иммуноферментного анализа определяли сывороточные концентрации VEGF, пепсиногенов-1, -2, гастрин-17 с применением тест-систем ЗАО «Вектор-Бест» и ООО «БИОХИТ». Наличие атрофии СОЖ подтверждали при эзофагогастродуоденоскопии. У больных по сравнению с контрольной группой (119,05±14,12 пг/мл) отмечалось достоверное повышение количества VEGF — 327,5±15,64 (p<0,001), зависящее от степени тяжести атрофии СОЖ и локализации патологического процесса. При тяжелой атрофии слизистой тела желудка уровень фактора роста эндотелия сосудов у больных (n=25) составил — 344,6±25,85 пг/мл, при атрофии слизистой средней тяжести (n=25) — 306,44±22,9 пг/мл, а при атрофическом гастрите антрального отдела желудка (n=10) — 337,4±39,8 пг/мл. Коэффициент диагностической ценности VEGF составил 2,02. Увеличение уровня VEGF может способствовать в условиях гипоксии кратковременному улучшению трофики СОЖ за счет развития сосудистых коллатералей, но их незрелость, извитость, повышенная проницаемость создают дополнительные условия для онкотрансформации желудочного эпителия. Таким образом, VEGF — высокоценный и прогностически значимый маркер при атрофическом гастрите.

Возможности доплерографического исследования в прогнозировании развития и течения эндотелиальной дисфункции при артериальной гипертензии у лиц пожилого возраста

Мауер С.С., Долгошеева Е.П., Белоусова Ю.О.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Современные исследования доказывают важность изменений сосудистого эндотелия в развитии органной патологии. Исследование вазорегулирующей функции эндотелия методом доплерографии имеет преимущества перед ангиографией вследствие своей неинвазивности, возможности динамического наблюдения.

Цель исследования: определить информативность доплерографического исследования в прогнозировании развития и течения эндотелиальной дисфункции (ЭД) при артериальной гипертензии (АГ) у лиц пожилого возраста.

Материалы и методы. В настоящее исследование включены 66 пациентов с АГ II стадии (основная группа), продолжительность заболевания 11,4±0,7 года, средний возраст 66,1±0,5 года. Группу сравнения составили 26 человек, средний возраст 66,7 ±0,8 года без АГ. Степень дисфункции устанавливалась при помощи доплерографии плечевой артерии с помощью линейного датчика 7,5 МГц ультразвукового аппарата «LOGJQ7» (Япония). Измерения проводили линейным методом, предложенным D.S.Celermajer и соавт. (1992 г.). Статистический анализ результатов исследования

проведен с помощью компьютерных программ Statistica 6.0, MS Excel 2007, BIOSTAT. Различия между сравниваемыми группами признавались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. В основной группе ЭД 1 степени выявлена у 16 человек (24,2%), 2 степени — 20 человек (30,3%), 3 степени — 4 человека (6,1%) и 4 степени — у 4 человека (6,1%), а в группе сравнения — 4 человека (15,4%) с дисфункцией 1 степени, 10 человек со 2 степенью (38,5%) и 2 человека с 4 степенью (6,1%). Полученные данные указывают на неоднозначность связи АГ и поражения эндотелия. Наличие ЭД у пациентов с нормальными цифрами АД говорит о ее первичном характере в развитии патологии сердечно-сосудистой системы. Чувствительность плечевой артерии к напряжению сдвига на эндотелий (К) при патологии достоверно превышала данный показатель в группе сравнения ($0,25 \pm 0,04$ ед. и $0,09 \pm 0,01$ ед., $p < 0,05$). Чем больше К, тем лучше регуляция тонуса артерий. Сочетание гемодинамических изменений и инволютивной перестройки сосудистой стенки максимально активизирует вазотоническую реакцию эндотелия.

Выводы. Допплерография плечевой артерии достаточно информативно отражает состояние сосудистого эндотелия при АГ у лиц пожилого возраста и позволяет установить риск поражения сосудистой стенки и неблагоприятного течения заболевания.

Значение нарушений липидного обмена в патогенезе поражений сердца у пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией

Медведев Н.В., Голубев И.В., Голубева Е.С., Попова А.Б.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Прогрессирование гипертрофии миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) при артериальной гипертензии (АГ) значительно ухудшает прогноз заболевания. Нарушения липидного обмена в большинстве случаев сопутствуют АГ, отягощая ее течение.

Цель работы: определить влияние нарушений липидного метаболизма на развитие ГМЛЖ у пациентов пожилого возраста с АГ. Материалы и методы исследования. В исследование включено 124 человека пожилого возраста (средний возраст — $65,7 \pm 4,6$ лет, все женщины), страдающих АГ II стадии. В М и В-режимах эхокардиографии оценивали следующие параметры: конечный систолический (КСРЛЖ) и диастолический (КДРЛЖ) размеры, конечный систолический (КСОЛЖ) и диастолический (КДОЛЖ) объемы левого желудочка, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП), задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ). Для оценки выраженности процесса гипертрофии рассчитывали индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). Показатели липидного метаболизма: общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) и триглицеридов (ТГ) определяли в сыворотке крови энзиматическим методом, концентрацию холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) рассчитывали по формуле W.T.Friedewald и соавт. (1972).

Результаты. По результатам ЭхоКГ исследования все пациенты с АГ были разделены на группу с верифицированной ГМЛЖ (основная группа) и без ГМЛЖ (группа сравнения). Основную группу составили 90 человек (средний возраст $65,8 \pm 4,6$ лет), группу сравнения — 34 пациентки. Гипер- и дислипидемия относятся к числу основных модифицируемых факторов риска артериальной гипертензии. — ИММЛЖ ($147,5 \pm 4,5$ г/м² и $83,6 \pm 3,9$ г/м², $p < 0,001$), но и по дополнительным признакам ГМЛЖ — толщине МЖП и ЗСЛЖ ($p < 0,001$). Для выяснения степени

их выраженности у больных ГБ с гипертрофическими изменениями миокарда и без них определены показатели липидного метаболизма в обеих группах. Содержание в сыворотке крови ОХС ($5,8 \pm 0,12$ и $5,5 \pm 0,1$ ммоль/л) и ХС ЛПВП ($1,14 \pm 0,05$ и $1,18 \pm 0,07$ ммоль/л) в группе с ремоделированием миокарда и без него значимо не различалось, указывая на преимущественную роль неблагоприятных атерогенных фракций — ХС ЛПНП и триглицеридов у пациентов с ГМЛЖ. Таким образом, дислипидемия за счет преимущественного повышения содержания в сыворотке крови ТГ и ХС ЛПНП у больных АГ пожилого возраста сопровождается выраженной гипертрофией миокарда левого желудочка, определяющей неблагоприятный прогноз заболевания.

Маркеры миокардиальной дисфункции у больных артериальной гипертензией пожилого возраста

Медведев Н.В., Бабухин Е.Э., Цой Л.В., Суркова С.М.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Неблагоприятное течение хронической сердечной недостаточности (ХСН) на фоне прогрессирования артериальной гипертензии (АГ) у лиц старшего возраста часто служит причиной их госпитализации. В ее патогенезе немаловажное значение играет миокардиальная дисфункция, формирующаяся на фоне сердечно-сосудистого заболевания. В качестве обязательного инструментального исследования, верифицирующего ее диагностику, применяется эхокардиография.

Цель исследования: установить выраженность эхокардиографических признаков миокардиальной дисфункции (МД) на фоне АГ у пациентов пожилого возраста.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 216 пациентов пожилого возраста (средний возраст $68,4 \pm 3,2$ шлжа), страдающих АГ II стадии. Функциональный класс (ФК) ХСН определен по результатам теста шестиминутной ходьбы (ТШХ) и шкалы оценки клинического состояния (ШОКС). В ходе эхокардиографического исследования измерены толщина межжелудочковой перегородки (МЖП), задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), его конечный систолический (КСР) и диастолический (КДР) размеры, рассчитаны конечный диастолический (КДО) и конечный систолический (КСО) объемы ЛЖ, фракция выброса (ФВ), индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). Статистический анализ результатов включал использование параметрических методов описательной статистики, достоверность различий между сравниваемыми группами оценена по критерию Стьюдента при $p < 0,05$.

Результаты. По результатам выполнения ТШХ у 88 человек установлен I ФК ХСН, II — у 81, III — у 57 больных. Нормальная геометрия ЛЖ выявлена лишь у 63 пациентов с I ФК ХСН, относительно благоприятные варианты ремоделирования — изолированная гипертрофия МЖП — у 33, ЗСЛЖ — у 24 человек. Концентрическая гипертрофия (КГЛЖ) выявлена у 65 человек с II ФК ХСН, концентрическое ремоделирование — у 35 лиц с III ФК. У пациентов отмеченных групп определены признаки неблагоприятного течения ХСН — высокие значения КДО и КСО ЛЖ. Выводы. Верификация выраженности МД с помощью эхокардиографии в диагностике ХСН у больных АГ пожилого возраста. В качестве маркеров ее прогрессирования могут быть признаны высокие значения показателей — индикаторов диастолической дисфункции ЛЖ: КДОЛЖ, МЖП, ТЗСЛЖ, ИММЛЖ, а также концентрический тип ремоделирования ЛЖ. Оценка отмеченных эхокардиографических

параметров, проведенная в динамике, необходима для определения прогноза течения ХСН у больных АГ пожилого возраста.

Нейрокогнитивное и нейропсихологическое тестирование пациентов, оперированных на восходящем отделе и дуге аорты

Медведева Л.А., Загоруйко О.И., Белов Ю.В., Богопольская О.М., Гончаров Д.И.

Российский научный центр хирургии им. ак. Б.В.Петровского РАМН, Москва

Реконструктивная хирургия при поражениях восходящего отдела и дуги аорты является одной из сложнейших проблем сердечно-сосудистой хирургии. Совершенствование операционной, перфузионной техник и способов защиты головного мозга сократило частоту фатального и грубого поражения головного мозга, на первый план вышли менее выраженные нарушения, проявляющиеся изменениями высших психических функций.

Цель исследования: оценить выраженность когнитивных и психосоматических расстройств у пациентов, оперированных на восходящем отделе и дуге аорты.

Материал и методы. 30 пациентов (18 мужчин и 12 женщин, средний возраст 46,3±4,7 года) обследованы до и через 24 часа после реконструктивных операций на восходящем отделе и дуге аорты. Обследование включало комплексную клинико-инструментальную диагностику, нейрокогнитивное и нейропсихологическое тестирование с применением краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE), батареи лобной дисфункции, госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии (HADS) и шкалы Кови.

Результаты. До операции средний балл по MMSE составил 28,6±3,4 балла, тесту рисования часов — 9,4±1,8, по шкале тревоги и депрессии — 7,7±2,0 и 5,5±1,2 балла, соответственно, а по шкале Кови — 6,4±1,8 балла. Спустя сутки после оперативного лечения нейрокогнитивное тестирование демонстрирует снижение когнитивных функций: шкала MMSE — 25,6±4,34, тест рисования часов — 8,6±2,6 балла. В то время как нейропсихологическое тестирование указывает на уменьшение выраженности тревожных — 6,7±1,6 балла (тревога) и нарастание депрессивных расстройств — 8,2±1,3 балла (депрессия) по шкале HADS и уменьшение уровня тревоги по шкале Кови (до 4,1±1,7 балла). При этом степень выраженности когнитивных расстройств по шкале MMSE прямо коррелирует ($p=0,001$, корреляция Спирмена) с тревожными расстройствами, оцениваемыми как по шкале Кови, так и по шкале тревоги HADS ($p=0,002$). Эта корреляция исчезает для теста рисования часов. Полученные результаты свидетельствуют о наличии послеоперационной когнитивной дисфункции у пациентов, оперированных на восходящем отделе и дуге аорты. Патогенез выявленных расстройств определяется не только нарушениями когнитивной, но и психоэмоциональной сфер. Полноценная диагностика когнитивного дефицита должна проводиться с использованием методик нейрокогнитивного и нейропсихологического тестирования, нейровизуализационных методов при участии неврологов, нейрофизиологов и психотерапевтов.

Эндотелиальная дисфункция у больных гипотиреозом

Медведева Т.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель: оценить содержание ДЭЦ в крови как показателя дисфункции эндотелия у больных гипотиреозом.

Материалы и методы. Обследовано 2 группы пациентов: 1-ю составили пациенты с гипотиреозом (субклинической и манифестной формой заболевания в стадию декомпенсации), 2-ю — с медикаментозным эутиреозом. Средний возраст больных 39 лет, средний стаж заболевания 5 лет. В первой группе было 12 пациентов: 6 с манифестной формой заболевания в стадию декомпенсации и 6 в стадию субклинического гипотиреоза. Вторая группа состояла из 11 человек с медикаментозным эутиреозом. Контрольную группу составили 10 здоровых человек, сопоставимые по возрасту. В плазме крови больных определялось количество ДЭЦ по методу Hladovcs. Результаты. У больных субклинической формой гипотиреоза и у пациентов 2-й группы количество ДЭЦ не отличалось между собой и составило 2X104/мл ($p>0,05$), что было в 2 раза выше показателя контрольной группы ($p<0,05$); при манифестной форме заболевания в стадию декомпенсации количество ДЭЦ было выше, чем во второй и контрольной группах, соответственно, в 1,5 и 3 раза и составило 3X104/мл ($p<0,05$); у пациентов 2-й группы по сравнению с контролем количество ДЭЦ в 2 раза превышало аналогичный показатель и составил 2X104/мл и 1X104/мл соответственно ($p<0,05$).

Выводы. У больных гипотиреозом выявлена эндотелиальная дисфункция, наиболее выраженная при манифестной форме гипотиреоза в стадию декомпенсации.

Особенности вегетативных нарушений и изменение артериального давления у пациентов с соединительнотканными дисплазиями сердца

Медведева Т.В., Чижов П.А.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

Вегетативные нарушения являются одним из основных клинических симптомов у молодых людей с соединительнотканными дисплазиями сердца (СТДС). Клиническая симптоматика со стороны сердечно-сосудистой системы проявляется в виде кардиалгии, сердцебиения, изменения АД. Однако взаимосвязь изменения АД и синдрома вегетативной дисфункции (СВД) у больных с СТДС исследована недостаточно.

Цель: оценить наличие СВД у пациентов с СТДС и его взаимосвязь с уровнем АД.

Материалы и методы. Обследованы 218 пациентов (143 женщины и 75 мужчин) в возрасте от 19 до 32 лет с различными изолированными или комбинированными СТДС и 49 человек аналогичного возраста без СТДС. Выраженность синдрома вегетативной дисфункции оценивали с помощью: общего клинического обследования с акцентом на выявление жалоб и физикальных проявлений СВД и трехкратного измерения АД в положении лежа на двух руках; вопросника для выявления вегетативных изменений (в баллах) А.Д. Соловьевой (ВВВИ, при отсутствии СВД не выше 15 баллов); схемы исследования для выявления признаков вегетативных нарушений (в баллах) А.Д. Соловьевой (СВВИ, при отсутствии СВД менее 25 баллов).

Результаты. Исследование выраженности вегетативной дисфункции показало, что СВД по ВВВИ у пациентов с СТДС (27,88±0,98) достоверно выше, чем у лиц без СТДС (22,52±1,57, $p<0,02$), хотя у последних сумма баллов и была несколько выше, чем верхняя граница нормы. Наличие СВД у пациентов с СТДС установлено и по СВВИ — сумма баллов 26,8±0,84. При этом у лиц без СТДС сумма баллов по СВВИ (17,20±1,52) свидетельствовала об отсутствии у них СВД и была достоверно

($p < 0,001$) меньше, чем у лиц с СТДС. Сопоставление величины АД у обследованных с СТДС в группах с наличием и отсутствием СВД показало, что при наличии СВД значения САД ($112,5 \pm 0,66$ мм рт.ст.) и ДАД ($71,78 \pm 0,5$ мм рт.ст.) достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем у лиц с СТДС без СВД (САД — $118,10 \pm 1,6$ мм рт.ст., ДАД — $75,24 \pm 1,23$ мм рт.ст.). У обследованных без СТДС достоверных различий САД и ДАД в группах с наличием СВД (САД — $109,9 \pm 3,8$ мм рт.ст., ДАД — $74,63 \pm 2,6$ мм рт.ст.) и отсутствием СВД (САД — $119,7 \pm 3,7$ мм рт.ст., ДАД — $76,08 \pm 1,86$ мм рт.ст.) не выявлено ($p > 0,05$). Выводы. У пациентов с СТДС имеются выраженные вегетативные нарушения, причем САД и ДАД при наличии СВД у обследованных с СТДС достоверно ниже, чем у лиц с СТДС без СВД.

Содержание фактора Виллебранда в крови больных с гипотиреозом

Медведева Т.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель: изучить уровень фактора Виллебранда в плазме крови больных гипотиреозом.

Материалы и методы. 1-ю группу исследуемых составили 15 пациентов с гипотиреозом (средний возраст $37 \pm 4,3$ года); 2-ю группу — 12 больных в стадию медикаментозного эутиреоза (средний возраст $38 \pm 5,6$ года). В контрольную группу были включены 10 здоровых лиц, сопоставимые по возрасту. Определение активности фактора Виллебранда проводили на агрегометре «Биола».

Результаты. У больных с гипотиреозом уровень фактора Виллебранда в крови составил $213,3 \pm 58\%$, что было достоверно выше, чем у пациентов 2-й группы ($167 \pm 5\%$, $p < 0,04$). На фоне лечения у больных 1-й группы отмечалось снижение содержания фактора Виллебранда до $165 \pm 8\%$, что сопоставимо с показателями пациентов в стадию компенсации. В обеих исследуемых группах в течение всего периода наблюдения активность фактора Виллебранда была достоверно выше, чем в контрольной группе ($125 \pm 14\%$, $p < 0,001$).

Выводы. У больных с гипотиреозом наблюдается значительное повышение активности фактора Виллебранда. При проведении заместительной гормонотерапии содержание фактора Виллебранда у этих больных нормализуется.

Сравнительная характеристика variability сердечного ритма при системных формах AL- и AA-амилоидоза

Мелиоранская Е.И., Полякова А.А., Семернин Е.Н., Гудкова А.А.

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

Одной из причин низкой выживаемости пациентов с AL- и AA-амилоидозом является электрическая нестабильность миокарда, ассоциированная с вегетативной дисфункцией.

Цель: изучение особенностей вегетативной регуляции сердца у пациентов с AL- и AA-амилоидозом.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 22 пациента с первичным системным AL-амилоидозом в возрасте от 37 до 84 лет (группа 2) и 5 пациентов с AA-амилоидозом (группа 5). В 1 и 3 группу вошли пациенты с метаболическим синдромом на разных стадиях заболевания. 4 группу составили пациенты с гипертонической

болезнью. Материалами исследования variability сердечного ритма (BCP) явились записи суточного мониторинга пациентов, оцененные с помощью программно-аппаратного комплекса KTResult. Выживаемость пациентов оценивалась с помощью метода Каплан-Майера.

Результаты. При частотном анализе BCP в группе пациентов с первичным системным AL-амилоидозом при нагрузке симпатовагальный индекс (LF/HF) был достоверно ниже по сравнению с группой больных гипертонической болезнью (LF/HF — $2,41 \pm 0,66$; $0,42 \pm 0,13$, соответственно; $p < 0,05$). В покое симпатовагальный индекс (LF/HF) гораздо больше в группе пациентов с метаболическим синдромом и нормальной ФВ ЛЖ (LF/HF — $3,31 \pm 1,68$; $0,47 \pm 0,37$, соответственно; $p < 0,05$). У 4 пациентов с AL-амилоидозом, клинической особенностью которых являлось наличие хронической почечной недостаточности (ХПН), показатели LF и HF были значительно выше по сравнению с остальными пациентами с AL-амилоидозом, метаболическим синдромом и гипертонической болезнью. В группе пациентов с AA-амилоидозом показатели SDNN и HP были значимо выше по сравнению с группой пациентов с AL-амилоидозом (SDNN — $144,72 \pm 12$; $80,7 \pm 29,8$, соответственно, $p < 0,05$; HP — $6,30 \pm 471,2$; $1,67 \pm 152,3$, соответственно) и значимо ниже, чем у пациентов с AL-амилоидозом в сочетании с ХПН (SDNN — $144,72 \pm 12$; $202,3 \pm 89$, соответственно, $p < 0,05$; HP — $1,51 \pm 89,8$; $7,66 \pm 1,03$, соответственно). Согласно кривым Каплан-Майера, за время наблюдения наименьшая выживаемость наблюдалась у пациентов с AL-амилоидозом.

Снижение симпатического компонента, ассоциированное с высокой смертностью при AL-амилоидозе, может рассматриваться как глубокое нарушение вегетативной регуляции. У пациентов с AA-амилоидозом активация симпатической и парасимпатической нервной системы менее выражена, чем у пациентов с AL-амилоидозом в сочетании с ХПН.

К вопросу реформы службы скорой медицинской помощи

Мельман А.А.

Станция скорой медицинской помощи, Кувандык

Реформа службы скорой медицинской помощи готовится Министерством здравоохранения и социального развития РФ: издаются первичные приказы, идет обсуждение на проектной комиссии Минздравсоцразвития РФ, но все нововведения касаются городов миллионников или областных центров, хотя в малых городах, районных центрах проживает около трети населения страны: большие расстояния, плохие дороги, недостаточное финансирование здравоохранения, отсутствие работы и достойной зарплаты ведет к миграции молодых специалистов. В нашем районе за 10 лет закрыто: 1 участковая больница, 3 врачебных амбулатории, 4 ФАПа. Население уменьшилось с 55 тыс. человек до 46 тыс. За эти годы не построено ни одной асфальтированной дороги. Население стареет. Уменьшается доступность медицинской помощи. Предполагаемое разделение Службы скорой помощи и неотложной помощи потребует значительных материальных вложений: — необходимы будут новые площади под пункты неотложной помощи, телефоны, мебель, машины и др.; потребуются создание полноценных приемных покоев в городских и центральных районных больницах с лабораториями, врачебными штатами, диагностическими койками. Имеется многолетний опыт оказания скорой и неотложной помощи, налажена система обучения врачебных и фельдшерских кадров, имеется

преимущество между поколениями сотрудников. Создание пунктов службы неотложной помощи приведет к «болезни роста», кадровой текучести и низкому качеству оказания неотложной помощи в первые пять—десять лет. При усилении тяжести «квартирной патологии» за счет роста сердечно-сосудистых заболеваний (гипертоническая болезнь, ОИМ, ОНМК) разделение СП и НП приведет к дублированию вызовов, пролонгации оказания эффективной медицинской помощи и задержке госпитализацией не менее чем на 25 мин. Внедрение службы семейного врача со временем эволюционно может привести к изменению функций Службы скорой медицинской помощи. Часть функций по оказанию «квартирной» неотложной помощи может взять на себя семейный врач, так как он будет знать людей своего участка, их болезни, будет иметь возможность выехать к ним. Но тяжелая «квартирная» патология (сердечно-сосудистая, неврологическая) останется за СМП. Не разработаны вопросы приема вызовов и отказа в вызове. Для этого необходима законодательная база МЗ РФ и усиление пропаганды среди населения по само- и взаимопомощи, тактике возникновении каких-либо отклонений в здоровье. Этих знаний у нашего населения пока недостаточно (высокий показатель безрезультативных вызовов, когда помощь не потребовалась—1,5%). Не оговорены вопросы обслуживания скорой медицинской помощи сельскому населению: нормативы прописаны для городов — 1 круглосуточная бригада на 10 тыс. населения- для сельской местности это неприемлемо.

Выводы. 1. Вернуться к старой системе: участковый врач должен иметь при себе аппарат ЭКГ и набор для оказания неотложной помощи. 2. Активнее внедрять вместо участкового принципа обслуживания службу врача общей практики. 3. На уровне Минздрава РФ разработать критерии повода для вызова скорой помощи, поводы для отказа в выезде бригад скорой медицинской помощи. 4. Принять Минздравсоцразвития РФ норму открытий подстанций пунктов СМП на селе из расчета: 1 круглосуточная машина на 5-6 тыс. населения с радиусом обслуживания 10—15 км. 5. В малых городах и районах не разделять скорую и неотложную медицинскую помощь.

Типы гиперлипидемий у больных метаболическим синдромом

Мельникова О.М., Зюбина Л.Ю., Паначева Л.А., Войтович Т.В., Андреев В.М., Шпагина Л.А.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Цель исследования: оценка нарушения холестерина-липидного обмена (ХЛО) и выделение его типов при метаболическом синдроме (МС).

Материалы и методы. Проанализированы уровни показателей ХЛО (общий холестерин — ОХ, триглицериды — ТГ, ЛПВП, ЛПНП) у 200 больных с МС в возрасте 18—90 лет, находящихся на лечении по поводу артериальной гипертензии (АГ) и/или сахарного диабета (СД). МС диагностирован на основании наличия у больных ожирения со средним ИМТ 33,3±2,5 по висцеральному типу, перечисленных нозологий и нарушений ХЛО. Выделены стандартные номенклатурные типы гиперлипидемий (ГЛП) согласно классификации Д.Фредриксона (Fredrickson DS, 1965), утвержденной ВОЗ в качестве международной в 1970 г.

Результаты исследования. I тип ГЛП, не являющийся атерогенным и высоко распространенным, выявлен у 15% больных МС, что несколько выше популяционных значений. Все больные страдали

АГ без нарушения углеводного обмена, несмотря на ожирение, а средние уровни ОХ у них составили 4,5±0,35 ммоль/л, ТГ — 3,0±0,45 ммоль/л. IIA, высоко атерогенный тип ГЛП, диагностирован у 34% больных МС, что более чем в 3 раза превышает популяционную распространенность. Среди лиц с этим типом ГЛП (средние показатели ОХ — 5,0±0,15 ммоль/л и ТГ—1,5±0,31 ммоль/л) также не отмечено нарушение углеводного обмена и лишь наличие АГ позволяет расценивать эту группу больных с МС. Преобладающим атерогенным типом ГЛП среди больных МС является IIB, составивший 51% и характеризующийся высокими уровнями ОХ — 5,0±0,42 ммоль/л и ТГ — 2,0±0,16 ммоль/л. Для них характерен классический набор всех диагностических параметров МС с формированием нарушенной толерантности к глюкозе (в 34% случаев) и СД — у остальных. Больных с другими типами ГЛП не оказалось. Преобладание высоко атерогенных типов ГЛП среди больных с МС свидетельствует о необходимости проведения дифференцированного лечения холестерин-липидных нарушений.

Выводы. Дифференцированный подход к нарушенному ХЛО у больных с МС определяют дифференцированную его коррекцию. Высокая частота атерогенных типов ГЛП диктует необходимость назначения немедикаментозных и фармакологических способов лечения, тогда как лица с неатерогенным типом ГЛП нуждаются в динамическом исследовании ХЛО и в меньшей степени в лечении, что важно и с экономической точки зрения.

Частота рецидивов, риск тромбоэмболического инсульта и антропометрические параметры у больных рецидивирующей фибрилляцией предсердий

Мензоров М.В., Шутков А.М., Бубнова Т.В., Мензорова Е.Н.

Ульяновский государственный университет, Ульяновск

Цель исследования: уточнение связи между частотой рецидивов, риском тромбоэмболического инсульта и антропометрическими параметрами, компонентным составом тела у больных рецидивирующей фибрилляцией предсердий (ФП) неклапанной этиологии.

Материалы и методы. Обследовано 76 больных (мужчин — 47, женщин — 29, средний возраст 58±8 лет) с рецидивирующей ФП неклапанной этиологии, у которых стратегией лечения был выбран контроль ритма. Причинами ФП были: ишемическая болезнь сердца (ИБС) — у 16 (21%) больных, гипертоническая болезнь (ГБ) — у 21 (28%), сочетание ГБ и ИБС — у 39 (51%) больных. В зависимости от наличия рецидивов ФП в течение 3 месяцев больных разделяли на 2 группы — с частыми пароксизмами (рецидив ФП в течение 3 месяцев, n=48) и редкими пароксизмами (без рецидива ФП в течение 3 месяцев наблюдения, n=28). Измеряли рост, массу тела, окружность талии (ОТ) и толщину кожно-жировой складки над бицепсом (BSF). Рассчитывали индекс массы тела (ИМТ). Оценку компонентного состава тела проводили, используя формулу Watson. По результатам расчета общей воды тела (ОВТ), определяли жировую массу тела (ЖМТ). Путем индексирования на м² роста рассчитывали индексы ОВТ и ЖМТ. Определяли процент содержания ЖМТ (%) и ОВТ (%) от общей массы тела. Риск тромбоэмболического инсульта оценивали, используя шкалу CHADS₂.

Результаты. У 53 (70%) больных выявлен избыточный вес или ожирение. ОВТ составила 39,8+/-6,2 кг, индекс ОВТ — 14,2+/-1,6 кг/м². В группе больных, имевших рецидивы ФП в течение 3 месяцев,

ОБТ, индекс ОБТ были меньше, чем в группе больных с отсутствием пароксизмов ФП в течение этого срока (36,77±/-5,24 и 42,72±/-5,43 кг, соотв.; $p=0,0009$ и 13,58±/-1,51 и 14,75±/-1,53 кг/м², соотв.; $p=0,005$), при этом, разницы по возрасту между данными группами пациентов не наблюдалось (58,92±/-8,22 и 57,89±/-8,33 года, соотв., $p=0,68$). Риск тромбоземболического инсульта согласно шкале CHADS₂ составил 1,7±/-1,08 балла. Не выявлено статистически достоверной связи между ИМТ и значением шкалы CHADS₂ (Kendall Tau=0,07; $p=0,46$). Установлена обратная связь между ОБТ (%) и значением шкалы CHADS₂ (Kendall Tau=-0,22; $p=0,02$ и Kendall Tau=-0,22; $p=0,02$, соотв.). В группе больных, имеющих 2 и более баллов по шкале CHADS₂ отмечался более низкий рост (165,8±/-7,10 и 172,7±/-6,20 см, соотв., $p=0,004$), большая окружность талии (103,4±/-14,90 и 92,8±/-10,44 см, соотв., $p=0,04$), %ЖМТ (33,8±/-8,14 и 26,8±/-3,69 см, соотв., $p=0,008$) и меньший %ОБТ (48,3±/-5,94 и 53,4±/-2,69 см, соотв., $p=0,008$) по сравнению с пациентами, имеющими менее 2 баллов. Многофакторный регрессионный анализ показал, что процентное содержание общей воды тела обратно ассоциировано с высоким риском тромбоземболического инсульта ($R^2=0,14$; $V=0,37$; $p=0,008$).

Заключение. Частота рецидивов ФП, риск тромбоземболического инсульта ассоциированы с низким содержанием общей воды в организме.

Острое повреждение почек у больных инфарктом миокарда и эффективность тромболитической терапии

Мензоров М.В., Шутов А.М., Климова Т.В., Михайлова Е.В., Шарфудинова А.Ф.

Ульяновский государственный университет, Ульяновск

Цель исследования: оценить частоту и выраженность острого повреждения почек (ОПП) по критериям RIFLE и AKIN у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМнСТ), уточнить связь ОПП с летальностью и эффективностью тромболитической терапии (ТЛТ). Методы исследования. Обследовано 146 больных ОИМнСТ, которым в 2008—2010 гг. в отделении неотложной кардиологии Центральной городской клинической больницы г.Ульяновска была выполнена ТЛТ стрептокиназой. Для исключения влияния различной эффективности тромболитических препаратов на результаты исследования в него не включались пациенты, которым в качестве тромболитика использовали альтеплазу, тенектеплазу или пулолазу. Мужчин было 117 (80%), женщин — 29 (20%), средний возраст больных составил 56,7±10,80 года. Диагностику ОИМнСТ, наличие показаний и противопоказаний для ТЛТ, оценку ее эффективности осуществляли согласно Рекомендациям ВНОК (2007). Тяжесть острой сердечной недостаточности оценивали по T.Killip (1967). Острое повреждение почек диагностировали и классифицировали по критериям RIFLE и AKIN, по креатинину сыворотки (RIFLECr, AKINCr) и диурезу (RIFLEou, AKINou). Только у 3 (2%) больных в анамнезе имелась информация о предшествующем заболевании почек. Мы не располагали информацией о креатинине сыворотки до заболевания, в этой связи исходным считали креатинин, соответствующий расчетной скорости клубочковой фильтрации 75 мл/мин/1,73м². Ни у одного из обследованных нами больных не было показаний для катетеризации мочевого пузыря, поэтому диурез определяли, основываясь на самостоятельном мочеиспускании больных. Полученные результаты. Среднее время от появления

клинической картины заболевания до момента госпитализации составило 2,7±1,79 часа. ТЛТ была эффективна у 104 (71%) больных. Только у 12 (8%) пациентов тяжесть ОН соответствовала 3 и 4 классу по Killip. Диурез составил 0,6±0,29 мл/ч/кг. ОПП, согласно критериям RIFLEou и AKINou, наблюдалось у 51 (35%) пациента. Концентрация креатинина в сыворотке крови составила 103,9±39,62 мкмоль/л. ОПП по критериям AKINCr диагностировано у 86 (59%), по критериям RIFLECr — у 74 (51%) больных, однако различие было статистически не достоверно ($X^2=1,99$, $p=0,16$). Согласно критериям RIFLECr, выявлены следующие классы повреждения почек: у 64 пациентов риск (R), у 9 — повреждение (I), у 1 — недостаточность (F). Согласно критериям AKINCr у 71 больного диагностирована 1 стадия, у 13 — 2 стадия и у 2 — 3 стадия ОПП. Гемодиализ потребовался только 1 больному, у которого был класс F по RIFLECr и 3 стадия по AKINCr. Возраст больных с ОПП и без ОПП существенно не различался, как при диагностике по RIFLECr (55,7±11,21 и 57,3±9,25 года, $p=0,38$), RIFLEou (57,8±11,44 и 55,9±10,23 года, $p=0,42$), так и по AKINCr (55,6±10,95 и 57,7±9,20 года, $p=0,29$) и AKINou (57,8±11,44 и 55,9±10,23 года, $p=0,42$). У больных с эффективным тромболитизмом креатинин был меньше (100,4±41,79 и 113,1±31,90 мкмоль/л, $p=0,02$), скорость клубочковой фильтрации выше (76,8±32,11 и 63,7±20,62 мл/мин/1,73м², $p=0,03$). Выявлена обратная связь между эффективностью тромболитизма и выраженностью ОПП по RIFLECr (Kendall Tau=-0,13; $p=0,04$). Клиническая смерть развилась в период госпитализации у 16 (11%) больных, из них восемь не удалось реанимировать. Внутригоспитальная летальность больных ОИМнСТ с ОПП по RIFLECr и без ОПП достоверно не различалась ($X^2=0,001$, $p=0,98$), так же как и по AKINCr ($X^2=0,13$, $p=0,71$). В то же время обнаружено, что среди больных ОИМнСТ с ОПП по RIFLEou, AKINou внутригоспитальная летальность была выше, чем у больных без ОПП ($X^2=10,29$, $p=0,001$). Логистический регрессионный анализ показал, что ОПП по RIFLEou или AKINou было независимо от пола, возраста и времени от возникновения клинической картины до момента госпитализации ассоциировано с внутригоспитальной летальностью (относительный риск 12,9; 95% ДИ 1,45–115,58; $p=0,002$).

Выводы. Более половины больных ОИМнСТ, которым выполнялась тромболитическая терапия стрептокиназой, имеют острое повреждение почек по критериям RIFLECr и AKINCr. Частота ОПП, диагностированного по диурезу, на 40% меньше по сравнению с оценкой по AKINCr и на треть меньше по сравнению с оценкой по RIFLECr. Наличие острого повреждения почек согласно RIFLECr ассоциировано с отсутствием эффекта от тромболитической терапии. Среди больных с ОПП по RIFLEou и AKINou внутригоспитальная летальность выше, чем у больных ОИМнСТ без ОПП.

Профилактика бериллиевых поражений бронхолегочной системы

Мерзликин Л.А., Западская Е.Э.

*Институт последипломного профессионального образования
Федерального медицинского биофизического центра им. А.И.
Бурназяна, Москва*

Использование высокотоксичных соединений бериллия (фтористые и хлористые соединения, оксид и гидрооксид Be) вызывает острые и хронические формы интоксикации, проявляющиеся в первую очередь поражением органов дыхания (хронический токсический бронхит и бериллиоз), при этом на производстве они нередко воздействуют в сочетании с другими неблагоприятными факторами: ионизирующее излучение, шум, вибрация, пыль системы (С.А.

Кейзер и соавт., 1983, О.Г. Алексеева, 1981, Л.А. Мерзликин). В этой связи вопросы профилактики бериллиевых поражений весьма актуальны и имеют большое практическое значение, среди которых первостепенное значение имеет комплекс профилактических мероприятий по оздоровлению условий труда (ограничение поступления аэрозолей, паров или газов металла и его соединений в воздух помещений, исключение непосредственного контакта персонала с бериллсодержащими продуктами, использование средств индивидуальной защиты органов дыхания и пр.). Определение профессиональной пригодности является также важным моментом профилактических мероприятий у работников бериллиевой отрасли: проведение предварительного медосмотра (ПМО) терапевтом, ЛОР-врачом с привлечением по показаниям врачей-специалистов, периодических медицинских осмотров у персонала бериллиевой отрасли (1 раз в 6, реже в 12 месяцев); профессиональное обследование в профцентре является принципиально важным элементом профилактики и должно проводиться не только стажированным работникам, но и лицам, работающим в контакте с токсикохимическими веществами (не реже 1 раза в 5 лет) для исключения формирования профессиональной патологии легких. Выявляемые при ПМО патологические изменения слизистой оболочки дыхательных путей, трахеи, крупных бронхов (которые могут прогрессировать) являются основанием для выведения таких больных из контакта с производственными вредностями, поскольку через короткое время при прогрессировании заболевания легких такие больные быстро инвалидизируются, что требует увеличения социальных льгот. Таким образом, своевременное и правильно проведенные профилактические мероприятия у работников бериллиевой отрасли способствуют уменьшению профессиональной заболеваемости и оздоровлению условий труда.

Диагностические возможности биоимпедансного анализа в лечении пневмонии

Меркулов И.А., Рузанов Д.Е., Покровский В.Е.

Клиническая больница № 83 ФМБА, Москва

Разнообразие возбудителей, наличие коморбидности и иммунодепрессии у пациентов привело к тому, что у каждого 3—4-го больного заболевание принимает затяжное течение с тенденцией к увеличению летальности. Вероятно, что успех в лечении данной патологии кроется в обнажении «тонких» механизмов патологического процесса. Для получения подобной информации необходимы иные диагностические подходы и способы объективизации данных о состоянии легочной ткани.

Пациенты и методы. Представлены результаты клинического наблюдения и биоимпедансного обследования 16 больных от 36 до 73 лет с нижнедолевой пневмонией. В соответствии с программой, заложенной в используемом программно-аппаратном комплексе АВС-01 «Медасс» (НПО «Медасс», Москва), органы грудной полости разделены на 4 сегмента: два верхних и два нижних (правые и левые).

Результаты и их обсуждение. Биоимпедансная «визуализация» патологического процесса заключалась в том, что импеданс доли пораженной воспалением был на $37,3 \pm 4\%$ ниже не пораженной здоровой нижней доли. Соотношение объемов клеточной и внеклеточной жидкостей пораженной доли было ниже на $16 \pm 1,2\%$ по сравнению с величиной аналогичной доли противоположной стороны. Изучение реактивного сопротивления ХС, которое

отражает электропроводность клеточных мембран, а фактически их структурную организацию, показало, что разница в ХС между пораженной и здоровой нижними долями легких была порядка $32,3\%$, что иллюстрирует степень дезорганизации мембранных структур клеток доли, пораженной воспалением. Динамическое исследование, проведенное через 3 суток, дало следующие Результаты. величина модуля импеданса пораженной доли увеличилась на $10,2\%$ за счет увеличения активной составляющей R, что говорит об уменьшении кровенаполнения доли и повышении дренажа экссудата. ХС пораженной доли остается неизменным, что свидетельствует об отсутствии изменений в структуре клеток альвеолярно-капиллярной мембраны. Динамики клинических симптомов или изменений в показателях крови и рентгенографических данных за данный срок не было.

Заключение. Важным результатом применения биоимпедансного анализа можно считать получение информации о состоянии легочной ткани, которую в условиях клиники сложно получить. Биоимпедансное исследование позволяет оценить состояние клеток альвеолярно-капиллярной мембраны доли легкого, пораженной воспалительным процессом и осуществлять биоимпедансный мониторинг легких в процессе лечения, что дает возможность анализировать динамику гидратации легочной ткани.

Влияние терапии ритуксимабом на уровень провоспалительных цитокинов в сыворотке крови у больных ревматоидным артритом

Мещерина Н.С., Безгин А.В., Гришина О.В., Князева Л.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Цель исследования: изучение динамики содержания провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α , растворимого ФНО- α — рецептора 1) в сыворотке крови у больных ревматоидным артритом (РА) под влиянием терапии ритуксимабом.

Материалы и методы. Обследовано 54 пациента РА с умеренной и высокой активностью; длительностью от 12 месяцев до 5 лет; средний возраст $38,2 \pm 6,5$ года. Группа контроля включала 20 клинически здоровых лиц. Диагноз РА устанавливался в соответствии с критериями EULAR, 2010. Определение показателей цитокинового статуса в сыворотке крови проводилось до и после лечения ритуксимабом. Уровень ФНО- α — рецептора 1 (рФНО- α -P1), концентрацию ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α определяли иммуноферментным методом.

Результаты исследования. Установлено, что при развернутой стадии РА имел место достоверно более высокий уровень ФНО- α , рФНО- α -P1, ИЛ-1 β ($198,4 \pm 13,7$ пг/мл ($p < 0,05$), $4,21 \pm 0,7$ пг/мл ($p < 0,05$), $154,7 \pm 12,3$ пг/мл ($p < 0,05$) соответственно), а концентрация ИЛ-6 была несколько ниже ($189,5 \pm 9,1$ пг/мл; $p < 0,05$) в сравнении с содержанием ИЛ-6 при поздней стадии РА. Через 4 недели после терапии ритуксимабом выявлено достоверное снижение содержания в сыворотке крови больных с развернутой стадией РА провоспалительной цитокинемии: средний уровень ФНО- α снизился на $— 32,6\%$ ($p < 0,05$), рФНО- α -P1 на $— 15,2\%$ ($p < 0,05$), ИЛ-1 β — на $29,8\%$ ($p < 0,05$), ИЛ-6 — на $32,1\%$ ($p < 0,05$). У больных с поздней стадией РА определено достоверно меньшее снижение уровня провоспалительной цитокинемии ($\chi^2 = 11,51$; $p < 0,05$), разница средней концентрации ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-6 в сравнении с исходным уровнем составила $28,4$, $20,6$, $18,2\%$ соответственно; уровень рФНО- α -P1 в этой группе больных снизился на $26,3\%$ ($p < 0,05$). Через 16 недель после терапии ритуксимабом у больных с развернутой стадией РА уровень провоспалительных

цитокинов не отличался от контроля, при длительности РА более 2 лет снижение среднего уровня исследуемых показателей составило соответственно: ФНО- α — 66,4% ($p < 0,05$), рФНО- α -P1 — 27,5% ($p < 0,05$), ИЛ-1 β — 49,5% ($p < 0,05$), ИЛ-6 — 58,6% ($p < 0,05$).

Выводы. Полученные результаты показали, что у больных РА имеет место существенное повышение содержания цитокинов провоспалительного действия в сыворотке крови по сравнению с контролем, наиболее высокое при длительности РА более 2 лет. Терапия ритуксимабом обладает активным корригирующим действием на провоспалительную цитокинемию после 4 недель применения препарата; эффективность которого нарастала к 16 неделям.

Система гемостаза и эндотелиальная функция у больных с эссенциальной артериальной гипертензией

Мирсаева Г.Х., Сарагулова Г.Р.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Цель исследования: оценить состояние системы гемостаза и эндотелиальной функции (ЭФ) у больных с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ).

Материалы и методы. Обследовано 37 пациентов (в возрасте 45—58 лет), из них 4 мужчины (10,8%) и 33 женщины (89,2%) в поликлинике № 32 г. Уфа за 2009—2010гг. Использовали специальные критерии включения и исключения в исследование. Диагноз АГ верифицирован с учетом рекомендаций ВОЗ/МОАГ (1999), ВНОК (2004, 2010). 1 степень повышения АД была у 4 (10,8%) обследованных, 2 — у 15 (40,5%) и 3 — у 18 (48,7%). Длительность заболевания составила $6,38 \pm 0,88$ года. Наследственность по АГ была отягощена у 35 (94,6%) обследованных. Показатели системы гемостаза определяли на коагулометре «Астра» с использованием реактивов фирмы «Технология-стандарт» (Барнаул). Оценку ЭФ проводили с помощью биохимических маркеров — ингибитора активатора плазминогена 1 типа (РАI-1), эндотелина-1. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу с обследованными больными.

Результаты. Выявлено повышение показателей, характеризующих активность внешнего пути свертывания крови: протромбиновый индекс (ПТИ) и протромбиновое отношение были статистически значимо выше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,025$; $p < 0,01$). Индекс АЧТВ, определяющий активность внутреннего пути свертывания крови, оказался статистически значимо ниже у больных с АГ, чем у группы контроля. Снижение уровня данного показателя свидетельствует об активации внутреннего звена гемостаза. При этом индекс АЧТВ у разных больных колебался в пределах от 0,8 до 1,3, тромбиновое время — от 82 до 116%, ПТИ от 90 до 112%. Подтверждением состояния гиперкоагуляции у больных с ЭАГ явилось и повышение концентрации фибриногена ($p < 0,05$): у 7,24% больных его содержание превышало верхнюю границу (4,0 г/л), достигая 5,6 г/л. Признаком повышения коагулирующей активности крови явилась и высокая концентрация в плазме крови РФМК ($4,66 \pm 0,1$ мг%, $p < 0,025$). При исследовании ЭФ был установлен достоверно высокий уровень РАI-1 ($5,19 \pm 0,18$ ед/мл) в сравнении с контролем, а уровень эндотелина-1 составил $0,35 \pm 0,03$ нг/мл ($p < 0,001$).

Выводы. У больных с ЭАГ имеет место предтромботическое состояние, связанное с выраженной гиперкоагуляцией, а также значительное нарушение ЭФ. Выявленные изменения системы гемостаза и эндотелиальную дисфункцию необходимо учитывать при проведении

антигипертензивной терапии с целью предупреждения развития различных сосудистых катастроф.

Структурно-функциональные изменения сосудов микроциркуляторного русла миокарда крыс при воздействии хрома

Митрофанова И.С., Саликова С.П.

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург

Вопросы оценки влияния хрома на миокард человека и животных остаются малоизученными.

Цель: установление изменений сосудов микроциркуляторного русла (МЦР) миокарда крыс при воздействии хрома в условиях эксперимента. Исследование проводилось на 15 белых беспородных лабораторных крысах-самцах массой 180—200 г. Животные получали хром перорально с питьевой водой в дозе 20,0 мг/кг. Забой животных проводился декапитацией под эфирным рауш-наркозом на 45, 90 и 135 сутки эксперимента. Миокард левого желудочка экспериментальных животных был подвергнут однотипной гистологической обработке на светооптическом уровне. Были выявлены существенные изменения в сосудах МЦР, нарастающие в поздние сроки эксперимента. На 45 день опыта наблюдался отек стенки артериол, венул. Обнаруживалось локальное повреждение эндотелиоцитов интимы. На 90-е и особенно на 135-е сутки эксперимента отмечались нарастание отека стенок сосудов МЦР, десквамация эндотелиоцитов, сладжирование и стаз эритроцитов в гемокапиллярах, диапедез эритроцитов. В сосудах были выражены явления микротромбоза. В некоторых участках миокарда обнаруживалось локальное образование новых сосудов микроциркуляции.

Результаты. Хром оказывает значительное влияние на структурно-функциональное состояние сосудов МЦР, приводящее к изменениям реологических свойств крови и нарушению структурного гомеостаза миокарда в условиях эксперимента.

Закономерности стресс-индуцированной динамики гемолитической стойкости эритроцитов при заболеваниях негематологического профиля

Михайлис А.А.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь

Цель исследования: установить особенности стресс-индуцированной (СИ) динамики гемолитической стойкости эритроцитов (ГСЭ) при негематологической патологии в аспекте взаимодействия адаптационных систем организма (АСО).

Материалы и методы. В исследование были включены 120 больных с заболеваниями негематологического профиля, сопровождающихся острым стрессом: приступ бронхиальной астмы (ПБА) и астматический статус (АС), нестабильная стенокардия (НС) и инфаркт миокарда (ИМ), гипертензивные кризы (ГК) I и II типов, острый двусторонний пиелонефрит (ОДП) и почечная колика (ПК). Для определения ГСЭ применялся метод кислотных эритрограмм (МКЭ). Статистическая обработка проводилась с использованием стандартных программ Microsoft Excel XP и пакета программ для статистического анализа Statistika 6,0.

Результаты. В группе больных с острой коронарной недостаточностью (ОКН) наименьшие исходные цифры ГСЭ, наименьший СИ прирост и наивысшая скорость возврата к исходным значениям отмечена при НС. Противоположные результаты получены при Q-позитивном ИМ. Динамика ГСЭ при Q-негативном ИМ занимает промежуточное положение. При АС были отмечены более выраженные сдвиги по сравнению с типичным ПБА. Аналогично дело обстоит с динамикой ГСЭ при ГК (более выражены изменения при ГК II типа) и при заболеваниях почек (при ОДП отмечены более выраженные изменения в сравнении с ПК). Наличие осложнения «сдвигает» ожидаемое снижение ГСЭ на сутки. Неблагоприятное течение болезни характеризуется прогрессирующим ростом ГСЭ вплоть до дня гибели пациента (в группе больных с ОКН).

Выводы. 1. В СИ динамике ГСЭ при негематологической патологии отсутствует специфичность, свойственная какому-либо заболеванию. 2. СИ динамика ГСЭ имеет колебательный, циклический, фазовый характер, отражая фазовое течение стресс-реакции. 3. На максимальных цифрах ГСЭ держится 24-48-72 часа, в зависимости от тяжести стресса, что является отражением его временной организации. 4. Преобладание во взаимодействии АСО стресс-реализующей активности приводит к повышению ГСЭ, тогда как повышение активности стресс-лимитирующей системы, по мере естественного развития стресса, сопровождается обратной динамикой. 5. Описанные изменения в динамике ГСЭ следует расценивать как проявление типовой реакции системы эритронов на неспецифическое повреждение в организме. 6. МКЭ можно рекомендовать для оценки течения и прогноза заболеваний негематологического профиля, сопровождающихся острым стрессом.

Изучение качества жизни у больных бронхиальной астмой

Михайлова О.Д., Волкова Н.Н., Климентова С.В.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Бронхиальная астма (БА) является достаточно распространенным заболеванием в Удмуртской Республике (УР). Общая заболеваемость БА с 2007 по 2009 год возросла в УР с 1011,3 на 100 тыс. населения до 1074,7 на 100 тыс. населения, превышая показатели заболеваемости в Приволжском Федеральном округе (ПФО) и Российской Федерации (РФ): в 2008 году — 911,0 на 100 тыс. населения и 914,4 на 100 тыс. населения соответственно.

Цель: изучение особенностей нарушения качества жизни (КЖ) у больных БА.

Материалы и методы. Обследовано 30 больных БА в возрасте 18—63 лет, мужчин было 12, женщин — 18. Для оценки КЖ использовали тест SF-36 «Health status survey» (Ware J.I., 1994), где 100 баллов представляет полное здоровье, и специальный «респираторный опросник больницы Святого Георгия» SGRQ (Молчанова Л.Ф., 2006).

Результаты сравнивали с контрольной группой (20 практически здоровых лиц). Результаты исследования. У больных БА существенно страдал физический компонент здоровья за счет ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием: 25,0±3,8 балла (у здоровых 96,3±2,4 балла) и физического функционирования: 36,3±6,5 балла (в контрольной группе 87,5±7,5 балла). В психологическом компоненте здоровья у больных БА были ограничены ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием до 28,47±4,5 балла и жизненная

активность до 32,8±6,2 балла (у здоровых — 80,2±7,1 балла и 77,5±4,2 балла соответственно). Психическое здоровье, характеризующее наличие тревоги и депрессии, также было достоверно снижено по сравнению с контрольной группой: 33,6±9,5 балла и 80,0±2,1 балла соответственно. Отмечено, что при контролируемом течении БА показатели КЖ жизни выше, чем при отсутствии контроля. Согласно специальному опроснику, выявлены особенности влияния заболевания на КЖ пациентов: 33,3% больных отметили, что БА мешает их работе, у 90% пациентов кашель или одышка нарушали сон, 53,3% респондентов впадают в панику, если не могут справиться с расстройствами дыхания. 56,7% больных беспокоит кашель в общественных местах, что ограничивает посещение театров и музеев, 76,7% пациентов не могут полноценно организовать активный отдых в связи с одышкой. 53,3% опрошенных отметили, что их проблемы с дыханием нарушают отношения в семье, 30% больных вынуждены были оставить работу.

Заключение. Выявленные взаимосвязанные нарушения физического и психологического здоровья больных БА свидетельствуют о необходимости медикаментозной или психотерапевтической коррекции для адаптации пациентов к своему состоянию.

Изучение состояния тревожности у больных хроническим панкреатитом в сочетании с метаболическим синдромом

Михайлова О.Д., Сергеева П.О., Пензина Е.С.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель: изучить особенности психологического статуса у больных хроническим панкреатитом (ХП) в сочетании с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Обследовано 49 больных в возрасте 33—78 лет, страдающих ХП в сочетании с МС, мужчин было 19, женщин 30. Диагноз ХП верифицировался на основании анамнеза, физикальных данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований, МС — на основании критериев ВНОК (2009). У всех пациентов определяли уровень ситуативной и личностной тревожности по методу Спилберга—Ханина, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) рассчитывали по Кальф-Калифу (1941). У всех больных рассчитывали дисперсию интервала QT (разность между максимальным и минимальным его значениями в 12 стандартных отведениях) и скорректированную дисперсию по формуле Базетта. Результаты сравнивали с контрольной группой (20 здоровых лиц). Результаты. Высокий уровень ситуативной тревожности (СТ) отмечен у 32 больных ХП в сочетании с МС (65,3%), средний уровень — у 17 (34,7%). Личностная тревожность (ЛТ) была высокой у 42 больных ХП (85,7%), средней — у 7 (14,3%). В среднем уровень ЛТ у больных ХП в сочетании с МС составил 53,8±1,3, у здоровых — 44,0±3,2 (p<0,05), уровень СТ был недостоверно повышен. Дисперсия интервала QT, отражающая электрическую нестабильность миокарда, у пациентов значительно превышала таковую в контрольной группе — 50,3±4 мс и 36,0±5 мс соответственно. ЛИИ у больных ХП в сочетании с МС имел тенденцию к повышению и составил 0,69±0,11 (у здоровых — 0,54±0,09). С помощью корреляционного анализа выявлена умеренная обратная связь между СТ и ЛИИ, ЛТ и ЛИИ (r=-0,59 и r=-0,5 соответственно) и сильная обратная связь между СТ и дисперсией QT (r=-0,7), ЛТ и дисперсией QT (r=-0,75).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о высокой ЛТ у пациентов, страдающих ХП в сочетании с МС, что можно расценивать

как защитный механизм, ограничивающий степень интоксикации и риск возникновения фатальных аритмий.

Особенности течения и лечения пневмонии у ВИЧ-инфицированных пациентов

Михайловская Т.В., Мишина И.Е., Орлова С.Н., Гудухин А.А., Ступакова А.В.

Городская клиническая больница № 1, Городская клиническая больница № 3, Иваново

В связи с успехами антиретровирусной терапии в последние годы у больных на ранней стадии ВИЧ-инфекции изменилась структура легочной патологии: снизилась частота пневмоцистоза и выросла доля бактериальной пневмонии, бронхита и туберкулеза.

Цель: выявление особенностей течения внебольничной пневмонии (ВП) у ВИЧ-инфицированных больных, а также оценка клинической эффективности (КЭ) проводимой антибактериальной терапии (АТ). Обследовано 59 пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу ВП (34 мужчины и 25 женщин, средний возраст $33,2 \pm 4,7$). Все больные были разделены на две группы: 1 группу составили ВИЧ-инфицированные пациенты (21 человек), 2 группу — иммунокомпетентные лица (38 человек). Диагноз ВИЧ-инфекции установлен методом иммуноблоттинга, давность заболевания составила от 8 до 2 лет. КЭ оценивалась по динамике симптомов через 72 часа после начала АТ. Клиническая картина ВП была сходной у больных сравниваемых групп, в 1 группе несколько чаще встречались атипичные симптомы заболевания — абдоминальный болевой синдром, рвота, отсутствие респираторного синдрома и аускультативных признаков инфильтрата, похудание (у 33% против 29%). У 96% пациентов 1 группы диагностирована сопутствующая патология (вирусный гепатит В и С, анемия, цирроз печени, кандидоз, кахексия), что достоверно больше по сравнению со 2 группой (42%, $p < 0,05$). В 1 группе по сравнению со 2 группой достоверно чаще наблюдались случаи несвоевременной госпитализации (80,9 и 47,4% соответственно, $p < 0,05$), что может быть связано с поздней обращаемостью и недооценкой тяжести состояния на поликлиническом этапе. У всех пациентов 2 группы ВП была заподозрена амбулаторно, однако в 1 группе только 43% больных были направлены по поводу ВП, тогда как 29% имели направительный диагноз бронхита, 19% — лихорадки неясной этиологии. У больных 1 группы реже наблюдались нормализация лабораторных показателей на 10-14 сутки ВП (43% против 87%, $p < 0,05$) и полное рассасывание инфильтрата по данным рентгенограммы (33% против 90%, $p < 0,05$). Стартовая АТ цефалоспорином III поколения (Ц) на стационарном этапе была достоверно более эффективной у больных 2 группы по сравнению с 1 группой (81,8 и 61,5% соответственно, $p < 0,05$). В 1 группе комбинированная терапия Ц и аминогликозидов не имела преимуществ по сравнению с монотерапией Ц (46,2% против 57,1%). Замена бета-лактамовых антибиотиков на линкозамиды (Л) с целью расширения спектра активности в отношении метициллин-резистентного *Staphylococcus aureus* позволила добиться положительных результатов у всех пациентов 1 группы (у 5 больных из 5). Таким образом, при ВП у ВИЧ-инфицированных пациентов по сравнению со 2 группой несколько чаще наблюдаются атипичные симптомы заболевания. Достоверно большее число больных с сопутствующей патологией создает дополнительные трудности для своевременной диагностики ВП и обуславливает позднее начало лечения. Анализ АТ на стационарном этапе у данной категории

пациентов продемонстрировал достоверно меньшую КЭ Ц, высокую эффективность Л и отсутствие преимуществ комбинированной АТ перед монотерапией.

Возможности коррекции сахарного диабета типа 2 у пациентов с печеночной недостаточностью

Моргунов Л.Ю.

Городская клиническая больница № 20, Москва

Цель: оценить эффективность применения ингибитора дипептилпептидазы-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 $53,3 \pm 3,2$ года, группы 2 (8 человек) — $47,9 \pm 3,9$ года, средняя длительность сахарного диабета типа 2 (СД) в группе 1 — $6,8 \pm 2,3$ года, во группе 2 — $8,1 \pm 2,6$ года. Функциональное состояние печени оценивалось по шкале Чайлд-Пью; в группе 1 сумма баллов составила $9,25 \pm 1,5$, в группе 2 — $10,5 \pm 2,5$. У всех пациентов отмечался асцит (от легкого до напряженного). Степень энцефалопатии в обеих группах расценивалась как легкая. Средний уровень билирубина в группе 1 составил $66 \pm 9,8$ мкмоль/л, протромбиновый индекс (ПТИ) $54,8 \pm 5,3\%$, уровень альбумина — $32,7 \pm 5,8$ г/л; в группе 2 — средний уровень билирубина — $60,2 \pm 8,4$ мкмоль/л, ПТИ $59,0 \pm 4,5\%$, уровень альбумина — $28,9 \pm 3,9$ г/л. Уровень гликированного гемоглобина в группе 1 составил $8,1 \pm 0,9\%$, в группе 2 — $8,6 \pm 2,2\%$. 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 $7,4 \pm 1,3\%$, в группе 2 — до $7,1 \pm 0,9\%$ ($p < 0,05$). Количество лабораторно подтвержденных гипогликемических состояний в группе 1 составило 2 за 6 месяцев, 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. Недостоверно лучшая компенсация углеводного обмена при высокой частоте гипогликемий у пациентов, получающих инсулинотерапию, оставляет право выбора сахароснижающего препарата в каждом конкретном случае.

Распространенность дефицита андрогенов у пациентов с соматической патологией

Моргунов Л.Ю., Бондаренко Т.В.

Городская клиническая больница № 20, Москва

Цель: изучить распространенность андрогенного дефицита у пациентов с различными соматическими заболеваниями. Материалы и методы. Обследовано 1023 мужчины в возрасте от 18 до 85 лет (средний возраст составил $68,5 \pm 11,9$ года). Контрольную группу составили 120 лиц, признанных практически здоровыми (средний возраст $43,4 \pm 3,6$ года). Клиническая оценка дефицита андрогенов

проводилась с помощью международной анкеты «Опросник старения мужчин» (AMS); результаты оценивались по балльной шкале. Симптомы дефицита андрогенов считались невыраженными при количестве баллов от 17 до 26, слабо выраженными — от 27 до 36, средней выраженности — от 37 до 49, выраженными — более 50. Продолжительность соматической патологии составила в среднем $9,0 \pm 4,7$ года. 136 (16,9 %) больных страдали артериальной гипертензией (АГ), 134 (18,6%) — ИБС, 21 (2,9%) — сахарным диабетом (СД) типа 1, 103 (14,3%) — СД типа 2, у 31 (4,3%) имелось сочетание ИБС и АГ, у 40 (5,5%) — ИБС и СД типа 2, у 59 (8,1%) — АГ и СД типа 2, у 24 (3,3%) — ИБС, СД и АГ, у 18 (2,5%) — СД, АГ и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), у 50 (6,9%) — алкогольная болезнь печени (АБП) и АГ, у 51 (7,0%) — ХОБЛ, у 18 (2,5%) — ХОБЛ и внебольничная пневмония (ВП), у 14 (1,9%) — ХОБЛ и АГ, у 36 (5,0%) — ХОБЛ и АБП, 58 перенесли ишемический инсульт. При наличии признаков андрогендефицита исследовался уровень свободного тестостерона. Результаты. 57,6% пациентов имели резко выраженные симптомы андрогенного дефицита, 21,1% — средней выраженности, 15,9% — слабо выраженные и 5,4% — не выраженные. Лабораторная оценка показала, что 82,4% больных имеют дефицит андрогенов, а именно 62,3% больных с АГ, 73,9% — с ИБС, у 66,7% — с СД типа 1, у 95,1% с СД типа 2, у 83,9% пациентов с ИБС и АГ, у 100% пациентов с ИБС и СД и при сочетании ИБС, АГ и СД или СД, ХОБЛ и АГ, у 96,6% пациентов с АГ и СД, у 70% пациентов с АБП и АГ, у 66,7% с ХОБЛ, в 50% при сочетании ХОБЛ и ВП, в 64,3% при сочетании ХОБЛ и АГ, в 86,1% при сочетании ХОБЛ и АБП. В контрольной группе андрогенный дефицит подтвержден в 26,7% случаев. Выводы. У пациентов с соматической патологией необходимо исследовать уровень свободного тестостерона, используя при этом шкалу AMS или лабораторное подтверждение андрогенного дефицита в целях дальнейшей его коррекции.

Комплексное воздействие на механизмы инсулинорезистентности у пациентов с андрогенным дефицитом и сахарным диабетом типа 2

Моргунов Л.Ю.

Городская клиническая больница № 20, Москва

Цель: изучить обоснованность коррекции инсулинорезистентности у пациентов с сахарным диабетом типа 2 и андрогенным дефицитом.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 27 пациентов (14 в группе 1 и 13 — в группе 2) с метаболическим синдромом: компенсированным сахарным диабетом типа 2 (гликированный гемоглобин $6,1 \pm 0,4\%$ и $5,9 \pm 1,1\%$), ожирением (ИМТ $32,0 \pm 3,19$ кг/м² и $31,8 \pm 2,9$ кг/м²), артериальной гипертензией (систолическое (САД) = $166,8 \pm 7,1$ и $168,7 \pm 8,3$ мм рт.ст. и диастолическое артериальное давление (ДАД) = $91,7 \pm 3,6$ и $94,5 \pm 4,5$ мм рт.ст.) и лабораторно подтвержденным андрогенным дефицитом. У всех исследуемых имелись нарушения липидного обмена. Уровень иммунореактивного инсулина натощак в группе 1 составил $183,7 \pm 30,7$ нмоль/л, в группе 2 — $201,7 \pm 32,4$ нмоль/л, уровень свободного тестостерона $137,4 \pm 11,7$ и $142,0 \pm 12,4$ нмоль/л соответственно. Всем пациентам назначен тестостерона ундеканат 1000 мг в/м по схеме. Пациенты 1 группы получали препараты, снижающие инсулинорезистентность: метформин 2000 мг в сутки, моксонидин 200 мкг утром, пациенты группы 2 — антагонисты кальция и бета-блокаторы с титрованием дозы,

препараты сульфаниламочевин в комбинации с метформин; всем назначен аторвастатин в дозе 10 мг в сутки.

Результаты. Через 6 месяцев нормализовался уровень свободного тестостерона в обеих группах. Индекс массы тела в группе 1 составил $26,4 \pm 2,1$ кг/м² ($p < 0,005$), в группе 2 — $29,3, \pm 3,1$ кг/м² ($p < 0,005$). В группе 1 САД снизилось и составило $129,4 \pm 4,2$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), ДАД — $77,3 \pm 3,5$ мм рт.ст. ($p < 0,005$), в группе 2 — САД снизилось до $141,8 \pm 5,7$ мм рт.ст. ($p < 0,005$), ДАД $81,7 \pm 3,5$ мм рт.ст. ($p < 0,005$). Нарушения липидного обмена претерпели достоверные позитивные изменения в обеих группах. Уровень иммунореактивного инсулина натощак в группе 1 составил $93,7 \pm 17,7$ нмоль/л ($p < 0,001$), в группе 2 — $158,7 \pm 22,6$ нмоль/л ($p < 0,005$).

Выводы. Комплексное патогенетическое воздействие на механизмы инсулинорезистентности у пациентов с метаболическим синдромом и дефицитом андрогенов является более эффективным, чем применение традиционной терапии.

Субклинический гипотиреоз как прогностический фактор острого ишемического инсульта

Моргунов Л.Ю., Баринев О.С.

Городская клиническая больница № 20, Москва

Цель исследования: определить значение субклинического гипотиреоза как прогностического фактора течения острого ишемического инсульта.

Методы. В исследовании приняли участие 116 пациентов с острым ишемическим инсультом. Из исследования были исключены пациенты с манифестным гипер- и гипотиреозом, а также высоким уровнем пролактина крови. В течение первых двух суток определялись уровни тиреотропного гормона гипофиза, свободные фракции тироксина и трийодтиронина. Все пациенты были разделены на две группы: первая — 18 пациентов, имевших субклинический гипотиреоз (тиреотропный гормон гипофиза выше $4,05$ мМЕ/л и нормальным уровнем свободной фракции тироксина). Вторая группа (98 человек) была контрольной, уровни тиреоидных и тиреотропного гормонов оставались в пределах нормальных значений. Тяжесть инсульта определялась по Шкале инсульта Национального института здоровья (NIHSS) и модифицированной шкале Рэнкина. Результат оценивался как хороший при количестве баллов менее 8, удовлетворительный от 8 до 14 баллов и неблагоприятный при сумме баллов свыше 14. Оценка проводилась на 30 и 90 день от дебюта инсульта.

Результаты. Большинство пациентов с субклиническим гипотиреозом продемонстрировали клиническое улучшение с уменьшением количества баллов по шкале NIHSS на 30 сутки по сравнению с контрольной группой ($51,3\%$ против $29,7\%$, $p = 0,007$). Та же картина наблюдалась у пациентов с субклиническим гипотиреозом на 90 сутки ($71,4\%$ против $53,7\%$, $p = 0,029$). Отмечено, что клинические проявления острого ишемического инсульта у пациентов с субклиническим гипотиреозом более благоприятны, чем у контрольной группы пациентов с нормальной функцией щитовидной железы. При этом уровень антител к тиреоидной пероксидазе не превышал нормальных значений, при ультразвуковом исследовании щитовидной железы не отмечалось характерных для аутоиммунного тиреоидита изменений. Через 90 дней от начала развития инсульта уровень тиреотропного гормона гипофиза самостоятельно пришел к норме.

Заключение. Наличие субклинического гипотиреоза является адаптационным механизмом у пациентов с острым ишемическим

инсультом, который развивается не у всех пациентов, но может служить одним из прогностических факторов его дальнейшего течения.

Терапия метаболического синдрома тестостероном у мужчин с андрогенным дефицитом и выраженным ожирением

Моргунов Л.Ю.

Городская клиническая больница № 20, Москва

Цель: изучить воздействие терапии инъекционной формы тестостерона на компоненты метаболического синдрома у мужчин с возрастным андрогенным дефицитом и выраженным ожирением.

Материалы. В исследовании приняли участие 58 мужчин с метаболическим синдромом, страдающие сахарным диабетом типа 2 и имеющие андрогенный дефицит. Группу 1 составили 38 пациентов в возрасте $57,2 \pm 6,2$ года с длительностью сахарного диабета $9,4 \pm 3,2$ года, уровнем гликированного гемоглобина (HbA1c) $8,5 \pm 1,3\%$, артериальной гипертензией (уровень систолического АД (САД) $158,7 \pm 8,3$ мм рт.ст, диастолического (ДАД) $94,4 \pm 4,7$ мм рт. ст.) и ожирением; индексом массы тела (ИМТ) $36,9 \pm 3,1$ кг/м², уровнем общего тестостерона $9,3 \pm 1,4$ нмоль/л. Группу 2 составил 20 мужчин в возрасте $57,1 \pm 3,6$ года с длительностью сахарного диабета $9,1 \pm 4,7$ года, HbA1c $8,5 \pm 1,4\%$, уровнем САД $164,7 \pm 7,1$ мм рт.ст., ДАД $91,3 \pm 3,4$ мм рт.ст, ИМТ $38,0 \pm 3,1$ кг/м². В группе 1 средние уровни составили: холестерина — $5,9 \pm 0,6$ ммоль/л, триглицеридов $2,5 \pm 0,4$ ммоль/л, ЛПНП $-3,8 \pm 0,9$ ммоль/л, ЛПВП $-1,0 \pm 0,2$ ммоль/л. В группе 2: холестерин — $5,7 \pm 0,8$ ммоль/л, триглицеридов $2,4 \pm 0,2$ ммоль/л, ЛПНП $-3,5 \pm 0,7$ ммоль/л, ЛПВП $-1,0 \pm 0,2$ ммоль/л.

Методы. Сахароснижающая терапия оставалась неизменной в течение года (метформин), гипотензивная терапия представлена амлодипином 5-10 мг в сутки и гидрохлортиазидом (10 и 12,5 мг 1 раз в сутки) с титрацией доз в процессе лечения. Мужчинам группы 1 назначена терапия тестостерона ундеканоатом 1000 мг внутримышечно; первая инъекция через 6 недель, в дальнейшем с интервалом 12 недель в течение года, группа 2 была контрольной.

Результат. Через год в группе 1 отмечалось статистически значимое снижение уровня HbA1c до $7,1 \pm 1,3\%$, САД до $132,4 \pm 4,0$ мм рт.ст., ДАД $-82,3 \pm 2,8$ мм рт. ст., ИМТ $-32,1 \pm 1,8$ кг/м², холестерина до $5,1 \pm 0,4\%$, триглицеридов до $1,7 \pm 0,3$ ммоль/л, ЛПНП — до $2,8 \pm 0,6$ ммоль/л, ЛПВП — до $1,2 \pm 0,1$ ммоль/л. Синдрома ночного апноэ не отмечалось ни в одном случае. В группе 2 не отмечалось статистически значимого снижения уровня HbA1c, ИМТ и липидного профиля. Уровень АД достоверно снизился: САД $147,4 \pm 4,3$ мм рт.ст., ДАД $92,3 \pm 2,2$ мм рт. ст., однако потребовалось увеличение дозы исходно назначенных гипотензивных препаратов 72% мужчин и добавление ингибиторов АПФ в 32% случаев, в то время как в группе 1 увеличение дозы исходной гипотензивной терапии потребовалось лишь в 31% случаев. Уровень общего тестостерона в группе 1 через год составил $17,8 \pm 1,6$ нмоль/л, в группе 2 достоверно не изменился.

Выводы. Терапия препаратами тестостерона в терапевтических дозах у пациентов с метаболическим синдромом, выраженным ожирением и андрогенным дефицитом, позитивно воздействует на факторы риска сердечно-сосудистой патологии, оказывает несомненный эффект на уровень АД, углеводный и липидный обмен, значимо снижает степень ожирения и является безопасной у пациентов с выраженной степенью ожирения.

Ведение и родоразрешение беременных после операций на сердце в анамнезе

Мравян С.Р., Петрухин В.А., Пронина В.П., Мареева М.Ю.

Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, Москва

Цель: разработка рациональных подходов, основанных на клинко-функциональном обследовании, тактике ведения беременности и родов пациенток, оперированных ранее на сердце.

Материалы и методы. Обследовано 53 беременных на различных сроках гестации и в послеродовом периоде с помощью эхокардиографии, электрокардиографии (ЭКГ), суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру.

Результаты. Группу беременных низкого риска (Siu S.C., Colman J.M., 2001) составили 43 пациентки с хорошим результатом кардиохирургической операции. Основное большинство составили беременные после пластики или ушивания септальных дефектов (22 пациентки), вальвулопластики аортального стеноза и стеноза легочной артерии (6 пациенток), резекции коарктации аорты (4 пациентки), перевязки открытого артериального протока (3 пациентки), радикальной коррекции тетрады Фалло (8 больных). Динамическое ЭхоКГ наблюдение выявило незначительное увеличение за время беременности объемов предсердий и желудочков на 4—7 мм, градиента давления — на 10—15 мм рт.ст. Все пациентки родоразрешены на доношенном сроке беременности через естественные родовые пути. Группу женщин с промежуточным риском составили 5 беременных, перенесших радикальную операцию на сердце с удовлетворительным эффектом (исходно размер левого предсердия составил $3,3 \pm 0,8$ см, систолическое давление в легочной артерии составило $26,4 \pm 4,7$ мм рт.ст.). Наблюдалось 4 пациентки после протезирования механического и биологического искусственного клапана, 1 — после радикальной операции Кавашива (2 беременности). Динамическое ЭхоКГ обследование выявило также отсутствие достоверных изменений гемодинамики; все пациентки родоразрешены через естественные родовые пути на доношенном сроке беременности. Группу пациенток с высоким риском осложнений составили 5 пациенток после 1—3 паллиативных операций на сердце. У 3 пациенток отмечен II функциональный класс сердечной недостаточности (ФК СН), у 2 — III ФК СН, что сопровождалось за время беременности ростом остаточных градиентов давления, объемных параметров камер сердца, снижением dp/dt миокарда, усилением клинических признаков СН. Четыре пациентки родоразрешены кесаревым сечением; две из них — досрочно. Материнской, перинатальной и детской смертности не было.

Выводы. У большинства беременных, перенесших в анамнезе операции на сердце, отмечается хороший результат операции с возможностью родоразрешения через естественные родовые пути.

Цитоморфологические маркеры поражения нижних дыхательных путей при непродолжительном табакокурении

Мун И.Е., Добрых В.А., Медведева Е.В., Ковалева О.А.

Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск

Цель: изучить цитоморфологические характеристики (ЦМХ) базального трахеобронхиального секрета (БТС) при небольшом стаже и интенсивности курения.

Задачи. Выявление начальных изменений ЦМХ БТС при небольшом стаже и интенсивности курения и поиск связей между наличием клинических симптомов (КС) и изменениями ЦМХ БТС.

Материалы и методы. Обследовано 33 практически здоровых курящих юноши в возрасте 13—21 год и 23 некурящих того же возраста. Образцы БТС получали посредством оригинальной «фарингеальной ловушки», цитоморфологический состав изучался традиционными методами окраски и микроскопирования. В окрашенных мазках в 10 случайно выбранных полях зрения определяли неэпителиальный цитоз (Ц), количество нейтрофилов (Н), макрофагов (М), эозинофилов (Э), лимфоцитов (Л). Клинические симптомы оценивались по результатам заполнения модифицированной анкеты Британского торакального общества.

Результаты. В возрастных группах некурящих 13-15 (n=10) и 18-21 (n=13) лет различий ни по одному из показателей не было выявлено ($p > 0,05$). В группе курящих отмечалось повышение общего цитоза, Н, М, Э и Л ($p < 0,05$). В группе курящих чаще встречались все КС ($p < 0,05$). Сопоставление ЦМХ и клинических симптомов у курящих не показало достоверных различий клеточного состава между группами с наличием и отсутствием кашля и одышки ($p > 0,05$). У больных с симптомами мокротовыделения отмечен более выраженный цитоз ($p < 0,05$).

Выводы. На ранних этапах табакокурения в образцах БТС отмечается достоверное увеличение уровня М и Н. Появление симптома мокротовыделения у курящих связано с нарастанием нейтрофильного лейкоцитоза. Связи между другими клиническими симптомами и цитологическим составом БТС не установлено.

Вторичная венозная гипертония у больных истинной полицитемией

Муравьева Л.П.

Городская клиническая больница № 12, Нижний Новгород

Патология венозного (емкостного) отдела кровообращения встречается не менее часто, чем артериального. Однако изучению данного отдела кровообращения в клинике до сих пор уделяется мало внимания. Одним из центральных показателей венозной системы является венозное давление. Синдром вторичной венозной гипертонии нередко наблюдается и при истинной полицитемии (ИП). Цель исследования: изучение клиники, микроциркуляции и динамической вязкости крови (ДВК) у больных ИП с вторичной венозной гипертонией.

Материалы и методы. Проведено комплексное клинко-гематологическое и инструментальное обследование 49 больных ИП в развернутой стадии в возрасте от 40 до 60 лет (мужчин — 20, женщин — 29). Микроциркуляция изучалась методом бульбарной конъюнктивы, ДВК при градиентах сдвига 1—43 сек⁻¹, венозное давление методом В.А. Вальдмана. В анализах крови у всех больных ИП имел место панцитоз с повышением уровня гемоглобина до $196,47 \pm 4,2$ г/л, количества эритроцитов от $6,72 \pm 0,14$ до $6,63 \pm 0,17 \cdot 10^{12}$ /л, с умеренным лейкоцитозом $9,9 \pm 0,6 \cdot 10^9$ /л и тромбоцитозом $503,0 \pm 0,063 \cdot 10^9$ /л.

Результаты. У 39 больных (78,9%) выявлено повышение венозного давления (130—180 мм водного столба). В клинике у всех обследуемых отмечались головные боли различной интенсивности давящего

распирающего характера, возникающие утром сразу после сна, сопровождались головокружением, усиливались при физической и эмоциональной нагрузке. Повышения артериального давления не выявлено. Микроциркуляторная картина характеризовалась преимущественно гиперемическим типом со значительным расширением венозного русла и наличием агрегации эритроцитов I—II степени. Отмечено повышение динамической вязкости крови в 1,5—2 раза при всех градиентах сдвига. С учетом полученных данных помимо традиционной терапии подключались ингибиторы АПФ, седативные средства. Хороший эффект получен у 71% больных ИП. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о четкой взаимосвязи клинических, микроциркуляторных и гемореологических нарушений с венозной гипертонией, при наличии упорных головных болей у больных с истинной полицитемией рекомендуется исследовать венозное давление доступным методом Вальдмана.

Временные показатели variability ритма сердца у больных сахарным диабетом 1 типа, осложненным кетоацидозом

Муха Н.В., Говорин А.В., Перевалова Е.Б., Радаева Е.В., Суворова Т.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Известно, что показатели variability ритма сердца (ВРС) имеют высокую прогностическую значимость при различных сердечно-сосудистых заболеваниях. Одним из звеньев поражения миокарда при сахарном диабете может являться дисбаланс вегетативной нервной системы.

Цель: исследовать временные показатели ВРС у пациентов с сахарным диабетом 1 типа (СД-1), осложненным кетоацидозом.

Методы. Исследование проведено в двух группах: 1-ю составили 17 пациентов с СД-1, осложненным кетоацидозом, 2-ю — 15 здоровых лиц. Диагноз СД-1 выставлялся на основании национальных рекомендаций по диагностике и лечению сахарного диабета, базирующихся на терапевтических стандартах, принятых ВОЗ. Средний возраст больных составил $29,2 \pm 8,9$ года. Все пациенты подвергались трехканальному суточному мониторингованию ЭКГ за 24 часа с анализом variability ритма сердца и регистрацией ЭКГ высокого разрешения с помощью монитора «Астрокард», разработанного фирмой «Медитек» г. Москва с использованием одноименного программного обеспечения. Изучались следующие временные показатели по 24-часовым записям ЭКГ: • SDNN, мс — стандартное отклонение величин нормальных интервалов R-R; • SDANN, мс — стандартное отклонение от средних длительностей синусовых интервалов R-R; • SDNN index, мс — средняя для стандартных отклонений от средних значений продолжительности синусовых интервалов R-R; • PNN50, % — доля последовательных интервалов N-N, различие между которыми превышает 50 мс; • RMSSD, мс — квадратный корень из среднего квадратов разностей величин последовательных пар интервалов N-N; • TINN, мс — индекс триангулярной интерполяции гистограммы интервалов R-R.

Результаты. Установлено, что у пациентов с СД-1, осложненным кетоацидозом, временные значения показателей ВРС больных СД-1, осложненным кетоацидозом, существенно отличались от аналогичных показателей контрольной группы. Пациенты первой группы имели достоверно более низкие значения SDNN, SDNNi, SDANN, RMSSD, pNN50, которые составили: $91,5 \pm 37,7$, $35,5 \pm 10,8$, $85,33 \pm 35,12$, $24,44 \pm 8,89$ и $3,09 \pm 0,43$ соответственно, достоверно отличаясь от параметров здоровых лиц. Геометрический показатель TINN также

статистически значимо отличался от показателя контрольной группы, составив $370,78 \pm 156,63$ мс ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, у пациентов с СД-1, осложненным кетоацидозом, отмечено снижение временных показателей ВРС.

Эффективная терапия осложненных гипертонических кризов

Мухамбетьярова С.А.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алма-Ата

Цель: изучить эффективность применения урапидила при гипертонических кризах (ГК), осложненных острой левожелудочковой недостаточностью (ОЛЖН), в условиях скорой медицинской помощи (СМП).

Материалы и методы. Клиническое обследование состояло из детального сбора анамнеза болезни, факт наличия/отсутствия гипертонии в прошлом, наличие сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, ИБС, ХСН, инсульт), мониторинг АД и ЧСС, ЭКГ, пульсоксиметрия до и после проведенной терапии. В исследование включены 66 больных ГК, осложненным ОЛЖН, обратившиеся за СМП. Средний возраст мужчин составил $51,4 \pm 1,5$ года, для женщин — $56,4 \pm 1,4$ года. Оценивалась взаимосвязь между дозой урапидила и ЧСС, показателями оксигенации артериальной крови. Применялся урапидил (эбрантил фирмы «НИКОМЕД») в различных дозах (25—100 мг) с 5-, 10-, 15-, 20-, 30-минутным интервалом в соответствии со снижением исходного АД. Критерии исключения: гиперчувствительность к урапидилу или пропиленгликолю, стеноз аорты, печеночная недостаточность.

Результаты исследования. На фоне стандартной терапии ГК, осложненного ОЛЖН, при внутривенном введении урапидила наиболее существенное снижение систолического АД (САД) наблюдается уже в течение первых 5 минут (в среднем на 20% от исходного). В дальнейшем снижение АД продолжается более плавно и достигает максимума к 20 минуте лечения (в среднем на 30% от исходного). Диастолическое АД (ДАД) также снижается в течение короткого времени, достигая максимума к 10 минуте лечения (в среднем на 32% от исходного). При этом выявлена быстрая стабилизация гемодинамики, купирование клинических проявлений ОЛЖН, отсутствие ухудшения неврологической симптоматики у больных, несмотря на довольно значительное и быстрое снижение АД. При исследовании среднего САД, ДАД, ЧСС, показателей оксигенации артериальной крови SpO_2 перед введением препарата и через 5, 10, 15, 20, 30 минут не выявлено значительных различий в зависимости от дозы урапидила. ЧСС при лечении менялась незначительно (увеличение ЧСС не более 10% от исходного), причем ЧСС у больных с исходной тахикардией практически не изменялась. При анализе значений оксигенации артериальной крови выявлено улучшение показателей на 92% от всей выборки к 10 минуте после введения.

Выводы. При внутривенном введении урапидила больным с гипертоническим кризом, осложненным ОЛЖН, выявлено максимальное снижение АД через 5-10 минут после введения, улучшение показателей оксигенации артериальной крови. Урапидил не вызывает нежелательных побочных действий, в том числе рефлекторной тахикардии, подтверждая безопасность и эффективность урапидила при осложненных гипертонических кризах.

Определение мозгового натрийуретического пропептида для оценки сердечной дисфункции у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом

Мухетдинова Г.А., Фазлыева Р.М., Борис Г.Д., Исламова Л.Ю.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Республика Башкортостан является эндемичным регионом для геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС), в патогенезе которой ведущее место занимает острое вирусное системное поражение мелких сосудов и, как следствие, полиорганый характер патологических процессов.

Цель исследования: изучить содержание NT-proBNP у больных ГЛПС в зависимости от степени тяжести, периода заболевания, основных гемодинамических параметров.

Материал и методы. Проведено проспективное исследование 88 больных ГЛПС. Наряду с общеклиническими методами обследования в динамике определялось содержание NT-proBNP в сыворотке крови с использованием тест-системы фирмы BIOMEDICA (Австрия).

Результаты. При среднетяжелой и тяжелой формах ГЛПС наблюдается статистически значимое повышение концентрации NT-proBNP во все периоды в сравнении как с контрольной группой, так и с группой больных легкой формы. Несмотря на имеющиеся тенденции повышения концентрации изучаемого маркера в олигоурический период, статистически значимые различия отмечены только в группе больных тяжелой формой ГЛПС. Полученные результаты, вероятно, объясняются тем, что основной путь выведения NT-proBNP — почки, функция которых существенно страдает при среднетяжелой и, особенно, тяжелой формах ГЛПС. Отрицательная корреляционная связь средней силы между уровнем NT-proBNP и систолическим артериальным давлением в начальном ($r = -0,66; p < 0,05$) и олигоурическом ($r = -0,46; p < 0,05$) периодах может свидетельствовать о роли NT-proBNP в развитии гипотензии при ГЛПС. Выявлена сильная положительная корреляционная зависимость содержания NT-proBNP от уровня систолического давления в легочной артерии (СДЛА), что можно использовать как дополнительный неинвазивный метод диагностики легочной гипертонии у больных ГЛПС. Таким образом, повышение концентрации NT-proBNP у больных ГЛПС наряду с отражением нарушения функции почек и сердца может оказывать патофизиологическое влияние на состояние гемодинамики при данном заболевании.

Оценка эффективности пролонгированной терапии непрямыми антикоагулянтами при венозном тромбозе у носителей полиморфизма 4G/5G в гене ингибитора активатора плазминогена

Мяленка Е.В., Федорова Т.А., Пирожкова Е.Г., Карягина И.Ю., Веселкин Н.П., Яблонский П.К.

Городская многопрофильная больница № 2, Санкт-Петербург

Основными компонентами венозного тромбоза являются тромбозы глубоких вен и острая тромбозия легочной артерии (ТЭЛА). В структуре генетически-детерминированных причин данного состояния важное внимание уделяется гомозиготному носительству полиморфизма 4G/5G в гене ингибитора активатора плазминогена

PAI-I, приводящего к замедлению фибринолиза. В то же время роль гетерозиготного носительства аллеля 4G указанного гена в развитии тромбофилического состояния дискутируется и выявление его не является основанием для продления антикоагулянтной терапии. Цель: оценить эффективность пролонгированной терапии оральными антикоагулянтами (ОАК) острой ТЭЛА у носителей полиморфизма 4G/5G в гене PAI-I. Произведен анализ результатов цитогенетического обследования на выявление полиморфизма 4G/5G в гене ингибитора активатора плазминогена PAI-I, а также мутации в гене фактора V (FV Leiden), G20210→A в гене протромбина, полиморфизма C677→T в гене метилентетрагидрофолатредуктазы MTHFR, G/A-455 в гене фактора I, PIA1/A2 в гене GP IIIa рецепторов тромбоцитов, 149 человек (75 женщин, 74 мужчины), перенесших острую ТЭЛА с 2003 по 2010 год. Гомозиготами 4G/4G были 49 человек, гетерозиготами 4G/5G — 69. В первой группе в течение 6 месяцев по окончании терапии наблюдались 23 человека, во второй 38. При сравнении частоты выявления рецидивов на фоне терапии варфарином у гомо- и гетерозиготных носителей статистически значимых различий выявлено не было (12,2% и 7,2% соответственно, $p>0,5$). Произведен анализ частоты рецидивов через полгода после лечения в зависимости от длительности терапии. В группе носителей генотипа 4G/5G PAI-I рецидивы выявлялись реже в случае продленной более 6 месяцев терапии (11,1%) по сравнению с больными, получавшими лечение варфарином 6 месяцев и менее (36,4%, $p=0,06$). В первом случае изолированное носительство данного генотипа у больных с рецидивами выявлялось у 33,3%, во втором у 50%. При анализе группы носителей генотипа 4G/4G подобной тенденции выявлено не было. Полученные результаты свидетельствуют о меньшей частоте развития рецидивов в первые полгода после отмены варфарина у носителей генотипа 4G/5G гена PAI-I в случае лечения более 6 месяцев, что может указывать на необходимость продления терапии ТЭЛА непрямыми антикоагулянтами в случае выявления даже гетерозиготного носительства полиморфизма 4G/5G в гене PAI-I.

Влияние симвастина на показатели ММП-9 и ТИМП-1 у пациентов с метаболическим синдромом в сочетании с фибрилляцией предсердий

Наумов Д.В., Ахмедов В.А.

Отделенческая клиническая больница на станции «Омск—Пассажирский», Омск

Цель исследования: оценить влияние симвастина (симвастол) на сывороточную концентрацию матриксной металлопротеиназы-9 и ее антагониста — тканевого ингибитора матриксной металлопротеиназы-1 у пациентов с метаболическим синдромом в сочетании с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий. Материалы и методы исследования. Было обследовано 60 мужчин машинистов электровоза, средний возраст которых составил $48,4\pm 7,78$ года. Обследованные пациенты были разделены на 2 группы по 30 человек каждая. Пациентам первой группы (основная) помимо рекомендаций по изменению характера питания и образа жизни, антигипертензивных препаратов дополнительно назначался симвастатин (симвастол) в дозе 20 мг вечером 1 раз в день. Пациенты второй группы помимо рекомендаций по изменению характера питания и образа жизни получали стандартную терапию антигипертензивными препаратами. Определение сывороточной концентрации ММП-9 и ТИМП-1 проводились методом твердофазного

иммуноферментного анализа на наборах производства «Bender MedSystems GmbH» (Австрия) при поступлении пациентов в стационар и через 1 месяц после лечения.

Результаты. Через 1 месяц после терапии у больных основной группы отмечено статистически значимое снижение медианы ММП-9 ($p = 0,043$) в 2,1 раза в сравнении с исходным уровнем до достижения нормальных значений, в то время как у второй группы отмечено статистически незначимое снижение ее активности в 1,2 раза. При оценке активности ТИМП-1 было отмечено, что у обеих групп пациентов также до лечения отмечалось исходное увеличение его показателей, а через 1 месяц был выявлен статистически значимый рост медианы ТИМП-1 в 1,4 раза выше исходных у больных основной группы ($P=0,018$), в то время как у пациентов группы сравнения также продолжился статистически незначимый рост активности ТИМП-1 в 0,13 раза от исходного уровня.

Вывод. Включение дополнительно к стандартной терапии симвастина (симвастол) у пациентов с метаболическим синдромом в сочетании с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий приводит к статистически значимому снижению активности ММП-9 и росту активности ее физиологического антагониста ТИМП-1.

Возможности исследования натрийуретического пептида В-типа у больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий в сочетании с метаболическим синдромом

Наумов Д.В., Ахмедов В.А.

Отделенческая клиническая больница на станции «Омск—Пассажирский», Омск

Цель исследования: оценить сывороточную концентрацию натрийуретического пептида В-типа у больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий в сочетании с метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 53 мужчины машинистов электровоза с метаболическим синдромом, которые были разделены на 2 группы: основная в сочетании с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий $n=31$ и вторая группа сравнения $n=22$ пациенты с метаболическим синдромом без пароксизмальной формы фибрилляции предсердий. Определение сывороточной концентрации натрийуретического пептида В-типа проводилось методом твердофазного иммуноферментного анализа на наборах реагентов «NTproBNP-BSF — ИФА — БЕСТ» производства «Вектор Бест» (Россия).

Результаты. У больных основной группы было отмечено статистически значимое увеличение концентрации натрийуретического пептида В-типа — 176 пг/мл (144,1—194,3) в сравнении с пациентами с метаболическим синдромом без фибрилляции 107 пг/мл (76,2—137,1) $p=0,001$. Также при сравнении пациентов основной группы и группы сравнения было отмечено, что при метаболическом синдроме в сочетании с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий в 83,8% выявлялось увеличение полости левого предсердия $\geq 4,0$ см, в сравнении с 22,7% с метаболическим синдромом без пароксизмальной формы фибрилляции ($p = 0,001$).

Вывод. У больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий в сочетании с метаболическим синдромом отмечается статистически значимое увеличение концентрации мозгового натрийуретического пептида, а также увеличение полости левого предсердия.

«Идиопатические» аритмии: клинико-морфологическая диагностика и результаты специфического лечения

Недоступ А.В., Благова О.В., Коган Е.А., Сулимов В.А., Абугов С.А., Куприянова А.Г., Зайденов В.А., Донников А.Е.

*Факультетская терапевтическая клиника им. В.Н. Виноградова
Первого Московского государственного университета им. И.М.
Сеченова, Москва*

Цель: провести нозологическую диагностику у больных с идиопатическими аритмиями с помощью биопсии миокарда и оценить результаты специфического лечения.

Материал и методы. 17 больным (8 женщин, ср. возраст 42,6±11,9 года) с устойчивыми к лечению идиопатическими аритмиями (у 88% мерцательная аритмия, МА) выполнены клиническое обследование, эндомикардиальная биопсия (ЭМБ) правого желудочка, определение маркеров вирусной инфекции (антитела, геном в крови и миокарде методом ПЦР), антикардиальных антител; при наличии показаний назначалась специфическая терапия.

Результаты. В отсутствие очевидного заболевания сердца выявлены повышение в 3—4 раза титра антител к эндотелию (65%), проводящей системе (76%), кардиомиоцитам (53%), специфического АНФ (65%), нарушения перфузии при скинтиграфии (56%), умеренное увеличение левого предсердия (41%). По результатам ЭМБ у 13 больных диагностирован миокардит, в т.ч. с признаками иммунного цитолиза в 3 случаях и митозом в одном; у 2 пациентов с миокардитом выявлен геном парвовируса В19 (в миокарде) и вируса Эпштейна-Барр (в крови); у 8 — признаки микроваскулита (в 2 случаях продуктивный васкулит с учетом клиники и данных биопсии кожи расценен как системный). Еще у 4 больных выявлены: парвовирус В19-позитивный эндомикардит; первичная кардиомиопатия (хаотичное расположение миоцитов, вирус б герпеса, фиброз); аритмогенная дисплазия правого желудочка; болезнь Фабри. Отмечена четкая корреляция признаков воспаления с повышением титра антикардиальных антител. Проводилась терапия антиаритмиками, преднизолоном (n=12, ср. доза 28,8±10,9 мг), азатиоприном 150 мг/сут. (n=2), плаквенилом 200 мг/сут (n=10), мовалисом 15 мг/сут. (n=7), ган-/ацикловиром (n=4), габриглобином (n=2) у 14 больных (82%). Длительность наблюдения составила 32,7±7,3 месяца. Положительный эффект специфической терапии (снижение частоты приступов МА с нескольких раз в неделю до одного в несколько месяцев, исчезновение частотно-зависимой блокады левой ножки пучка Гиса) отмечен у 69,2%; ни в одном случае пароксизмальная МА не перешла в постоянную. Обострения аритмии в связи с инфекцией и/или отменой терапии отмечены у 47%. В двух случаях потребовалось проведение РЧА устьев легочных вен.

Заключение. С помощью ЭМБ, которая обычно выполнялась при повышении титра антикардиальных антител, в 88,2% случаев доказана иммунно-воспалительная природа идиопатических аритмий (в основном, МА); специфическая терапия привела к улучшению течения аритмии более чем у 2/3 больных.

Влияние патогенетического типа гиперурикемии на висцеральные поражения при подагре

Ненашева Т.М.

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

Обследовано 280 больных подагрой, преимущественно мужчин молодого и среднего возраста с достоверным диагнозом подагры и продолжительностью болезни от 1,5 месяца до 32 лет. Тяжелое течение подагры наблюдалось у 29,4% больных с почечным типом, у 31,9% больных со смешанным типом и у 16,2% больных с метаболическим типом гиперурикемии. Частота и характер поражения внутренних органов в зависимости от патогенетического типа гиперурикемии представлены следующим образом. При смешанном типе гиперурикемии поражение почек установлено у 70,6% пациентов, поражение сердца у 72,9%, поражение легких у 63,5% больных. При метаболическом типе гиперурикемии атеросклероз обнаружен в 69,5% наблюдений, артериальная гипертензия — в 62,3%, ожирение — в 59,1%. При почечном типе гиперурикемии наиболее часто регистрировалась артериальная гипертония — у 61,7% больных, реже поражение почек — в 55,9% случаев. Сравнительный анализ показал, что патогенетический тип гиперурикемии не зависит от возраста больных, продолжительности болезни и возраста периода начала заболевания ($P>0,05$). Таким образом, патогенетический тип гиперурикемии оказывает влияние на характер поражения внутренних органов и тяжесть течения подагры, но не зависит от длительности болезни.

Качество обследования и лечения пациентов с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом в амбулаторной практике

Нестеров Ю.И., Полтавцева О.В., Хомушку У. Т., Сам Ш.Ю.

Кемеровская государственная медицинская академия, Кемерово

Многочисленными исследованиями доказано, что у больных с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС) риск развития ишемической болезни сердца увеличивается в 2—3 раза, а мозговых инсультов — в 7 раз по сравнению с таковыми осложнениями у пациентов в общей популяции. В связи с этим большое значение у данной категории больных придается полному обследованию и адекватному контролю артериального давления (АД).

Цель исследования: изучить качество обследования и лечения пациентов с АГ и МС в амбулаторной практике.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ качества обследования и лечения путем анализа амбулаторных карт и интервьюирования 100 пациентов с АГ 1—2-й и МС, наблюдавшихся в условиях городской поликлиники. Возраст больных от 35 до 60 лет. Среди опрошенных было 37% мужчин и 63% женщин.

Результаты исследования. Установлено, что в течение года общий холестерин исследовался у 60% больных, а липидограмма — только у 26% из них. Среди этих 60 обследованных пациентов у 46 (76,7%) уровень общего холестерина превышал 4,5 ммоль/л. Рекомендованную диету с ограничением количества животных жиров соблюдали всего 15% больных. Физическая активность пациентов ограничивалась работой на садово-огородном участке. Большинство опрошенных мужчин (62%) продолжают курить. Антигипертензивную терапию получали 71% больных, из которых регулярно принимали лекарственные средства 23%, остальные принимали препараты только при ухудшении самочувствия. Из регулярно лечившихся пациентов у 10% лечение было неэффективным, и уровень АД превышал 140/90 мм рт.ст. При анализе ассортимента применяемых антигипертензивных препаратов выявлено, что наиболее востребованными были ингибиторы АПФ и антагонисты кальция, которые комбинировались с диуретиками, но чаще назначались в виде монотерапии.

Выводы. Качество обследования и лечения пациентов с АГ и МС в амбулаторных условиях не соответствует современным требованиям: у 40% больных не исследуется липидный обмен, отмечается низкая востребованность немедикаментозных методов лечения, каждый третий пациент не получает антигипертензивную терапию.

Об особенностях частоты болезней органов пищеварения среди жителей Якутии и факторах риска

Неустроева Т.С., Кривошапкин В.Г., Лебедева У.М., Дохунаева А.М.

Научно-исследовательский институт здоровья Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова, Якутск

Анализируется болезненность органов пищеварения среди сельского контингента Якутии с учетом состояния сельхозугодий, воды водоемов. Для уточнения влияния на болезненность пищеварения социальных факторов анализировали показатели уровня жизни. Влияние данных факторов на здоровье населения обсудили в свете нами выявленных особенностей питания. Кроме того, использованы материалы опубликованных работ. Особенности питания оценивались методом воспроизведения по памяти опрошенными суточного рациона с использованием альбома А.М. Мартинчик, А.К. Батурина, В.С. Баяевой (1995).

Цель работы: выяснение влияния особенностей социально-экономической обстановки, состояния природных сред и алиментарных факторов на состояние органов пищеварения среди разных контингентов жителей Якутии. В период стабильной экономики республики (1973 г.): частота атрофических гастритов и дуоденитов среди городского населения в 1,3 раза была ниже, чем у жителей сельскохозяйственных районов. Установленная тенденция сохранялась с 1989 года до начала перестройки. В 1991 г. частота всех форм гастритов и дуоденитов у жителей, занятых разведением крупного рогатого скота (КРС), — 21,4 на тыс., пришедших (промышленных районах) — 20,33 на тыс. с высоким (1,5 до 1,8 раза) уровнем жизни, чем в улусах, разводящих КРС (Т.А. Набережная, 1998). У представителей малочисленных народов Севера (МНС) частота зарегистрированных гастритов и дуоденитов начала интенсивно расти (50,1 на тыс.). В период максимального падения уровня жизни (в 1,5—2 раза) среди сельского населения частота гастритов и дуоденитов выросла более 1,3 раза (29,9 на тыс.). Среди МНС (54 на тыс.) превысила этот рубеж в 1,8 раза. У жителей Якутска, где уровень жизни оставался высоким, их частота — 15,7 на тыс. В этот момент имела место значительная антропогенная и зоогенная нагрузка на сельхозугодия (1,5—2 раза), снижение урожайности сенокосных угодий (до 2 раз). На этом фоне зарегистрирован упомянутый подъем болезненности желудка и двенадцатиперстной кишки среди сельских жителей. Однако среди жителей рабочих поселков и промышленных городов, состоящих из приезжих контингентов, болезненность гастритами и дуоденитами (20,7 на тыс., а по республике 21 на тыс.) была ниже. В заключение надо заметить, что в момент разгара перестройки (1994—1998 гг.) соответственно снижению уровня жизни коренного населения (1,6—2,5 раза, Т.А. Набережная, 1998) вырос уровень антропогенного пресса на природную среду их обитания и хозяйствования. Эти факторы повысили риск болезненности желудка и двенадцатиперстной кишки и общую болезненность органов пищеварения среди коренного населения (с 76,8 на тыс. в 1992 г. до 90,89—96,31 на тыс.). Тогда как у приезжего контингента (Якутск, Мирный, Нерюнгри, Алдан) с высоким уровнем жизни

(Т.А. Набережной, 1997), пользующегося централизованным водоснабжением, частота болезней органов пищеварения (от 53,44 до 69,16) ниже, чем коренного населения (с 70 до 75,8 на тыс.). Притом с 2004 по 2009 г. у МНС регистрируется высокий подъем болезненности органов пищеварения (в 2008 г. — 221,87 на тыс.), превосходящий показатели приезжего контингента в 1,6 раза и данные республики (128,8 на тыс.) и ДФО (101,3), РФ (103 на тыс. в 2008 г.). Таким образом, повышенный риск на органы пищеварения у коренного населения Якутии связан не только с состоянием природных сред, в которых проживает, а также накладывает отпечаток и на особенности их жизни, в частности факторы питания. Об этом нами описано ранее (2010) в материалах отчетов, где выявлено, что у сельских жителей Якутии низкая энергетическая ценность и однообразный рацион (1577,2—2283 ккал/сут. при норме 2500 ккал/сутки), приводящее к дефициту витаминов (А, С и группы В) и отдельных минералов. Установленные факторы риска, повышающие частоту болезненности органов пищеварения среди северных жителей, образ жизни которых связан с традиционным хозяйствованием, могут быть приняты к сведению врачей первого звена, проводящих первичную диагностику этих состояний и организующих их профилактику на Крайнем Севере.

Распространенность факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в популяции жителей Уфы в возрастной группе от 40 до 60 лет.

Низамутдинова Р.С., Салахов Э.М., Дмитриев А.В., Кураева Л.Н., Кривошеева Л.Н.

Башкирский государственный медицинский университет, Поликлиника № 46, Уфа

Цель исследования: установить частоту приоритетных факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди жителей Уфы в возрастной группе от 40 до 60 лет.

Задачи. 1-исследовать антропометрические показатели с расчетом индекса массы тела (ИМТ); 2-определить уровень холестерина и его фракций в крови. 3-оценка риска развития ССЗ по таблице SCORE. Материал и методы. В исследование включены пациенты в возрасте от 40 до 60 лет. Обследованы 800 пациентов, из них 500 (62,5%) женщин и 300 (37,5%) мужчин. Всем пациентам проведены: общеклиническое обследование, антропометрические измерения с расчетом индекса массы тела (ИМТ), биохимический анализ крови (липидограмма и уровень глюкозы), ЭКГ, биоимпедансометрия. Результаты обследования каждого пациента фиксировались в индивидуальной регистрационной карте. Установлено, что артериальная гипертензия (АГ) выявлена у 552 (69%) пациентов и является самым распространенным ФР в этой возрастной группе. Доля пациентов с дислипидемией составила 63% от всех обследованных, в том числе среди мужчин 61%, среди женщин — 64,2%. Абдоминальное ожирение установлено у 432 (54%), повышение уровня глюкозы плазмы натощак — у 194 (24,2%). Курили 337 (42,1%), из них 74% мужчин и 23% женщин. Прогноз по шкале SCORE у большинства лиц был благоприятный — 83,8% мужчин и 85,9% женщин имели низкий и умеренный сердечно-сосудистый риск. У 3% имелся очень высокий риск. При этом среди пациентов с высоким и очень высоким риском мужчин оказалось на 15% больше, чем женщин. С учетом выявленных факторов риска пациенты получали индивидуальные рекомендации по их коррекции, изменению образа жизни и питания. Таким образом, в популяции

городских жителей 40—60 лет выявлена высокая распространенность ФР сердечно-сосудистых заболеваний, которые утяжеляют течение имеющихся заболеваний и способствуют развитию осложнений, что необходимо учитывать в первичной и вторичной профилактике в целевых группах населения.

Факторы риска заболеваний среди и мужчин и женщин в возрасте 20—29 лет, обследованных в центре здоровья: связь с табакокурением

Низамутдинова Р.С., Крюкова А.Я., Салахов Э.М.

Башкирский государственный медицинский университет, Поли-клиника № 46, Центр здоровья, Уфа

Актуальность проблемы обусловлена широким распространением среди населения факторов риска: артериальная гипертония (АГ), избыточная масса тела, гиперхолестеринемия (ГХС), курение, которые, накапливаясь, с годами приводят к сердечно-сосудистым и другим заболеваниям. Интенсивность и напряженность возрастного периода 20—29 лет связаны с получением образования, началом трудовой деятельности, созданием семьи и рождением детей. Дефицит времени и отсутствие выраженности симптомов заболевания у молодых пациентов не позволяют им обратиться в лечебные учреждения с профилактической целью.

Цель исследования: изучить распространенность факторов риска у пациентов в возрасте 20—29 лет с учетом наличия у них табакокурения, по данным обследования в Центре здоровья.

Методы исследования. Клинический осмотр с измерением АД, пульса, окружности талии, бедер, запястья, расчетом индекса массы тела (ИМТ), выполнялись ЭКГ, спирография, сфигмография, психотест, пульсоксиметрия, определение холестерина и глюкозы крови. В Центре здоровья поликлиники № 46 г. Уфы наблюдались 275 человек, из них мужчин — 71 (25,8 %), женщин — 204 (74,2%) в возрасте 20—29 лет. Распространенность курения среди мужчин составила 36,6%, среди женщин — 12,2%. Анализ результатов комплексного обследования пациентов показал, что избыточная масса тела среди курящих наблюдалась у 8,4% мужчин и 32,0% женщин, артериальная гипертония (АГ) выявлена у 2,6% мужчин и 4% женщин, изменения ЭКГ — у 46,1% мужчин и 24,0% женщин. Гиперхолестеринемия установлена у 2,8% мужчин и 16,0% женщин. Нарушения функции внешнего дыхания имелись у 4,2% мужчин и 24,0% женщин. Сравнение выявленных факторов риска среди некурящих мужчин и женщин выявил одинаково высокую частоту АГ (20,0%), гиперхолестеринемии (33,0 и 20,4% соответственно), нарушение функции внешнего дыхания у 15,5% мужчин. Таким образом, открытие Центров здоровья, где можно пройти обследование органов и систем бесплатно и в удобное для пациента время, позволяет выявить факторы риска у лиц, считавших себя практически здоровыми. Полученные результаты свидетельствуют о высокой распространенности табакокурения и других факторов риска заболеваний среди лиц 20—29 лет и необходимости изучения роли каждого фактора в отдельности.

Ведение больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в городской поликлинике

Низамутдинова Р.С., Зарипова Г.Д., Зарипова Н.Д.

Поликлиника № 46, Уфа

Цель исследования: анализ эффективности диспансеризации больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в городской поликлинике. Задачи: 1-исследование морфофункционального состояния гастродуоденальной зоны, 2-выявление больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, 3-проведение диспансерного наблюдения в течение 12 месяцев.

Методы. Проводились согласно стандартам диагностики исследования — общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, исследование кала на скрытую кровь, фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) с определением желудочной секреции (рН-метрия), выявлением *Helicobacter pylori* (Hр).

Материал исследования: под нашим наблюдением находились 1334 пациента, прошедшие обследование в кабинете ФЭГДС. Выявлено впервые и подтвержден диагноз язвенной болезни у 388 человек. У 34% пациентов язвенная болезнь была диагностирована впервые. Все пациенты с выявленной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки получали амбулаторное лечение в поликлинике. Была назначена диетотерапия, физиотерапевтическое лечение, лекарственная терапия по Международным стандартам лечения. В анализируемой группе в 2/3 случаев была проведена тройная эрадикационная схема лечения, в оставшихся случаях — квадросхема терапии. Занятия в гастршколе прошли 74% пациентов. После окончания лечения всем пациентам проводилась контрольная ФЭГДС. Во всех случаях наблюдалось рубцевание язвенного дефекта. Обострение заболевания наблюдалось у 28% пациентов, не соблюдавших рекомендаций врача. Средние сроки временной нетрудоспособности с язвенной болезнью в наблюдаемой группе составили 14,1 дня. В наблюдаемой диспансерной группе не было экстренных госпитализаций, оперативных вмешательств по поводу осложнений.

Выводы. Комплексный подход к выявлению язвенной болезни и своевременное лечение современными методами позволяют достичь ремиссии и избежать осложнений.

Использование экспресс-теста на сердечный белок, связывающий жирные кислоты для ранней диагностики острого инфаркта миокарда

Николаев К.Ю., Воевода М.И., Ярохно Н.Н., Бураков А.А.

Научно-исследовательский институт терапии, Новосибирск

Сердечный белок, связывающий жирные кислоты (сБСЖК) является цитозольным протеином, попадающим в кровоток при повреждении миокарда. Целью данного исследования была оценка диагностической значимости качественного теста на сБСЖК у пациентов с острой болью в грудной клетке для раннего выявления острого инфаркта миокарда (ОИМ). Мы обследовали 108 последовательных пациентов, поступивших в кардиологический стационар с подозрением на ОИМ, и длительностью боли в грудной клетке не более 3 часов. Для определения в крови сБСЖК использовался новый качественный иммунохроматографический экспресс-тест «КардиоБСЖК» производства ООО НПО «БиоТест» (Новосибирск) с порогом чувствительности 15 нг/мл. Кроме этого у всех пациентов определялось содержание в крови тропонина I и MB фракции креатинфосфокиназы. Обнаружено, что диагностическая ценность экспресс-теста на сБСЖК была значительно выше, чем у тропонина I и MB фракции креатинфосфокиназы. Чувствительность экспресс-теста на сБСЖК в выявлении ОИМ была 92,0%, а специфичность 84,8%. Площадь под ROC-кривой для экспресс-теста на сБСЖК была

0,884, что значительно больше, чем для сравниваемых маркеров кардионекроза. Таким образом, новый качественный экспресс-тест на сБСЖК обладает высокой диагностической значимостью в отношении ОИМ в первые три часа после его начала и может широко использоваться в кардиологической и терапевтической практике.

Нарушения ритма у больных первичным гипотиреозом в зависимости от фазы компенсации заболевания

Николаева А.В., Дубовцева В.Н.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель исследования: оценить характер нарушений ритма сердца у больных первичным гипотиреозом в зависимости от компенсации тиреоидного статуса по результатам суточного мониторирования ЭКГ. Обследовано 35 больных первичным гипотиреозом (женщины в возрасте от 51 до 75 лет). Всем больным исследовали уровень тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного тироксина (Т4). В 1 группу вошли 14 больных с компенсированным гипотиреозом, во 2 группу — 16 больных с декомпенсированным гипотиреозом, не получавшие лечение. Обследование больных включало проведение холтеровского мониторирования аппаратом «Кардиотехника-04» (ЗАО «Инкарт», С.-Петербург). Параметры ЭКГ регистрировали в течение 24 часов в трех отведениях.

Результаты. Группы обследования достоверно различались по уровню ТТГ ($p < 0,001$). У всех пациенток наблюдался синусовый ритм. В 1 группе брадикардия была выявлена у 12,5% больных, во 2 группе — у 35,7%, что подтверждает тенденцию к брадикардии у больных с декомпенсированным гипотиреозом. У больных с декомпенсированным гипотиреозом наблюдалось большее количество наджелудочковых экстрасистол (НЖЭС) (63,4%) за сутки по сравнению со 1 группой (36,6%). Во 2 группе число пароксизмов наджелудочковой тахикардии было в 4 раза больше, чем в 1 группе ($p > 0,05$). В обеих группах выявлен «дневной тип» аритмии (73,3% НЖЭС в 1 группе и 83,8% НЖЭС во 2 группе). Желудочковые экстрасистолы были выявлены у 43,8% больных 1 группы и у 50% — 2 группы ($p > 0,05$). Единичные и частые монотопные экстрасистолы в 1 группе больных составили 86% и 14,3%, во 2 группе — 71,4% и 14,3% соответственно. ЖЭС 4а класса наблюдались только во 2 группе и составили 14,3%. Ранних экстрасистол 5 класса у больных выявлено не было. На фоне приема заместительной гормональной терапии опасных для жизни тахикардий (пароксизмов трепетания и фибрилляции предсердий) не обнаружено. Удлинение интервала QTc обнаружено у 50% больных 2 группы и у 43,8% больных 1 группы; $p > 0,05$.

Выводы. Таким образом, для больных гипотиреозом, как в фазе компенсации, так и в фазе декомпенсации, характерны нарушения ритма в виде наджелудочковых и желудочковых экстрасистол, а также удлинение интервала QT. Заместительная терапия левотироксином не влияет на частоту нарушений ритма у таких больных.

Распространенность диабетической нефропатии у больных сахарным диабетом 2 типа с гипогликемическими состояниями

Ничитенко М.С., Чесникова А.И., Кудинов В.И., Корсун Н.А., Московец А.Б., Беспалова Е.В.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Цель исследования: изучение распространенности диабетической нефропатии (ДН) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2) с гипогликемическими состояниями.

Материалы и методы. Проведено обследование 152 человек СД 2 в состоянии декомпенсации углеводного обмена в возрасте от 48 до 68 лет, мужчины составили 53,9 % (82 человека), женщины — 46,1 % (70 человек). Больные были распределены на 3 группы: 1 группа в количестве 48 человек с длительностью СД 2 до 5 лет с гипогликемическими состояниями, находящихся на лечении таблетированными сахароснижающими препаратами, 2 группа (54 человека) — СД 2 более 5 лет, испытывающие гипогликемические состояния, получающие инсулинотерапию, 3 группа (50 человек) с СД 2 до 5 лет без гипогликемии, находящиеся на таблетированных сахароснижающих препаратах. Во всех группах анализировали тяжесть проявлений гипогликемии, гликозилированный гемоглобин (HbA1c), уровень микроальбуминурии (МАУ), креатинина, мочевины в сыворотке крови, скорость клубочковой фильтрации. Результаты. В 1 группе обследуемых 95,8% (40 человек) пациентов испытывали легкие гипогликемические состояния, 4,2 % тяжелые гипогликемии (2 человека). Во 2 группе легкие гипогликемии выявлены у 94,4% больных (51 человек), тяжелые у 5,6% (3 человека). Уровень HbA1c составил $10,2 \pm 1,8\%$. В 1 группе ДН выявлялась у 70,8% пациентов, из них на стадии МАУ у 31 человека, что составило 65 % случаев, на стадии протеинурии (ПУ) — у 5,8% больных (3 человека). Во 2 группе распространенность ДН составляла 96,3% пациентов: стадия МАУ выявлена у 33,3% обследуемых, ПУ — у 55,6%, хроническая почечная недостаточность — у 7,4% пациентов. В 3 группе ДН выявлялась у 28% больных на стадии МАУ (14 человек).

Выводы. В результате проведенного исследования выявлено, что распространенность ДН составила 66%. При этом в 1 группе ДН на стадии МАУ выявлена у 65% пациентов, что достоверно выше, чем в группе больных без гипогликемии. Во 2 группе преобладала стадия ПУ, чего не наблюдалось в группе больных без гипогликемии.

Влияние регионарной мышечной слабости на эффективность локальной терапии гонартроза глюкокортикостероидными препаратами

Носков С.М., Козлова О.Г.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

Гонартроз (ГА) — одно из распространенных заболеваний костно-мышечной системы, приводящих к снижению качества жизни и ранней инвалидизации. Мышцы-разгибатели колена несут основную нагрузку по защите костно-хрящевых структур сустава от гравитационного и избыточного механического и ударного воздействия. Современная терапия ГА предусматривает широкое использование средств локального лечения, в частности, глюкокортикостероидных препаратов (ГКС). Цель исследования: изучить зависимость эффективности внутрисуставной терапии ГА ГКС от слабости мышц разгибателей колена.

Материалы и методы. В исследование включено 55 больных ГА II и III стадий. Возраст больных 56 (52—63) лет, стаж 8 (5—12) лет. Группа контроля — 20 условно здоровых. Работоспособность четырехглавой мышцы бедра (ЧГМБ) изучали в динамической гравиметрической пробе. Исследование толщины мышечного слоя в средней трети квадрицепса проводили с помощью ультразвукового исследования. Для проведения анализа все больные были подразделены на группу с выраженной (ВС) и умеренной слабостью (УС). В группу ВС вошло 26

больных с работоспособностью мышц-разгибателей колена менее 12 Дж. Группу УС составили 29 больных с работоспособностью более 12 Дж. Эффективность локальной терапии оценивали по выраженности боли по ВАШ и индексу WOMAC.

Результаты. У обследованных больных ГА толщина четырехглавой мышцы бедра была меньше, чем у здоровых людей (12,3 мм, -18,5%, $p < 0,0001$). Работоспособность ЧГМБ у пациентов с ГА (13,2 Дж) была на 52% ($p < 0,0001$) ниже нормы. У больных ГА с ВС интенсивность боли по ВАШ была на 20,8% ($p < 0,001$), а суммарный индекс WOMAC — на 14,2% ($p < 0,0001$) больше, чем у лиц с УС. Через 1 месяц от начала лечения в группах УС и ВС динамика ВАШ и индекса WOMAC составила -53,8% ($p < 0,05$) и 21,8% ($p < 0,05$); и -27% ($p < 0,01$) и 14,8% ($p < 0,05$), соответственно. Снижение суставной боли и улучшение функционального состояния в группе УС было существенно большим ($p < 0,05$). Через 3 месяца наблюдения в группе УС боль по ВАШ оставалась достоверно меньшей (7,7%, $p < 0,05$) по сравнению с изначальной, а суммарный индекс WOMAC не отличался от исходного ($p > 0,05$). У больных с ВС оба параметра возвратились к значениям до начала лечения ($p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, полученные результаты позволяют сделать заключение о том, что наличие выраженной мышечной слабости создает условия, препятствующие развитию благоприятных эффектов локальной терапии ГКС.

Частота встречаемости различных комбинаций генов у больных гипертонической болезнью работников локомотивных бригад

Обыденникова О.Н., Крюков Н.Н., Киселева Г.И.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

У работников локомотивных бригад, имеющих высоко стрессовую профессию, артериальная гипертония (АГ) является профессионально обусловленным заболеванием. Считаем актуальным выявление у данной группы лиц полиморфизмов, увеличивающих риск развития гипертонической болезни (ГБ).

Цель исследования: исследовать частоту комбинаций гена ангиотензиногена и рецептора первого типа ангиотензина у больных ГБ работников локомотивных бригад.

Материалы и методы. Обследованы 120 работников локомотивных бригад с АГ I и II стадии в возрасте от 20 до 57 лет. В исследование не вошли больные ишемической болезнью сердца, симптоматической артериальной гипертонией. Изучению подвергались образцы крови пациентов. Определение аллельных вариантов гена ангиотензиногена (T174M и M235T) и рецептора первого типа ангиотензина (A1166C) проводили с помощью аллельспецифической полимеразной цепной реакции, с последующей детекцией методом электрофореза в агарозном геле. В результате давалось заключение: нормальная гомозигота, гетерозигота, мутантная гомозигота.

Полученные результаты. Среди 120 обследуемых пациентов гены распределились следующим образом: в самой многочисленной группе — 27 (22,5%) больных ГБ наблюдается сочетание гетерозиготного варианта полиморфизма M235T гена ангиотензиногена и нормальных гомозигот по T174T и R1 A1166A. У 16 (13,3%) больных наблюдается сочетание полиморфизма генов: ангиотензиногена — M235T, T174T и R1 ангиотензина — A1166C. У 14 (11,7%) пациентов с ГБ наблюдается сочетание полиморфизма генов: ангиотензиногена — T235T, T174M и R1 ангиотензина — A1166A. Группы из 8 человек (6,7%) встретились дважды, составившие варианты сочетаний полиморфизма генов: ангиотензиногена — M235T, T174T и R1 ангиотензина — C1166C;

ангиотензиногена — M235T, T174M и R1 ангиотензина — A1166A. Остальные сочетания вариантов полиморфизмов генов встречаются в минимальном проценте случаев. Следует отметить, что в исследуемой группе больных ГБ не встречаются варианты сочетаний генов с такими комбинациями аллелей, как M235M, M174M, A1166A; M235M, M174M, C1166C; T235T, M174M, A1166A; T235T, M174M, C1166C; M235M, M174M, A1166C; M235M, T174M, C1166C; T235T, T174T, A1166C; T235T, T174M, C1166C.

Выводы. Таким образом, у больных ГБ работников локомотивных бригад наиболее частым (22,5%) сочетанием вариантов полиморфизма генов является комбинация гетерозиготного состояния полиморфизма M235T и неизменных генов по T174T и R1 A1166A.

Распределение вариантов полиморфизма генов у работников локомотивных бригад с учетом стадии и степени артериальной гипертонии

Обыденникова О.Н., Крюков Н.Н.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Согласно современным представлениям, психоэмоциональный стресс играет важную роль в патогенезе артериальной гипертонии (АГ). У машинистов и помощников, имеющих высоко стрессовую профессию, АГ является профессионально обусловленным заболеванием. Считаем актуальным выявление у данной группы лиц полиморфизмов, увеличивающих риск развития артериальной гипертонии.

Цель исследования: изучить распределение полиморфизма гена ангиотензиногена и рецептора первого типа гена ангиотензина у работников локомотивных бригад с учетом стадии и степени АГ.

Материалы и методы. Обследованы 120 работников локомотивных бригад с АГ I-II стадии в возрасте от 20 до 57 лет. В исследование не включались больные с симптоматической АГ и другими заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Изучению подвергались образцы крови пациентов. Определение аллельных вариантов гена ангиотензиногена (174M и 235T) и рецептора первого типа ангиотензина (1166C) проводили с помощью аллельспецифической полимеразной цепной реакции, с последующей детекцией методом электрофореза в агарозном геле. В результате давалось заключение: нормальная гомозигота, гетерозигота, мутантная гомозигота.

Результаты исследования. В нашем исследовании у работников локомотивных бригад с АГ I стадии (стад. 1 степени (ст.) измененный ген ангиотензиногена встретился у 23 (92%) обследованных в 235 положении, у 8 (32%) обследованных в 174 положении, ген рецептора первого типа ангиотензина у 9 (36%) пациентов; с АГ II стад. 2 ст. измененный ген ангиотензиногена встретился у 21 (100%) пациента в 235 положении, у 10 (47,6%) обследованных в 174 положении, ген рецептора первого типа ангиотензина был изменен у 7 (33,3%) обследованных; с АГ II стад. 1 ст. измененный ген ангиотензиногена встретился у 23 (67,6%) обследованных в 235 положении, у 11 (32,4%) обследованных в 174 положении, ген рецептора первого типа ангиотензина у 16 (47,1%) пациентов; с АГ II стад. 2 ст. измененный ген ангиотензиногена встретился у 35 (87,5%) обследованных в 235 положении, у 19 (47,5%) обследованных в 174 положении, ген рецептора первого типа ангиотензина у 22 (55%) пациентов.

Заключение. Таким образом, наибольшая частота встречаемости измененного гена ангиотензиногена по T174M и 235T обнаружилась у пациентов с АГ I стад. 2 ст. в 47,6% и 100% соответственно; измененного гена рецептора первого типа ангиотензина (1166C) — для пациентов с АГ II стад. 2 ст. в 55% случаев.

Диагностическое значение биоэлектрографии у больных хронической обструктивной болезнью легких и оперированных вентральными грыжами

Овсянников Е.С.

*Воронежская государственная медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко, Воронеж*

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) занимает четвертое место по заболеваемости среди больных терапевтического профиля. В силу своей высокой распространенности ХОБЛ нередко встречается и у больных с оперированными грыжами передней брюшной стенки. Сочетание данных заболеваний в силу ряда патофизиологических аспектов утяжеляет течение патологии органов дыхания и ухудшает качество послеоперационного периода. При всем разнообразии методов исследования, используемых в медицине, большое внимание уделяется объективным неинвазивным методам, в том числе электрофизиологическим. Одним из таких методов является биоэлектрография, в частности газоразрядная визуализация (ГРВ).

Цель: определить диагностическое значение ГРВ у больных ХОБЛ и оперированными вентральными грыжами.

Материалы и методы. Нами были обследованы 48 больных ХОБЛ 1-2 стадии в сочетании с грыжами передней брюшной стенки в возрасте 25—68 лет до и в течение 5 дней после герниопластики. Регистрация ГРВ-грамм концевых фаланг пальцев рук осуществлялась с помощью сертифицированного аппарата «Корона ТВ». Анализ ГРВ-грамм включал разделение психофизиологического и физического полей за счет использования фильтров, оценку энергетического уровня по ГРВ-грамме, секторный и параметрический анализ.

Результаты. При анализе ГРВ-грамм из 48 обследованных пациентов очевидные изменения энергетического поля были обнаружены у 36. Наиболее часто встречались неоднородность, снижение общей плотности, локальное уменьшение зон свечения, энергетические «выбросы» различной конфигурации и др. При этом сходные изменения, нередко были хорошо заметны на ГРВ-граммах нескольких пальцев обеих рук. Наиболее выраженные сдвиги в биоэнергетическом гомеостазе имели место в раннем послеоперационном периоде (в течение первых, вторых суток). Вышеописанные изменения на ГРВ-граммах без фильтра при отсутствии отклонений энергетического поля при применении фильтров могут свидетельствовать о психоvegetативных нарушениях и напряжении функциональных резервов организма в ответ на операционную травму у больных с ХОБЛ.

Заключение. Таким образом, биоэлектрография может служить методом объективизации диагностики психоvegetативных нарушений, нередко наблюдающихся у больных ХОБЛ и оперированных вентральными грыжами, и оценки эффективности проводимых корректирующих мероприятий, что, возможно, положительно скажется как на течении ХОБЛ, так и на качестве послеоперационного периода.

Соматическая заболеваемость при эпилепсии у женщин репродуктивного возраста

Одинцова Г.В., Сайкова Л.А.

Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой, Санкт-Петербург

На репродуктивное здоровье при эпилепсии влияют приступы и антиэпилептические препараты, нарушения соматического здоровья являются дополнительнымотягощающим фактором при беременности у женщин с эпилепсией.

Цель работы: изучить соматическую заболеваемость при эпилепсии у женщин репродуктивного возраста при моно- и политерапии антиэпилептическими препаратами (АЭП).

Материал и методы. В исследование включено 155 женщин с эпилепсией в репродуктивном возрасте (16—45 л.). Критерий включения — подтвержденный диагноз эпилепсии в соответствии с классификацией ILAE, 1989 г. По типу терапии АЭП выделены 3 группы. 1-я гр. больные, получавшие монотерапию АЭП, 2-я гр. — политерапию АЭП, 3-я контрольная гр. — не получавшие АЭП. Соматическая заболеваемость оценивалась по верифицированным документально хроническим заболеваниям. Полученные данные обрабатывались с использованием программной системы STATISTICA for Windows (версия 5.5.).

Результаты и обсуждение. Статистически достоверных различий по возрасту в группах не выявлено, средний возраст 25 лет. Количественное распределение: 1-я гр. — 68 пациентов (44%), 2-я — 67 (43%), 3-я гр. 20 женщин (13%). Равное количество пациентов на моно- и политерапии обусловлено преобладанием фармакорезистентных эпилепсий у больных специализированного центра. Антиэпилептические препараты 1-го поколения принимало 3% больных, 33% получали АЭП 3-го нового поколения и базовые препараты (2-е поколение) принимали 64% больных. Длительность эпилепсии в 1-й гр. составила 10 лет, во 2-й — 12, в 3-й гр. — 5. Статистически достоверных отличий в характеристике эпилепсии по группам не выявлено, за исключением преобладания очень частых приступов в группе политерапии. В общей когорте соматически здоровы 38% (58 чел.). Одно сопутствующее заболевание отмечалось у 36% женщин (55 чел.). Два и более хронических заболевания выявлены у 26% (41 чел.). На 1-м месте отмечались заболевания желудочно-кишечного тракта. Незначительно реже — заболевания органов дыхания. Заболевания щитовидной железы и сопутствующая гинекологическая патология распространены одинаково (3-е место). Статистически достоверных различий в распространенности и структуре сопутствующей соматической патологии в группах не выявлено.

Выводы. Эпилепсия у женщин репродуктивного возраста часто сочетается с сопутствующей соматической патологией. Частота и структура сопутствующей соматической патологии достоверно не различаются при применении в моно- и политерапии современных антиэпилептических препаратов по сравнению с контрольной группой.

Определение уровня мочевого экскреции трансформирующего фактора роста $\beta 1$ и экскреции моноцитарного хемоаттрактантного протеина-1 у больных диабетической нефропатией

*Окрочкова И.В., Бондырева А.В., Свидовская С.И., Галченкова О.С.,
Князева Л.И.*

Курский государственный медицинский университет, Курск

Цель исследования: определение у больных диабетической нефропатией (ДН) мочевого экскреции моноцитарного хемоаттрактантного протеина-1 (MCP-1), трансформирующего фактора роста $\beta 1$ (ТФР- $\beta 1$).

Материалы и методы. Обследовано 85 больных сахарным диабетом (СД) 2-го типа, в том числе 40 мужчин и 45 женщин в возрасте от 40 до 55 лет. Длительность заболевания до 5 лет имели 40 больных, у 45 больных длительность СД составила от 6 до 10 лет. Средний уровень HbA1C составил $9,5 \pm 2,9\%$. Все обследованные больные получали таблетированные сахароснижающие препараты. Распределение больных проводилось в зависимости от выраженности ДН на основании классификации И.И. Дедова и М.В. Шестаковой (2000 г.). В обследование включено 2 группы больных: 1-я (n=35) с альбуминурией; 2-я (n=50) с протеинурией. Контрольную группу составили 20 здоровых доноров. Исследование содержания ТФР — $\beta 1$, МСР-1 в моче и сыворотке крови проводили методом иммуноферментного анализа.

Результаты и обсуждение. У всех обследованных больных с микроальбуминурией выявлена артериальная гипертензия (АГ), которая имела место только у 5 больных с нормальной экскрецией альбумина с мочой. Выявлена повышенная экспрессия МСР-1 с мочой у больных СД ($20,4 \pm 6,2$ пг/ммоль) в сравнении с контролем ($5,3 \pm 1,2$ пг/ммоль). С увеличением тяжести ДН наиболее высокое его содержание определено у больных ДН с протеинурией ($58,3 \pm 12,4$ пг/ммоль, $p < 0,05$). Известно, что ТФР — $\beta 1$ рассматривается как ключевой медиатор в формировании нефросклероза. Определение ТФР— $\beta 1$ в сыворотке крови больных СД показало его повышение ($12,4 \pm 3,5$ пг/мкмоль) в сравнении с контролем ($4,3 \pm 0,8$ пг/мкмоль). У больных с протеинурической стадией ДН отмечена наибольшая его концентрация ($20,3 \pm 4,2$ пг/мкмоль, $p < 0,05$). Экскреция ТФР— $\beta 1$ прямо коррелировала с альбуминурией ($r = 0,59$, $p < 0,05$) и обратно с клубочковой фильтрацией ($r = -0,33$, $p < 0,05$).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о патогенетической роли иммунновоспалительных механизмов в формировании диабетической нефропатии.

Показатели упругоэластических свойств артериального русла у больных сахарным диабетом 2 типа с артериальной гипертензией

Окрочкова И.В., Князева Л.А., Горяйнов И.И., Князева Л.И., Ивакин В.Е., Степченко М.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Цель исследования: изучение параметров жесткости артериального русла у больных артериальной гипертензией (АГ) с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы. Обследовано 62 больных артериальной гипертензией 2 ст. на фоне СД 2 типа в возрасте $56,2 \pm 3,1$ года; 50 мужчин и 12 женщин. Группу сравнения составили 32 больных АГ 2 ст. без нарушений углеводного обмена, группу контроля — 20 клинически здоровых лиц. Все обследованные были сопоставимы по возрастному и половому составу. Механические свойства артерий изучались с помощью суточного монитора артериального давления компании «Петр Телегин» (Россия) и программного комплекса VPLab. Статистическую обработку проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica.

Результаты и обсуждение. При оценке упругоэластических свойств сосудистой стенки у обследованных больных отмечено достоверное снижение времени распространения пульсовой волны (РТТ) на 24% у больных АГ 2 ст. без нарушений углеводного обмена и на 39% у больных АГ в сочетании с СД 2 типа в сравнении с контролем ($168,3 \pm 1,8$ мс). Максимальная скорость нарастания артериального давления

(dP/dt) max, косвенно отражающая нагрузку на стенки сосудов во время прохождения пульсовой волны, была снижена в 1,7 раза ($p < 0,01$) у больных АГ и в 2,0 раза — у пациентов с сочетанием СД 2 типа и АГ 2 ст. по сравнению с группой контроля. Индекс ригидности (ASI) у больных АГ и у пациентов с АГ на фоне СД 2 типа на 24% и 49% соответственно превышал контрольные значения. Индекс аугментации (прироста) $A|x$ был выше у больных группы сравнения в 2,9 раза ($p < 0,01$), у больных с сочетанием АГ и СД 2 типа — в 4,2 раза ($p < 0,01$) по сравнению с контрольной группой. Выявленные изменения свидетельствуют о снижении упругоэластических свойств сосудов у обследованных больных, достоверно более выраженные нарушения определены у больных АГ 2 ст. на фоне СД 2 типа. Установлено также повышение на 17,5% и 29% соответственно систолического индекса площади (SSV) у больных АГ и при сочетании АГ с СД 2 типа. Определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ), являющейся критерием жесткости сосудистой стенки, выявило, что у больных с сочетанной патологией СРПВ на 38% ($p < 0,01$) превышала уровень контрольной группы ($116,9 \pm 1,4$ м/с), у больных с АГ без нарушений углеводного обмена — на 18% ($p < 0,01$). Выводы. У больных АГ на фоне СД 2 типа имеют место изменения упругоэластических свойств сосудистого русла, характеризующиеся увеличением жесткости (увеличение СРПВ) и снижением эластичности (увеличение $A|x$, ASI), достоверно более выраженным в сравнении с показателями у больных АГ без нарушения углеводного обмена.

Влияние комплексной терапии на суточные показатели сосудистой ригидности у табакозависимых пациентов

Олейников В.Э., Матросова И.Б., Гусаковская Л.И., Елисеева И.В., Томашевская Ю.А.

Медицинский институт Пензенского государственного университета, Пенза

Цель: оценка влияния комплексной терапии, включающей карветренд, формин, аторвастатин-ТЭВА, на показатели центрального аортального давления у табакозависимых больных метаболическим синдромом (МС) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) 1—2 степени. Методы исследования. Обследовано 20 пациентов с МС: 16 мужчин и 4 женщины, средний возраст — $49,9 \pm 9,8$ года, ИМТ — $33,4 \pm 4,5$ кг/м², окружность талии — $109,8 \pm 9,9$ см, индекс курящего человека $24,6 \pm 13,8$ пачка/лет. Включение больных в исследование осуществляли в соответствии с рекомендациями экспертов ВНОК (2009). Диагноз ставился при наличии 3 и более признаков заболевания. Обязательным критерием включения у больных МС было наличие АГ 1—2 степени, которую верифицировали трехкратным измерением АД аускультативным методом (ВНОК, 2009). Среднесуточные значения центральной и периферической гемодинамики оценивали методом амбулаторного мониторинга АД прибором VpLab с анализом сосудистой ригидности программой Vasotens («Петр Телегин», Россия). Помимо анализа общепринятых суточных показателей АД автоматически вычисляли наиболее прогностически важные показатели центрального аортального давления: САДао, СРАДао, ПАДао; скорость распространения пульсовой волны в аорте РWVaо, аортальный индекс аугментации $A|x$ ао. Исследование проводили до лечения (после двухнедельного «отмывочного» периода) и на фоне 16-недельной фармакотерапии. Все пациенты получали карветренд $25—37,5$ мг/сут, формин $850—1700$ мг/сут, аторвастатин-ТЭВА $20—40$ мг/сут. При недостаточном антигипертензивном эффекте монотерапии добавляли коринфар уно $20—40$ мг/сут.

Результаты. На фоне 16-недельной фармакотерапии наблюдалось достоверное уменьшение показателей центрального аортального давления: САДао с $134,5 \pm 8,8$ до $120,3 \pm 8,9$ ($p < 0,01$); СрАДао с $109,0 \pm 10,6$ до $98,1 \pm 7,6$ ($p < 0,05$); ПАДао с 43 (41; 49) до 38 (37; 43) мм рт.ст. ($p < 0,05$). Индекс отражения Аіхао также статистически значимо снизился на 36% (с $19,5 \pm 12,8$ до $12,4 \pm 13,8\%$, $p < 0,05$); а PWVao на 4% (с $8,1$ (7,9; 8,6) до $7,8$ (6,9; 7,9) м/с, $p < 0,05$).

Выводы. У лиц, страдающих метаболическим синдромом, комплексная терапия, включающая карветренд, формин, аторвастатин-ТЭВА, сопровождается регрессом сосудистого ремоделирования крупных артерий эластического типа по данным суточного мониторирования аортальной ригидности.

Рубцевание гастродуоденальных язв у лиц пожилого и старческого возраста

Оленина Л.С., Камнева Н.В., Шадрина Л.В.

Южный окружной медицинский центр, Правобережная больница, Астрахань

Цель исследования: оценить структуру исходов лечения язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста по данным гастроэнтерологического отделения.

Материалы и методы исследования. Проведена оценка 1024 историй болезни пациентов пожилого и старческого возраста, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки за период с 1986 по 2010 г. Обследованы 481 мужчина и 543 женщины. Больные были представлены 4 возрастными группами. Первая группа — лица от 60 до 65 лет (509 человек). Вторая группа — от 65 до 70 лет (291 больной). Третья группа — от 70 до 75 лет (166 пациентов). Четвертая группа — от 75 до 80 лет (58 пациентов). Всем больным проводилась ЭГДС (больным с язвенной болезнью желудка — с прицельной биопсией), рентгенография желудка, тест на определение *Helicobacter pylori* в биоптате или уреазный дыхательный тест.

Результаты. Оценка полученных данных показала, что количество незарубцевавшихся язв в первой возрастной группе составило 102 случая (20,9%), во второй — 58 случаев (19,9%), в третьей — 52 случая (31,3%), в четвертой — 29 (50%). Первая и вторая возрастные группы демонстрировали одинаковый процент незарубцевавшихся язв (1/5 от общего числа пациентов в каждой группе). С увеличением возраста язвы рубцевались явно хуже: в третьей возрастной группе почти у 1/3 пациентов выявлялись незарубцевавшиеся язвы к концу лечения, а в четвертой группе язвы не рубцевались у половины больных.

Выводы. Проведенная оценка структуры исходов лечения язвенной болезни показала, что у лиц старших возрастных групп обострение заболевания протекает более длительно и с медленным рубцеванием язвенных дефектов.

Хроническая болезнь почек в практике врача — терапевта

Орлова Г.М., Фатахова О.А., Шеметова В.Г., Скоморовская М.Б.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Повсеместное увеличение числа больных с хронической почечной недостаточностью ассоциируется прежде всего с ростом

заболеваемости вторичными нефропатиями (поражение почек при сахарном диабете, артериальной гипертензии, атеросклерозе и др.).

Цель исследования: определить частоту и структуру почечной патологии у больных с некоторыми заболеваниями внутренних органов.

Материал и методы исследования. Обследованы пациенты с артериальной гипертензией АГ (129), с хронической ИБС (80), с метаболическим синдромом МС (83), с ревматоидным артритом РА (99) и с хронической обструктивной болезнью легких ХОБЛ (54). Средний возраст пациентов $52,3 \pm 7,2$ года. Различий по полу и возрасту между группами больных с различными заболеваниями не выявлено. В исследование не включались пациенты с сопутствующей патологией почек и мочевыводящих путей. Всем больным трижды осуществляли общий анализ мочи. В случае отсутствия протеинурии (ПУ) производился тест на микроальбуминурию (МАУ). Диагноз хронической болезни почек (ХБП) устанавливался в соответствии с рекомендациями K-DOQI (2002). Почечная функция оценивалась по СКФ, рассчитанной по формуле MDRD.

Результаты исследования. В группе больных с эссенциальной АГ ХБП обнаружена у 82 (63,5%) пациентов, в т.ч. у 21 пациента регистрируется ПУ, у 12 — МАУ, а у 49 больных — СКФ ниже 60 мл/мин (у 22 из них почечная недостаточность сочеталась с ПУ или МАУ). Риск развития ХБП у больных с АГ повышается при наличии церебрального или коронарного атеросклероза в 3,5 раза; длительности АГ больше 20 лет — в 4,6 раза; при индексе коморбидности Чарстона выше 4 — в 8,3 раза; у больных старше 60 лет — в 15,1 раза. Доля больных с ХБП в группе ИБС составила 25%, а в группе МС — 48,2%. Среди больных ХОБЛ ХБП определяется у 40,7% больных. В основном это пациенты старшего возраста с длительным стажем курения. При РА вероятно взаимосвязь трех процессов: воспаления, атеросклероза и нефросклероза. Частота ХБП в группе РА — 67,7%, частота почечной дисфункции — 30,4%.

Заключение. Результаты исследования убедительно демонстрируют высокую частоту вторичных нефропатий при различных заболеваниях внутренних органов. Необходимо создавать диспансерные (консультативные) нефрологические кабинеты.

Влияние различных схем лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на иммуногистохимические показатели,

Осадчук А.М., Давыдкин И.Л., Бараева Р.А., Белозерова Т.С., Строганова Е.С., Бараев И.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Цель: повышение эффективности антихеликобактерной терапии и процессов репарации слизистой оболочки желудка (СОЖ) у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК).

Материалы и методы. Всего обследовано 130 пациентов: 100 больных с ЯБДК, ассоциированной с *H. pylori* и 30 — практически здоровых, составивших контрольную группу. Больные с ЯБДК были разделены на 2 равные группы по 50 человек в каждой. В 1 группе проводилась эрадикационная терапия в соответствии с Маастрихтским консенсусом III (2005). Во 2 группе больных с ЯБДК традиционная схема эрадикации дополнялась назначением дибкора по 500 мг 2 раза в день. После проведения 7-дневной эрадикационной терапии больные с ЯБДК 1 группы продолжали терапию омепразолом по 20 мг 2 раза в день в течение 6 недель,

а 2 группы — омепразолом по 20 мг 2 раза в день и дибикором по 500 мг 2 раза в день в течение 6 недель. Все больные обследованы в динамике по единой программе, включающей клинические методы исследования, фиброгастроэноскопию, общее морфологическое, иммуногистохимическое исследования, гистобактериоскопию, расчет коэффициента «затраты-эффективность» (СЕА). Оценка клеточного обновления проводилась на основе изучения экспрессии Vcl-2, Ki-67 и апоптозной активности эпителиоцитов СОЖ.

Результаты. Для пациентов обеих групп характерным явилось значительное возрастание как клеточной пролиферации, так и апоптозной активности эпителиоцитов СОЖ. В 1 группе эрадикация достигалась у 74% больных с ЯБДК. Через 6 недель после эрадикации НР констатировалось достоверное снижение числа клеток иммунопозитивных к Ki-67 и падение апоптозной активности эпителиоцитов СОЖ. Экспрессия Vcl-2 достоверно не изменялась. У больных 2 группы элиминация НР достигалась в 92% случаев. Спустя 6 недель после эрадикации определялось достоверное снижение числа клеток, иммунопозитивных к Ki-67 и Vcl-2, и уменьшение апоптозной активности эпителиоцитов СОЖ, в значительно большей мере, чем у пациентов 1 группы.

Выводы. Введение в схему эрадикационной терапии дибикора достоверно увеличивает процент элиминации *H. pylori*, существенно улучшает характеристики клеточного гомеостаза и повышает экономичность эрадикации *H. pylori*.

Оценка терапевтической эффективности дибикора в лечении различных форм гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Осадчук А.М., Палушкина М.Г.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

Цель: оценить эффективность различных схем лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) на основе определения клинико-эндоскопических и иммуногистохимических показателей слизистой оболочки пищевода (СОП).

Материалы и методы. Всего обследовано 150 пациентов с ГЭРБ. В первую группу обследованных будут включены 30 пациентов с неэрозивной формой ГЭРБ (НЭГЭРБ), получавших лечение омепразолом в дозе 20 мг в сутки; во вторую — 30 пациентов с НЭГЭРБ, получавших лечение омепразол с дибикором (по 500 мг 2 раза в день); в третью — 30 пациентов с эрозивной формой ГЭРБ (ЭФГЭРБ), получавших лечение омепразолом; в четвертую — 30 пациентов с ЭФГЭРБ, получавших лечение омепразолом с дибикором. Определялось количество эпителиоцитов СОП, иммунопозитивных к NO-синтазе, мелатонину и молекуле p53. Оценка клинического состояния по шкале Likert выполнялась ежедневно. Эндоскопическое исследование выполнялось с интервалом 2 и 4 нед. у пациентов с НФГЭРБ и 2, 4, 6, 8 нед. у пациентов с ЭФГЭРБ. Иммуногистохимические показатели определялись до назначения лечения и в периоде ремиссии ГЭРБ. Группу сравнения составили 30 практически здоровых пациентов.

Результаты. Развитие НЭГЭРБ сопровождается увеличением числа эпителиальных клеток желудка, иммунопозитивных к NO-синтазе, сопровождающимся пропорциональным увеличением экспрессии p53 и снижением функциональной активности мелатонин-продуцирующих клеток. При ЭФГЭРБ определяется значительное, по сравнению с НФГЭРБ, увеличение экспрессии p53,

гиперплазия и гиперфункция NO-синтаз-иммунопозитивных клеток, выраженное снижение функциональной активности мелатонин-продуцирующих клеток. Через 3 дня от начала антисекреторной терапии в группах пациентов с ГЭРБ, принимающих схему терапии, включающую дибикор, количественное выражение симптомов по шкале Likert было достоверно ниже, по сравнению с пациентами, получающими омепразол. В группах пациентов, принимающих схему терапии, включающую дибикор, наблюдалось более качественное восстановление функциональной морфологии диффузной эндокринной системы (ДЭС) пищевода и процессов клеточного обновления эпителиоцитов СОП, по сравнению с больными, получающими омепразол, что сопровождалось сокращением сроков достижения ремиссии в среднем на 5,3 дня.

Выводы. Схема лечения ГЭРБ с дибикором повышает качество достижения ремиссии ГЭРБ, что объясняется способностью дибикора потенцировать антисекреторный эффект, улучшать метаболизм NO и параметры клеточного гомеостаза эпителиоцитов верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Влияние профессионального стресса на развитие кардиометаболических факторов риска

Осипова И.В., Антропова О.Н., Калинина И.В., Воробьева Е.Н.

Алтайская лаборатория эпидемиологии и профилактики неинфекционных заболеваний Научно-исследовательского института терапии, Барнаул

Цель исследования: оценить влияние стрессовых профессий (машинист) на развитие кардиометаболических факторов риска (ФР). В исследование были включены 299 мужчин, разделенных на две группы по уровню рабочего стресса (модель Karasek, 1990): 1-я группа — машинисты локомотива (n=185; средний возраст 42,1±8,8 года), 2-я группа — монтеры (n=114; 40,7±8,7 года). Определялись ФР: факт курения, наследственный анамнез, рассчитывался индекс массы тела (ИМТ), объем талии (ОТ), измерялось офисное артериальное давление (АД). Определяли уровень глюкозы крови, общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой (ХС ЛПВП), низкой (ХС ЛПНП), очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) и триглицеридов (ТГ). Для выявления ФР (ОТ≥94см; САД≥130/85 мм рт.ст.; гипетриглицеридемия, ГТГ≥1,7; ХС ЛПВП<1; ХС ЛПНП>3; гипергликемия ≥5,6ммоль/л) применялись критерии: Международной федерации диабета (IDF), АТР III, Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК 2009). По результатам между 1-й и 2-й группами не выявлено достоверных различий по возрасту, неблагоприятному наследственному анамнезу, уровню глюкозы плазмы крови, частоте встречаемости ГТГ, высокого уровня ХС ЛПНП и низкого ХС ЛПВП. В 1-й группе чаще регистрировалось курение на 25% ($\chi^2=20,1$; $p<0,05$) и артериальная гипертензия (АГ) на 39% ($\chi^2=40,7$; $p<0,05$). При оценке средних показателей в обеих группах в 1-й был выше средний показатель ИМТ на 1,4 кг/м² ($p<0,05$), ОТ на 4,5 см ($p<0,05$), САД на 8,4 мм рт.ст. ($p<0,05$), средние показатели ТГ и ХС ЛПНП в 1,3 раза ($p<0,05$), а ХС ЛПВП ниже в 1,2 раза ($p<0,05$). По критериям IDF, АТР III, ВНОК в 1-ой группе частота встречаемости повышенного уровня САД была больше в 1,5 ($\chi^2 = 18,3$; $p<0,05$), АО (>94 см) по критериям ВНОК на 21% ($\chi^2 = 8,5$; $p<0,05$), по IDF (≥94 см) на 25% ($\chi^2 = 12,6$; $p<0,05$), по сравнению со 2-й, а по критериям АТР III частота АО (>102 см) в группах не отличалась. Лица с отсутствием ФР встречались среди пациентов 1-й группы в 1% случаев, а во 2-й в 27% ($\chi^2 = 29,1$; $p<0,05$).

Выводы. У мужчин стрессовых профессий один и более ФР регистрировались чаще в 1,4 раза ($\chi^2 = 32,0$; $p < 0,05$), с двумя в 1,8 раза ($\chi^2 = 25,9$; $p < 0,05$), с тремя в 2 раза ($\chi^2 = 6,6$; $p < 0,05$), чем у лиц низкострессовых профессий. Хронический профессиональный стресс оказывает негативное влияние, повышая частоту возникновения кардиометаболических ФР, а в первую очередь АГ и АО, что в итоге может приводить к увеличению чувствительности к катехоламинам и соответственно к стрессу.

Особенности скрытой (маскированной) артериальной гипертонии у лиц с профессиональным стрессом

Осипова И.В., Антропова О.Н., Зальцман А.Г., Пырикова Н.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Отделенческая клиническая больница на станции «Барнаул», Барнаул

Материал и методы. Нами были обследованы 197 пациентов с артериальной гипертонией на рабочем месте (АГрм) и 132 больных с офисной АГ. У пациентов с впервые выявленной, нелеченой АГрм офисное АД и среднее АД при мониторинге в выходные часы не превышало нормальные значения. В рабочие часы по сравнению с часами отдыха у этих лиц увеличивалось среднее систолическое АД и диастолическое АД на 6,9% ($p < 0,001$) и 9,6% ($p < 0,001$) соответственно. Таким образом, имела место «скрытая, маскированная» гипертония, выявление которой возможно только при оценке АД на рабочем месте.

Результаты. Одним из основных механизмов развития артериальной гипертонии на рабочем месте (АГрм) является активация при стрессе симпатической нервной системы. У больных со скрытой АГрм по сравнению с пациентами с нелеченой эссенциальной гипертонией имеется повышенная реактивность на стресс-тест «математический счет», проявляющаяся большим приростом САД на 7,9 мм рт.ст. ($p < 0,001$) и ЧСС на 4,3 уд в мин. ($p < 0,001$). Повышенную стресс-реактивность имели пациенты с ранним сердечно-сосудистым анамнезом (большой прирост САД на 35,0%, $p = 0,001$) и с абдоминальным ожирением (большие приросты САД и ЧСС на 33,8, $p = 0,001$ и 25,4%, $p = 0,001$ соответственно). При формировании АГрм присутствует и еще один механизм — вазоконстрикция, что подтверждается выявленными особенностями. У больных с АГрм среднее САД в рабочие часы было сопоставимо, а среднее ДАД больше на 4,1%, чем у пациентов с нелеченой эссенциальной АГ. Кроме того, при оценке эпизодов повышения офисного АД в течение месяца нами была выявлена большая (в 2 раза, $p = 0,001$) частота повышения ДАД, по сравнению с САД. У пациентов со скрытой АГрм по сравнению с больными с нелеченой эссенциальной гипертонией имеется меньший ранний пик Е на 22,4% ($p = 0,001$), больший пик А на 37,1% ($p = 0,001$), меньшее отношение Е/А на 50% ($p = 0,001$), диастолическая дисфункция I типа у них возникает чаще на 24,1% ($\chi^2 = 6,3$, $p = 0,01$), нормальная эндотелиальная функция (ЭФ) имеется реже на 26,1% ($\chi^2 = 8,0$, $p = 0,005$), а вазоконстрикторная реакция эндотелия плечевой артерии на временную окклюзию чаще на 30,3% ($\chi^2 = 15,8$, $p = 0,001$). Эти данные можно рассматривать как единый патогенетический механизм, лежащий в основе формирования скрытой артериальной гипертонии. Таким образом, профессиональный стресс приводит к раннему формированию диастолической дисфункции и эндотелиальной дисфункции, что, по-видимому, лежит в основе формирования маскированной артериальной гипертонии.

Морфологические особенности слизистой желудка, обуславливающие торпидное течение хронического гастрита с хроническими эрозиями

Охотникова М.В., Трусов В.В., Кузнецов Е.П., Чернов А.Н.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель работы: выявить морфологические особенности слизистой оболочки желудка пациентов с торпидным течением хронического гастрита с хроническими эрозиями, неинфицированных хеликобактер пилори. Материалы и методы. Наблюдались 24 пациента с длительно (более 3 месяцев) неэпителизирующимися хроническими эрозиями антрального отдела желудка, неинфицированные хеликобактер пилори, либо после успешно проведенной эрадикации. Всем пациентам проведена фиброгастродуоденоскопия (ФГС) с исследованием биоптатов слизистой желудка.

Результаты. Половозрастная структура обследованной группы: женщины — 62,5% (средний возраст $59,6 \pm 3,2$ года), мужчины — 37,5% (средний возраст $43,6 \pm 2,9$ года). В ходе обследования методом ФГС были диагностированы множественные (3 и более) хронические эрозии антрального отдела желудка у 83,3% пациентов исследуемой группы и одиночные — у 16,7% пациентов. В результате исследования биоптатов антрального отдела желудка методом световой микроскопии диагноз «хронический атрофический гастрит» различной степени активности подтвердился у всех пациентов группы, при этом умеренная степень активности составила 72%, высокая — 28%. Также при микроскопическом исследовании биоптатов с области хронических эрозий выявлялись пролиферативные изменения у 41,67% пациентов, фовеолярная гиперплазия у 37,5%, метаплазия у 16,66%, дисплазия легкой степени у 4,17%. Примечательно, что забор биоптата с области хронической эрозии сопровождался более длительным и обильным кровотечением в сравнении с кровотечением, возникавшим при заборе материала для биопсии с участков слизистой желудка, свободных от эрозии. Что объясняется следующими выявленными морфологическими особенностями слизистой с области хронической эрозии антрального отдела желудка, а именно: обильной сетью сосудов с интэнной стенкой и расширенным просветом, дегенеративно измененными эндотелиоцитами; признаками агрегации эритроцитов, образования тромбов внутри сосудов.

Выводы. Длительная персистенция хронических эрозий обусловлена не только наличием хеликобактер пилори, но и нарушениями микроциркуляции в слизистой желудка. Условием формирования торпидного течения хронического гастрита с хроническими эрозиями является длительно текущий воспалительно-дегенеративный процесс в слизистой оболочке желудка. Также можно предположить наличие взаимосвязи между процессами атрофии и процессом формирования аномальных сосудов в слизистой желудка. В ответ на атрофию активируются пролиферативные процессы, при сбое в них возникают дисрегенераторные изменения, характеризующиеся ангиогенезом аномальных сосудов, что ведет к гипоксии тканей, образованию длительно персистирующих хронических эрозий слизистой желудка.

Качество жизни больных при совместном течении хронической обструктивной болезни легких и ишемической болезни сердца

Павленко В.И.

Благовещенская городская клиническая больница, Благовещенск

Цель: Изучить качество жизни (КЖ) больных при совместном течении хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) в сравнении с изолированным течением ХОБЛ и ИБС.

Материалы и методы. Обследовано 136 пациентов ХОБЛ II-III стадии сочетанной со стабильной стенокардией (Сст) II-III ФК (1-я группа), 56 больных с изолированным течением ХОБЛ II-III стадии (2-я группа) и 60 пациентов Сст II-III ФК (3-я группа), находившихся на стационарном лечении, из них женщин- 58 человек, мужчин-194 человека. Средний возраст больных составил $49,9 \pm 4,7$ года. По продолжительности ХОБЛ и ИБС, половому составу, индексу массы тела группы были сопоставимы. КЖ оценивали с помощью опросника MOS SF 36-item Short-Form Health Survey (J.E. Ware, 1992 г.). Сбор данных осуществлялся методом анкетирования на основе использования прямого опроса респондентов.

Результаты. Больные 1-й группы имели достоверные различия по большинству показателей КЖ, в сравнении со 2-й и 3-й группами, кроме психического здоровья (соответственно: $p_1=0,789$ и $p_2=0,872$) и роли эмоциональных проблем (соответственно: $p_1=0,158$ и $p_2=0,234$), что указывало на более существенное влияние микст-патологии на КЖ больных. У больных 1-й группы были ниже аналогичных значений 2-й и 3-й групп показатели шкал физической активности (соответственно: на 13,7% ; $p_1=0,019$ и на 17,9% ; $p_2=0,017$), роли физических проблем (соответственно: на 14,5% ; $p_1=0,021$ и на 16,9% ; $p_2=0,019$), боли (соответственно: на 21,4% ; $p_2=0,008$ и 18,3% ; $p_2=0,028$), общего здоровья (соответственно: на 24,9% ; $p_1=0,038$ и на 22,1% ; $p_2=0,041$) и социальной активности (соответственно: на 15,7% ; $p_1=0,002$ и на 19,9% ; $p_2=0,001$). Была установлена взаимосвязь между длительностью сочетанной патологии на показатели жизненного тонуса ($r=-0,37$; $p=0,029$), физической активности ($r=-0,42$; $p=0,027$), социальной активности. Таким образом, сочетанная патология оказывает существенное влияние на показатели доменов «симптомы», «активность», «общее здоровье», «общий счет», что и определяет уровень специфического КЖ больных с данной микст-патологией.

Особенности состояния плазменного гемостаза у больных хронической обструктивной болезнью легких, ассоциированной с ишемической болезнью сердца

Павленко В.И.

Благовещенская городская клиническая больница, Благовещенск

Цель: изучить особенности плазменного гемостаза при совместном течении хронической обструктивной болезни легких II—III стадии (ХОБЛ), сочетанной со стабильной стенокардией (Сст) II—III ФК в сравнении с изолировано протекающими ХОБЛ II—III стадии и Сст II—III ФК. Материалы и методы. Обследовано 136 пациентов ХОБЛ II—III стадии, сочетанной со стабильной стенокардией (Сст) II—III ФК (1-я группа), 56 больных с изолированным течением ХОБЛ II—III стадии (2-я группа) и 60 пациентов Сст II—III ФК (3-я группа), находившихся на стационарном лечении, из них женщин — 58 человек, мужчин — 194 человека. Средний возраст больных составил $49,9 \pm 4,7$ годы. Группу контроля составили 20 здоровых лиц. По продолжительности ХОБЛ и ИБС, половому составу группы были сопоставимы. Изучение плазменных механизмов, влияющих на текучесть крови, включало определение концентрации фибриногена (ФГ), активированного частичного тромбластинового времени (АЧТВ) и протромбинового индекса (ПТИ) по стандартным методикам.

Результаты. Для пациентов 1-й и 3-й групп по отношению к здоровым лицам в целом были характерны склонность к гиперфибриногемии, повышению плазменного коагуляционного потенциала крови по показателям АЧТВ. Во 2-й группе сравнения достоверно выше контрольной группы было только содержание ФГ ($p=0,047$). Значение ПТИ во всех группах больных практически не отличались от аналогичного показателя контрольной группы, хотя и отмечалась слабая тенденция к его снижению, особенно в 1-й и 2-й группе сравнения. Между 1-й и 2-й, 3-й группами установлены достоверные различия только по уровню ФГ, содержание которого в 3-й группе было больше, чем в 1-й группе сравнения на 18,8% ($p_1=0,039$) и на 14,5% больше чем во 2-й группе сравнения ($p_2=0,042$). Таким образом, своеобразность гемокоагуляционных сдвигов при сочетанной патологии позволяет относить данную категорию больных в группу высокой вероятности риска тромбообразования и должно учитываться при тактике лечения.

Распространенность астмы у студентов Краснодара

Павлицук С.А., Алексеев Е.А., Лабинцева Н.В.

Кубанский государственный медицинский университет, кафедра терапии № 1 ФПК и ППС, городская поликлиника № 26, Краснодар

Астма является одной из главнейших проблем современной пульмонологии. В последнее десятилетие рост заболеваемости астмой стал одной из наиболее актуальных медицинских и социально-экономических проблем общества. По данным международных многоцентровых исследований, астмой страдает 4—10% взрослого населения. Сегодня в мире насчитывается около 300 млн больных астмой, а к 2025 году этот показатель может составить 400 млн. По данным официальной статистики в Краснодарском крае за последние пять лет распространенность астмы снизилась на 26% (с 6,07 на 1 тыс. населения до 4,4). Проблема здоровья студентов является особенно актуальной в характерных для текущего периода сложных социальных и экономических условиях.

Цель: изучение распространенности астмы среди студентов вузов и сузов города Краснодара.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось методом сплошной выборки из амбулаторных карт пациентов, состоящих на учете по поводу астмы в городской поликлинике № 26 (межвузовская) с 2006 по 2010 гг.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов 16—23 года. Наибольшее количество пациентов (82%) обучается в высших учебных заведениях. С 2006 по 2010 годы характерно уменьшение относительного количества пациентов на 32% (с 3,4 на тыс. населения до 2,3). Сопоставление темпов снижения распространенности астмы в Краснодарском крае и у студентов Краснодара имеет существенную разницу. На протяжении всего периода наблюдения отмечается значительное преобладание пациентов мужского пола (73—81%). Тяжесть астмы в динамике характеризуется увеличением легкой интермиттирующей формы (43—54%) и снижением тяжелой (29—12%).

Выводы. В данном возрастном контингенте подтверждено преобладание астмы у лиц мужского пола. Снижение распространенности астмы, а также уменьшение числа тяжелых форм заболевания среди обучающихся в вузах и сузах, может быть одним из показателей эффективной организации диагностики и плановой терапии астмы у студентов.

Проблемы здоровья и болезни, диагностики и лечения с историко-философских позиций

Пальцев А.И., Воевода М.И.

Новосибирский государственный медицинский университет,
Новосибирск

Наступил XXI век. Для медицинской науки и практики главной темой является разработка и применение новейших технологий. Основные достижения по-прежнему направлены на улучшение состояния здоровья больного человека. Однако конец XX века в России закончился значительным снижением рождаемости и повышением смертности. Необходимо возрождать профилактическое направление. В связи с этим целью нашего сообщения является изложение медико-философских концепций здоровья и болезни. Все более актуальной становится необходимость правильной методологической установки каждого индивида за контролем и сохранением своего здоровья, формирования потребности в нем. Именно такое направление может быть основанием первичной профилактики. Еще в XVII веке крупнейший врач и философ Маймонид в книге, составленной для своего сына-врача, писал, что только глупцы считают, что врач нужен только больным. На самом деле врач нужен и здоровому человеку, так как «поддержание здоровья более важно, чем лечение уже возникшей болезни». Сегодня, пропагандируя совершенно справедливо высокие технологии в кардиохирургии и других областях, клиницисты нередко забывают о важности профилактической медицины, о которой писали еще в древние времена. Представляются весьма важными указания наших предшественников о роли государства в сохранении здоровья своих граждан. Так еще в 1784 году русский врач И.Л. Данилевский в Геттингене защитил диссертацию на тему: «Государственная власть есть самый лучший врач». «Исцеление болезней, искоренение их причин, — писал он, — следует искать не от врачей и аптекарей, а только от государственной власти». Основатель отечественной терапии М.Я. Мудров писал, что операции — это молчаливые упреки нашему невежеству; «где не действует химия животительной энергии, там мы употребляем огонь и железо. Операции будут совершенствоваться тем реже к утешению человечества, чем пристальнее мы будем исследовать ход раздражения природы». Весьма четкое определение он давал и личности врача: «Врач посредственный более вреден, нежели полезен. Больные, оставленные природе, выздоравливают, а пользованные этими врачами помрут». Блестящее определение здоровью и болезни еще в первой половине XIX века дал И.Е. Дядьковский: «Жизнь тела человеческого называется здоровой тогда, когда внутренние его силы действуют в пропорции, как в отношении количества, так и качества их самих; а больной напротив, называется тогда, когда теряется эта пропорция между ними...» Следует отметить, что с античных времен и до настоящего времени жизни человечества философия, медицинская наука также стремились понять, что такое здоровье. В современной медицине и философии это понятие делится на ряд групп: 1. Человек считается здоровым, если он способен выполнять полноценно свои функции. 2. Здоровье представляет собою состояние динамического — гомеорезис и статического равновесия — гомеостазис. 3. Способность организма приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям. 4. Необходимость максимального сохранения активной жизнедеятельности человека. 5. Содержание здоровья как важнейшая ценность должно оцениваться с трех позиций: биологической, социальной и психологической. Рассмотренные с историко-

философских позиций составляющие здоровья и болезни человека важно учитывать в национальном проекте «Здоровье», разработке вопросов саногенеза, диагностики и лечения в деятельности каждого ученого, ежедневной работе врача, повседневной жизни каждого человека. Не менее важным и необходимым с социальгигиенической точки зрения достижением современной науки является проведение профилактических мероприятий чтобы как можно дольше сохранять здоровье человека и его активное долголетие.

Возрастные аспекты патологии поджелудочной железы. Принципы лечения больных хроническим панкреатитом пожилого и старческого возраста

Пальцев А.И., Воевода М.И., Еремичева А.А., Шарпов И.В.

Новосибирский государственный медицинский университет,
Новосибирск

Еще в XVI веке французский философ Ш. Монтескье писал: «Несчастное положение людей! Едва ум достигает зрелости, тело уже начинает слабеть». Несомненно, прав был философ, так как организм пожилого человека это во многом другая биологическая и биофизическая система, большинство характеристик которой значительно отличается от аналогичных у лиц молодого и зрелого возраста. Не случайно существует много теорий старения, наиболее значимыми из них являются: нейрорегуляторная, нейроэндокринная, свободных радикалов, аутоиммунного старения, лимфоидная, единая адаптационно-регуляторная комплексная, накопления ошибок — соматических мутаций и другие. В разных источниках приводятся цифры, свидетельствующие о том, что в России лица старших возрастов составляют от 16 до 21%. Старение сопровождается существенным уменьшением многих физиологических функций и процессов. Так, за период с 30 до 80 лет на 30% снижается величина сердечного выброса, на 50% — жизненная емкость легких и объем почечного кровотока, на 70% — возможности поглощения кислорода. К 85 годам масса поджелудочной железы снижается с 60 до 40 граммов, а атрофические изменения в ней начинают развиваться уже после 40 лет. Увеличивается длина кишечника, развиваются атрофические и дисбиотические изменения.

Цель: изучение клинического течения хронического панкреатита у лиц пожилого и старческого возраста -преимущественно ветеранов войн и оценка комплексной терапии с включением микразима и лактофилтрума.

Материал и методы исследования. Наблюдалось 37 пациентов, мужчин -12, женщин — 25, средний возраст 73±15,5 года. Применялись методы исследования — клинические, лабораторные, УЗИ, КТ. В группе, сравнения 25 человек.

Результаты исследований. Выявлено 13 пациентов с первичным хроническим панкреатитом, из них у 2 — алкогольный, у 5 — лекарственный, у 6 — ишемический; 22 пациента — с вторичным ХП: с билиарной патологией — 12, с дуоденальной — 3 и с описторхозом — 7. У 2 больных диагностирован посттравматический ХП. Отмечены существенные изменения в характеристике болевого синдрома, в том числе интенсивности, длительности, иррадиации; диспепсического — в снижении аппетита, изжоге, диарее, запорах, чередовании поносов и запоров; астено-депрессивного — в слабости, плаксивости, дистимии и депрессии; нарушении микробиоценоза кишечника, стеато- и креатореи; а также эндокринных нарушений. Важные дифференциально-диагностические данные получены при УЗИ

по таким параметрам, как увеличение размеров железы, наличие эхоплотных включений, изменение Вирсунгова протока. Существенное значение имело УЗИ печени и желчевыводящих путей, особенно моторно-кинетических и обменных нарушений. Лечение было направлено на купирование болевого синдрома, обеспечение покоя железе, коррекции пищеварительных, двигательных и микробиотических функций. В основной группе использовались микразим и лактофильтрум. Результаты исследований показали, что дифференцированное применение микразима в дозе 10 000 и 25 000 ЕД в сочетании с лактофильтрумом позволили получить позитивный эффект в купировании болевого, диспепсического и уменьшении астено-депрессивного синдромов. Именно сочетанная терапия названными препаратами позволила получить положительный эффект у лиц пожилого и старческого возраста, так как она была направлена на основные звенья патогенеза хронического панкреатита и способствовала саногенетическим процессам. Ни в одном случае отмены препаратов не потребовалось.

Характеристика дислипидемий при сочетании вибрационной болезни и артериальной гипертензии

Паначева Л.А., Зюбина Л.Ю., Платонова Е.А.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Цель: изучить частоту и структуру дислипидемий при вибрационной болезни (ВБ) и артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы. Обследовано 70 больных ВБ (58 мужчин и 12 женщин) в возрасте 50—81 год. Стаж работы с вибрационным фактором (ВФ) — $27,2 \pm 10,2$ года, длительность послеконтактного периода — $18,4 \pm 3,7$ года. ВБ 1 степени диагностирована в 68,6%, 2 степени — в 31,4%. В условиях локальной вибрации (ЛВ) работали 81,5% больных, сочетанного воздействия локальной и общей вибрации — 11,4%, общей вибрации — 7,1%. Диагноз АГ установлен на основании критериев ВОЗ/МОАГ [2004] и ЕОК [2007]. Всем пациентам проведен стандарт клинико-функциональных исследований.

Результаты. Патология сердечно-сосудистой системы (ССС) выявлена у 87,1% больных ВБ, в структуре которой преобладала АГ — 95,1%, в 29,5% случаев сочетается с ИБС; в остальных 4,9% была изолированная ИБС. При ВБ 1 степени превалировала АГ 1 и 2 степени, при ВБ 2 степени — АГ 3 степени. В 94,8% отмечена систоло-диастолическая АГ, в остальных случаях — изолированная систолическая. У 55,7% больных с коморбидными формами патологии выявлено повышение уровня холестерина (ХС), при этом величину ХС в диапазоне 5,2—6,6 ммоль/л имели 31,4% пациентов, 6,7—7,8 ммоль/л — 20,0%, а свыше 7,8 ммоль/л — 4,3%. Среди сочетаний нарушения липидного обмена преобладали повышение уровня ХС и ЛПНП — 21,4%, тогда как другие варианты дислипидемий, а также изолированное повышение уровня триглицеридов встречались в единичных случаях. По мере повышения степени АГ параметры ХС возрастали. Так, при АГ 3 степени значение ХС в пределах 5,2—6,6 ммоль/л имели 15,0% больных, 6,7—7,8 ммоль/л — 10,0%, а более 7,8 ммоль/л — 2,5%.

Выводы. Длительный контакт с ВФ у больных АГ, обладающим проатерогенными свойствами, определяет высокую частоту нарушений липидного обмена и, следовательно, довольно серьезный прогноз пациентов. В связи с указанным с целью коррекции гиперлипидемий необходимо своевременное назначение статинов или других липидснижающих препаратов.

Состояние системного гемостаза и гемодинамические типы микроциркуляции при высоком нормальном артериальном давлении и артериальной гипертензии 1-2 степени

Паначева Л.А., Шпагина Л.А., Кухарева Е.А., Пятакова Е.Ф.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Цель: изучить состояние системного гемостаза и микроциркуляции (М) в печени у больных с высоким нормальным АД (ВНАД) и артериальной гипертензией (АГ) 1-2 степени.

Материал и методы. Обследовано 58 больных АГ (средний возраст — $50,5 \pm 4,1$ года). ВНАД имели 20 человек (1 группа), АГ 1 степени — 18 (2 группа) и АГ 2 степени — 20 (3 группа). Диагноз ВНАД и АГ 1—2 степени установлен на основании критериев ВОЗ/МОАГ [2004] и ЕОК [2007]. За 2 недели до исследования всем отменены антигипертензивные препараты. Исследование показателей системного гемостаза выполнено по стандартным методикам. Состояние М в печени изучено методом ЛДФ на анализаторе ЛАКК-01 (НПП «Лазма», Москва) путем зондирования 3 акупунктурных точек (2 точки — над печенью, 3-я — в зоне Захарьина-Геда сердца). Проведены дыхательная и окклюзионная функциональные пробы. На основании показателя микроциркуляции (ПМ) и резерва капиллярного кровотока (РКК, %) определялся гемодинамический тип М (ГТМ).

Результаты. Величина фактора Виллебранда (ФВ) по мере повышения степени АД возрастала в 1 группе — в 1,05, во 2 — в 1,25 и 3 — в 1,48 раза ($p < 0,05$). При АГ 1—2 степени выявлено достоверное повышение функции тромбоцитов на контактных и мембранных индукторах свертывания. По показателям базисных коагуляционных тестов при увеличении степени АД отмечено нарастание синдрома гиперкоагуляции и снижение антикоагулянтного резерва крови по уровню антитромбина (АТ) Ш. При АГ 1—2 степени также выявлено удлинение ХПа-зависимого фибринолиза и повышение содержания продуктов распада фибрина и фибриногена. Исходные ПМ у больных АГ 1-2 степени возрастали в 1,03—1,55 раза. Индекс эффективности микроциркуляции (ИЭМ) в точке 1 снижался, в точках 2 и 3 повышался. У больных с ВНАД в 2,7 раза чаще наблюдался гиперемический ГТМ, при АГ — спастический и спастико-стазический типы. Выявлена корреляционная зависимость (КЗ) высокой силы между параметрами ДАД и величиной ФВ, коллаген-агрегации, АДФ-агрегации, адреналин-агрегации, РФМК и D-димеров, а также ПМ, ИЭМ и РКК и обратная КЗ средней силы ДАД с АТ Ш и АПТВ.

Легочная гипертензия как стратификационный фактор при коморбидной патологии: остром коронарном синдроме и хронической обструктивной болезни легких

Панин П.Ф., Зарубина Е.Г., Габуллова Д.А., Емельянова Н.Г., Барынкина О.В.

Самарский медицинский институт, Самара

До 75% всех случаев нетрудоспособности дают ишемическая болезнь сердца (ИБС) и хронические обструктивные заболевания легких (ХОБЛ). Одним из характерных осложнений как при ХОБЛ, так и при ИБС является легочная гипертензия (ЛГ). ЛГ является одним из основных факторов неблагоприятного исхода ХОБЛ и ИБС, способствуя прогрессированию сердечной недостаточности.

Цель исследования: определить распространенность ЛГ среди пациентов с ХОБЛ и ИБС, степень влияния ЛГ на течение данной коморбидной патологии. Были проанализированы 21 914 историй болезни за период с 2000 по 2011 гг. в ЛПУ Самары: у 33,2% была диагностирована ХОБЛ и ЛГ; у 11,5% пациентов ХОБЛ без ЛГ, у остальных больных был зарегистрирован острый коронарный синдром (ОКС). Среди больных с ХОБЛ и ЛГ у 2776 пациентов не было зарегистрировано ИБС (1-я группа), у остальных больных с ХОБЛ и ЛГ в качестве сопутствующей патологии был диагностирован острый коронарный синдром — ОКС (2-я группа). Анализ базы данных показал, что по мере утяжеления ХОБЛ у пациентов с ХОБЛ и ОКС возрастает количество больных с более тяжелыми функциональными классами стенокардии: процентное соотношение между I ФК, II ФК и III ФК стенокардии у пациентов с ХОБЛ легкого, среднетяжелого и тяжелого течения закономерно изменялось в сторону утяжеления стенокардии ($r=0,91$; $p=0,001$) и составило 18,9%, 61,1%, 20,1%; 12,9%, 65,1%, 21,9% и 9,1%, 66,2%, 27,3% соответственно. Аналогичная закономерность прослеживалась и в отношении функционального класса сердечной недостаточности ($r=0,92$, $p=0,01$). Присоединение гипертензии малого круга кровообращения приводит к достоверному ускорению формирования тяжелых форм стенокардии и сердечной недостаточности ($r_1=0,92$, $p=0,01$; $r_2=0,94$, $p=0,02$). Уровень повышения давления в легочной артерии зависит от тяжести течения ХОБЛ, наличия тяжелых форм ИБС, сопровождающихся развитием сердечной недостаточности высоких функциональных классов. Прослеживается корреляционная связь между ЛГ и функциональным классом стенокардии, которая становится значимой при III ФК стенокардии. У 84% пациентов с легким течением ХОБЛ и у 96% больных с ХОБЛ средней степени тяжести отмечается периодическое повышение артериального давления в легочной артерии даже без физических нагрузок. У пациентов с тяжелым течением ХОБЛ даже в период ремиссии в состоянии покоя нормализация среднего давления в легочной артерии отмечалась лишь у 4,8% обследованных. Сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания оказывают неблагоприятное влияние на состояние легочного кровотока, что связано, по-видимому, с повышением сосудистого тонуса, снижением сократительной способности миокарда и нарушениями внутрисердечной гемодинамики на фоне аритмий.

Изучение сочетаний различных нозологических форм у пациентов с заболеваниями щитовидной железы

Панина А.А., Гумилевский Б.Ю.

Консультативно-диагностическая поликлиника № 2, Волгоград

Цель работы: изучение сочетаний различных нозологических форм у пациентов с заболеваниями щитовидной железы (ЩЖ). Был проведен анализ анамнестических данных, полученных при работе с медицинской документацией. Проанализированы амбулаторные карты пациентов эндокринолога (выборка была случайной). Из 59 пациентов 19 (32,2% от общего числа) страдали гипотиреозом, 18 (30,5%) — узловым зобом, 9 (15,25%) — аутоиммунным тиреоидитом (АИТ), 13 (32%) — диффузным токсическим зобом (ДТЗ). Средний возраст пациентов составил 51,7 года. При изучении карт особое внимание уделялось сопутствующим иммунокомпрометированным заболеваниям, т.к. определенный интерес представляет сочетание иммуноопосредованных заболеваний ЩЖ с заболеваниями, в патогенезе которых также имеет значение нарушение иммунной

системы. Выявлено, что наиболее часто пациенты с заболеваниями ЩЖ страдают заболеваниями, сопровождающимися выраженным суставным синдромом. Боли в суставах беспокоили 38 (64%) пациентов. В большинстве случаев пациентам выставлялся диагноз остеоартроза, в 5 случаях (8,47%) был диагностирован ревматоидный артрит. Чаще всего на боли жаловались пациенты с гипотиреозом (14 случаев). Возможно, это связано с развитием остеопороза при длительном приеме препаратов левотироксина. У 33,9% пациентов была выявлена рецидивирующая герпетическая инфекция. В 36,8% случаев она встречалась при гипотиреозе, в 66% случаев — при АИТ. Также только в этих группах пациентов было отмечено наличие псориаза и витилиго. Это позволяет предположить, что у пациентов с ХАТ, гипотиреозом активация аутоиммунных процессов происходит на фоне развития вторичного иммунодефицитного состояния, что требует соблюдения осторожности при назначении терапии. Выявили факт частого сочетания заболеваний ЩЖ и аллергического ринита — в 30,5% случаев. При узловом зобе аллергический ринит встречался в 33% случаев, при АИТ без нарушения функции — в 54% случаев. Известно, что некоторые способы лечения аллергического ринита (например, аллергенспецифическая иммунотерапия — АСИТ) способствуют перестройке системы иммунитета. Поэтому изучение влияния АСИТ на рост узлов и развитие гипотиреоза на фоне ХАТ представляется важным. Таким образом, изучение взаимного влияния заболеваний ЩЖ и других иммунокомпрометированных заболеваний представляется перспективным и интересным.

«Словник» одышки как первичный инструмент в диагностике легочной и сердечно-сосудистой патологий

Параева О.С., Мартыненко Т.И., Дронов С.В.

Алтайский краевой пульмонологический центр, Алтайский государственный университет, Барнаул

Цель: выявить особенности субъективных ощущений одышки у больных ХОБЛ, БА, ХСН, используя язык одышки. Методы. проспективное, многоцентровое, сравнительное, контролируемое, нерандомизируемое исследование с обработкой данных по статистической методике для параметрических данных. Проведена апробация «словника одышки» (Simon P.M. et al. 1990г.), который выдавался пациентам с ХОБЛ, БА, ХСН при обращении в пульмонологический кабинет Алтайского краевого пульмонологического центра с жалобами на одышку и с объяснением о необходимости отметить фразы, характерные в момент ощущения одышки. Время самостоятельной работы пациента 5—10 мин. Проанализировано 248 анкет с жалобами на одышку в Алтайском краевом пульмонологическом центре: 133(53,6%) мужчины и 115 (46,3%) женщин в возрасте от 18 до 74 лет. Результаты. Среди анкетированных больных — ХОБЛ 62 (25,51%): легкого — 4 (6,45%), среднетяжелого — 23 (37,09%), тяжелого — 27 (43,54%), крайне тяжелого — 8 (11,29%); БА 105 (43,20%): легкой — 12 (11,42%), средней — 52 (49,52%), тяжелой — 30 (28,57%); ХСН 81 (33,33%). Большинство больных 56 (90,3%) ХОБЛ, 101 (96,19%) БА и 73 (90,12%) ХСН для описания дыхательного дискомфорта выбирали 3 и более характеристики языка одышки. При сравнительном исследовании отдельных фраз «словника» одышки БА и ХОБЛ чаще встречаются фразы, где $p < 0,05:1$ мне трудно сделать вдох, 2) я вынужден прикладывать дополнительное усилие, чтобы дышать, 3) моя грудь стеснена. При

ХОБЛ в сравнении с ХСН при $p < 0,05:1$) я не могу выдохнуть до конца, 2) я чувствую, как мое дыхание останавливается 3) мое дыхание тяжелое 4) я чувствую свое трудное дыхание. При БА в сравнении с ХСН при $p < 0,05:1$) я не могу сделать глубокого вдоха 2) я вынужден прикладывать дополнительное усилие, чтобы дышать, 3) я чувствую, как мое дыхание останавливается, 4) мое дыхание тяжелое.

Выводы. Язык одышки как первичный инструмент дифференциальной диагностики на этапе первичного звена здравоохранения позволяет различать болезни сердца и легких.

Особенности клинической эффективности терагерцовой терапии у больных стенокардией различного пола

Паршина С.С., Афанасьева Т.Н., Головачева Т.В., Гриценгер В.Р., Петрова В.Д., Потапова М.В., Тихонова С.А.

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

Терагерцовая (ТГЧ) терапия — новый немедикаментозный метод лечения, использующийся с 2004 г. и включающий использование электромагнитного излучения (ЭМИ) терагерцового диапазона. В данном диапазоне находятся молекулярные спектры излучения и поглощения важнейших клеточных метаболитов — оксида азота (NO), кислорода (O₂) и др. Терагерцовый (субмиллиметровый) диапазон располагается на шкале электромагнитных волн между миллиметровым (крайне высокочастотным) и оптическим инфракрасным диапазонами. Установлено, что ТГЧ-терапия на длине волны оксида азота (ТГЧ-терапия-NO) обладает антиангинальным, антигипертензивным, реопротекторным, гипокоагуляционным действием у больных стенокардией.

Цель работы: изучение антиангинального эффекта при использовании ТГЧ-терапии-NO у больных стенокардией мужского и женского пола. Обследованы 45 больных стенокардией (нестабильной стенокардией и стабильной стенокардией напряжения II-III ф.к.), из них 26 мужчин и 19 женщин, которым проводилось лечение ЭМИ ТГЧ-NO на фоне общепринятой медикаментозной терапии. Две соответствующие группы сравнения составили 40 мужчин и 35 женщин, страдающих стенокардией, которые получали только медикаментозную терапию (аспирином, β -адреноблокаторами, нитратами и др.). Облучение ЭМИ ТГЧ-NO проводилось с помощью малогабаритного генератора «КВЧ-NO» на область мечевидного отростка грудины в прерывистом режиме воздействия. Курс лечения — 10 сеансов. Определялся антиангинальный эффект лечения (ААЭЛ) в баллах по частоте приступов стенокардии и суточной потребности в нитроглицерине. Установлено, что ААЭЛ с использованием ТГЧ-терапии-NO как в группе мужчин, так и в группе женщин статистически достоверно превышал ААЭЛ стандартной медикаментозной терапии ($p < 0,05$). У мужчин при использовании ЭМИ ТГЧ-NO ААЭЛ составил $2,67 \pm 0,13$ балла, в группе сравнения — $1,70 \pm 0,10$ балла ($p < 0,05$); у женщин — $2,25 \pm 0,25$ балла в группе с применением ЭМИ ТГЧ-NO, в группе сравнения — $1,65 \pm 0,11$ балла ($p < 0,05$). При этом ААЭЛ в группах ТГЧ-терапии-NO у мужчин и женщин не различался ($p > 0,05$). Стабилизация состояния больных стенокардией при использовании ТГЧ-терапии также наступала в практически одинаковые сроки: в группе мужчин к $4,82 \pm 0,63$ сеансу, в группе женщин — к $3,29 \pm 0,98$ сеансу ($p > 0,05$). Таким образом, ЭМИ ТГЧ-NO повышает антиангинальный эффект медикаментозной терапии у больных стенокардией независимо от пола пациентов,

причем различий в чувствительности к терагерцовым волнам в группах мужчин и женщин не выявлено.

Оптимизация лечения аритмии у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта

Паршина С.С., Афанасьева Т.Н.

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

Одной из актуальных задач современной кардиологии является лечение аритмий, при этом сопутствующая патология нередко усугубляет ее тяжесть и рефрактерность к проводимой терапии.

Цель работы: оценка эффективности комплексного использования общепринятой антиаритмической терапии (ААТ) и гомеопатических препаратов (ГП) в лечении стойкой экстрасистолии у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Под наблюдением находились 11 больных ИБС в возрасте от 50 до 75 лет, рефрактерных к адекватно подобранной в соответствии с современными стандартами ААТ. У 6 чел. (1 группа) отмечалась частая желудочковая экстрасистолия (ЭС) (10—15 в 1 мин.) на фоне сопутствующей желчекаменной болезни. У 5 пациентов (2 группа) фиксировалась упорная наджелудочковая ЭС (по данным холтеровского мониторирования (ХМ) — от 10 тыс. до 13 тыс. в сутки), отмечались дискинезия желчевыводящих путей и хронический панкреатит. В 1 группе использование ГП было начато на 5-й день поступления в стационар в связи с недостаточной эффективностью проводимой парентеральной и пероральной ААТ. Использовались ГП Кралонин, обладающий антиаритмическим, метаболическим, антигипертензивным, реопротекторным свойствами (20 кап. каждые 20 мин. в течение 3 часов, далее — 20 кап. 3 раза в день) и Хелидониум Гомаккорд, обладающий противовоспалительным, спазмолитическим действием, улучшающий функциональные свойства желчи (по 10 кап. в том же режиме). В течение 3—6 часов у всех больных отмечалось урежение ЭС при контроле электрокардиограммы (ЭКГ). На следующий день на ЭКГ также отмечено существенное уменьшение количества ЭС. Лечение продолжено в течение месяца. Считаем, что в описанной ситуации препятствием для эффективного действия ААТ явились патологические холецисто-кардиальные нервно-рефлекторные связи, которые удалось нивелировать с помощью ГП. Во 2 группе ГП присоединялись через $5 \pm 0,7$ недель от начала ААТ. Помимо Кралонина (кардиотропное действие) использовались Нукс-вомика Гомаккорд и Лептандра композитум (дискинезия желчевыводящих путей и хронический панкреатит) (10 кап. 3 раза в день). Через 7-12 дней у всех пациентов отмечено снижение частоты ЭС по данным ЭКГ. Через месяц при ХМ частота ЭС снизилась до 300 — 1 тыс. в сутки. Катамнез 2,5—4 года.

Вывод. В целях оптимизации ААТ у пациентов с заболеваниями ЖКТ целесообразно присоединять ГП с кардиотропным эффектом и в соответствии с характером сопутствующей патологии.

Динамическая электронейростимуляция при вегетососудистой дистонии у подростков

Пафифива А.С., Мамбетов Х.А., Эльгаров А.А.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Динамическая электронейростимуляция (ДЭНС) — разновидность традиционных методов рефлексотерапии, используется широко при

различных заболеваниях, в т.ч. и неотложных состояниях у детей и подростков. Цель: определить терапевтическое значение ДЭНС при вегето-сосудистой дистонии (ВСД) у школьников. Материал и методы. Осуществлен анализ медицинской документации СМП г. Баксана за 2010 год, касающийся обращений за неотложной помощью 7—17-летних школьников, и эффективность неотложной помощи 56 подросткам с ВСД (19 — ДЭНС, 36 — традиционная лекарственная терапия).

Результаты. В течение 2010 года за неотложной помощью обратились 196 (1,9%) школьников 7—17 лет. Среди них преобладали подростки с ВСД по гипертоническому (14,8%), гипотоническому (9,7%) и смешанному (3,5%) типу, что составило около трети (28,0%) из общего числа обращений. Следовательно, ранняя диагностика и рациональное лечение учащихся с ВСД требуют оптимизации. Использование ДЭНС у 7 школьников из 9 после сеанса (адекватная методика) с ВСД по гипертоническому типу в течение 5-7 минут состоянии значительно улучшилось, АД снизилось на 5,5 мм рт.ст. систолическое (САД) и на 3,5 мм рт.ст. диастолическое (ДАД); при ВСД по гипотоническому типу — у 5 из 7 параметры САД и ДАД восстановились на фоне нормализации состояния; во всех 3 случаях ВСД по смешанному типу отмечено клиническое улучшение и нормализация уровней АД. Эти данные демонстрируют результативность ДЭНС в качестве метода неотложной терапии подростков с ВСД различных вариантов в 78,9% случаев; в остальных наблюдениях (21,1%) повторные сеансы ДЭНС стабилизировали самочувствие и гемодинамические показатели. Наряду с этим неотложная лекарственная помощь (в т.ч. и седативные средства) школьникам с ВСД трех форм оказалась достаточной лишь в 58,3%; остальные 8 (22,2%) подростков были госпитализированы, 7 (19,4%) — после комбинированной терапии в приемных отделениях ЛПУ и достижения положительной динамики состояния по настоянию родственников отправлены домой.

Заключение. В структуре вызовов СМП различные формы ВСД среди подростков занимают более четверти (28,0%), что требует внимания специалистов школьной медицины. Дифференцированные методы ДЭНС, адаптированные к вариантам течения ВСД, обеспечивают достижение улучшения состояния (субъективного и объективного) подростков. Полученные данные позволяют рекомендовать использованный вид рефлексотерапии для широкого применения в практической деятельности СМП.

Эффективность динамической электронейростимуляции при артериальной гипертонии

Пафифова А.С., Эльгаров А.А.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Динамическая электронейростимуляция (ДЭНС) в настоящее время достаточно широко применяется в амбулаторно-поликлинической практике при различных заболеваниях.

Цель: оценить эффективность ДЭНС при артериальной гипертонии (АГ) в амбулаторных условиях. Материал и методы. Под наблюдением находились 28 мужчин с АГ I и II ст. в возрасте 18-39 лет (32,6±4,3 года), которым наряду с медикаментозной гипотензивной терапией (конкор 5 мг 1 раз в день при I ст. и конкор 5 мг+индап 1 раз в день при II ст.) назначены сеансы ДЭНС (ежедневно, № 8—10) — основная группа (ОГ) и 29 пациентов с АГ I и II ст. сопоставимого возраста (32,9±4,2 года), находившихся только на лекарственной терапии (конкор, 5 мг 1 раз в день при I ст. и конкор 5 мг+индап 1 раз в день

при II ст.) — контрольная группа (КГ). Длительность мониторинга 8 недель. Для объективной оценки эффективности лечения больных с АГ регистрировалась динамика клинико-гемодинамических параметров, в т.ч. данных суточного мониторирования АД (СМАД) и психологического тестирования (методика Спилбергер-Ханина). Результаты. Терапевтический эффект (улучшение психосоматического статуса и показателей гемодинамики) у лиц ОГ обнаружен на 4-6 дни комплексного лечения, который нарастал и достиг максимального уровня к 10-14 дню. Об этом свидетельствовали уменьшение и исчезновение головных болей, раздражительности, тревожности, болей в области сердца, восстановление сна, а также положительная динамика средних систолического (САД) с 149,8±3,6 мм рт.ст. до 127,5±3,4 мм рт.ст. ($p<0,05$) и диастолического (ДАД) с 98,7±2,6 до 84,2±2,4 мм рт.ст. ($p<0,05$); нормализация психологического статуса (уровней ситуационной и личностной тревожности) в 89,3% наблюдений. Целевые уровни АД у больных ОГ к окончанию мониторинга достигнуты у значительного (89,3%) числа пациентов; у 3 больных (10,7%) с АГ II ст. зарегистрирована тенденция к улучшению самочувствия и снижение средних САД и ДАД на 10-15%. Вместе с тем, благодаря фармакотерапии мужчин КГ динамика клинико-гемодинамических (в т.ч. и средних САД и ДАД) уровней личностной и ситуационной тревожности отмечена к 4-й неделе в 19 случаях (65,5%) и к 6-8-й — в 3 (10,3%); у 7 больных (24,1%) АГ II ст. несмотря на клиническое улучшение средние САД и ДАД не претерпели достоверных изменений. Полученные результаты демонстрируют бесспорное значение сеансов ДЭНС в сочетании с лекарственной терапией больных с начальными стадиями АГ, что свидетельствует о возможности активного применения указанной методики в амбулаторной практике.

Заключение. Комбинированная медикаментозная и нелекарственная (ДЭНС) терапия мужчин с АГ I и II ст. обеспечивает достаточно высокую антигипертензивную эффективность (89,3%) при сравнении с лекарственным лечением (75,8%).

Частота и структура вызовов СМП

Пафифова А.С., Эльгаров А.А., Мамбетов Х.А.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Цель: оценить частоту и структуру вызовов СМП в динамике и определить программу мероприятий по профилактике неотложных состояний.

Материал и методы. Осуществлен анализ материалов СМП г. Баксана Кабардино-Балкарской Республики за 2009—2010 гг.

Результаты. В целом число обращений на СМП г. Баксана в 2009 г. было 16 294 и несколько меньше в 2010 г. — 14 955. При этом, значительное место в структуре вызовов занимает гипертоническая болезнь (ГБ) — 3516 (21,6%) и 2878 (19,2%), соответственно; при этом число гипертонических кризов (ГК) составило 459 (2,9%) и 325 (2,2%). Ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия были причиной обращений — 641 (3,9%) в 2009 и 530 (3,5%) в 2010; острая сердечно-сосудистая патология (ТЭЛА) — 137 (0,8%) и 85 (0,56%); аритмия — 138 (0,8%) и 106 (0,7%) и мозговые инсульты (МИ), в т.ч. кома — 80 (0,5%) и 65 (0,4%). Суммарно, в связи с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) обращения составили 6072 (37,6%) и 5268 (35,6%), что подчеркивает значение раннего выявления и оптимального лечения пациентов с ССЗ. Хирургические заболевания (острый живот, аппендицит, холецистит и панкреатит; ущемленная грыжа, перфорация язвы желудка и 12-перстной кишки,

иные хирургические болезни, легочные, желудочные, кишечные и носовые кровотечения) — 6200 (38,0%) и 1436 (9,7%); почечная колика — 475 (2,9%) и 505 (3,4%); острые и хр.заболевания почек — 56 (0,3%) и 65 (0,4); бронхиальная астма — 997 (6,1%) и 810 (5,4%); пневмония, бронхит, плеврит — 733 (4,0%) и 558 (3,7%); аллергические реакции, в т.ч. анафилактический шок — 185 (1,1%) и 126 (0,8%); внематочная беременность — 52 (0,3%) и 60 (0,4%); аборт и другие кровотечения — 49 (0,3%) и 52(0,3%); наркотическая, алкогольная кома — 87(0,5%) и 147 (1,0%); другие комы и шок — 7 (0,04%) и 10 (0,06%); пищевые отравления, острый гастрит — 246 (1,5%) и 141 (0,9); несчастные случаи (травмы, отравления) — 631 (3,9%) и 754 (5,0%); ОРЗ, грипп, ангина — 2927 (15,2%) и 1943 (13,0%); др. инфекции — 4 (0,02%) и 1 (0,007%); неврологические заболевания — 1414 (8,7%) и 1917 (12,8%); хронические заболевания — 901 (5,5%) и 968 (6,5%); сахарный диабет, кома — 91 (0,5%) и 70 (0,46%); заболевания женских половых органов, кроме кровотечений — 41 (0,25%) и 60 (0,4%).

Выводы. При относительной стабилизации числа вызовов в течение 2 лет в их структуре достоверно преобладают неотложные состояния, обусловленные ССЗ, хирургической патологией и хроническими болезнями; разработаны практические рекомендации по оптимизации наблюдения лиц с указанными состояниями на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Оценка функционального состояния лейкоцитов крови методом определения величины энергии их спонтанного таксиса

Пащенко И Г., Песков А Б., Пащенко Н.Н., Клочкова Т.С.

Ульяновская областная клиническая больница, Ульяновск

Цель: определить значимость теста определения величины энергии таксиса лейкоцитов (ЭТЛ) для оценки клинического течения и эффективности лечения заболеваний.

Материалы и методы. Исследования проведены у 108 больных нозокомиальной и внебольничной пневмониями, 39 больных хроническими гепатитами и циррозами печени, 53 больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК), 20 больных с острым коронарным синдромом (ОКС). Все наблюдаемые больные находились в соответствующих профильных отделениях. Диагнозы заболеваний устанавливались на основании комплексного обследования больных. Оценка функционального состояния лейкоцитов проводилась на основе определения величины ЭТЛ периферической крови, которая у 110 доноров станции переливания крови составила в среднем $3,33 \pm 0,33 * 10^{-14}$ Джоулей (Дж). У каждого больного как минимум проводилось 2 исследования, а у значительной части больных от 2 до 4 раз.

Результаты исследований. Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных с пневмониями в разгар заболевания величина ЭТЛ составила $19,66 \pm 3,2 * 10^{-14}$ Дж. У больных с ишемическим вариантом ОНМК величина ЭТЛ была $2,17 \pm 0,9 * 10^{-14}$ Дж, у больных с геморрагическим вариантом $6,16 \pm 1,4 * 10^{-14}$ Дж. При хроническом вирусном гепатите величина ЭТЛ была при первоначальном исследовании $7,5 \pm 0,31 * 10^{-14}$ Дж, при повторном исследовании на фоне положительной клинико-лабораторной динамики $5,45 \pm 0,21 * 10^{-14}$ Дж. У больных с циррозами печени величина ЭТЛ составила соответственно $5,12 \pm 0,21 * 10^{-14}$ Дж и $3,1 \pm 0,1 * 10^{-14}$ Дж. Результаты исследований величины ЭТЛ у больных острым коронарным синдромом показало, что при остром инфаркте миокарда

с зубцом Q при поступлении в стационар она возрастала в 2-3 раза, а после проведенного лечения отмечалось умеренное ее снижение, не достигавшее уровня здоровых лиц. Таким образом, тест определения величины ЭТЛ, с нашей точки зрения, отражает прежде всего активность и тяжесть воспалительного процесса, в каком бы органе он не находился. Он не коррелирует или слабо коррелирует с известными показателями активности воспаления. По-видимому, это так и должно быть, так как ЭТЛ отражает только потенциал миграционной способности лейкоцитов, который в свою очередь зависит от количества и качества хемотрактантов в крови и очаге поражения.

Некоторые клинические особенности сахарного диабета 1 типа, осложненного кетоацидозом

Перевалова Е.Б., Муха Н.В., Соколова Н.А., Радаева Е.В., Зайцев Д.Н., Серебрякова О.М.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель: изучить особенности клинических проявлений у больных сахарным диабетом 1 типа (СД-1) при кетоацидозе. Методы исследования. Всего под наблюдением находились 64 пациента с СД-1, осложненным кетоацидозом, при этом в зависимости от стажа заболевания было сформировано 2 группы: первая — 29 больных с впервые выявленным заболеванием; вторая — 35 пациентов с ранее установленным диагнозом. В обеих группах преобладала возрастная категория от 20 до 30 лет (48% больных).

Результаты. При анализе анамнестических данных выявлено, что у пациентов 1-й группы длительность клинических проявлений заболевания до установки диагноза варьировала от одной недели до трех лет, однако преимущественно этот период составил от 1 до 6 месяцев. В клинической картине у больных с дебютом СД-1 преобладали следующие основные симптомы: потеря веса (82,8%), сухость во рту, жажда, полиурия (89,7%), повышенная утомляемость, общая слабость (86,2%), рецидивирующий фурункулез (10,3%), боли в верхних отделах живота (6,9%), одышка инспираторного характера (6,9%). Во 2-й группе пациентов с СД-1 длительность заболевания составила от 1 до 16 лет (в среднем, $5,7 \pm 3,8$ года). При сборе анамнеза было выявлено, что временной период с момента появления клинических симптомов заболевания до госпитализации составил от одного до четырнадцати дней. Были установлены следующие причины декомпенсации СД-1, осложненного кетоацидозом: у 10 (28,6%) человек — неадекватная доза вводимого инсулина, у 10 (28,6%) человек — погрешности в диете, у 7 (20%) человек — прием алкоголя, у 8 (22,8%) человек — ОРВИ. В клинической картине выявлены такие симптомы, как сухость во рту, жажда, полиурия — у 34 пациентов (97,1%), общая и мышечная слабость — у всех 35 пациентов (100%), тошнота, рвота желудочным содержимым — у 17 пациентов (48,6%), боли в верхних отделах живота — у 14 пациентов (40%), одышка инспираторного характера — у 8 пациентов (22,9%), остаточные явления ОРВИ — у 8 пациентов (22,9%), судороги в мышцах нижних конечностей — у 2 пациентов (5,7%).

Выводы. В клинической картине у всех пациентов с СД-1, осложненным кетоацидозом, по-прежнему обязательным являются сухость во рту, жажда, полиурия и общая слабость. При этом в дебюте заболевания практически не встречается болевой абдоминальный синдром, тогда как у больных с ранее диагностированным СД-1 таковой наряду с диспептическим синдромом имеют место практически у каждого 2-го больного.

Роль фитотерапии при лечении рецидивирующей мочевой инфекции

Перепанова Т.С.

Научно-исследовательский институт урологии, Москва

Лечение персистирующей или хронической мочевой инфекции и эффективная санация от бактерионосительства представляют большую проблему. Высокая приспособляемость микроорганизмов к постоянно меняющимся условиям существования особенно проявляется при антибиотикотерапии — обесцениваются целые классы антибиотиков за счет селекции резистентных штаммов микроорганизмов. Известно подавляющее действие фитотерапевтических препаратов на персистенцию уропатогенов. Задача растительных диуретиков заключается в стимуляции диуреза и улучшении механизма самоочищения мочевых путей. Канефрон Н (Bioponica AG, Германия) — комбинированный препарат растительного происхождения. Входящие в состав препарата компоненты оказывают выраженное антисептическое, спазмолитическое, противовоспалительное, диуретическое (акваретическое) действие, улучшают функцию почек, потенцируют эффект антибактериальной терапии. В НИИ урологии МЗСР РФ Канефрон Н применяли как у пациентов с рецидивирующими циститами и уретритами, так и при хронической инфекции мочевых путей, почек и мочеполовых органов у 27 пациентов. Группа сравнения состояла из 70 пациенток с хроническим циститом, получавших стандартную антибактериальную терапию при обострениях, клюквенный морс. Пациенты получали Канефрон в дозе: 50 капель 3 раза в день или 2 драже 3 раза в день, в течение трех месяцев. 16 пациентов получали лечение Канефроном Н в виде монотерапии, а 11 пациентов в сочетании с антибиотиками. Средний объем диуреза в группе наблюдения составил 1,59 л до лечения Канефроном и 1,86 л после лечения; в группе сравнения 1,6 и 1,64 л соответственно. Бактериурия была выявлена у 46% пациентов из группы наблюдения до лечения и лишь у 14% после лечения. У пациентов из группы сравнения — у 41% до и у 38% через 3 месяца после лечения. Безрецидивный период в группе, получавшей лечение Канефроном до лечения, составлял 1,46 месяца, а после лечения 3,15 месяца. В группе сравнения исходный интервал составил 1,65 месяца, а через три месяца наблюдения — 2,31 месяца. Различия статистически достоверны, $p < 0,05$. Таким образом, в группе Канефрона средний интервал между обострениями увеличился на 1,69 месяца, а в контрольной группе на 0,66 месяца. Препарат показал хорошую безопасность и переносимость всеми пациентами, побочных эффектов, аллергических реакций за время наблюдения отмечено не было.

Сердечный белок, связывающий жирные кислоты, в диагностике поражения миокарда у больных туберкулезом легких

Пермякова И.Н., Левитан Б.Н., Залякова Л.В., Бакумцева Л.С.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

Цель исследования: улучшить раннюю диагностику поражения миокарда у больных туберкулезом легких с помощью определения сердечного белка, связывающего жирные кислоты (сБСЖК). Установить диагностическую значимость сБСЖК в оценке поражения миокарда у больных туберкулезом легких.

Материалы и методы. Обследовано 248 больных туберкулезом легких, из них сформированы 2 группы. Группа 1 включала больных, получающих лечение по I противотуберкулезной терапии ($n=15$), группа 2 — больные, получающие лечение по IIБ режиму противотуберкулезной терапии ($n=18$). Пациенты, вошедшие в исследование, по гендерному признаку распределились следующим образом: женщин — 18 (54,54%), мужчин — 15 человек (45,45%), средний возраст больных составил $25,73 \pm 0,76$. Критерии включения в исследование: верифицированный диагноз туберкулеза легких. Критерии исключения из исследования: сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы, а также заболеваний, при которых возможно повышение уровня сБСЖК, лица, употребляющие наркотические вещества, злоупотребляющие алкоголем, имеющие никотиновую зависимость, а также лица без определенного места жительства, больные с признаками формирования легочного сердца. Концентрацию сБСЖК определяли с помощью иммуноферментного набора фирмы Elisa KIT (Австрия).

Результаты и выводы. До получения курсов специфической терапии концентрация сБСЖК в 1 группе составила $0,440 \pm 0,081$ нг/мл, во 2 группе $0,401 \pm 0,066$ нг/мл, в группе контроля (здоровые доноры) — $0,281 \pm 0,029$ нг/мл. В ходе исследования определение сБСЖК проведено через 2 месяца от начала лечения согласно установленному курсу противотуберкулезной терапии. В результате в 1 группе концентрация сБСЖК составила $22,198 \pm 8,914$ нг/мл, во 2 группе — $3,016 \pm 1,548$ нг/мл. Из представленных данных видно, что в ходе исследования получены достоверные различия концентрации сБСЖК в сыворотке крови между контрольной группой и больными туберкулезом легких. Статистически значимые различия получены также между группами обследуемых. Наибольшее повышение концентрации сБСЖК отмечено у больных, которые получали лечение по I режиму специфической терапии. Среди них был выявлен больший процент больных, предъявлявших жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы. Полученные результаты позволяют сделать вывод о токсическом влиянии на миокард противотуберкулезной терапии, при этом I режим обладает более выраженным отрицательным воздействием.

Показатели тромбоцитарно-коагуляционного гемостаза у пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа в зависимости от достижения целевых значений артериального давления

Петрик Г.Г., Павлищук С.А.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Цель: выявление особенностей изменений тромбоцитарно-коагуляционного гемостаза у пациентов с сахарным диабетом (СД) 1 и 2 типа при отсутствии достижения нормативных значений артериального давления (АД) для определения целесообразности их фармакологической коррекции.

Методы. Показатели гемокоагуляции и агрегационной активности кровяных пластинок (ААКП) 147 пациентов с СД 1 и 263 с СД 2 типа исследовали в зависимости от величины АД: 1 группа — наличие целевых показателей АД ($< 130/80$ мм рт.ст.) без антигипертензивной терапии ($n=104$ при СД1, и $n=71$ при СД2 соответственно), 2 группа — нормотензия на фоне приема антигипертензивных препаратов ($n=21$ и $n=69$ соответственно), 3 — превышение целевых значений АД, на фоне проводимой антигипертензивной терапии (АД $140(140;160)/90(80;100)$ $n=22$ при СД 1 и АД $145(140;160)/90(80;100)$ $n=123$ при

СД2). Контрольную группу составили для СД 1 — 34 и для СД 2 — 25 сопоставимых по гендерно-возрастным характеристикам здоровых добровольца. Показатели биохимической коагулограммы изучали с помощью анализатора гемокоагуляции ACL-7000 (Instrumentation Laboratory Company, USA) с использованием стандартных наборов. ААКП исследовали на агрегометре AP 2110 (Беларусь) тестированием аденозиндифосфатом 1,25 и 2,5 мкг/мл.

Результаты. Увеличение среднего объема тромбоцитов, двух-, трехкратное повышение ААКП, со снижением способности к дезагрегации, увеличением реакций выброса и значимым укорочением АЧТВ установлено во всех исследуемых контингентах по сравнению со здоровыми. Достоверных межгрупповых различий в зависимости от наличия артериальной гипертензии у больных СД с 1 и 2 типа по показателям тромбоцитарно-коагуляционного гемостаза не выявлено.

Выводы. Изменения тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза при СД 1 и 2 типа носят однонаправленный (прокоагуляционный) характер и достоверно не различаются в зависимости от достижения нормативных показателей АД, что обуславливает целесообразность раннего начала коррекции не только метаболических, но и гемостазиологических нарушений, вне зависимости от наличия артериальной гипертензии.

Влияние суточного профиля артериального давления на ремоделирование сонных артерий у больных с артериальной гипертензией

Поветкин С.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Цель исследования: изучить зависимость ремоделирования общих сонных артерий от параметров суточного профиля артериального давления (АД) у больных с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. В исследуемую группу вошли 106 больных с АГ 1-3 степени. Средний возраст пациентов составил 47,9±6,55 года, средняя длительность заболевания 9,53±5,04 года. Критериями исключения из исследования являлось наличие заболеваний бронхолегочной системы, ИБС, хронической недостаточности кровообращения выше I ФК. Оценка структурных характеристик общих сонных артерий проводили сонографическим методом. Оценивали средние значения их внутреннего диаметра, толщины комплекса интима-медия (ТИМ) и индекса медиа-просвет (ИМП). Суточный профиль АД оценивали с помощью аппарата АВРМ-04 «Meditech» (Венгрия). Оценка взаимосвязей проводили с помощью корреляционного анализа, интегрированного в программу STATISTIKA v 6.0.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования было показано, что параметры сосудистого ремоделирования детерминировались преимущественно уровнем АД и величиной индекса времени АД в течение суток: r от 0,44 до 0,54 для ТИМ ($p < 0,001$) и от 0,21 до 0,37 для ИМП ($p < 0,01-0,05$). ТИМ обратным образом зависела от суточного индекса систолического АД ($r = -0,34$, $p < 0,001$) и прямопропорционально от вариабельности систолического АД ($r = 0,31$, $p < 0,01$). С последним параметром также значимо был связан ИМП ($r = 0,34$, $p < 0,001$). Остальные показатели суточного мониторирования АД имели с ТИМ и ИМП корреляционную связь слабой степени ($r < 0,23$).

Выводы. Таким образом, у больных с АГ имеет место существенная зависимость сосудистого ремоделирования от характеристик суточного профиля артериального давления.

Соматические и психоэмоциональные нарушения при ампутациях у больных с синдромом «диабетическая стопа»

Подателева Т.А., Бобров М.И., Исаченкова О.А.

Нижегородский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Нижний Новгород

Цель: анализ соматических и психоэмоциональных нарушений при высоких ампутациях нижних конечностей у больных с декомпенсированным сахарным диабетом (тип II). Материалы и методы. 20 пациентов в возрасте от 49 до 87 лет (мужчин — 10; женщин — 10). Ампутацию нижних конечностей произвели у всех больных по жизненным показаниям (бедро — 10, голень — 10). До и после операции анализировали суточную динамику глюкозы крови, мониторинг АД, пульса, ЧД, ЭКГ, липидный профиль, психоэмоциональное состояние с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (ГШТД), Торонтской шкалы алекситимии (TAS), опросника отношения к болезни (ТОБОЛ), личностного опросника (MMPI), цветового теста Люшера.

Результаты. В послеоперационном периоде отметили ухудшение соматического статуса, более выраженное при ампутациях бедра: стойкое, трудно поддающееся коррекции повышение АД до 170-180/80-90 мм рт. ст.; фибрилляции предсердий — у 5, синусовую тахикардию — у 7, признаки нарушения коронарного кровотока — у 4, диффузные нарушения процессов реполяризации — у 10, блокада ножек пучка Гиса — у 3, нарушения внутрижелудочковой или внутрипредсердной проводимости — у 2 больных; увеличение коэффициента атерогенности до 5-7,4. В психоэмоциональном статусе наблюдали повышение уровня тревоги у 12, депрессии — у 6, снижение настроения и неуверенности в своем будущем — у 14 больных. В личностном статусе выраженную алекситимию, связанную с нарушением осознания и выражения собственных чувств и переживаний, отметили у 16 пациентов, а у 15 наблюдали различные формы личностных расстройств и дезадаптационные типы отношения к своему заболеванию. Выявленные когнитивные нарушения были связаны в основном с органической энцефалопатией. При первых сведениях о необходимости ампутации выраженность психоэмоциональных расстройств возрастала. Во внутренней картине болезни повышалась частота дезадаптивных типов отношения к своему заболеванию, а у некоторых больных даже возникали мысли о самоубийстве. Наиболее выраженные изменения были в группе больных с ампутацией на уровне бедра. У всех больных получили культю, пригодную к протезированию. Отдаленные результаты анализировали у 16 больных в сроки от 3 месяцев до 4 лет. Первичное протезирование произвели 11 пациентам (голень — 7, бедро — 4), из них четверо протезом бедра не пользуются по соматическому статусу. Протезирование по соматическому статусу оказалось невозможным у 5 пациентов с культей бедра. Трое из этих пациентов умерли в разные сроки после выписки из стационара (инфаркт миокарда — 2, ОНМК — 1).

Выводы. Значительная травматичность и выраженность операционного стресса при высоких ампутациях являются факторами, углубляющими и ускоряющими атерогенез у больных сахарным диабетом. В послеоперационном периоде кардиоваскулярные и психоэмоциональные нарушения прогрессируют и в отдаленные сроки уменьшают возможности протезирования инвалидов. Эти нарушения более выражены у больных с ампутацией на уровне бедра, и в меньшей степени — на уровне голени.

Взаимосвязь инсулинорезистентности и уровня цитокинов у пациентов с цереброваскулярными осложнениями на фоне метаболического синдрома

Полтавцева О.В., Нестеров Ю.И.

Кемеровская государственная медицинская академия, Кемерово

Цель: определение взаимосвязи инсулинорезистентности (ИР) и уровня цитокинов в сыворотке крови у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Обследовано 82 пациента с МС, 39% мужчин и 61% женщин, в среднем возрасте $58,2 \pm 1,2$ года. Из них 52 больных (63,4%) перенесли острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу, 30 (36,6%) — транзиторную ишемическую атаку (ТИА). У всех пациентов проводилось определение уровня инсулина, интерлейкина-6 (ИЛ-6), интерлейкина-10 (ИЛ-10) и фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α) в сыворотке крови. Для определения ИР использовали индекс НОМА, который рассчитывали по формуле: Инсулин натощак (мЕД/мл) \times Глюкоза натощак (ммоль/л)/22,5. При индексе НОМА больше 2,77 пациентов считали инсулинорезистентными.

Результаты. ИР установлена у 89,3% больных с МС, индекс НОМА составил в среднем $5,2 \pm 0,32$. Среди пациентов с ОНМК инсулинорезистентность определялась в 92,4% случаев, с ТИА — в 85,7%. Индекс НОМА у больных с ОНМК и ТИА составил в среднем $5,6 \pm 0,42$ и $4,54 \pm 0,3$, соответственно ($p < 0,05$). У пациентов с ОНМК выявлена прямая корреляционная зависимость между ИР и уровнем провоспалительных цитокинов: ИЛ-6 ($r = 0,2887$, $p < 0,05$) и ФНО- α ($r = 0,2478$, $p < 0,05$). Кроме того, у пациентов с ТИА установлена обратная корреляционная зависимость между ИР и концентрацией противовоспалительного цитокина ИЛ-10: $r = -0,5191$; $p < 0,05$.

Выводы. Среди больных с ОНМК установлена статистически значимая прямая корреляционная зависимость между ИР и концентрацией цитокинов ИЛ-6 и ФНО- α в сыворотке крови. У пациентов с ТИА выявлена обратная корреляционная зависимость между ИР и уровнем ИЛ-10, также статистически значимая.

Гипердиагностика ИБС и кардиомиопатические фенотипы как проявления системного AL-амилоидоза

Полякова А.А., Мелиоранская Е.И., Семернин Е.Н., Гудкова А.Я.

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

Введение. Наиболее распространенной формой амилоидоза является системный AL-амилоидоз. Кардиальные проявления системного AL-амилоидоза переменны и составляют 12 % в структуре диастолической сердечной недостаточности на Западе. В России подобные исследования не проводились.

Цель: изучить долю системного AL-амилоидоза в структуре диастолической сердечной недостаточности, особенности клинического течения по данным эхокардиографического исследования. Материалы и методы. В исследование включены 22 пациента. Возраст пациентов варьировал от 37 до 84 лет. Инструментальное исследование сердечной сосудистой системы включало ЭхоКГ (М-модальный, двумерный и доплеровский режимы).

Результаты. У всех 22 пациентов по данным эхокардиографического исследования выявлена диастолическая дисфункция по типу: нарушения расслабления, псевдонормального и рестриктивного вариантов, а систолическая функция нарушена у 7 из 22 наблюдаемых пациентов (ФВ составила от 8,3 до 39,75%, в среднем — 24,3%). Своевременно диагноз AL-амилоидоза установлен только у 1 из обследуемых пациентов. У 13 пациентов имела место гипердиагностика ИБС, несмотря на значительное увеличение индекса массы миокарда левого желудочка: ИММ ЛЖ составил от 116 до 339 г/м² (среднее значение — 189,6 г/м²) и интактные коронарные артерии по данным коронароангиографии. 3 пациентам первоначально установлен диагноз ГКМП (средняя величина ИММ ЛЖ — 176 г/м², толщина МЖПд — 18,1 мм), 1 пациент наблюдался с диагнозом ДКМП, а у 5 пациентов имела место РКМП (КДР ЛЖ снижен: среднее значение — 40,5 мм, диаметр ЛП увеличен — 50,82 мм, повышен ИММ ЛЖ — 173,7 г/м² и СДЛА — 40,4 мм рт ст). В структуре окончателных диагнозов у 17 пациентов имел место AL-амилоидоз, у 1 пациента AL-амилоидоз, ассоциированный с множественной миеломой, а у 4 больных выявлены смешанные формы амилоидоза: сочетание AL-амилоидоза с транстретиновым амилоидозом (1 пациент), AL- и AA-амилоидоза (1 пациент) и 2 пациентов имели AL и старческий амилоидоз. Выводы. Доля AL-амилоидоза, по нашим данным, составила 14% в структуре диастолической дисфункции. Поражение сердца при AL-амилоидозе проявляется как рестриктивная, дилатационная, гипертрофическая кардиомиопатии, а также ИБС и псевдоинфаркты. Основными характеристиками псевдоИБС являлись: анамнестические указания на 2 и более инфаркта миокарда без Q с элевацией сегмента ST, признаки выраженной гипертрофии миокарда, наличие нарушения диастолической функции в сочетании с дилатацией предсердий.

Оценка качества сна у больных с головной болью напряжения при хронической гипертонической энцефалопатии

Поляčkova O.B.

Геронтологический центр «Вишенки», Смоленск

Одним из частых клинических проявлений хронической гипертонической энцефалопатии (ХГЭ) является головная боль. Цефалгия беспокоит 17,5% людей в возрасте 55–79 лет, у 50–61,4% из них диагностируется головная боль напряжения (ГБН). Считается, что у лиц с ГБН почти всегда отмечается высокий уровень депрессии и тревоги. Сон является точным показателем эмоционального состояния человека, состояния его психической сферы.

Цель: оценка качества сна у больных ХГЭ, страдающих ГБН.

Материалы и методы. Обследовано 130 пациентов ХГЭ пожилого и старческого возраста без признаков выраженного когнитивного снижения, из них с ГБН — 50 женщин (56–85 лет) и 30 мужчин (60–88 лет), без ГБН — 30 женщин (56–89 лет) и 20 мужчин (63–85 лет). Половина больных с ГБН (25 женщин и 15 мужчин) для уменьшения болевых ощущений получали курс скальпотерапии (10 сеансов ежедневно). Для оценки качества сна использовалась шкала оценки качества сна (ШОКС). Обследование проводилось дважды с интервалом в 1 год.

Результаты. У 92,5% больных с ГБН и у 70% без цефалгий выявлены диссомнические расстройства. Но в группе без ГБН этот показатель ниже на 9,8% у женщин и 14,9% у мужчин (11,4 и 10,1 балла соответственно по сравнению с 16,4 и 17,7 балла при ГБН). В разных

возрастных группах суммарная субъективная балльная оценка сна по анкете не различалась. При повторном обследовании через год в группе без ГБН не выявлено изменений уровня инсомнии. У больных с ГБН, получивших курс скальпотерапии, отмечается снижение показателя по ШОКС у женщин на 3,7% (14,1 балла), у мужчин на 5,4% (14,7 балла). В группе пациентов с ГБН, не проходивших лечение, признаки инсомнии увеличились на 1,4% у женщин (17,4 балла) и 2,2% у мужчин (19,1 балла). Таким образом, для основной части больных ХГЭ пожилого и старческого возраста характерны различные виды нарушения сна, более выраженные у пациентов с ГБН, особенно у мужчин, не зависящие от возраста. Применение скальпотерапии приводит не только к снижению болевых ощущений, но и несколько улучшает качество сна, больше у представителей мужского пола. В контрольной группе пациентов с ГБН (без лечения) диссомнические проявления незначительно усиливаются без выраженных гендерных различий.

Выводы. У больных пожилого и старческого возраста с ГБН при ХГЭ чаще наблюдаются диссомнические расстройства, особенно у мужчин, чем у пациентов без ГБН. При уменьшении болевых ощущений отмечается некоторое уменьшение проявлений инсомнии.

Предикторы благоприятного течения ИБС у больных пожилого, старческого возраста и долгожителей

Помогайбо Б.В., Филиппов А.Е.

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

Активные профилактические мероприятия не позволяют значительно снизить исключительно высокую смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) среди пациентов старше 65 лет. В то же время возникает вопрос: почему некоторые пожилые и старые больные достигают возрастных границ долгожительства без развития сердечно-сосудистых катастроф, несмотря на воздействие большого числа факторов риска ИБС?

Цель: изучить особенности структурно-функционального состояния сердца, показателей метаболизма, цитокинового фона в группе больных ИБС старше 65 лет, проанализировать взаимосвязь благоприятного течения ИБС и анамнестических, лабораторных данных.

Материал и методы. По теме работы обследовано 110 больных ИБС старше 65 лет (26 мужчин и 84 женщины), находившихся на стационарном обследовании в больнице № 46 «Св. Евгении» г. Санкт-Петербурга. Средний возраст больных — 82 года, у 37% больных ИБС был инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе, верифицированный по данным электрокардиограммы (ЭКГ) и эхокардиографии (ЭхоКГ). Всем больным выполнялось комплексное обследование, включавшее врачебный осмотр, проведение ЭКГ, ЭхоКГ, ультразвукового исследования органов брюшной полости и почек, рентгенографии органов грудной клетки, общеклинического анализа крови и мочи, биохимического исследования крови. Для определения ИЛ-1β и его рецепторного антагониста (РАИЛ-1β) использовался набор реагентов ProCop. Полиморфизмы гена eсNOS, гена ITGB3 определяли методом полимеразной цепной реакции («МедЛаб», Санкт-Петербург).

Результаты. Частота выявления отдельных вариантов исследуемых генов оказалась следующей: ген eсNOS: 4a/4a — 5%, 4a/4b — 35%, 4b/4b — 60%; ген ITGB3: a1/a1 — 62%, a1/a2 — 33%, a2/a2 — 5%. В зависимости от пола и возраста частота выявления вариантов генов значимо не различалась. Для носителей аллелей 4a и a1 были

характерны значимо менее благоприятные показатели систоло-диастолической функции сердца, увеличение уровня ИЛ-1β. Далее было проведено определение независимых предикторов благоприятного течения ИБС методом многофакторной логистической регрессии. В данной группе больных в конечную модель благоприятного прогноза течения ИБС (без ИМ) вошли: женский пол, носительство варианта 4b/4b гена eсNOS, уровень систолического артериального давления (САД) ниже 140 мм рт. ст., уровень ИЛ-1β ниже 31 пг/мл. Вывод. У больных ИБС старше 65 лет независимые предикторы благоприятного течения ИБС: женский пол, вариант 4b/4b гена eсNOS, уровень САД ниже 140 мм рт. ст., уровень ИЛ-1β ниже 31 пг/мл.

Эмболические осложнения при современном инфекционном эндокардите

Пономарева Е.Ю.

Саратовский государственный медицинский университет им.
В.И. Разумовского, кафедра госпитальной терапии, Саратов

Артериальные эмболии — закономерное проявление инфекционного эндокардита (ИЭ), имеют диагностическое значение (включены в DUKE-критерии диагноза заболевания (ECS,2009), встречаются при любой локализации клапанного поражения, во многом определяют прогноз и исход заболевания.

Цель исследования: оценить частоту эмболических осложнений, взаимосвязь с другими висцеральными поражениями и активностью воспалительного процесса при ИЭ. В анализ включены 172 пациента (105 мужчин и 67 женщин; средний возраст 43,9±13,4), госпитализированных с достоверным ИЭ в областную клиническую больницу г. Саратова с 2006 по 2011 г. Всем больным проведено клиничко-биохимическое обследование, посев крови на стерильность, эхокардиография, определение С-реактивного протеина. Использованы методы статистического анализа: критерии Стьюдента, Пирсона, методы непараметрической корреляции. ИЭ с поражением левых камер сердца диагностировано у 111 (64,5%), правосторонняя локализация отмечена у 42 больных (24,5%), поражение как левых, так и правых отделов сердца — у 19 (11%). Эмболии выявлены у 76 пациентов (44%). Эмболии малого круга (поражение легких эмболического генеза) при правосторонней локализации ИЭ наблюдались с более высокой частотой, чем эмболии большого круга при левосторонней локализации ИЭ (77% vs 33%; $\chi^2=24$, $p<0,0001$). При левосторонней локализации ИЭ обнаружена средняя степень взаимосвязи эмболических осложнений с наличием менингоэнцефалита (коэффициент корреляции Спирмена $R=0,4$, $p=0,0012$), дисцитов ($R=0,3$; $p=0,009$), отдаленных абсцессов ($R=0,45$; $p<0,0001$), что подтверждает эмболическое происхождение этих клинических проявлений. При правосторонней локализации ИЭ выявлена взаимосвязь эмболий с размерами клапанных вегетаций ($R=0,4$, $p=0,006$), спленомегалией и нефропатией ($R=0,4$; $p<0,005$). Взаимосвязь эмболий с выраженностью нейтрофильного сдвига крови ($R=0,4$; $p=0,0013$), уровнем гемоглобина ($R=-0,3$; $p=0,004$), С-реактивного протеина ($R=0,6$; $p<0,005$) и положительной гемокультурой ($R=0,35$; $p=0,0004$) отражает выраженность системного воспаления у пациентов ИЭ с эмболическими осложнениями и обнаруживается независимо от локализации клапанного поражения. Т.о., эмболические осложнения при современном ИЭ встречаются с высокой частотой, более выражены при высокой активности системного воспаления.

Кластерный анализ факторов ишемической болезни сердца на фоне хронических обструктивных болезней легких

Попова М.А., Терентьева Н.Н., Иосифова Э.К.

Сургутский государственный университет, Сургут ХМАО—Югра

Цель: оценить факторы, определяющие длительное хроническое течение ИБС без острых коронарных событий на фоне персистирующего воспаления в бронхолегочной системе среди больных ХОБЛ.

Результаты. Среди больных ХОБЛ существует категория пациентов, у которых наблюдается длительное хроническое течение ИБС без острых коронарных событий на фоне персистирующего воспаления в бронхолегочной системе. При кластерном анализе методом построения деревьев классификации были выявлены комбинации метаболических факторов, наиболее часто встречающиеся при течении ИБС в клинической форме длительностью не менее 5 лет на фоне ХОБЛ без острых коронарных событий в анамнезе и при инфаркте миокарда как дебюте ИБС на фоне ХОБЛ. Среди основных метаболических факторов (ИР, АГ, ожирение, дислипидемия), ранжированных по степени тяжести, при сочетании стабильной стенокардии и ХОБЛ при построении деревьев классификации определены следующие кластеры: • ГХС II,III +АГII +ожирение III+ СД 2 типа; • ГХС III + ГТГ + ожирение I,III; • ГХС I+АГIII+ожирение; • ГХСО+ИМТ+АГI + СД 2 типа. При развитии инфаркта миокарда как дебюта ИБС на фоне ХОБЛ при построении деревьев классификации определены следующие кластеры метаболических факторов: • ГТГ +ГХСIII + ожирение 0; • ГТГ +ГХСО+АГI+СД 2 типа+ ИМТ, ожирение II; • ГХС II,III +АГII+ожирение II+ СД 2 типа; • ГТГ+ГХСI+ Ожирение 0,II.

Выводы. Следует отметить, что среди нарушений липидного обмена при сочетании стабильной стенокардии и ХОБЛ в три кластера из четырех входила гиперхолестеринемия и только в один — гипертриглицеридемия. При развитии инфаркта миокарда на фоне ХОБЛ в три кластера из четырех вошла гипертриглицеридемия. У больных с сочетанием стабильной стенокардии выявлены как группы с высокой степенью ожирения, так и с предожирением — избыточной массой тела. Артериальная гипертензия вошла во все кластеры у больных с сочетанием стабильной стенокардии и ХОБЛ, и только в два при манифестации ИБС с развитием инфаркта миокарда на фоне ХОБЛ. Сахарный диабет 2 типа вошел в два кластера в обеих группах больных.

Вазорегулирующая функция сосудистого эндотелия у пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией

Попова А.А., Яковлева Н.Ф., Березикова Е.Н., Яковлева И.В., Лукша Е.Б., Пластинина Е.О., Юнникова О.И.

Новосибирский государственный медицинский университет, Госпиталь ветеранов войн № 3, Новосибирск

Артериальная гипертензия (АГ) по своей распространенности, последствиям для сердечно-сосудистой системы и риску развития осложнений и сегодня возглавляет список наиболее значимых социальных проблем. Одним из ведущих механизмов развития АГ и ее осложнений является нарушение функционирования эндотелия сосудов. В настоящее время результаты экспериментальных и клинических исследований подтвердили концепцию важной

причинно-следственной взаимосвязи между эндотелиальной дисфункцией и прогрессирующим и/или развитием АГ.

Цель исследования: оценка вазорегулирующей функции эндотелия сосудов у пациентов пожилого возраста с АГ II, III ст., риск 3 и 4.

Материалы и методы. В исследование включили 74 мужчин в возрасте 60–75 лет (средний возраст $72,5 \pm 2,7$ г.) с АГ II, III ст., риск 3,4. Вторичный генез заболевания исключался. Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали ультразвуковым неинвазивным методом путем измерения диаметра плечевой артерии в покое и во время пробы с реактивной гиперемией и путем определения сывороточного уровня суммарной продукции оксида азота по количеству его метаболитов (нитратов и нитритов). Контрольную группу составили 25 мужчин в возрасте 60–75 лет (средний возраст $67,3 \pm 2,5$ г.) с нормальным АД.

Результаты. Вазорегулирующую функцию эндотелия оценивали дважды: при первичном осмотре пациентов и в динамике через год. При первом измерении в покое средний диаметр плечевой артерии у пациентов с АГ составлял $4,06 \pm 0,4$ мм, а через год — $3,78 \pm 0,42$ мм. В фазе реактивной гиперемии (120 сек. после декомпрессии) отмечалось увеличение диаметра плечевой артерии до 7,0 мм и 7,88 мм через год наблюдения соответственно. По сравнению с контрольной группой прирост диаметра плечевой артерии в группе с АГ достоверно оказался в 1,9 раза меньше, а через год — по сравнению с первым измерением меньше на 18,3%, и с контролем в 2,2 раза. Уровень суммарной продукции NO у лиц с АГ был в 2,1 раза ниже, чем в группе контроля. Через год разница между группами стала 38%. При сравнении первоначального уровня продукции NO у больных с АГ и его уровня через год продукция NO уменьшилась на 31,3%. В группе контроля через год продукция NO практически не изменилась.

Выводы. Таким образом, у пациентов с АГ в процессе старения статистически достоверно уменьшается вазодилатация и способность эндотелия к продукции NO, что, по-видимому, играет немаловажную роль в развитии и прогрессировании артериальной гипертензии.

К вопросу нарушений гонадовисцеральных связей у мужчин с эректильной дисфункцией

Порядина И.А., Шардин С.А., Коган О.С.

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург

Эксперты ВОЗ прогнозируют рост на 40–50% частоты неинфекционной патологии, в структуре которой видное место занимают сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Последние в 80% случаев являются фактором риска эректильной дисфункции (ЭД). По данным зарубежной литературы, ЭД считается ранним маркером ССЗ, так как диаметр пенильных артерий в 2–3 раза меньше по сравнению с коронарными сосудами и в 3–4 по сравнению с сонными артериями.

Цель исследования: уточнение особенностей нарушений гонадовисцеральных связей у мужчин с ЭД. Нами проанализированы результаты обследования 106 пациентов в возрасте от 18–55 лет (M(S) 37(11,4) ДИ (35,79–40,14)), находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении Свердловской областной клинической больницы №1 в 2010 году по поводу ЭД. Критерии исключения: соматические заболевания в фазе декомпенсации, аномалии развития половых желез, хронический алкоголизм. Полученные данные обрабатывались на персональном компьютере (стат. программа Atte Stat). Антропометрическая характеристика больных M(S): рост 174(12,3) ДИ(171,41–177,45), вес 81(16,2) ДИ(77,05384,50), индекс

массы тела (ИМТ) 26(3,5) ДИ (24,98—26,62). В процессе обследования у мужчин с ЭД установлены повышение уровня холестерина 5,9(1,2) ДИ (5,13—6,98) при одновременном снижении показателя липопротеидов высокой плотности 1(0,4) ДИ(0,87—1,4) и роста коэффициента атерогенности 3,5(1,5) ДИ(2,61—4,47), а также увеличение уровня билирубина за счет его свободной фракции 5,4(3,7) ДИ(4,0—6,42) и конъюгированного билирубина 18,1(8,9) ДИ(14,40—20,52). Уровень тестостерона (в нмоль/л) находился на нижней границе нормы 18(6,7) ДИ(17,44—20,0). Со стороны сердечно-сосудистой системы в 13% случаев обнаружена артериальная гипертензия (АГ), в 9% — отклонения на ЭКГ (гипертрофия левого желудочка и диффузные изменения в миокарде). В ходе корреляционного анализа установлены связи между показателями тестостерона (Тс) и ИМТ $r=-0,2$ ДИ(-0,4—0,01) $p=0,042$, Тс и триглицеридов $r=-0,5$ ДИ(-0,79—(-0,04)) $p=0,003$.

Вывод. На фоне избыточной массы тела и относительно низкого уровня Тс у больных с ЭД имеют место атерогенные сдвиги липидного метаболизма и АГ, что позволяет рассматривать ЭД как предикт сердечно-сосудистой патологии.

Оксидантный статус и его коррекция у больных ишемической болезнью сердца

Потапов В.Н., Лупач Н.М., Лукьянов П.А.

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Активация перекисного окисления липидов (ПОЛ) имеет существенное значение в развитии атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС). Традиционная терапия ИБС направлена на увеличение коронарного кровотока и снижение потребности миокарда в кислороде. Такой подход эффективен в профилактике приступов стенокардии, но фактически не защищает клетки от повреждения кислородными и липидными свободными радикалами. Это обосновывает необходимость изучения возможностей применения корректирующей антиоксидантной терапии у больных ИБС. Исследованиями Тихоокеанского института биоорганической химии Дальневосточного отделения Российской академии наук показано, что природные пигменты, содержащиеся в панцирях и иглах морских ежей — полигидроксинафтохиноны — обладают высокой антиоксидантной активностью, превышающей все известные антиоксиданты. На базе ТИБОХ ДВО РАН на основе эхинохрома «А» разработан антиоксидантный комплекс «Тимарин». В его состав входят фосфолипиды (0,27%), свободные аминокислоты и пептиды (0,3%), углеводы (0,6%). Главное действующее начало представлено антиоксидантами эхинохромом «А» 0,35 мг/мл и аскорбиновой кислотой 3мг/мл.

Цель: изучение оксидантного статуса у больных ИБС и возможности его коррекции. Обследованы 3 группы пациентов: 1 группа — 30 здоровых лиц (контрольная группа 1), 2 группа — 30 больных ИБС, получавших стандартную терапию, 3 группа — 30 больных ИБС (15 мужчин и 15 женщин, средний возраст 54,3 года), получавших дополнительно к традиционной терапии антиоксидант «Тимарин» перорально в течение 3 недель. Диагноз ИБС был подтвержден клинически (стабильная стенокардия 1-2 ФК), данными ЭхоКГ, велоэргометрии и коронарографии. Для суждения об оксидантном статусе определяли общую антиоксидантную и прооксидантную активность сыворотки крови по запатентованной методике, разработанной совместно с ТИБОХ ДВО РАН. Проведенные исследования позволили получить

нормативные показатели в группе здоровых лиц, среднее значение уровня антиоксидантной активности (АОА) составило $126\pm 0,7\%$, показателя прооксидантной активности (ПроОА) — $11\pm 0,4\%$. У больных ИБС 2 и 3 групп выявлен выраженный дисбаланс прооксидантной и антиоксидантной активности. В 3 группе средний уровень антиоксидантов в сыворотке до лечения был снижен и составил $109\pm 3,3\%$, прооксидантов — повышен до $20\pm 1,3\%$. Показатель, отражающий баланс между общим количеством прооксидантов и антиоксидантов (ПроОА/АОА), до лечения составил $0,19\pm 0,02$. После 3-недельного лечения средний уровень антиоксидантов в сыворотке повысился до $121\pm 1,4\%$, прооксидантов — снизился до $14\pm 0,6\%$. ПроОА/АОА после курса проведенной терапии уменьшился до $0,12\pm 0,006$. В группе здоровых лиц этот показатель составил 0,09. Таким образом, у больных ИБС выявлен выраженный дисбаланс ПроОА и АОА. Антиоксидантный комплекс «Тимарин» способствует улучшению антиоксидантного статуса, снижению общего количества прооксидантов и корректирует баланс между антиоксидантами и прооксидантами в сыворотке крови больных ИБС, что имеет существенное значение для защиты кардиомиоцитов от оксидантного стресса.

Оксидантная активность при воспалительных заболеваниях толстого кишечника

Потапов В.Н., Веселкина Е.С., Лукьянов П.А.

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Проблема воспалительных заболеваний кишечника остается актуальной в гастроэнтерологии. За последние десятилетия в индустриально развитых странах значительно возросла как распространенность неспецифического язвенного колита (НЯК), так и тяжесть течения воспалительного поражения. Кроме того, заболевание остается «загадочным» с точки зрения этиопатогенеза. В механизмах его развития огромное значение играют аутоиммунные и метаболические нарушения, роль которых недостаточно изучена. Это касается таких факторов, как антиоксидантная и прооксидантная активность, нарушения микроциркуляции, факторы язвообразования. Чрезвычайно актуальной задачей при выборе тактики терапии является мониторинг, предпочтительно неинвазивный, воспалительного процесса и его своевременная коррекция. На базе гастроэнтерологического отделения ПМКБ № 1 нами было обследовано 24 пациента с неспецифическим язвенным колитом в возрасте 18—60 лет. Диагноз устанавливался на основании клинических, эндоскопических и гистологических критериев заболевания. Дополнительно к стандартным методам обследования пациентам проводилось биохимическое исследование антиоксидантной и прооксидантной активности сыворотки крови, активности пероксидазы в сыворотке крови и биоптатах, а также анализ показателей компьютерной дермографии с оценкой функций двигательной активности, артериальной и венозной микроциркуляции. Исследование антиоксидантной активности сыворотки крови по разработанной и запатентованной методике включает определение комплекса всех ферментов и низкомолекулярных соединений, осуществляющих антиоксидантную защиту в определенный период (на момент забора крови). Исследование прооксидантной активности сыворотки крови наряду с пероксидазой отражает уровень прооксидантов в сыворотке и активность воспалительного процесса. Контрольную группу составили 14 практически здоровых лиц,

сопоставимые по полу и возрасту. Анализ полученных результатов свидетельствует, что уровень антиоксидантной активности сыворотки крови у пациентов с неспецифическим язвенным колитом не увеличен по сравнению с группой здоровых лиц (у здоровых-100%, у больных с НЯК-101,76%, $p > 0,05$). Тогда как уровень прооксидантной активности сыворотки крови и пероксидазы в группе больных с НЯК повышается в 1,5 раза по сравнению со здоровыми (у здоровых-100%, у пациентов с НЯК-143,9%). Выявлены также изменения в балансе между двумя этими системами: у здоровых баланс этих показателей составляет 1, у пациентов с НЯК-1,41. Выявленные изменения коррелируют с показателями функций F1, F2 и F3 по данным компьютерной дермографии. Полученные данные позволяют разработать новые подходы к мониторингу воспалительного процесса при неспецифическом язвенном колите, диагностике обострений и определению тактики терапии с использованием антиоксидантов.

Немедикаментозные методы терапии синдрома раздраженного кишечника

Потапов В.Н., Джа Джамба, Чжао Пэйюнь, Мурадов Ш.

Институт традиционной восточной медицины, Москва

Синдром раздраженного кишечника (СРК) по своей сущности является синдромальным диагнозом и представляет из себя комплекс функциональных кишечных расстройств с нарушениями моторики не только толстой кишки, но и тонкого кишечника, висцеральной гиперчувствительностью, в патогенезе которых большую роль играет состояние нейро-гуморальных регуляторных механизмов. Большой опыт традиционной восточной медицины в регулирующих воздействиях немедикаментозными методами функций желудочно-кишечного тракта нуждается в осмыслении с точки зрения современных представлений о патогенезе СРК и возможностей лечения.

Цель: изучение клинической эффективности немедикаментозных методов традиционной китайской медицины (иглоукальвание), тибетской медицины (фитотерапия), висцеральной терапии в лечении СРК по данным клиники Института традиционной восточной медицины, г.Москва. Среди пациентов гастроэнтерологического профиля с симптомами нарушений регуляции функции кишечника преобладали лица с синдромом раздраженной кишки (Irritation Boil disease). Из 80 пациентов 76% составили женщины. Согласно классификации пациенты в зависимости от ведущего клинического симптома были отнесены к подгруппам: преобладание абдоминальных болей и метеоризма (54% случаев), диарея (26% случаев), запор — 20% случаев. Диагноз СРК по критериям Маннинга сопоставлялся с пульсовой диагностикой врачей китайской и тибетской медицины, компьютерной диагностикой по Акибане, инструментальными (УЗИ, ФГДС, ФКС), и лабораторными исследованиями. У подавляющего числа больных (у 74 из них — в 92,5% от общего количества) синдром раздраженного кишечника носил вторичный характер: протекал на фоне хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (холецистита, панкреатита, гастрита, гастроуденита, язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки). У 41 пациента (в 50% случаев) СРК сочетался с астено-депрессивным, астено-невротическим, тревожно-депрессивным, сенестопихондрическим синдромами. У 32% пациентов СРК сочетался с урологическими и гинекологическими расстройствами. У 82% пациентов методом пульсовой диагностики диагностирована дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) с нарушением оттока

желчи, что подтверждалось функциональным УЗИ желчного пузыря. В развитии ДЖВП прослеживается влияние хронических стрессовых ситуаций, сопутствующих заболеваний. У 76% пациентов проведено гистологическое исследование кала на паразитозы (по методу Е.С.Чернышовой), при этом паразитарная инвазия с дифференциацией на классы (нематоды, трематоды и др.) была выявлена в 96% случаев. Комплексная оценка данных объективного исследования явилась основой разработки программ лечения СРК, направленных на нормализацию двигательной активности кишечника, висцеральной гиперчувствительности, лечение паразитозов, дискинезии желчевыводящих путей, сопутствующих заболеваний. Лечебные комплексы, сочетающие тибетскую фитотерапию (в том числе с антипаразитарными компонентами) с иглоукальванием (46 пациентов) и с висцеральной терапией (34 пациента) показали высокую эффективность применяемых методов — 94% и 86% соответственно. Полученные результаты указывают на необходимость учитывать в патогенезе различных вариантов СРК сопутствующие заболевания и дискинезию желчного пузыря на фоне паразитарных инвазий, которые могут играть роль триггерных факторов в кишечной дискинезии и висцеральной гиперчувствительности. Индивидуально подобранные немедикаментозные методы традиционной восточной и старославянской (висцеральной) терапии обладают высокой эффективностью в лечении различных вариантов СРК.

Взаимосвязь кожных проявлений и ведущих симптомокомплексов у больных системной красной волчанкой

Потехин Н.П., Фурсов А.Н., Филлипов А.В., Барсов М.И., Филатова Е.А.

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко, Москва

Системная красная волчанка (СКВ) является одной из актуальных медико-социальных проблем. Нами проанализированы взаимосвязи клинических проявлений заболевания и характер изменений кожи у 54 (8 мужчин и 46 женщин) больных СКВ. Средний возраст пациентов был 35,8±7,1 года, длительность СКВ составляла 4,5±1,2 года. Обработка клинико-инструментальных данных с использованием факторного анализа позволило объединить признаки в группы, установить связи между ними и выявить особенности клинических проявлений СКВ у обследованных больных. Всего было выделено 5 групп признаков (симптомокомплексов) с использованием 62% дисперсии системы. Оценивая ведущий симптомокомплекс «системное воспаление» (23% использованной дисперсии системы), следует отметить, что в него вошли наряду с такими показателями активности воспалительного процесса как, LE-клетки, антинуклеарный фактор, циркулирующие иммунные комплексы, ревматоидный фактор, признаки полисерозита, полиартрита и изменения кожных покровов, в частности волчаночная «бабочка», петехии на кистях рук, энантема слизистой полости рта. Таким образом, наличие характерных изменений кожных покровов и слизистых оболочек в комплексе с проявлениями системного серозита и полиартрита в определенной степени будет свидетельствовать о степени активности воспалительного процесса. Вторая группа признаков у больных СКВ определяла симптомокомплекс «висцеральная патология — поражение сердечно-сосудистой системы» (18% использованной дисперсии системы). При этом проявления полисерозита, в частности перикардита, а также артериальная

гипертония были тесно связаны как с активностью системного воспаления, так и с патологией почек, имели место также изменения кожных покровов в виде эритемы на лице и конечностях и люпус-хейлита. В третий симптомокомплекс под условным названием «висцеральная патология-ренопаренхиматозное поражение» (8% использованной дисперсии системы) вошли признаки аутоиммунного поражения клубочкового и канальцевого аппарата почек, а также изменения кожи в виде телеангиэктазий на кистях рук. Четвертый симптомокомплекс под условным названием «кожные изменения» (7% использованной дисперсии системы) не только описывал такие изменения кожных покровов при СКВ, как волчаночная «бабочка», сетчатое ливедо, телеангиэктазии на лице, эритема в области грудной клетки, фотодерматит, дискоидная эритема, алопеция, но и включал в себя показатели активности системного воспаления. Следует обратить внимание на то, что дискоидная эритема и сетчатое ливедо имели обратную связь со степенью активности воспалительного процесса. Таким образом, наличие указанных изменений кожи свидетельствует о минимальной степени активности СКВ. Завершая оценку роли основных симптомокомплексов СКВ, следует остановиться на пятом симптомокомплексе — «нарушение опорно-двигательного аппарата» (6% использованной дисперсии системы), в который входили признаки, свидетельствующие о поражении суставного аппарата и имеющие тесную связь с уровнем активности системного воспаления и поражением кожи в виде сетчатого ливедо, эритемы в области крупных суставов. Таким образом, кожные проявления при СКВ наиболее тесно связаны с симптомокомплексами «системное воспаление», «висцеральная патология — поражение сердечно-сосудистой системы» и «нарушения опорно-двигательного аппарата». Кроме этого, следует расценивать изменения кожи, вошедшие в ведущие симптомокомплексы СКВ как патогенетические (специфические) для этого заболевания.

Синдром Бланда-Уайта-Гарланда у взрослой пациентки

Потиевская В.И., Алексеева Ю.М.

Клиническая больница № 83, Москва

Синдром Бланда-Уайта-Гарланда (B-W-G) — аномальное отхождение левой коронарной артерии (ЛКА) от ствола легочной артерии (ЛА). Данный порок относится к типам редких врожденных пороков сердца (ВПС). Выделяют инфантильный тип — с плохо развитыми коллатеральными между левой и правой коронарными артериями (ПКА) и взрослый тип — с хорошо развитыми коллатеральными. При инфантильном типе порока прогноз крайне неблагоприятен, 90% детей погибают, не дожив до года. Под нашим наблюдением находилась пациентка 25 лет, поступившая в стационар с жалобами на быструю утомляемость; общую слабость, тахикардию в покое и при нагрузке ощущение тяжести в области сердца при подъеме на 1 этаж. Начиная с недельного возраста, пациентке выставались различные диагнозы: фиброэластоз эндокарда, врожденный кардит, дилатационная кардиомиопатия, пролапс митрального клапана с регургитацией 3 — 4 степени, в 14 лет — постмиокардический кардиосклероз. В 24 года трижды отмечались синкопальные состояния, при холтеровском мониторинге ЭКГ выявлена частая желудочковая экстрасистолия. В стационаре была выполнена коронароангиография, в результате диагностирован ВПС, синдром Бланда-Уайта-Гарланда, аномальное отхождение ствола ЛКА от корня легочной артерии с формированием коронарного синдрома

обкрадывания. Было обнаружено, что ПКА отходит типично, расширена, через мощные септальные и апикальные перетоки наступает контрастирование всех неизменных ветвей и ствола ЛКА, со сбросом контраста в ствол ЛА. Проводилось следующее лечение: кораксан 1 мг/сут., беталок 30К 25 мг/сут., в результате которого отмечалась нормализация частоты сердечных сокращений, увеличение фракции выброса по данным эхокардиографии с 37 до 52%, повышение толерантности к физической нагрузке, отсутствие рецидивов приступов болей в области сердца. В дальнейшем пациентке планируется хирургическая коррекция аномального отхождения ЛКА (перевязка устья аномальной коронарной артерии, аортокоронарное шунтирование или транслокация устья ЛКА в аорту), вопрос о конкретном выборе оперативного вмешательства будет решен дополнительно.

Метаболический синдром и структурно-морфологические особенности атеросклеротического поражения сонных артерий

Праскурничий Е.А., Князев А.Н.

Российская медицинская академия последипломного образования, амбулатория московского ГТУ Банка России, Москва

Метаболическому синдрому (МС) и сахарному диабету 2 типа в настоящее время отводится особая роль в развитии и прогрессировании атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования: изучение структурно-морфологических особенностей атеросклеротического поражения крупных артерий у больных с МС.

Материалы и методы. Изучение особенностей атеросклеротического поражения было проведено с помощью мультиспиральной компьютерной томографии с ангиоконтрастированием. Контрастное усиление проводилось при помощи внутривенного введения 100 мл Omnipaque 300. Были обследованы 78 пациентов в возрасте старше 60 лет (средний возраст $67,6 \pm 1,9$ года). У 58 пациентов было выявлено атеросклеротическое поражение сонных артерий. Из них у 28 человек был верифицирован МС (включая 12 человек с сахарным диабетом 2 типа), а у 30 человек — нет. Всем пациентам проводилась следующая методика исследования: компьютерная томография головного мозга и шеи по программе мультиспирального объемного сканирования с толщиной среза 1,0 мм, полем обзора 100 мм×100 мм, матрицей 512×512 элементов, коллимацией луча 1 мм и питчем 1. Исследование было проведено на приборе Somatom Emotion 6 фирмы Siemens. Во всех выявленных атеросклеротических бляшках было определено процентное содержание липидно-фиброзного компонента и кальцификации. Обработка полученных данных проводилась при помощи программ DicomWorks 1.3.5, ImageJ 1.37v.

Результаты. У лиц без МС процент кальцификации атеросклеротических бляшек в среднем составил $21,8 \pm 8,5\%$, у пациентов с МС без сахарного диабета (СД) 2 типа — $15,8 \pm 7,4\%$, а у больных СД 2 типа — $33,5 \pm 2,5\%$. У лиц без МС процент липидно-фиброзного компонента достигал значений $40 \pm 5,7\%$, у пациентов с МС без СД — $48,6 \pm 7,2\%$, а при СД 2 типа — $28,9 \pm 4,6\%$.

Заключение. При МС отмечен более высокий процент липидно-фиброзного компонента бляшки, чем у пациентов без МС. СД 2 типа ассоциируется с высоким процентом кальцификации атеросклеротической бляшки.

Нарушения липидного обмена у больных артериальной гипертензией

Прекина В.И., Самолькина О.Г., Зорькина А.В., Кудашкин С.С.,
Ефремова О.Н., Есина М.В.

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева,
больница скорой медицинской помощи, Саранск

Нарушения липидного обмена и артериальная гипертензия АГ являются факторами риска заболеваний атеросклеротического генеза, определяющих высокую смертность.

Цель работы: изучить особенности нарушений липидного обмена у больных АГ.

Материал и методы. В исследование было включено 50 больных АГ, 26 мужчин и 24 женщины в возрасте от 32 до 80 лет, средний возраст — 60,6±1,6 года. Средний возраст мужчин был незначительно (на 3,9 года) меньше. У 19 (35%) больных была АГ I степени, 20 (37%) — II, 15 (28%) — III. Давность АГ — 11,33±1,35 лет. У 17 (34%) было избыточное питание (ИП), у 21 (42%) — ожирение. Определяли липиды плазмы крови. Тип и тяжесть гиперлипидемии диагностировали согласно Российским рекомендациям (2009 г.).

Результаты. Средние уровни общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) плазма крови превышали нормальные соответственно на 0,84 и 0,72 ммоль/л, т.е. на 14 и 21%. Средние уровни холестерина высокой плотности (ХС ЛПВП) и триглицеридов (ТГ) были в пределах нормы. У женщин нарушения липидного обмена были незначительно тяжелее и имели большую проатерогенную направленность, вероятно, вследствие большей распространенности ожирения. Дислипидемии были диагностированы у 35 (70%). Гиперлипидемия IIa типа наблюдалась у 18 (36%) больных: умеренная — у 4 (8%) и тяжелая — у 14 (28%). У мужчин IIIa тип гиперлипидемии встречался в 1,5 раза чаще. Гиперлипидемия IIb типа была диагностирована у 8 (16%) пациентов: умеренная — у 3 (6%) и тяжелая — у 5 (10%). IIb тип гиперлипидемии встречался в 1,7 раза чаще у женщин ($p > 0,05$). Гиперлипидемия IV типа выявлена в 7 (14%) случаях: легкая — у 4 (8%) и умеренная — в 3 (6%). Распространенность гиперлипидемии IV типа у мужчин и женщин была примерно одинакова. Гипоальфа-липопротеинемия была выявлена у 10 (20%) больных: у 5 (19%) мужчин и 5 (21%) женщин. Причем в 2 (4%) случаях наблюдалась изолированная гипоальфа-липопротеинемия, а в 8 (16%) — в сочетании с другими гиперлипидемиями. Высокая распространенность гипоальфа-липопротеинемии, вероятно, обусловлена высокой распространенностью ожирения и низкой физической активностью пациентов.

Выводы. Частота дислипидемии у больных АГ составляет 70%, высоко атерогенных — 58%. Гиперлипидемия IIa типа и гипоальфа-липопротеинемия встречались чаще — в 36 и 20% случаев, IIb и IV типы — в 16 и 14% соответственно. У женщин нарушения липидного обмена были тяжелее и имели большую проатерогенную направленность, вероятно, вследствие большей распространенности ожирения.

Метаболический синдром у больных артериальной гипертензией

Прекина В.И., Самолькина О.Г., Зорькина А.В., Кудашкин С.С.,
Есина М.В., Ефремова О.Н.

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева,
больница скорой медицинской помощи, Саранск

Артериальная гипертензия (АГ) является важнейшим фактором риска инфаркта миокарда и мозгового инсульта, главным образом, определяющих высокую смертность в РФ. Течение АГ у больных с метаболическим синдромом (МС) и сахарным диабетом (СД) отличается «рефрактерностью» к антигипертензивной терапии и более ранним поражением органов-мишеней.

Цель работы: изучить частоту и клинические особенности МС у больных артериальной гипертензией.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 50 больных АГ, из них 26 мужчин и 24 женщины в возрасте от 32 до 80 лет, средний возраст — 60,62±1,58 года. У 19 (35%) больных была АГ I степени, 20 (37%) — II, 15 (28%) — III. Давность АГ составила в среднем 11,33±1,35 года. Определяли окружность талии (ОТ), индекс массы тела (ИМТ), липиды плазмы крови. МС диагностировали согласно Российским рекомендациям (2009 г.).

Результаты. Нормальная масса тела наблюдалась у 12 (24%) больных, избыточное питание (ИП) — у 17 (34%), ожирение — у 21 (42%). Ожирение I степени — у 14 (28%), II степени — у 5 (10%), III степени — у 2 (4%) пациентов. Ожирение в 1,7 раза чаще встречалось у женщин ($p < 0,05$). 40 (80%) больных имели абдоминальный тип распределения жировой ткани. Распространенность абдоминального ожирения у женщин была в 1,5 раза ($p < 0,05$) выше. МС был выявлен у 27 (54%) больных (11 мужчин и 16 женщин). У пациентов с I степенью АГ МС встречался в 20% случаев, с 2 степенью АГ — 33% и с 3 степенью АГ — 67%, то есть с увеличением тяжести АГ увеличивалась частота МС. МС при АГ 3 степени встречается в 3,4 раза чаще ($p < 0,05$) по сравнению с больными АГ 1 степени. Дополнительным компонентом МС чаще была дислипидемия, которая наблюдалась у всех больных с МС. СД 2 типа встречался у 4 (15%) больных (1 мужчина и 3 женщины) то есть в 6,7 раза реже ($p < 0,05$) в сравнении с дислипидемиями. Выявлена взаимосвязь ОХС, ХС ЛПНП, ТГ, ХС ЛПВП и ОТ ($r = 0,231; 0,225; 0,230; -0,071$ соответственно). Взаимосвязь указанных липидов и ИМТ была незначительно меньше ($r = 0,226; 0,219; 0,125; -0,015$ соответственно).

Выводы. Распространенность МС у больных АГ составляет 54%, у женщин в 1,6 раза чаще. Частота МС прямо взаимосвязана с тяжестью АГ. Дополнительным компонентом МС преимущественно была дислипидемия. Взаимосвязь липидов плазмы крови и ОТ была несколько выше, чем взаимосвязь липидов и ИМТ.

Лечение сартанами (Апровель) артериальной гипертензии у больных бронхиальной астмой

Прибылова Н.Н., Прибылов С.А., Прусакова О.Ю., Алиуллин Р.В.,
Скорородова Л.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Цель исследования: оценка функции эндотелия, эндотелина-1 в плазме крови, показателей сердечной и легочной гемодинамики у больных АГ I—II ст. и БА II—III ст.

Материал и методы. 120 больных БА II—III ст. в сочетании с АГ I—II ст. были разделены на две рандомизированные группы по возрасту, полу, показателям гемодинамики. 1 группа — 60 больных получали базисную терапию БА симбикуртом, беродуалом или β_2 -агонистами и АГ иАПФ (тритаце, Aventus). 2 группа (60 больных) к базисной терапии вместо иАПФ добавлен АТ1-рецепторов (апровель, Sanofi Aventus) в дозе 150—300 мг в сутки. Всем больным проводили ЭхоДКГ в динамике, с определением степени эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии при манжеточной пробе с

реактивной гиперемией по S.D. Celermajer и соавт. Исследовали уровни эндотелина-1 в плазме с помощью ИФА анализом (набор Biomedica, кат. №442-0052).

Результаты. АГ II—III ст. встречается у больных БА II—III ст. в 45,8 %. В кагорте больных АГ и БА недостаточная вазодилатация определяется у 78%, патологическая вазоконстрикция у 16% и только у 6% диагностирована не измененная функция эндотелия. У пациентов АГ без БА в 17% была нормальная функция эндотелия, у 83% недостаточная вазодилатация, парадоксальной вазоконстрикции не наблюдалось. 48% больных АГ и БА имели андрогенное ожирение I—II ст., в этой кагорте больных преобладает эндотелиальная дисфункция III ст. с патологической вазоконстрикцией у 38%, чем тяжелее и длительнее была БА и при неконтролируемой или слабоконтролируемой астме повышался уровень ЭД в 3-3,5 раз выше по сравнению с контролем (до $7 \pm 0,11$ фмоль/мл при норме $2,22 \pm 0,04$ фмоль/мл). Лечение АГ апроверелом в течение 14 дней и 2 месяцев привело к достижению целевых уровней АД, нормализации СрДЛА (с $21,0 \pm 0,07$ до $17,5 \pm 0,01$, $p < 0,01$), ликвидация диастолической дисфункции сердца (Е/А с $0,6 \pm 0,03$ увеличилась $1,1 \pm 0,02$), снижению концентрации эндотелина-1 с $7,0 \pm 0,03$ фмоль/мл через 2 месяца до $2,53 \pm 0,04$ фмоль/мл. Улучшилось ХСН и повышалось качество жизни больных.

Выводы. Впервые показаны позитивные эффекты курсовой и длительной терапии сартанами (апроверель) у больных в сочетании АГ и БА.

Лечение бронхиальной астмы у беременных

Приходько О.Б., Ландышев Ю.С., Бабцева А.Ф., Романцова Е.Б., Смородина Е.И., Горячева С.А.

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

Цель работы: проанализировать возможность достижения контроля бронхиальной астмы (БА) у больных в период беременности и определить влияние уровня контроля заболевания на течение беременности, состояние плода и новорожденного.

Материалы и методы. Проанализированы клиничко-функциональные особенности течения, исходы беременности, родов и состояние новорожденных у больных БА. Легкое течение БА отмечено у 62,1%, среднетяжелое — у 30,6%, тяжелое — у 8,3%. У 62,4% больных диагностирована аллергическая форма БА, у 10,4% — неаллергическая, у 27,2% — смешанная. Использованы клиничко-anamnestические данные, исследование функции внешнего дыхания (ФВД), включая суточный мониторинг показателей

Результаты. Продолжительность БА у большинства больных (79,3%) была свыше 5 лет. Среди специфических причинно-значимых факторов чаще отмечались поливалентная сенсibilизация к эпидермальным, лекарственным и пыльцевым аллергенам, из неспецифических — ОРВИ, психоэмоциональное и физическое напряжение, воздействие метеоусловий. Внелегочные проявления аллергии наблюдались у большинства больных. Динамика течения БА во время беременности выглядела следующим образом: у 17,6% больных — улучшение, у 33,8% — без существенной динамики, у 48,6% — ухудшение. Оценивая результаты «Теста по контролю БА», выявили, что у 62,5% пациенток течение заболевания на протяжении 4 предшествующих недель было неконтролируемым, что требовало усиления терапии. В то же время частично или полностью контролируемая БА отмечена у 37,5% больных с легким (1/2) и среднетяжелым (1/3) течением заболевания. Базисную

противовоспалительную терапию получали 51,7% беременных (I группа) (кромоны, ИГКС). 31% больных (II группа) вследствие низкой приверженности к лечению ограничивались лишь симптоматической терапией. В I группе больных в сравнении со II группой отмечались достоверно лучшие показатели ФВД ($p < 0,05$). При неконтролируемом течении БА наблюдались высокий уровень тревожности, большая частота осложнений беременности: угрозы прерывания, раннего токсикоза, гестоза, хронической фетоплацентарной недостаточности, хронической внутриутробной гипоксии плода, церебральной ишемии, синдрома задержки внутриутробного развития плода, внутриутробного инфицирования ($p < 0,05$). Таким образом, достижение оптимального контроля БА в период беременности, являясь приоритетным направлением в терапии, позволяет уменьшить частоту развития гестационных осложнений и улучшить показатели состояния здоровья потомства.

Эпидемиологические особенности заболеваний почек в Амурской области

Приходько О.Б., Путинцев Д.В., Смородина Е.И., Макагон И.М., Кормановская Н.П., Агеевко А.А., Сатурова М.В., Бардов В.С.

Амурская государственная медицинская академия, Амурская областная клиническая больница, Благовещенск

Цель и задачи: по данным статистических, эпидемиологических исследований, выполненных в различных странах мира, доля заболеваний почек в общей структуре заболеваемости и смертности населения постоянно увеличивается. Представляет интерес изучение эпидемиологических аспектов заболеваний почек у населения Амурской области, имеющей климатико-географические и социально-экономические особенности, по данным нефрологического отделения Амурской областной клинической больницы.

Материалы и методы. Проанализированы клиничко-функциональные особенности течения различной патологии почек по данным 707 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся под наблюдением в нефрологическом отделении в 2010 г.

Результаты. Превалирующее число пациентов — трудоспособного возраста (80% случаев), с соотношением мужчин/женщин 40%/60%. В структуре заболеваний почек ведущие места занимают хронический гломерулонефрит и тубулоинтерстициальный нефрит (43% и 19,1% соответственно), в значительно меньшем проценте случаев — поражение почек при системных заболеваниях соединительной ткани (3,2%), эссенциальной гипертензии (5,5%), аномалии развития почек (5,5%), поликистозная болезнь почек (5,2%), мочекаменная болезнь (3,1%), впервые диагностированная хроническая почечная недостаточность (ХПН) (3,4%). Число лиц с терминальной ХПН, нуждающихся в заместительной почечной терапии, составило 24 человека, из них на программном гемодиализе — 23 пациента, перитонеальном диализе — 1 пациент. В общей структуре посещаемости поликлиники преобладают больные с тубулоинтерстициальными поражениями почек (42,7%), хроническим гломерулонефритом (12,3%). Значительно увеличилось число пациентов с ХПН (12,3%), что связано с лучшей диагностикой данной патологии на додиализной стадии. Основными причинами стабильно высокой частоты развития ХПН является рост числа таких прогрессирующих заболеваний, как гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хронический гломерулонефрит и кистозные заболевания почек. Поздняя выявляемость заболеваний почек обусловлена латентным течением основного заболевания, с клинической манифестацией в

терминальной стадии, несвоевременным обращением пациентов за медицинской помощью, а также социально-экономическими проблемами.

Выводы. Так как особенностью большинства заболеваний почек является бессимптомное начало и неуклонно прогрессирующее течение, необходимо проведение скрининговых методов диагностики с динамическим контролем функции почек, особенно в группе высокого риска развития нефропатий, что позволит своевременно начать нефропротективную терапию и замедлить темпы прогрессирования почечной дисфункции.

Уровень тестостерона у больных хронической сердечной недостаточностью

Провоторов В.М., Семенова Е.А., Кравченко А.Я.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Цель: изучить состояние сократительной функции левого и правого желудочков у мужчин, страдающих хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. Обследовано 36 мужчин, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС) и ХОБЛ II-III стадии, возраст которых составил $51,2 \pm 3,6$ года, имевших ХСН II-III ФК по NYHA. Показатели функции внешнего дыхания определялись с помощью прибора Vitalograph. Эхокардиографическое исследование проводилось с помощью аппарата Sonoline G50. Концентрацию общего тестостерона определяли на анализаторе для иммуноферментного исследования ПИКОН (Россия). Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью непараметрических критериев.

Результаты и обсуждение. У обследованных больных значение фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) составило $48 (45,7; 50,3)\%$. Содержание общего тестостерона менее 8 нмоль/л было у $14 (38,9\%)$ больных, что является безусловным признаком гипогонадизма, требующим заместительной терапии. Еще у $8 (22,6\%)$ пациентов концентрация тестостерона была в диапазоне от 8 до 12 нмоль/л . Таким образом, у большинства ($61,5\%$) мужчин с ХСН имелся андрогенный дефицит. При корреляционном анализе было установлено наличие прямой связи уровня общего тестостерона с фракцией выброса левого желудочка ($R=0,42$; $p=0,016$). Среднее давление в легочной артерии (Ppa) составило $21 (16,8; 25,7) \text{ мм рт.ст.}$ Снижение уровня тестостерона прямо коррелировало с ростом Ppa ($R=0,56$, $p=0,008$). Исследование функции внешнего дыхания выявило прямую связь между значением ОФВ1 и уровнем тестостерона ($R=0,36$, $p=0,02$). В большинстве исследований величина ФВ ЛЖ показала себя независимым предиктором выживаемости и смертности больных ХСН. В то же время ХОБЛ является основной причиной развития хронического легочного сердца. В связи с этим представляется актуальным исследование возможностей заместительной андрогенной терапии для улучшения сниженной сократимости левого и правого желудочков у мужчин, страдающих ИБС и ХОБЛ.

Выводы. 1. У мужчин, страдающих ХСН, в 63% случаев определяется наличие приобретенного андрогенного дефицита. 2. Снижение уровня тестостерона у мужчин ассоциируется со снижением систолической функции левого желудочка и повышением давления в легочной артерии.

Диагностика анкилозирующего спондилита в практике врача

Протопопов М.С.

Городская клиническая больница № 7, Казань

На сегодняшний день диагноз анкилозирующий спондилит (АС) выставляется в среднем через 7-8 лет после появления первых симптомов. Причинами этого могут быть разнообразие клинической картины в дебюте заболевания и отсутствие настороженности в отношении воспалительной боли в спине (ВБС) у врачей первичного звена.

Цель: Анализ особенностей установления диагноза АС у больных, направленных в Городской ревматологический центр при ГКБ № 7 г. Казани для определения возможностей раннего выявления АС.

Материалы и методы. Проанализированы амбулаторные карты, проведено обследование 52 пациентов с достоверным диагнозом АС (мужчины — $38 (73,1\%)$, женщины — $14 (26,9\%)$, средний возраст $33 \pm 9,6$ года), направленных на консультацию к ревматологу с февраля по апрель 2010.

Результаты. У $28 (54,9\%)$ пациентов отмечалось преимущественное поражение аксиального скелета, а заболевание дебютировало с ВБС. На консультацию к ревматологу 50% из них направлены неврологом, 25% — терапевтом, 25% — пришли сами без диагноза. В направительных документах преобладал диагноз «остеохондроз» (50%), у $21,4\%$ пациентов был предположен АС. У $24 (45,1\%)$ пациентов наблюдалась периферическая форма АС. Эти пациенты направлены к ревматологу терапевтом ($58,3\%$), другим специалистом ($41,7\%$) с направительными диагнозами: $79,2\%$ — реактивный артрит, $12,5\%$ — остеоартроз, $8,3\%$ — ревматоидный артрит. Длительность ВБС (критерии ASAS, 2009) составила $7,7 \pm 3,4$ года, давность постановки диагноза АС — $3,5 \pm 1,6$ года, период до момента установления диагноза — $4,2 \pm 1,2$ года (у больных с центральной формой — $5,1 \pm 1,8$ года, с периферической формой — $3,7 \pm 1,4$ года).

Выводы. У лиц с центральной формой АС диагноз выставляется позже по сравнению с пациентами с периферической формой, поскольку именно суставной синдром является поводом обращения к ревматологу. Можно предположить, что в дебюте заболевания недооценивается значение ВБС. Ранней диагностике АС врачами первичного звена может способствовать знание и своевременное выявление признаков ВБС.

Особенности диагностики лечения больных бронхиальной астмой и артериальной гипертонией

Прусакова О.Ю.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Цель: изучить особенности диагностики и лечения больных бронхиальной астмой в сочетании с артериальной гипертонией.

Материалы и методы. В ходе работы ретроспективному анализу были подвержены 100 историй болезни больных с коморбидной патологией (71% женщин и 29% мужчин) в возрасте от 30 лет до 73 лет. Все больные разделены на 5 групп: 1 группа — больные бронхиальной астмой (БА) IV степени в сочетании с артериальной гипертонией (АГ) III стадии (28%), 2 группа — БА IV степени с АГ II стадии (47%), 3 группа — БА III степени и АГ II ст. (19%), 4 группа — БА III

степени и АГ III ст.(4%), 5 группа — БА II-III степени и АГ II ст.(2%). Всем больным был выполнен комплекс лабораторных и инструментальных методов исследований (суточное мониторирование АД, ЭКГ, ЭхоКГ, ФВД, рентген органов грудной клетки).

Результаты. По данным ЭКГ, гипертрофия миокарда левого желудочка наблюдалась у 73% больных, блокады правой ножки п. Гиса — у 18%, левой — 5%; ЭхоКГ: гипертрофия левого желудочка составила 44%, правого желудочка — 34%, снижение сократимости левого желудочка и диастолическая дисфункция I типа — 54%, уплотнение и склероз аорты, створок аортального клапана — 64%. По данным рентгенограмм в 53% случаев наблюдалось увеличение сердечно-сосудистой тени влево. В лечении БА контроль осуществляли в основном симбикуртом (29%) и серетидом (62%). В 1 группе больных в комбинированной терапии БА и АГ были назначены ИАПФ (эналаприл, энап, лизиноприл, рениприл, престариум А, диротон, капотен) + диуретик (верошпирон, фуросемид, арифон, индап, гипотиазид) — 14%, ИАПФ (11%), антагонисты кальция (верапамил, амлодипин) — 2% и антагонисты кальция + диуретик (2%). Во 2 группе — ИАПФ (19%), ИАПФ + диуретик (9%), ИАПФ + антагонисты кальция (7%), антигипертензивная терапия не применялась в 12% случаев. В 3 группе также ИАПФ (13%), ИАПФ + диуретик (4%), не назначалась терапия — 2%. В 4 группе — ИАПФ (2%), ИАПФ + антагонисты кальция (1%), ИАПФ + диуретик (1%). В 5 группе — ИАПФ (1%).

Выводы. Независимо от тяжести бронхиальной астмы большинство данных инструментальных методов исследований свидетельствуют об изменениях, характерных для артериальной гипертонии. Чем больше степень тяжести и ступень бронхиальной астмы в сочетании с АГ, тем чаще для достижения целевого уровня АД назначается комбинированная терапия ИАПФ + диуретик, но в большинстве случаев проводится монотерапия ИАПФ.

Активность фактора фон Виллебранда и микроциркуляторные расстройства у женщин с хирургической менопаузой

Пустотина З.М., Ларева Н.В., Солпов А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель работы: изучить маркер дисфункции эндотелия — активность фактора фон Виллебранда у женщин с хирургической менопаузой в зависимости от наличия микроциркуляторных нарушений.

Материалы и методы. В исследование включены 77 женщин (средний возраст $42 \pm 6,3$ года), находившиеся в состоянии хирургической менопаузы: 1-я группа — 46 пациенток с постгистерэктомическим синдромом, 2-я группа — 31 женщина с хирургическим климаксом после удаления яичников с гистерэктомией или без нее. Критериями исключения из исследования явились: ИБС, гипертоническая болезнь до операции, эндокринологические заболевания, тяжелая сопутствующая соматическая патология. В группе контроля обследовано 25 здоровых женщин в возрасте 44 ± 5 лет. Определение активности ФВ проводили с помощью двуканального лазерного анализатора агрегации Тр «Биола» (Россия), сопряженного с компьютером, согласно инструкции, прилагаемой к набору реактивов (НПО РЕНАМ, Россия). Для оценки состояния микроциркуляторного русла использован неинвазивный метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с помощью аппарата ЛАКК-02 (НПП «Лазма», Россия). По соотношению показателя микроциркуляции (ПМ) в покое и резерва капиллярного кровотока (РКК) при проведении окклюзионной пробы (ОП) оценивался гемодинамический тип

микроциркуляции (ГТМ): нормоциркуляторный, спастический, гиперемический, застойно-стазический. Статистический анализ проведен с помощью программы «Statistica 6,0» с применением критерия Манна Уитни. Статистически значимыми считали различия при значении $p < 0,05$.

Результаты. Установлено, что у женщин с хирургической менопаузой показатели активности фактора фон Виллебранда были выше на 50% в 1-й группе и на 90% во 2-й группе по отношению к группе контроля ($p < 0,05$). Для оценки коллагенсвязывающей активности фактора фон Виллебранда в зависимости от наличия микроциркуляторных нарушений было выделено 2 подгруппы из оперированных женщин: 1-я — 22 женщины с нормоциркуляторным ГТМ, 2-я — 55 женщин с патологическими ГТМ. Установлено, что при наличии патологических гемодинамических типов микроциркуляции активность фактора Виллебранда на 75% выше, чем в группе с нормоциркуляторным ГТМ ($p < 0,05$).

Выводы. У женщин с хирургическим климаксом и с постгистерэктомическим синдромом отмечается повышение активности фактора фон Виллебранда и в большей степени при наличии патологических типов микроциркуляции, что обусловлено влиянием дисфункции эндотелия на микроциркуляторные расстройства.

Изменения микроциркуляции и сердечно-сосудистые нарушения у женщин с хирургической менопаузой, возможность их коррекции заместительной гормональной терапией

Пустотина З.М.,

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Проблема хирургической менопаузы остается актуальной, у 75—80% оперированных женщин в течение нескольких лет после операции развиваются тяжелые сердечно-сосудистые заболевания. Данное исследование поможет установить роль изменений микроциркуляции в патогенезе формирования сердечно-сосудистых нарушений и возможность их коррекции заместительной гормональной терапией (ЗГТ).

Цель работы: изучить патогенетические особенности микроциркуляции и ее влияние на формирование артериальной гипертонии (АГ) и структурно-функциональные изменения левого желудочка (ЛЖ) у женщин с хирургической менопаузой и оценить возможность их коррекции заместительной гормональной терапией (ЗГТ).

Материалы и методы. В исследование включены 99 женщин (средний возраст $42 \pm 6,3$ года), находившиеся в состоянии хирургической менопаузы: 1-я группа — 46 пациенток с постгистерэктомическим синдромом 2-я группа — 31 женщина с хирургическим климаксом после удаления яичников с гистерэктомией или без нее. Отдельно была выделена 3-я группа женщин (22 чел.), принимающих ЗГТ. В группе контроля обследовано 25 здоровых женщин в возрасте 44 ± 5 лет. Суточное мониторирование артериального давления осуществляли с помощью аппарата Cardiotens-01 фирмы Meditech (Венгрия). Эхокардиографическое исследование проводилось на аппарате Logic 5. Микроциркуляцию изучали методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с помощью аппарата ЛАКК-02 (НПП «Лазма», Россия). Агрегацию тромбоцитов исследовали в обогащенной тромбоцитами плазме с использованием двуканального лазерного

анализатора агрегации тромбоцитов НПФ «Биола» (Москва). В качестве индуктора агрегации тромбоцитов применяли растворы АДФ (5 и 10 мкг/мл), коллагена (1мг/мл) и адреналина (2,5 мкг/мл). Определение показателя лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии (ЛТА) осуществляли по методу Ю.А. Витковского и соавт.(1999 г.). Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ Statistica 6,0.

Результаты. У оперированных женщин был снижен показатель микроциркуляции (ПМ), повышены нейрогенный и миогенный сосудистый тонус по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$). На фоне ЗГТ ПМ был выше, чем в 1-й и 2-й группах, статистически значимого повышения сосудистого тонуса не выявлено. В группе контроля и в 3-й группе преобладал нормоциркуляторный гемодинамический тип микроциркуляции (ГТМ), в группах оперированных женщин преобладали патологические ГТМ и чаще встречался застойно-стазический ГТМ. У женщин 1-й и 2-й групп отмечалась активация спонтанной и индуцированной агрегации тромбоцитов, увеличивался показатель ЛТА. У 65% женщин с хирургическим климаксом выявлена артериальная гипертензия, в этой группе выявлены более выраженные нарушения микроциркуляции, чаще встречались патологические ГТМ. В 3-й группе частота развития АГ — 40,9%. У оперированных женщин преобладали концентрическое ремоделирование и концентрическая гипертрофия ЛЖ даже при отсутствии АГ. В группе пациенток, принимающих ЗГТ, чаще геометрия левого желудочка оставалась ненарушенной (72,7%). У пациенток, имеющих нарушения микроциркуляции, достоверно чаще отмечалось концентрическое ремоделирование ЛЖ, а у женщин с нормоциркуляторным ГТМ — нормальная геометрия ЛЖ.

Выводы. У женщин с хирургическим климаксом и постгистерэктомическим синдромом имеют место значительные нарушения микроциркуляции, активация сосудисто-тромбоцитарного гемостаза и ЛТА, что обуславливает формирование артериальной гипертензии и оказывает влияние на ремоделирование левого желудочка. При применении ЗГТ отмечается нормализация показателей, что свидетельствует о ее роли в коррекции сердечно-сосудистых нарушений.

Изменение некоторых параметров у больных с гриппозной пневмонией в сочетании с метаболическим синдромом

Пушников С.В., Пушников А.А.

Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень

Цель: оценить некоторые параметры, а также лабораторные показатели у больных гриппом А/Н1N1, осложненным пневмонией в сочетании с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. В исследование включено 37 человек. Первая (контрольная) группа — 15 человек (средний возраст $38 \pm 2,1$ года). Вторая группа — 22 больных ($36,11 \pm 2,1$ года) с вирусно-бактериальной пневмонией средней степени тяжести. Для выявления изменений на ЭКГ (нарушения ритма) проводили Холтеровское суточное мониторирование ЭКГ; биохимический анализ крови включал определение активности АСТ, АЛТ, мочевины, креатинина; определение уровня лейкоцитов, фибриногена в крови, СОЭ, СРБ. Статистическая обработка полученных результатов проводилась в программе SPSS 10.0. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Наиболее часто локализация пневмонического инфильтрата наблюдалась в нижней доле правого легкого — 40,1%. При анализе результатов суточного мониторирования ЭКГ установлено, что у больных гриппом А/Н1N1 пневмония сопровождается, как правило, синусовой тахикардией (33%), нарушениями ритма по типу предсердной экстрасистолии (17,9%), узловыми экстрасистолами (2,5%), желудочковой экстрасистолией (5,1%). Повышение ферментов Аст, Алт обнаружено у 69% больных с внебольничной пневмонией в сочетании с метаболическим синдромом. Отмечалось увеличение содержания фибриногена у 95% больных второй группы, СОЭ — у 39%, СРБ — у 98%; лейкоцитоз — у 10%, лейкопения — у 57% пациентов.

Выводы. Инфекция, вызванная вирусом А/Н1N1, осложнившаяся пневмонией у лиц с метаболическим синдромом, сопровождается выраженными проявлениями системного воспаления и проявляется существенными изменениями в проводящей системе сердца, лейкопении, гиперферментемии.

Вирусно-бактериальные пневмонии

Пчелинцев В.П., Бороздин А.В., Гиривенко А.И., Козырева Э.А., Дьячкова О.Н., Юдина Г.Н., Бель Е.В., Корнюшкина Г.И.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Городская клиническая больница № 11, Рязань

Ежегодно вспышки ОРВИ и гриппа охватывают около 5—15% населения планеты. Грипп — вирусная инфекция, сопровождающаяся развитием тяжелых осложнений и высоким уровнем смертности у больных из групп риска. В 2009—2010 гг. отмечена пандемия гриппа, вызванная вирусом гриппа А (Н1N1). В 2011 г. выявлен вирус гриппа А (Н3N2). Особенности проявлений гриппа: короткий инкубационный период, острое начало. В клинике преобладают интоксикация и синдром поражения дыхательных путей. Диагноз подтверждается ПЦР смыслов и мазков из полости носа и ротоглотки. Наиболее грозное осложнение — пневмония. Цель работы: изучить течение пневмоний, возникших на фоне гриппа у пациентов, поступивших в ГКБ №11 в период вспышек инфекции. За 2009—2010 гг. проанализировано 7 историй болезни, 5 женщин и 2 мужчин, в возрасте от 34 до 71 года, 2 летальных исхода. За 2011 г. — 7 историй болезни, 4 женщины и 3 мужчин, в возрасте от 32 до 71 года, 3 летальных исхода. Жалобы: озноб, повышение температуры тела до $39,5^{\circ}\text{C}$, общая слабость, кашель со скудной мокротой, кровохаркание, одышка в покое. Лечились самостоятельно: 3—4 дня принимали жаропонижающие, отхаркивающие — без улучшения. Объективно: общее состояние тяжелое или крайне тяжелое; кожные покровы бледные; у самых тяжелых больных, впоследствии скончавшихся, отмечалось нарушение сознания различной степени. В легких при перкуссии притупление легочного звука над очагом поражения; при аускультации влажные хрипы или крепитация, тахипноэ. Тахикардия. На рентгенографии легких признаки инфильтрации. ОАК: лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ до 56 мм/час. В моче: небольшая лейкоцитурия, следы белка. Мокрота гнойная или кровянистая. На ЭКГ синусовая тахикардия. ПЦР на РНК вируса гриппа А(Н1N1): обнаружено — 2, не обнаружено — 5. ПЦР на РНК вируса гриппа А(Н3N2): обнаружено — 1, не обнаружено — 6. Лечение: арбидол, тамифлю, антибиотики, отхаркивающие, бронхолитики, антикоагулянты, дезинтоксикационная терапия. Таким образом, вирусно-бактериальные пневмонии отличаются

тяжелым течением с частыми летальными исходами. Все заболевшие контактировали с больными гриппом или ОРВИ; к врачам обратились спустя несколько дней после заболевания, госпитализировались лишь при значительном утяжелении состояния. Амбулаторно редко назначаются противовирусные средства и антибиотики. Процент выявления вируса методом ПЦР низок. В 2011 г. в стационаре чаще использовались защищенные пенициллины, современные фторхинолоны и макролиды, антибиотики резерва.

Поражение сердца у больных хроническими гепатитами

Радаева Е.В., Говорин А.В., Чистякова М.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель: изучить частоту и характер сердечных аритмий, показатели кардиогемодинамики и вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных хроническими вирусными гепатитами (ХВГ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 45 больных ХВГ (27 мужчин и 18 женщин, средний возраст — 36,1±8,1 лет). Контрольную группу (КГ) составили 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту. Помимо общеклинического обследования всем больным проводилось суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ) с автоматическим анализом ВРС при помощи мониторингового комплекса „Astrocard“. Оценивались следующие временные и спектральные показатели: SDNN; PNN50; rMSSD; HF; LF; LF/HF. Эхокардиографическое исследование проводили на аппарате VIVID -3-expert GE по стандартной методике.

Результаты. По данным СМЭКГ у 50% пациентов зарегистрированы нарушения ритма сердца: в 23% случаев — наджелудочковая, в 27% — желудочковая экстрасистолия. В большинстве случаев она была доброкачественной (1-2 класс по Lowen). У 2 пациентов на фоне высокой активности гепатита наблюдались короткие пробежки неустойчивой желудочковой тахикардии. При изучении показателей ВРС наблюдалось увеличение коэффициента LF/HF (4,7±1,5 в группе больных ХВГ и 2,8±1,0 в КГ) и уменьшение в сравнении с КГ параметров SDNN (140,8±29,69 и 226,8±8,6, соответственно), pNN50 (12,5[2,6;20,9] и 36,4±4,4, соответственно) и rMSSD (34,4[21;49] и 89,6±23,1, соответственно). По данным ЭхоКГ у 60% пациентов выявлен пролапс митрального клапана, в половине случаев на фоне дисплазии соединительнотканых структур сердца отмечено увеличение размеров левого предсердия и правого желудочка (на 13 и 14% по сравнению с таковыми КГ). Кроме того, обращало на себя внимание увеличение конечного диастолического и ударного объемов ЛЖ (109% по отношению к показателю КГ). В 18% случаев было обнаружено увеличение индекса массы миокарда ЛЖ. При этом все пациенты имели удовлетворительную систолическую функцию ЛЖ (фракция выброса 68,2±4,4%). Доля больных с глобальной диастолической дисфункцией ЛЖ составила 5%. В 9% случаев наблюдалось нарушение сегментарной диастолической функции ЛЖ.

Выводы. У больных ХВГ довольно часто регистрируются нарушения ритма сердца, наблюдается дисбаланс в функционировании двух отделов вегетативной нервной системы с преимущественной активацией ее симпатического звена, снижением вагусного контроля сердечной деятельности и общей ВРС, а также развиваются структурно-функциональные изменения миокарда с нарушением диастолической функции ЛЖ.

Инсулиноподобный фактор роста-1 и хроническая сердечная недостаточность у пациентов с артериальной гипертензией

Разин В.А., Гумаев Р.Х.

Ульяновский государственный университет, Ульяновск

В последнее время установлено, что существенную роль в процессах ремоделирования миокарда играют так называемые факторы роста. Активно изучается участие инсулиноподобного фактора роста 1 (ИПФР-1) в процессах структурно-функциональной перестройки сердца при артериальной гипертензии (АГ). ИПФР-1 считается ключевым регулятором гипертрофии сердечной мышцы. В литературе одной из причин прогрессирования хронической сердечной недостаточности называют дефицит гормона роста и ИПФР-1. Считают, что ИПФР-1 усиливает сердечный выброс и сократимость, рост кардиомиоцитов и синтез белков миокарда, а также уменьшает потребность сердца в энергии, снижая чувствительность миокарда к ионам кальция, инактивируя повышенный тонус симпатoadренальной системы, уменьшая стресс миокардиальной стенки. В связи с этим актуальным вопросом является изучение концентрации ИПФР-1 при артериальной гипертензии с сопутствующей хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Объекты и методы исследования. В ходе проведения работы был обследован 141 пациент с артериальной гипертензией 1—2 стадии, 1—3 степеней, с хронической сердечной недостаточностью 1—3 функционального класса (ФК) по классификации NYHA. Пациенты были разделены на 3 группы, в зависимости от ФК ХСН. Все группы обследованных были сопоставимы по полу и возрасту. Средняя длительность АГ составила 7±2 года. ИПФР-1 был определен иммуноферментным методом с помощью наборов фирмы DSL (США). Всем пациентам проводилась эхокардиография с оценкой фракции выброса (ФВ) и миокардиального стресса. В исследование не включались пациенты с сопутствующими ИБС и сахарным диабетом.

Результаты. В ходе исследования было выявлено, что концентрация ИПФР-1 пациентов с 1-м ФК ХСН (157,26±25,52 нг/мл) и у пациентов со 2-м ФК ХСН (155,09±21,78 нг/мл) статистически не различались. У пациентов с 3-м ФК ХСН концентрация ИПФР-1 была наименьшей и составила 140,08±18,67 нг/мл, при этом наблюдалось статистически значимое различие по сравнению с концентрацией ИПФР-1 у пациентов с 1-м ФК ХСН (p=0,013) и 2-м ФК ХСН (p=0,034). Однако корреляции уровня ИПФР-1 с миокардиальным стрессом в систолу и диастолу, а также с фракцией выброса выявлено не было (p>0,05). Выводы. У пациентов с 3 ФК ХСН отмечается статистически значимо более низкая концентрация ИПФР-1, чем при АГ с 1-м и 2-м ФК ХСН, при этом у пациентов с АГ 1-2 стадии не отмечается корреляции ИПФР-1 с фракцией выброса и уровнем миокардиального стресса.

Возвращаясь к проблеме *Helicobacter pylori*

Рапопорт С.И., Хуцишвили М.А.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Побудительным моментом написания работы является тревога многих ученых и клиницистов о необходимости проведения тотальной эрадикационной терапии геликобактерной (НР)инфекции и о врачебной тактике по отношению к НР-ассоциированным заболеваниям. Более 20 лет назад в гастроэнтерологии произошло

«революционное» открытие, которое во многом изменило понимание причин развития язвенной болезни (ЯБ) и подходы к ее лечению. Основным этиологическим фактором ЯБ тогда был признан *Helicobacter pylori*. Рекомендации по диагностике данной инфекции и лечению больных, у которых она обнаружена, были сформулированы на согласительной конференции и стали известны под названием «Консенсус Маастрихт» в трех чтениях (1996, 2000, 2005 гг.). В ее рекомендациях проведение антигеликобактерной терапии считается обязательным при язвенной болезни с локализацией в желудке или двенадцатиперстной кишке (независимо от стадии заболевания), MALT-лимфоме желудка, хроническом активном гастрите с кишечной метаплазией, после резекции желудка по поводу раннего рака. Патогенетическая роль НР в этих случаях всеми признана и научно доказана. Большую тревогу многих врачей вызывают разделы рекомендаций с пометками «целесообразно» и «сомнительно», где антигеликобактерную терапию предлагается проводить больным с функциональной диспепсией, рефлюкс-эзофагитом, получающим длительную терапию блокаторами протонного насоса, НПВП-гастропатиями, оперированным по поводу язвенной болезни, пациентам, имеющим отягощенную наследственность по раку желудка и НР позитивным пациентам без каких-либо клинических проявлений инфекции, по их желанию. Основными проблемами, возникающими и остающимися нерешенными при проведении эрадикационной терапии, являются развитие резистентности НР к лекарственным препаратам и осложнения после проводимой терапии. В связи с малой эффективностью разработаны схемы лечения I, II, III линий. Проведение тотальной эрадикации без крайней необходимости может способствовать дальнейшей мутации штаммов НР, которые могут стать обладателями еще больших цитотоксических свойств и повышающейся резистентности к проводимой антигеликобактерной терапии.

Имеет ли право на существование диагноз «Функциональное расстройство»?

Рапопорт С.И., Колесников Д.Б.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Цель работы: доказать, что правомочность постановки диагноза «функциональное заболевание» в современной клинической медицине сомнительна. Проблема верификации диагноза в настоящее время стоит очень остро и определяет не только академическую точность диагностики, но и раннее распознавание тяжелых заболеваний, а также эффективность, длительность и безопасность лечения. Задача работы. На основании работ ученых нашего времени показать, что в последние десятилетия упрочилась практика постановки функциональных диагнозов, под которыми, на наш взгляд, скрываются попытки уйти от диагностического поиска, в особенности в тех случаях, когда пациент страдает сочетанными заболеваниями, представленными субклиническими, стертыми нарушениями со смазанной полиморфной симптоматикой, однако существенно снижающими качество жизни пациента. В этой связи национальный конгресс, посвященный Н.Д. Стражеско, дает возможность вновь вернуться к такой серьезной проблеме как функциональные заболевания. В какой степени диагноз «функционального заболевания» для таких состояний, как неязвенная диспепсия, СРК и др., соответствует методологии постановки диагноза, традиционной для отечественной медицины, заложенной Н.Д.

Стражеско и его ближайшим учеником, выдающимся терапевтом В.Х. Василенко?

Материалы и методы. Аналитический обзор работ известных клиницистов.

Результаты. В работах как основоположников медицинской науки, так и большинства современных ученых отвергается понятие «чисто функциональное заболевание» и считается правильным нозологический диагноз, который отражает уровень и тяжесть морфологических изменений в организме. Не без основания существует утверждение, что нарушения функций того или иного органа возникают на фоне морфологических изменений.

Выводы. В основе нашей позиции лежит продолжение учения В.Х. Василенко о том, что «шаблонное разделение болезней на органические и функциональные устарело» и требует четкой нозологической квалификации путем обновления подходов к диагностическому поиску. Более того, на нынешнем этапе развития медицинской науки хорошо известно, что ряд сочетанных заболеваний, сведенных в один «функциональный диагноз», не дает четкого представления о состоянии больного, что приводит к ошибочной тактике ведения пациента, длительному и неэффективному лечению.

Значение электрофизиологического комплекса AsrtoCard в диагностике изолированной фибрилляции предсердий

Рахматуллов Ф.К., Захарова О.В., Рахматуллов А.Ф., Пчелинцева С.А., Рахматуллова А.Ф., Грачева Ю.Н., Зиновьева Е.Г.

Пензенский государственный университет, медицинский институт, кафедра внутренних болезней, Пенза

Цель исследования. Изучить значение электрофизиологического комплекса AsrtoCard в диагностике изолированной фибрилляции предсердий (ФП).

Материал и методы исследования. В исследование включены 137 больных, страдающих пароксизмами изолированной ФП. В зависимости от вегетативной регуляции сердца все больные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 75 человек с адренергической формой ФП, во вторую — 62 с вагусной формой ФП. Всем пациентам было проведено чреспищеводное электрофизиологическое исследование (ЧПЭФИ) сердца в режимах программированной, учащающей и плавно нарастающей стимуляции.

Результаты. По результатам исходного ЧПЭФИ сердца 75 больных, страдающих адренергической формой ФП, разделили следующим образом. У 64 (85,3%) больных адренергической формой ФП методом ЧПЭФИ сердца удалось индуцировать устойчивую форму ФП. У 4 (5,3%) из них ФП индуцирована программированной стимуляцией сердца, у 1 (1,3%) — на периодике Венкебаха, у 59 (78,7%) — при достижении максимального предсердного ответа (МПО) с частотой 272,6±6,4 имп/мин. У 14 (18,7%) больных с адренергической формой ФП индуцировать аритмию по описанному протоколу не удалось. Среди 62 пациентов с вагусной формой ФП у 55 (88,7%) удалось индуцировать устойчивую ФП. У 6 (9,7%) из них ФП индуцирована программированной стимуляцией, у 1 (1,6%) — на периодике Венкебаха, у 48 (77,4%) — при достижении МПО с частотой 252,3±5,2 имп/мин. У 7 (11,3%) больных с вагусной формой ФП индуцировать аритмию не удалось. ЧСС индуцированной аритмии при адренергической форме ФП была чаще на 31,8% ($p < 0,001$), чем при вагусной форме ФП. Время индуцированного пароксизма

(ВИП) при вагусной форме ФП было продолжительнее на 6,2 мин (19,2%, $p < 0,001$).

Выводы. Возможность индуцирования изолированной фибрилляции предсердий электрофизиологическим комплексом Asrtocard зависит от вегетативной регуляции сердца. Для индуцирования адренергической формы фибрилляции предсердий необходимы более агрессивные режимы стимуляции. Время индуцированного пароксизма при вагусной форме фибрилляции предсердий продолжительнее, чем при адренергической.

Вариабельность и нарушения ритма сердца при кальцинированном аортальном стенозе

Рашид М.А., Карпова Н.Ю., Казакова Т.В., Шапилов А.В., Пискунов Д.В.

Городская клиническая больница № 55, Российский государственный медицинский университет, Москва

Цель: изучить частоту встречаемости нарушений ритма и проводимости, а также оценить характер вегетативных влияний на сердце у больных кальцинированным аортальным стенозом (КАС). Методы. 70 пациентам с КАС и 50 — без изменений клапана аорты в возрасте старше 65 лет наряду с эхокардиографическим исследованием было проведено суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру (ХМ ЭКГ) с изучением вариабельности сердечного ритма (ВСР).

Результаты. В ходе проведения ХМ ЭКГ группа больных КАС характеризовалась достоверно меньшей частотой эпизодов тахикардии (52,4% и 84,0%; $p < 0,0001$), большей — эпизодов брадикардии (36,6% и 6,0%; $p < 0,0001$), а также сложных наджелудочковых нарушений ритма ($p < 0,01$). Желудочковые экстрасистолы (ЖЭС) по общему числу в двух группах не различались, однако их куплеты отмечены достоверно чаще у больных КАС (29,7% и 12,0%; $p = 0,01$). Абсолютное число ЖЭС увеличивалось пропорционально снижению значений фракции выброса ($p = 0,039$) и увеличению выраженности митральной регургитации (МР; $p = 0,025$). Для частоты наджелудочковых экстрасистол (НЖЭС) установлена прямая зависимость от толщины межжелудочковой перегородки ($p = 0,039$). Наряду с этим количество ЖЭС уменьшалось с увеличением выраженности концентрического ремоделирования ($r = -0,22$; $p = 0,026$). При наличии систолической дисфункции ЛЖ (снижении фракции выброса менее 50%) у больных КАС достоверно чаще отмечены куплеты (50,0% и 25,3%; $p = 0,04$) и триплеты (27,8% и 4,8%; $p = 0,008$) ЖЭС, а также куплеты (77,8% и 69,9%; $p = 0,003$) НЖЭС. Анализ временных параметров ВСР в двух группах выявил увеличение rMSSD при КАС, свидетельствующее о преобладании парасимпатического тонуса преимущественно в дневные часы. Частотные показатели ВСР достоверно в двух группах не отличались. Значения циркадного индекса соотносились с возрастом больных ($r = -0,21$; $p = 0,036$), rMSSD — с тяжестью МР ($r = 0,17$; $p = 0,01$), nLF/nHF — с значениями фракции выброса ($r = 0,46$; $p = 0,0001$). Наличие перенесенного инфаркта миокарда в анамнезе уменьшало показатель соотношения nLF/nHF с 2,01 до 1,36 ($p = 0,005$). В группе больных КАС (40,6%) с кальцинозом клапана аорты 2 степени установлены минимальные значения симпатического (nLF 61,0 и 69,0; $p = 0,008$), максимальные показатели парасимпатического (nHF 37,0 и 29,0; $p = 0,008$) спектра, ригидный ритм сердца (ЦИ 1,15 и 1,18; $p = 0,05$), а также максимальное число случаев пароксизмальной ночной одышки (85,4% и 71,7%; $p = 0,049$) в отличие от остальных пациентов.

Результаты. Полученные данные позволяют предполагать наличие особого вида автономной дисфункции сердца при КАС, что требует динамического наблюдения за выделенной группой пациентов в ходе проведения дальнейших научных исследований.

Инфекционный эндокардит: клинко-морфологическая эволюция за тридцатилетний период наблюдений

Резник И.И., Кисляк С.В.

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург

Цель: клинко-морфологический анализ инфекционного эндокардита (ИЭ) 2000-х гг. и сравнение полученных характеристик с соответствующими показателями 90-х и 80-х гг.

Материалы и методы. за период с 2003 по 2007 гг. было изучено 225 случаев ИЭ (165 клинических наблюдений и 60 материалов аутопсий).

Результаты. в 2000-е гг. в сравнении с 80-ми отмечено увеличение удельного веса ИЭ среди общего количества аутопсий с 3,9% до 5%. Средний возраст больных ИЭ в 70-80-е гг. был 37,6±2,4 г., а в 2000-е — 46,0±13,3 г., что позволяет говорить о «постарении» заболевания. Сохраняется преобладание лиц мужского пола (69% в 70-80-е гг. и 81% — в 2000-е). В 2000-е гг. увеличилась доля «асоциальных» больных (безработных, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, находившихся в местах заключения) с 13,5% до 52%, т.е. ИЭ четко обозначился как социальная болезнь. В этиологии острого ИЭ, как и в прошлые годы, доминирует золотистый стафилококк, удельный вес которого достиг 50%, также большую роль играют грамотрицательная флора (19,2%) и энтерококк (15,3%). При подостром ИЭ ситуация изменилась: на первом месте грамотрицательная флора (33%), далее следуют стрептококки (24%) и эпидермальный стафилококк (20%), который доминировал в прошлые десятилетия. В 2000-е гг. сохраняется преобладание вторичного ИЭ, но в структуре фоновых состояний клапанного аппарата произошли существенные изменения: резкое снижение доли ревматических пороков с 75% в 80-е гг. до 12% в 2000-е, рост такого фонового состояния, как дисплазия соединительной ткани сердца. В частности, двустворчатый аортальный клапан, который вообще не регистрировался в 80-е гг., а в 90-е составил лишь 4,5%, в 2000-е гг. вышел на лидирующие позиции — 58%, оставив позади себя все остальные фоновые состояния, вместе взятые. Также увеличилась доля клапанного пролабирования с 2,5% в 80-е гг. до 17% в 2000-е. В 2000-е гг. по-прежнему на первом месте поражение аортального клапана, но частота этой локализации ИЭ неуклонно снижается (57,6% — в 70-80-е годы, 50,5% — в 90-е, 40,5% — в 2000-е). Митральная локализация сохраняет второе место и составила 21%. Доля сочетанных клапанных поражений за 30 лет увеличилась с 15% до 32,5%. В 2000-е гг. тяжелый деструктивный процесс на клапане встретился у 77% оперированных больных, что на 14% больше, чем в 90-е гг., увеличилась частота разрывов створок и хорд и в 5 раз чаще зарегистрированы параклапанные абсцессы. В нашем исследовании подтвердилась многолетняя тенденция неуклонного снижения частоты тромбоэмболий при ИЭ, описываемая в литературе. Если в 80-е гг. ТЭ синдром был выявлен нами у 80%, в 90-е — у 63,5%, то в 2000-е — лишь у 42,5%. Лидируют ТЭ в селезенку (31%) и почки (24%), далее следуют коронарные (11%), церебральные (11%) и периферические (7%) артерии, увеличилось число полиорганной ТЭ с 27% в 80-е гг. до 56% в 2000-е. Выводы. Современный ИЭ характеризуется увеличением роли агрессивной микрофлоры в этиологии заболевания (стафилококки и грамотрицательная флора), что нашло прямое отражение в

эволюции клинической картины, в частности увеличении доли сочетанных клапанных поражений, тяжелого деструктивного процесса, полиорганных тромбоэмболий. Изменилась структура фоновых состояний клапанного аппарата вторичного ИЭ в сторону резкого снижения частоты ревматических пороков и возрастания доли дисплазии соединительной ткани сердца — двустворчатого аортального клапана и клапанного пролабирования.

Синдром цитолиза при острой посттравматической печеночной недостаточности

Розанов В.Е., Болотников А.И., Хайкин И.В.

Клиническая больница № 123, Одинцово

Цель: изучение возможности лабораторной диагностики гепатодепрессивного синдрома у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой (ТСТ).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 211 пострадавших с сочетанной травмой (СТ), у которых развилась травматическая болезнь (ТБ), сопровождающаяся острой печеночной недостаточностью (ОПечН). Возраст пострадавших варьировался от 17 до 63 лет, составляя в среднем 35,1±1,2 года, 64,5% пациентов были мужчины. Активность ферментов цитолиза: аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), глутаматдегидрогеназы (ГлДГ), урокиназы, гистидазы, гликогенфосфоорилазы (ГФ), гамма-глутамилтрансферазы (γ-ГТФ), определяли по рекомендациям ряда авторов [Царева О. Е. и др., 2005; Подопригорова В. Г. и др., 2006]. Результаты. Нарушения активности митохондриальных (АСТ) и цитоплазматических (АЛТ) ферментов как признак гепатоцитоза были выявлены у всех пострадавших. Диагностическим критерием нарастания тяжести поражения печени являлось преобладание активности АсАТ над АлАТ, при этом значение коэффициента де Ритиса увеличивалось. Отмечали, что смена коэффициента де Ритиса с 0,9 на 2,4 указывало на трансформацию ОПечН в прогностически неблагоприятную форму. Повышение концентрации изофермента ЛДГ5 было особенно значимым при развитии ОПечН и составляло 145,5±8,9 У/л, т.е. увеличивалось в 18 раз соответственно по сравнению с контрольными данными (p<0,01). Отмечалось повышение концентрации ГФобщ в сыворотке крови при неосложненном течении ТБ на 14,8%, ГФЛЛ- в 2,4 раза, ГлДГ — в 3,5 раза, γ-ГТФ — в на 10,0±0,5%, гистидазы — на 38,5±1,5%, урокиназы — на 39,9±1,6%, при развитии ОПечН соответственно на 29,2%, в 3,9 раза, 6,8 раза, на 29,1±1,5%, 66,1±2,7%, 71,2±2,9% по сравнению с контрольными данными (p<0,01).

Выводы. При многофакторном логистическом регрессионном анализе активность ЛДГ5 (гху=+0,84±0,006; p<0,001), ГФЛЛ (гху=+0,81±0,03; p<0,01), ГлДГ (гху=+0,82±0,009; p<0,001), γ-ГТФ (гху=+0,82±0,01; p<0,01), гистидазы и урокиназы (соответственно гху=+0,94±0,02; p<0,01 и гху=+0,91±0,01; p<0,01) была независимым прогностическим показателем тяжести посттравматической ОПечН.

Возможности прогноза ишемического повреждения миокарда у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой

Розанов В.Е., Болотников А.И., Гюнтер Н.А., Хайкин И.В., Бондаренко А.В.

Клиническая больница № 123, Одинцово

Цель: оценка миокардиальных «маркеров» — тропонинов I и T (ТрI и ТрT), отвечающих критериям абсолютной миокардиальной специфичности при высокой диагностической чувствительности, в выявлении ишемических повреждений миокарда у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой (ТСТ).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 88 пострадавших с сочетанной травмой, преимущественно мужчины (70,5%), средний возраст которых составил 35,1±1,9 лет и у которых были выявлены ишемические повреждения миокарда. Из исследований исключены пострадавшие с повреждением груди. Количественное определение сердечного тропонина I (ТрI) осуществляется на автоматическом анализаторе AxSYM фирмы Abbott (США) у 13 здоровых доноров, при поступлении пострадавших, через 2—4, 12, 24, 36, 48 ч и на 3—7-е сутки травматической болезни (ТБ). Уровень ТрI в крови у всех здоровых доноров был в среднем 0,54±0,01 нг/мл (0,11-2,09 нг/мл).

Результаты. Достоверность клинических и ЭКГ-данных ишемических повреждений миокарда у пострадавших с ТСТ составляла соответственно 38,5±1,7% и 69,2±2,7%. Диагностическая чувствительность ТрI в период 2-4 часа после травмы составляла в среднем 42,3±1,9%, через 24ч — 97,6±2,2%. Пик максимальных значений ТрI приходился на 12-36 ч, достигая 12,9±1,9 нг/мл. В зависимости от изменений на ЭКГ все пострадавшие были разделены на две группы: а) со стойкой элевацией сегмента ST, обнаруженной у 39 пострадавших (I группа), и б) без подъема сегмента ST, которое было отмечено в 49 случаях (II группа). Отмечаем, что если у пострадавших I группы выявлялся повышенный уровень ТрI, что и наблюдалось в преобладающем числе (38) случаев, диагноз ишемического повреждения миокарда был несомненен и высокоточен. II группа подразделялась на две категории — Тр-позитивных (со значениями концентраций ТрI выше верхней границы референсного уровня) и, соответственно, с диагнозом острый коронарный синдром с минимальным миокардиальным повреждением (с некрозом) и Тр-негативных, (т.е. со значениями концентраций ТрI внутри границы уровня «нормальных» значений) и, соответственно, с диагнозом нестабильной стенокардии или острого коронарного синдрома без миокардиального повреждения (без некроза).

Выводы. Наилучшее соотношение между чувствительностью, специфичностью и предсказательными значимостями имеется при оценке уровня ТрI у пострадавших через 24 ч после ТСТ, однако специфичность теста была наиболее высокой при анализе результатов, полученных через 2—4 ч после травмы.

Синдром холестаза при острой посттравматической печеночной недостаточности

Розанов В.Е., Болотников А.И., Хайкин И.В.

Клиническая больница № 123, Одинцово

Цель: изучение возможности лабораторной диагностики холестатического синдрома у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой (ТСТ).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 211 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой (ТСТ), у которых развилась травматическая болезнь (ТБ), сопровождающаяся острой печеночной недостаточностью (ОПечН). Возраст пострадавших варьировался от 17 до 63 лет, составляя в среднем 35,1±1,2

года, 64,5% пациентов были мужчины. Активность «маркеров» холестатического синдрома [билирубин и его фракции, активность щелочной фосфатазы (ЩФ), гамма-глутамилтранспептидазы (γ -ГТП) и ее изоформ, содержание холестерина и его фракции] определяли по рекомендации ряда [Климов А.Н. и др., 1995; Камышников В.С., 2000; Яковлева Т.Ю. и др., 2006; Van Veen S. et al., 2006].

Результаты. В наших исследованиях гипербилирубинемия была обусловлена повышением фракции конъюгированного билирубина при неосложненном течении ТБ — в 19 раз, неконъюгированного — в 1,1 раза, активности ЩФ — в 7,2 раза, γ -ГТП (с подвижностью α и β -глобулинов) — на 37,5 \pm 2,2%, снижением общего — на 19,7 \pm 0,7% и неэстерифицированного — на 11,3 \pm 0,5% компонентов холестерина, ЛПВП — в 1,6 раза ЛПНП — в 1,9 раза, а при развитии ОПечН соответственно — в 27, 2,9, 13,7 раза, на 46,7 \pm 2,6%, на 31,2 \pm 1,2% и 18,9 \pm 0,4%, в 2,8, 3,4 раза по сравнению с контрольными данными ($p < 0,01$).

Выводы. Пик изменения исследованных биохимических параметров на 1—3-е сутки ТБ, при этом выявлена высокой степени корреляционная зависимость между клинической манифестацией, уровнями липидов ($r_{xy} = 0,75 \pm 0,03$; $p < 0,01$), активностью ЩФ и γ -ГТП ($r_{xy} = 0,88 \pm 0,02$; $p < 0,01$), содержанием билирубина ($r_{xy} = 0,81 \pm 0,03$; $p < 0,01$), что явилось достоверным подтверждением развития холестатического синдрома ОПечН у пострадавших с ТСТ.

Синдром гепатодепрессии при острой посттравматической печеночной недостаточности

Розанов В.Е., Болотников А.И., Хайкин И.В.

Клиническая больница № 123, Одинцово

Цель: изучение возможности диагностики гепатодепрессивного синдрома у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой (ТСТ).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 211 пострадавших с ТСТ, у которых развилась травматическая болезнь (ТБ), сопровождающаяся острой печеночной недостаточностью (ОПечН). Возраст пострадавших варьировался от 17 до 63 лет, составляя в среднем 35,1 \pm 1,2 года, 64,5% пациентов были мужчины. Активность «маркеров» гепатодепрессивного синдрома [общая концентрация белка (ОКА), сульфгидрильные (-SH-) группы белков, преальбумин, трансферрин], показатели гемостаза] определяли по рекомендациям ряда авторов [Гуманенко Е. К. и др., 2006; Курбонов К.М. и др., 2008; Chen Yu-ning et al., 2005; Madjdpour S. et al., 2005]. Полученные результаты. При неосложненном течении ТБ выявили снижение ОКА на 14,2 \pm 0,7%, преальбумина — на 26,1 \pm 1,8%, трансферрина — на 19,1 \pm 0,98%, восстановленных -SH-групп — на 34,7%, протромбинового индекса — до 80 \pm 2,5%, тромбоцитов — до 158,2 \pm 8,1 \cdot 10⁹/л, фибринстабилизирующего фактора XIII — на 17,8 \pm 1,5%, АЧТВ — до 30,1 \pm 1,8с, протеина С — на 49,6 \pm 1,7%, а при развитии ОПечН соответственно на 33,2 \pm 2,1%, 43,6 \pm 2,0%, 40,0 \pm 2,2%, 68,5 \pm 3,6%, до 50%, тромбоцитов — до 105,5 \pm 8,9 \cdot 10⁹/л, на 29,4 \pm 1,7%, до 22,1 \pm 1,2с, 61,1 \pm 2,9% по сравнению с контрольными данными ($p < 0,01$).

Выводы. Пик гепатодепрессивного синдрома соответствовал 5—7-м суткам ТБ, причем выше всего оказалась диагностическая значимость индикаторов, связанных с синтезом прокоагулянтов ($r_{xy} = +0,89 \pm 0,004$; $p < 0,001$), протеина С ($r_{xy} = +0,77 \pm 0,01$; $p < 0,01$), преальбумина ($r_{xy} = 0,84 \pm 0,02$; $p < 0,01$), трансферрина ($r_{xy} = 0,81 \pm 0,04$; $p < 0,01$), ОКА ($r_{xy} = 0,82 \pm 0,03$; $p < 0,01$).

Структура заболеваемости ревматическими болезнями населения города Саратова

Романова Н.А., Молчанова Л.И.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Городской ревматологический диспансер, Саратов

Цель: в связи с наличием данных государственной статистики Минздравсоцразвития России о росте заболеваемости взрослого населения ревматическими болезнями (РБ) изучена структура заболеваемости РБ населения г. Саратова за последние 3 года.

Материалы и методы. Анализ отчетов ревматологической службы г. Саратова с 2008 по 2010 гг. Полученные результаты. Выявлено увеличение количества пациентов с РБ по обращаемости: в 2008 г. количество больных составило 67 196 чел. (100%), в 2009 г. — 69 533 чел. (103,5%) и в 2010 г. — 72 111 чел. (107,3%). Показатели заболеваемости РБ на 1000 населения составили: 93,5; 94,8 и 103,5 соответственно. Основное место в структуре РБ занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС): 97,4% (2008 г.), 97,6% (2009 г.) и 97,9% (2010 г.), среди которых преобладает остеоартроз (ОА) — 34,9%; 36,2% и 37,0% соответственно. Показатель заболеваемости ОА на 1000 населения увеличился и составил 32,2; 34,8 и 37,1 соответственно. Показатель заболеваемости анкилозирующим спондилоартритом с 2008 по 2010 гг. составил 0,3 на 1000 населения. Показатель заболеваемости реактивным артритом (РеА) составил 0,5; 0,4 и 0,5 на 1000 населения соответственно. Показатели заболеваемости ревматоидным (РА) и подагрическим артритами увеличились с 2,0 до 2,2 и с 0,5 до 0,9 в 2008 и 2010 гг. соответственно. Показатель заболеваемости псориатическим артритом сохранялся на одном уровне: 0,2. Первичная заболеваемость РБ выявлена у 22 059 чел. в 2008г., у 20 654 чел. в 2009 г. и у 20 199 чел. в 2010 г. Среди РБ преобладают БКМС: 99,97% в 2008, 2009 гг. и 99,99% в 2010 г. Первичная заболеваемость ОА составила от всех БКМС в 2008 г. — 32,4%, в 2009 г. — 32,3% и в 2010 г. — 28,8%, то есть за последние 2 года отмечена тенденция к снижению указанного показателя. Среди других БКМС выросла первичная заболеваемость псориатическим артритом с 0,19% (2008 г.) до 0,44% (2010 г.) и РеА с 0,26% до 0,50% соответственно. Показатель первичного выхода на инвалидность на 1000 населения увеличился незначительно: с 0,09 в 2008 г. до 0,11 в 2010 г. Основная причина инвалидности — БКМС: 66,6% (2008г.); 81,7% (2009г.) и 93,8% (2010 г.); среди них преобладают ОА и РА.

Выводы. В течение 3 лет увеличилась распространенность РБ в г. Саратове (за счет обращаемости), основное место в структуре РБ занимают БКМС, при этом преобладает ОА. Болезни костно-мышечной системы являются одной из главных причин инвалидизации населения.

Сравнительная характеристика клинической картины и нарушений функции внешнего дыхания у больных пневмонией различных возрастных групп

Романова Н.А.

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

Цель: изучить особенности клиники и функции внешнего дыхания (ФВД) у пациентов с пневмонией различных возрастных групп.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 137 пациентов в возрасте от 16 до 78 лет, 81 мужчина и 56 женщин, средний возраст $40,1 \pm 0,6$ лет. Изучены клиническая картина и характер ФВД у лиц с пневмонией моложе 60 (I группа) и старше 60 (II группа) лет.

Методы исследования. общие анализы крови, мочи, мокроты, микробиологическое исследование мокроты, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, спирография и бронхоскопия.

Результаты. Начало заболевания у большинства (92%) пациентов характеризовалось признаками ОРВИ. Пневмония подтверждена рентгенографически у всех больных, установлена ее правосторонняя локализация — у 65%, левосторонняя — у 35% пациентов. Выявлен очаговый характер поражения в I группе у 34%, во II — у 47%, долевым — у 66 и 53% пациентов соответственно. Признаки интоксикации установлены у 82% в I группе и 88% — во II, увеличение СОЭ — у 48 и 29%, лейкоцитоз — у 14 и 12% соответственно. Крепитация обнаружена у 7% в I группе, ослабленное дыхание — у 58% в I и 82% во II группе, жесткое дыхание — у 31 и 12%, влажные хрипы — у 38 и 47%, сухие — у 17 и 70% соответственно. При микробиологическом исследовании мокроты в обеих группах преобладали такие возбудители, как *H. Influenza* и пневмококк. При исследовании ФВД установлено снижение жизненной емкости легких (ЖЕЛ), объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1), пиковой объемной скорости форсированного выдоха (ПСВ), максимальной объемной скорости выдоха на уровне 75%, 50% форсированной ЖЕЛ (МОС75, МОС50) в % от должных величин в обеих группах. Во II группе эти показатели снижены достоверно по сравнению с показателями I группы ($p < 0,05$ — $0,001$), что свидетельствует о более выраженных рестриктивных и обструктивных нарушениях ФВД у пожилых. У 18% пациентов I группы и 65% больных II группы выявлена бронхообструкция, что подтверждено снижением ПСВ, МОС75, МОС50 и МОС25 в I и ОФВ1, ПСВ, МОС75, МОС50 и МОС25 — во II группе ($p < 0,05$ — $0,001$), а также данными бронхоскопии (выявлены признаки хронического бронхита). Выводы. У больных пневмонией разных возрастных групп обнаружены не только рестриктивные, но и обструктивные нарушения. Бронхообструкция выявлена у 18% пациентов трудоспособного возраста и у 65% пожилых, в связи с чем таким больным показаны бронхолитическая терапия и динамический контроль показателей ФВД.

Роль современных методов исследования в ранней диагностике сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин молодого возраста, работающих с вредными производственными факторами

Романова Н.А., Поварова Т.В.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Дорожная клиническая больница, Саратов

Цель и задачи: раннее выявление заболеваний сердечно-сосудистой системы у мужчин молодого возраста, работающих с вредными производственными факторами (шум, вибрация, ночные дежурства), для осуществления мер первичной профилактики.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 114 мужчин в возрасте от 18 до 45 лет, средний возраст $34,2 \pm 0,5$ лет. Помимо общеклинических методов исследования, осуществлялись следующие: холестерин и глюкоза крови, электрокардиография (ЭКГ), холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ, велоэргометрия (ВЭМ), доплерокардиография (ДЭхоКГ), стресс-эхокардиография, чреспищеводная кардиостимуляция, лекарственные пробы, УЗИ почек и щитовидной железы. Результаты. При обследовании установлены

следующие диагнозы: практически здоров — 13 чел., миокардитический кардиосклероз — у 1 чел., нейроэндокринная миокардиодистрофия — у 1 чел., гипертрофическая кардиомиопатия — у 1 чел., пролапс митрального клапана — у 1 чел., ревматические пороки сердца — у 2 чел., врожденная аномалия развития сердца — у 8 чел., врожденные пороки сердца — у 8 чел., вегетососудистая дистония — у 35 чел., артериальная гипертензия (АГ) I и II стадии — у 39 чел., АГ в сочетании с ИБС — у 3 чел., ИБС — у 2 чел. При ХМ ЭКГ выявлена единичная или редкая экстрасистолия у 48,2% пациентов. Частая желудочковая экстрасистолия обнаружена при ХМ ЭКГ у 2,6% обследованных лиц. Другие сложные нарушения ритма и проводимости (пароксизмальная наджелудочковая тахикардия, узловой ритм, миграция водителя ритма по предсердиям, синоаурикулярная блокада II степени) зарегистрированы у 10,5% обследованных. Среди 42 пациентов с АГ I — II стадии у 3 из них при проведении ХМ ЭКГ и ВЭМ впервые выявлена скрытая коронарная недостаточность.

Выводы. У 88,6% мужчин молодого возраста, работа которых связана с вредными производственными факторами, выявлены различные заболевания сердечно-сосудистой системы, в том числе в 34,2% случаев АГ I–II стадии, в 2,6% — АГ в сочетании с ИБС, в 1,8% — ИБС; среди больных артериальной гипертензией в 7,1% случаев обнаружена скрытая коронарная недостаточность; у 13,1% обследованных установлены сложные нарушения сердечного ритма и проводимости. Все это дает основание утверждать необходимость проведения более углубленного обследования указанной категории лиц для выявления заболеваний сердечно-сосудистой системы и уточнения профпригодности согласно ведомственному приказу, а также для осуществления мер первичной профилактики.

Апоптоз нейтрофилов и его связь с провоспалительными цитокинами у больных различными формами красной волчанки и склеродермии

Романова Н. В., Капрельянц Е. Ю., Шилкина Н. П.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

Исследование иммунопатогенеза различных форм диффузных болезней соединительной ткани с целью поиска новых методов лабораторной диагностики для дифференциации интегументной красной волчанки (ИКВ) и системной красной волчанки (СКВ), а также системной склеродермии (ССД) и ограниченной склеродермии (ОСД) представляет научный и практический интерес.

Цель: исследование апоптоза нейтрофилов у больных СКВ, ИКВ, ССД, ОСД и его связей с провоспалительными цитокинами — интерлейкином-1 β (IL-1 β), интерлейкином-6 (IL-6) и фактором некроза опухоли (TNF- α).

Материалы и методы. Обследовано 235 человек, в том числе 143 больных СКВ, 34 — ИКВ (дискоидная форма), 24 — ССД (лимитированная форма), 34 — ОСД (бляшечная форма) в возрасте от 20 до 60 лет. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц того же возраста и пола. Исследованы экспрессия антигена CD95+ на нейтрофилах иммунофлюоресцентным методом, содержание в них ДНК микроцитотометрическим методом, уровни сывороточного IL-1 β , IL-6 и TNF- α иммуноферментным методом.

Результаты. Содержание CD95+ нейтрофилов было достоверно выше у всех больных красной волчанкой по сравнению с данными группы контроля. При ИКВ количество CD95+ нейтрофилов достоверно превышало аналогичный показатель больных СКВ. Констатировано уменьшение числа CD95+ нейтрофилов с увеличением активности процесса при СКВ. Количество CD95+ нейтрофилов было выше

у больных ОСД и ССД, чем у здоровых лиц. У пациентов с ОСД количество клеток было больше, чем при ССД. Содержание ДНК в нейтрофилах у всех обследованных пациентов по сравнению с аналогичным показателем здоровых лиц было снижено. С нарастанием активности процесса при СКВ и ССД показатели теста достоверно уменьшались. Хроническое течение СКВ сопровождалось увеличением содержания ДНК в нейтрофилах. У больных ИКВ и СКВ увеличены уровни сывороточных интерлейкинов по сравнению с группой контроля. Разница в содержании интерлейкинов при ИКВ и СКВ касалась только TNF- α , содержание которого было достоверно выше при СКВ. Продемонстрированы корреляционные связи между показателями апоптоза и провоспалительных цитокинов. Выводы. Проведенные исследования демонстрируют сходство и различия процессов апоптоза при кожных и системных формах болезни соединительной ткани.

Структурно-функциональные особенности сердца у больных с метаболическим синдромом, осложненным коронарным атеросклерозом

Романова Т.А., Воевода М.И., Петрова И.Р.

Республиканская больница № 1, Национальный центр медицины, Якутский научный центр, Институт терапии, Якутск, Новосибирск

Цель исследования: оценка влияния метаболического синдрома (МС) у больных с ИБС на структурно-функциональное состояние миокарда.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 113 пациентов с ИБС жителей Якутии. Из них, 60 пациентов имели МС до клинических проявлений ИБС (1 группа), у 53 пациентов МС не отмечалось (2 группа). Средний возраст пациентов 1 группы достоверно не отличался от возраста пациентов 2 группы ... Пациенты обеих групп были сопоставимы по степени артериальной гипертензии (АГ), клиническим проявлениям ИБС, инфаркту миокарда в анамнезе, ФК стенокардии. Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование с измерением антропометрических показателей. Для оценки состояния функции миокарда левого желудочка (ЛЖ) проводили эхокардиографию (ЭХОКГ). Рассчитывали массу миокарда ЛЖ по формуле R.V. Devereux. Наличие МС оценивали в соответствии с рекомендациями ВНОК по диагностике и лечению МС (2009 г.).

Результаты. При сопоставлении показателей ЛЖ у пациентов с ИБС и МС и пациентов с ИБС без МС выявлены статистически значимые различия по толщине задней стенки в систолу и диастолу (ТЗСЛЖС и ТЗСЛЖ), толщине межжелудочковой перегородки в систолу и диастолу (ТМЖПС и ТМЖПД). Так, у пациентов с ИБС и МС эти показатели были достоверно выше показателей у пациентов без МС.

Таблица 1. Сравнение структурно-функциональных параметров ЛЖ у пациентов с ИБС в зависимости от проявлений МС

Показатель	1 группа (n=60)	2 группа (n=53)	p
ТЗСЛЖД, см	1,14±0,03	1,03±0,02	0,001
ТЗСЛЖС, см	1,50±0,03	1,41±0,02	0,021
ТМЖПД, см	1,18±0,04	1,07±0,03	0,026
ТМЖПС, см	1,55±0,04	1,46±0,02	0,040
КДР, см	5,47±0,07	5,35±0,09	0,294
КСР, см	3,50±0,08	3,50±0,09	0,994
ММЛЖ, г	308,14±11,98	257,42±9,36	0,001
ФВ, %	59,82±0,76	60,32±1,25	0,722

Средний показатель массы миокарда у пациентов с проявлениями МС составил 308,14 ±11,98 и также был достоверно выше массы миокарда у пациентов без МС — 275,42±9,36 (p=0,001).

Выводы. МС оказывает влияние на изменение структурно-функциональных параметров ЛЖ, проявляющееся увеличением линейных размеров ЛЖ и увеличением массы миокарда. Появление структурно-функциональных изменений у пациентов с проявлениями МС свидетельствует о возможном влиянии гиперинсулинемии вследствие инсулинорезистентности на процесс гипертрофии миокарда. В заключение следует отметить, что пациенты с ИБС, у которых на ЭХОКГ была выявлена гипертрофия миокарда ЛЖ, нуждаются в проведении обследования с целью выявления МС.

Особенности артериальной ригидности в остром периоде инфаркта миокарда

Ромашова А.А., Козырев О.А.

Смоленская государственная медицинская академия, Смоленск

Цель и задачи: определить значение СРПВ в аорте (ао) у мужчин с острым инфарктом миокарда (ОИМ), выявить факторы, влияющие на показатели артериальной ригидности у данной группы больных.

Материалы и методы. С помощью монитора артериального давления VPLab Vasotens (ООО «Петр Телегин», Россия) проведен ангиоскрининг мужчин с ОИМ (n=72; средний возраст 56±11 лет): 44 человека с QИМ (61,1%), у 22 QСИМ (30,6%), у 6 nonQИМ (8,3%).

Результаты. Среднее значение СРПВао составило 7,9±0,68 м/с (N ≤ 7,2 м/с), при этом нормальные значения зарегистрированы у 3 человек (4,2%), повышенные — у 69 (95,8%), из них у 52 (72,2%) СРПВао было повышено ≤ 1 м/с, у 17 (23,6%) — > 1 м/с. У лиц до 40 лет (n=5, 6,9%) СРПВао составило 7,8±0,47 м/с, у пациентов 40 — 59 лет (n=40, 55,6%) — 7,9±0,59 м/с, 60 и > лет (n=27, 37,5%) — 8,1±0,82 м/с. В зависимости от глубины некроза регистрировались следующие показатели: СРПВао у пациентов с QСИМ (n=22, 30,6%) — 7,9±0,64 м/с, с QИМ (n=44, 61,1%) — 8,0±0,72 м/с, с nonQ (n=6, 8,3%) — 7,5±0,18 м/с, что ниже, чем при QS и QИМ (p=0,02). У больных с отягощенной наследственностью по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ) (n=62, 86,1%) средняя СРПВао — 8,0±0,69 м/с, без отягощенной наследственности (n=10, 13,9%) — 7,4±0,16 м/с (p<0,01); у курильщиков (n=49, 68,1%) — 8,0±0,71 м/с, некурящих (n=23, 31,9%) — 7,8±0,62 м/с; у пациентов с ожирением (n=26, 36,1%) — 8,4±0,84 м/с, с нормальной массой тела (n=46, 63,9%) — 7,7±0,37 м/с (p<0,01); в группе больных с артериальной гипертензией (АГ) (n=65, 90,3%) — 8,0±0,70 м/с, нормальными цифрами АД (n=7, 9,7%) — 7,5±0,24 м/с (p<0,05); с гиперхолестеринемией (n=42, 58,3%) — 7,9±0,59 м/с, нормальным уровнем холестерина крови (n=30, 41,7%) — 7,9±0,81 м/с; у пациентов с гипергликемией (n=10, 13,9%) — 8,1±0,71 м/с, нормальным уровнем глюкозы крови (n=62, 86,1%) — 7,9±0,69 м/с; у больных с ССО в анамнезе (ИМ, ОНМК) (n=23, 31,9%) — 8,6±0,79 м/с, без ССО в анамнезе (n=49, 68,1%) — 7,6±0,31 м/с (p<0,05). Выделены 2 группы по количеству факторов риска (ФР): 1-я — пациенты с наличием ≤ 3 ФР (n=26, 36,1%), 2-я — > 3 ФР (n=46, 63,9%). Средняя СРПВао в 1-й группе составила 7,5±0,20 м/с, во 2-й — 8,2±0,70 м/с (p<0,05).

Выводы. У мужчин с ОИМ отмечается повышение СРПВао, причем у 23,6% больных зарегистрировано значительное повышение данного показателя (>1 м/с). На СРПВао влияют: ССО в анамнезе, ожирение, отягощенная наследственность, АГ, количество факторов риска ССЗ.

Висцеральные поражения при инфекционном эндокардите наркоманов

Рощина А.А.

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

В последнее десятилетие отмечен рост заболеваемости инфекционным эндокардитом (ИЭ), в том числе у потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) ежегодно (5-6%). Идея. Изучение клинических проявлений, в том числе висцеральных поражений позволит улучшить качество диагностики ИЭ у ПИН.

Цель: изучение клинических особенностей, гемодинамических параметров, традиционных маркеров воспаления при ИЭ у ПИН. Обследовано 35 ПИН с достоверным ИЭ нативных клапанов (33 мужчины, 2 женщины, средний возраст $31,34 \pm 5,35$ года). Всем больным проведено бактериологическое исследование крови, трансторакальная ЭХОКГ, количественное определение С-реактивного протеина (СРП). Результаты. Подострое течение ИЭ наблюдалось у 65,7%, острое — у 34,3% ($\chi^2=6,91$, $p<0,01$). Трикуспидальная локализация ИЭ отмечена у 34 больных (97,2%), аортальная — у 1 (2,8%), сочетанное поражение трикуспидального и аортального клапанов — у 5 (14,3%). Из 18 больных с положительной гемокультурой у 15 (83,3%) выделен *Staphylococcus aureus*. У большинства пациентов установлены внесердечные проявления ИЭ, особенно легких — 28 (80%) и почек — 31 (88,6%). Миокардит диагностирован у 18 (51,4%), менингит — у 3 (8,6%). Антибактериальную терапию в первые две недели не получали 24 больных (68,5%) вследствие поздней обращаемости в лечебные учреждения. Миокардит выявлен только среди этих пациентов. Легочная гипертензия отмечена у всех больных (систолическое давление в легочной артерии $42,67 \pm 21,31$ мм рт.ст.). Обнаружены различия диастолических размеров правых отделов сердца при подостром и остром течении ИЭ (размер правого предсердия при подостром ИЭ $4,63 \pm 0,65$ см vs при остром ИЭ $4,09 \pm 0,70$ см, $p<0,05$, правого желудочка — $3,28 \pm 0,60$ и $2,97 \pm 0,60$ см соответственно, $p=0,06$). Установлены корреляция между уровнем СОЭ и размером клапанных вегетаций, позитивной гемокультурой ($R=0,49$, $p<0,01$; $R=0,51$, $p<0,01$), а также взаимосвязь уровня СРП с частотой эмболий ($R=0,44$, $p<0,05$) и длительности лихорадки с частотой внутрисердечных абсцессов ($R=0,86$, $p<0,01$).

Заключение. Преобладающими висцеропатиями при ИЭ ПИН является поражение легких и почек. Отсутствие ранней адекватной антибактериальной терапии, возможно, определяет риск развития миокардита у ПИН с ИЭ. СРП адекватно характеризует активность клапанной инфекции при ИЭ у ПИН.

Изменения эндотелиальной функции у здоровых и у больных артериальной гипертензией с различным психоэмоциональным фоном во время проведения манжеточной пробы

Рубанова М.П., Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Бондаренко В.С., Кулик Н.А.

Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, Институт медицинского образования, Великий Новгород

Цель: изучить особенности эндотелиальной функции (ЭФ) у здоровых и у больных артериальной гипертензией (АГ) II ст. в зависимости от состояния психоэмоционального фона.

Материалы и методы исследования. Обследованы три группы: 9 практически здоровых лиц с нормальным психоэмоциональным фоном (ПЭФ); 10 больных АГ II ст. (ЕОК/ЕОАГ, 2007) мужчин и женщин с нормальным ПЭФ и 15 больных АГ II ст. мужчин и женщин с субклинической депрессией. Средний возраст обследованных составил $50,2 \pm 1,1$ лет. Для оценки психоэмоционального фона (ПЭФ) использованы психометрические шкалы: а) шкала депрессии CES-D (Central for Epidemiologic Studies-Depression); б) шкала Бэка (Beck Depression Inventory); в) госпитальная шкала депрессии и тревоги — HADS. К «депрессантам» относились те больные АГ, у которых в ходе психометрического анкетирования по двум из трех шкал выявлялась субклиническая депрессия. Всем обследованным проводилась манжеточная проба (МП) на эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД), которую проводили по методу, предложенному Д. Целеймайром в 1992 г. (проба с реактивной гиперемией). Исследование проводили дважды в течение дня (в 7.30, 14.00 и 20.00 часов). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы Statistica 6,0. Результаты исследования показали, что у здоровых в течение дня нарушений ЭФ не зарегистрировано. В общей группе больных АГ нарушения ЭФ выявлены в утренние часы — в 8% случаев, в обед в 24% и вечером — в 28% случаев. Достоверных различий в частоте нарушений ЭФ в течение дня между двумя группами больных АГ выявлено не было. В методических рекомендациях по оценке результатов МП верхняя граница прироста диаметра ПА не указывается. Нам представилось интересным исследовать число больных АГ со значительным (на 20% и более) приростом диаметра ПА при МП. Полученные результаты показали, что число обследованных с показателем ЭЗВД $\geq 20\%$ составило 24,4% у больных АГ с субклинической депрессией и 29,6% в группе здоровых, тогда как в группе больных АГ с нормальным ПЭФ такие пациенты выявлены всего в 3,3% случаев ($p<0,05$). То есть число пациентов с «избыточной» ЭФ в группе больных АГ с нормальным ПЭФ в 8-9 раз меньше, чем в группе больных АГ с субклинической депрессией и в группе контроля. Полученные данные сопоставимы с результатами наших прежних исследований, когда на нагрузочные пробы (холодовую, психоэмоциональную) больные с субклинической депрессией реагировали ваготонической реакцией со снижением АД и уменьшением ЧСС. МП также является нагрузочной пробой с характерной для этой категории больных АГ ваготонической реакцией сосудов.

Клиническая эффективность реканализации хронических окклюзий коронарных артерий при низкой фракции выброса левого желудочка

Рузанов И.С., Шитиков И.В., Титков И.В., Санбаев А.К., Журавель М.С., Олейник А.О., Бобров А.В.

Саратовский научно-исследовательский институт кардиологии, Саратов

Цель: оценить непосредственную и отдаленную клиническую эффективность реканализации хронических окклюзий коронарных артерий (ХОКА) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и низкой фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) сравнительно с тактикой консервативного лечения.

Материалы и методы. Включено 45 больных ИБС с выявленным при коронарографии поражением в виде ХОКА. Мужчин 34, женщин 11. Средний возраст 56 ± 7 лет. Все пациенты в анамнезе перенесли крупноочаговый инфаркт миокарда в бассейне окклюзированной артерии, получали стандартную антиангинальную терапию и имели

клиническую симптоматику стенокардии 1-3 функционального класса (ФК), выявленную при клиническом обследовании и по данным нагрузочных ЭКГ-проб. По результатам ЭХО-КГ, ФВ ЛЖ составила от 30 до 40% (34±2,5%). У всех имелись очаги гипо- и акинезии в бассейне окклюзированной артерии. В зависимости от тактики лечения выделено 2 группы пациентов. В группу 1 вошло 25 больных, которым была выполнена попытка реканализации ХОКА. К группе 2 отнесены 20 больных, оставшихся на консервативном лечении. Результаты. В группе 1 ангиографический успех достигнут у 22 больных. У 11 пациентов с мультифокальным поражением выполнена полная анатомическая или неполная анатомическая, но функционально адекватная реваскуляризация. Непосредственный клинический успех достигнут у всех 22 больных. Отсутствие клинических симптомов стенокардии и объективных признаков ишемии миокарда отмечено у 14, снижение ФК стенокардии на 2 при сохранении объективных признаков ишемии миокарда – у 8. В отдаленном периоде (через 12 месяцев) клинический успех (сохранение достигнутых клинических результатов) отмечен у 18 пациентов из 22 (81%). Инфаркт миокарда –1, возврат клиники стенокардии –1, повышение ФК стенокардии –1. Отмечено повышение ФВ ЛЖ до 39±2%. У 8 из 14 пациентов (57,1%) отмечено уменьшение зон гипокинезии в бассейне ХОКА. У 4 больных с акинезией изменений локальной сократимости не было. В группе 2 в отдаленном периоде сохранение достигнутых клинических результатов отмечено у 17 больных (85%). Инфаркт миокарда –1, нестабильная стенокардия –1, повышение ФК стенокардии –1. ФВ ЛЖ составила 35±3%. Изменений локальной сократимости не отмечено (акинезия –5, гипокинезия –12).

Выводы. Реканализация ХОКА при низкой ФВ ЛЖ позволяет улучшить клиническое состояние пациентов как в непосредственном, так и в отдаленном периоде, а также улучшить глобальную и локальную сократимость миокарда, однако не снижает частоты больших кардиальных событий.

Инфаркт миокарда у женщин пожилого и старческого возраста

Рыжова Т.А., Бичан Н.А.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, Новокузнецк

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний сердечно-сосудистой системы и, что еще более важно, именно эта форма патологии в значительной степени определяет уровень летальности в популяции. Одной из современных тенденций является увеличение продолжительности жизни людей и связанный рост общей численности пожилого населения. Особенности России в том, что старшая возрастная группа населения представлена в основном женской популяцией. При этом особенности течения, лечения и прогноза ИБС у данной категории населения практически изучены мало. В исследование включены 217 женщин, перенесших Q-позитивный и Q-негативный инфаркт миокарда (ИМ) в возрасте от 34 до 89 лет. Диагноз ОИМ устанавливался согласно критериям ВОЗ. Все больные были разделены на 2 группы. Первая группа включала в себя 79 пациенток в возрасте от 30 до 59 лет, средний возраст 51,7±5,9 лет. Вторая группа — 138 женщин от 60 до 89 лет, средний возраст 71,8 ±6,9 лет. Дебютом ИБС у лиц пожилого и старческого возраста чаще встречалась стенокардия напряжения (89±2,7%), что было достоверно больше, чем в первой группе (38±5,5%, p<0,001). В то время как ОИМ в дебюте заболевания чаще встречался у женщин среднего

возраста: 62±5,5% против 11±2,7%, первичный ОИМ преобладал у пациенток первой группы (94,3±2,6% против 75±3,7%), а повторный у женщин второй группы (25,0±3,7% против 5,0±2,4%, p<0,001). По глубине поражения трансмуральный ИМ чаще встречался у пациенток пожилого и старческого возраста, чем у женщин среднего возраста (25,7±3,7% против 16,5±4,2%), крупноочаговый ИМ также чаще наблюдался во второй группе, чем в первой (48,5±4,3% и 31,6±5,2% соответственно). При этом мелкоочаговый ОИМ чаще наблюдался в группе женщин среднего возраста (52,6±5,6% против 26,8±3,8%, p<0,01). По локализации поражения миокарда у пациенток второй группы чаще наблюдался ИМ переднеперегородочной локализации (21,7±3,5%), а также циркулярное поражение всех стенок левого желудочка (5,8±1,9%), что достоверно больше чем в первой группе (12,7±3,7% и 1,3±1,2% соответственно), тогда как в первой группе женщин чаще встречается поражение нижней стенки левого желудочка (29,1±5,1% и 10,9±2,7%, p<0,05 соответственно). Течение ОИМ у женщин пожилого и старческого возраста достоверно чаще осложнялось острой сердечной недостаточностью (ОСН) 3-4 ФК по Киллип (22,6±3,3% против 8,8±2,1%, p<0,001). Вместе с тем ранняя постинфарктная стенокардия чаще наблюдалась у женщин среднего возраста (43±5,6% против 19,6±3,4%, p<0,001). Жизненно угрожаемые желудочковые нарушения ритма и пароксизмы фибрилляции предсердий также чаще регистрировалось у пациенток второй группы (21,7±3,5%), чем в первой (7,6±2,9%, p<0,001). Статистически значимых различий между группами по нарушению проводимости (8,9% и 5,0%), и образованию острой аневризмы (7,6% и 9,4%) не наблюдалось. Такое осложнение, как синдром Дресслера, регистрировалось только у 3,8% пациенток первой группы и не наблюдалось во второй. Вместе с тем разрыв стенки левого желудочка регистрировался только у пациенток пожилого и старческого возраста (9,4%). Летальность от инфаркта миокарда в первой группе женщин составила 3,8%, во второй группе 28,9%. Основными причинами смерти у женщин среднего возраста была острая сердечная недостаточность (ОСН), тогда как у женщин пожилого и старческого возраста ОСН и разрыв миокарда с гемотампонадой, что не наблюдалось в первой группе. Тромболитическая терапия в 2 раза чаще проводилась у пациенток среднего возраста, чем у пожилых (в 8,2% случаев против 3,4%). Точно так же и коронарография в 2 раза чаще выполнялась женщинам среднего возраста (34,2±5,3%), чем пожилым (18,8±3,3%) и особенно старческого (0,5%). Однососудистое поражение коронарных артерий чаще встречалось у пациенток первой группы, чем во второй (55,6±5,6% и 23±3,3%, p<0,001). Тогда как трехсосудистое поражение коронарного русла достоверно чаще наблюдалось у женщин второй группы (42,3±4,2% против 22,2±4,7%, p<0,001). По двухсосудистому поражению статистической разницы между группами не наблюдалось (29,6% в первой группе и 30,8% во второй).

Предиабетические состояния и сахарный диабет у пациентов с безболевым ишемией миокарда

Ряполова Е.А., Нечаева Г.И., Притыкина Т.В.

Омская государственная медицинская академия, Омск

Цель: охарактеризовать состояние углеводного обмена у пациентов с безболевым ишемией миокарда (БИМ). Задачи: определить уровень глюкозы крови и гликированного гемоглобина (HbA1c), и выявить возможные нарушения углеводного обмена (НУО) в исследуемой группе пациентов.

Материалы и методы. Обследовано 65 пациентов с эпизодами БИМ (основная группа), 65 пациентов с классическими приступами

стенокардии (группа сравнения) и 50 пациентов, не страдающих ишемической болезнью сердца (контрольная группа). Пациенты всех групп были сопоставимы по возрастному-половому составу и индексу массы тела. Исследование углеводного обмена включало: определение уровня глюкозы плазмы крови пре- и постпрандиально гексокиназным методом; проведение орального глюкозотолерантного теста (ВОЗ 1999 г.); оценку уровня HbA1c ионообменным методом. В исследуемых группах устанавливалось наличие сахарного диабета (СД), нарушение гликемии натощак (НГН), нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), сочетание НГН с НТГ. Сравнение показателей трех групп проводилось с помощью критерия Краскела-Уоллиса, попарное сравнение качественных переменных всех групп — с помощью χ^2 . Результаты. В основной группе НУО выявлены у 40% пациентов, в группе сравнения у 18,5%, в контрольной группе у 12% ($p=0,001$). Статистически значимые различия выявлены при изучении частоты выявления СД ($p=0,019$) и HbA1c ($p=0,001$). Частота НГН и НТГ не имела значимых различий между группами. При попарном сравнительном анализе установлено, что СД чаще встречался у пациентов с БИМ, чем в группе сравнения ($p=0,016$) и в группе контроля ($p=0,010$). Повышение уровня HbA1c также достоверно чаще диагностировалось в основной группе ($p=0,017$) и группе сравнения ($p=0,001$). В 2,5% случаев выявлено изолированное повышение HbA1c у пациентов с исходной нормогликемией. Установлено, что в 5% случаев уровень HbA1c оставался в пределах нормы у лиц с НУО, что требует дальнейшего обследования.

Выводы. У пациентов с эпизодами БИМ предиабетические состояния в виде различных НУО (НГН, НТГ) и СД встречаются статистически значимо чаще, чем в группах сравнения и контроля. Показатель HbA1c не может служить оценочным критерием НУО без учета уровня глюкозы крови.

Влияние хондроитин сульфата на функциональный статус больных гонартрозом и коксартрозом

Савелова Е.Е., Майко О.Ю., Попова Л.В.

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург

Цель: оценить в сравнительном аспекте влияние 3-месячного курса терапии хондроитин сульфатом (структум) на функциональный статус больных гонартрозом (ГА) и коксартрозом (КА).

Материалы и методы. В исследование было включено 40 больных ГА ($n=22$) и КА ($n=18$) (по критериям ACR), из которых 30 женщин, с выраженностью болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) ≥ 40 мм (средн. ВАШ-74,2 \pm 15,1 мм). Средний возраст пациентов — 53,2 \pm 7,8 лет, средняя длительность заболевания — 6,2 \pm 3,9 года. I стадия остеоартроза (ОА) по Kellgren-Lawrence отмечалась у 13 (32,5%), II — у 16 (40%) и III — у 11 (27,5%) больных. Ультразвуковые признаки синовита присутствовали у 6 (15%) пациентов, тендинита — у 6 (15%) и сочетанного поражения — у 28 (70%). Всем пациентам назначался хондроитин сульфат (структум) в суточной дозе 1000 мг в течение 3 месяцев. Функциональное состояние пораженных суставов оценивали по функциональным индексам Лекена и WOMAC. Исходные показатели индекса Лекена были при ГА 15,8 \pm 4,3, при КА 16,1 \pm 4,4, индекса WOMAC 128,4 \pm 34,2 и 139,8 \pm 43,6 соответственно. Результаты. В течение 3 месяцев лечения отмечалось улучшение функционального состояния суставов, о чем свидетельствовало уменьшение значений функционального индекса Лекена на 59,7% ($p=0,0014$) при ГА и 32,5% ($p=0,0033$) при КА. Показатели «ночные

боли» и «утренняя скованность» также снизились. Так, ночные боли в пораженных суставах через 3 месяца лечения уменьшились на 72,2% при ГА и 55,5% при КА ($p<0,05$), показатели утренней скованности на 63,6% при ГА и 44,4% при КА ($p<0,05$) и «стартовые боли» на 36% при ГА и 30% при КА ($p<0,05$). Отмечалось также снижение показателей суммарного индекса WOMAC и его субшкал (боли, утренняя скованность и функциональность) на 50%, 52%, 67,2%, 44,5% соответственно при ГА и 36,3%, 34%, 41,4%, 36,3% соответственно при КА ($p<0,05$). Для больных ГА и КА тяжелее было выполнять «спуск/подъем по лестнице», «наклон к полу», «подъем/выход из ванны», «подъем с постели», «посадка/высадка из автомобиля» и «напряженная работа по дому», но выраженность затруднений была больше при КА, чем при ГА. Через 3 месяца терапии затруднения уменьшились при ГА на 41,2%, при КА на 32,7% ($p<0,05$).

Вывод. На фоне 3-месячного курсового лечения больных ОА I-III стадий с использованием структурта, наилучшие результаты по влиянию на функциональный статус были получены при гонартрозе, чем при коксартрозе.

Взаимосвязь функционального состояния больных гонартрозом и коксартрозом с рентгенологической стадией заболевания

Савелова Е.Е., Майко О.Ю., Попова Л.В.

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург

Цель: сравнить зависимость функционального состояния больных гонартрозом (ГА) и коксартрозом (КА) от рентгенологической стадии заболевания.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 50 амбулаторных больных остеоартрозом (ОА) (по критериям ACR) с выраженностью болевого синдрома $40 \geq$ мм по визуальноаналоговой шкале (ВАШ). ГА был у 26 больных, КА — у 24. Средний возраст пациентов составлял 53,6 \pm 7,8 лет, средняя длительность заболевания — 6,0 \pm 3,5 лет. Преобладали женщины (80%). Оценка болевого синдрома проводили по ВАШ в покое и при ходьбе, функционального состояния пораженных суставов по индексу Лекена, WOMAC и его 3 субшкалам. У 8 (30,8%) больных ГА и 7 (29,2%) КА определялась I стадия по Kellgren-Lawrence, II стадия — у 13 (50%) и 12(50%), III стадия — у 5 (19,2%) и 5 (20,8%) соответственно. По данным ультразвукового исследования пораженных суставов в 30% случаев присутствовали признаки синовита, в 48% — тендинита, в 22% — сочетание признаков. Пациенты с ГА и КА были сопоставимы по демографическим и исходным клиническим показателям.

Результаты. Проведенный корреляционный анализ показал прямую зависимость интенсивности болевого синдрома по ВАШ при ходьбе ($r=0,46$, $p=0,005$ при ГА, $r=0,68$, $p=0,00001$ при КА) и в покое ($r=0,37$, $p=0,03$ при ГА и $r=0,66$, $p=0,00003$ при КА) от стадий заболевания. Показатели функциональных индексов Лекена и WOMAC тоже прямо коррелировали со стадиями ОА ($r=0,63$, $p=0,0001$ при ГА, $r=0,72$, $p=0,00002$ при КА и $r=0,54$, $p=0,0008$ при ГА, $r=0,66$, $p=0,00003$ при КА соответственно), а также показатели субшкал («боль», «ригидность» и «функциональность») индекса WOMAC ($r=0,49$; 0,74; 0,56 при ГА и $r=0,76$; 0,78; 0,73 при КА соответственно ($p<0,05$)). При I стадии ГА, по сравнению с КА, отмечался достоверно более выраженный болевой синдром по ВАШ при ходьбе и в покое ($p=0,049$ и $p=0,015$), по показателям индексов Лекена и WOMAC различий не отмечалось ($p=0,56$ и $p=0,25$). Уже при II стадии все параметры были хуже ($p<0,05$) у больных КА, чем ГА. При III стадии все параметры были хуже, чем

при I стадии ($p < 0,05$), как у больных ГА, так и КА и не отличались ($p > 0,05$) в зависимости от локализации ОА.

Вывод: Функциональное состояние больных ГА и КА напрямую зависит от стадии заболевания, причем наиболее выраженные изменения альго-функционального статуса отмечаются у больных КА по сравнению с ГА уже на II стадии заболевания.

Электрокардиографические изменения при хронических гепатитах и циррозах печени

Савельева Т.В., Пименов Л.Т., Ежов А.В., Чернышова Т.Е., Иванов Л.А.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель: оценить электрокардиографические (ЭКГ) изменения при хронических гепатитах и циррозах печени. Материал и методы. Обследовано 50 пациентов в возрасте 25-68 лет (средний возраст — $48,4 \pm 12,4$ года) с диффузными заболеваниями печени без сопутствующей кардиологической патологии: 28 пациентов с циррозами печени (ЦП) класса В-С по Child-Pugh (1-я группа) и 22 больных с хроническими гепатитами (ХГ) вирусной и алкогольной этиологии (2-я группа). В контрольную группу вошли 15 практически здоровых лиц в возрасте от 25 до 65 лет. Запись ЭКГ осуществлялась в состоянии покоя в 12 отведениях по стандартной методике. Суточное мониторирование ЭКГ выполнялось на холтеровской системе ЭКГ «ДМС» (Россия). Результаты. По данным ЭКГ синусовая брадикардия определялась у 8 (28,6%) пациентов с ЦП и у 7 (31,8%) больных с ХГ; синусовая тахикардия — у 15 (53,6%) и 8 (36,4%), ($p < 0,05$), нарушения ритма в виде наджелудочковой экстрасистолии — у 6 (21,4%) и 5 (22,7%), желудочковой экстрасистолии — у 4 (14,3%) и 3 (13,6%) пациентов соответственно. Нарушения проводимости в виде атриовентрикулярной блокады 1-2 степени имели место у 4 (14,3%) больных 1-й группы и у 5 (22,7%) пациентов 2-й группы, неполной блокады правой ножки пучка Гиса — у 7 (25%) и 3 (13,6%) больных соответственно. Низковольтная ЭКГ имела место у 6 (21,4%) пациентов с ЦП. Нарушения процессов реполяризации были зарегистрированы у 16 (84,2%) больных 1-й группы и у 9 (39%) пациентов 2-й группы ($p < 0,05$), в контрольной группе — у 3 (20%) обследованных. Снижение амплитуды зубца Т определялось у 3 (10,7%) больных с ЦП; в этой же группе у 5 пациентов было зафиксировано удлинение интервала QT. Согласно данным суточного мониторирования ЭКГ ЧСС в дневное и ночное время была достоверно выше у пациентов с ЦП, чем у больных с ХГ. Наджелудочковая экстрасистолия регистрировалась у 16 (57,1%) пациентов 1-й группы и у 12 (54,5%) больных 2-й группы, желудочковая экстрасистолия — у 8 (28,6%) и 2 (9,1%) пациентов ($p < 0,05$); нарушения проводимости в виде переходящей атриовентрикулярной блокады 1-2 степени определялись у 8 (28,5%) и 4 (18,2%) больных соответственно ($p < 0,05$). Частота нарушений ритма увеличивалась с возрастом в обеих группах. Снижение variability сердечного ритма определялось у большинства больных с ЦП, у 9 (41%) пациентов с ХГ, у 5 (33,3%) обследованных контрольной группы. Субмаксимальной ЧСС не достигли 20 (71,4%) больных 1-й группы и 7 (31,8%) пациентов 2-й группы. Ишемические изменения были зарегистрированы у 2 (7%) больных с ЦП. Таким образом, у больных с ХГ и ЦП определяются ЭКГ изменения в виде некоторых нарушений ритма, проводимости, нарушения процессов реполяризации миокарда, а также повышения ЧСС в дневное и ночное время, в большей степени выраженные при ЦП, чем при ХГ.

Изменение артериального давления и диурез у женщин с первичной (эссенциальной) артериальной гипотонией

Савенков М.П., Постникова З.В., Иванов С.Н., Савенкова А.М.

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

С целью изучения взаимосвязи между изменением АД и диуреза у 52 женщин репродуктивного возраста ($37,4 \pm 5,8$ лет) с первичной артериальной гипотонией ($AD \leq 110/70$ мм рт.ст.) проведено комбинированное суточное мониторирование АД и диуреза с анализом изменения показателей в утреннем, полуденном, вечернем и ночном интервалах в зависимости от фаз менструального цикла. В результате исследования выявлено более выраженное снижение АД в преовуляторной (фолликулиновой) по сравнению с постовуляторной (лютеиновой) фазой менструального цикла (гипотонические систолический и диастолический индексы времени соответственно: $41 \pm 6,4\%$ vs $29 \pm 5,1\%$ и $54 \pm 8,1\%$ vs $36 \pm 6,3\%$; $P < 0,05$). Более выраженное снижение АД отмечено как в дневные, так и ночные периоды суток. Снижение АД сопровождалось увеличением с $72 \pm 11,8$ до $93 \pm 8,8$ среднесуточной ЧСС ($P < 0,05$), без изменения variability ЧСС. Снижение АД в фолликулиновой фазе менструального цикла происходило на фоне уменьшения суточного потребления жидкости (1156 ± 96 мл vs 1378 ± 102 мл) и увеличения диуреза ($93 \pm 8,8\%$ vs $72 \pm 11,8\%$) $P < 0,05$. Выявленная высокая обратная корреляционная зависимость между величиной диуреза и АД, позволяет рассматривать гормонально-зависимое изменение водного баланса в качестве одной из причин формирования артериальной гипотензии у женщин и обосновывает важность соблюдения питьевого режима для поддержания нормального уровня АД. Полученные данные поддерживают гиповолемическую концепцию эссенциальной артериальной гипотензии, снижающей качество жизни женщин и увеличивающей риск плацентарной недостаточности при вынашивании беременности.

Антигипертензивная эффективность алискирена у больных с системной красной волчанкой

Савина Ж.Е.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

Ведущую роль в патогенезе артериальной гипертензии у больных системной красной волчанкой (СКВ) играет активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС). Традиционная терапия ингибиторами АПФ не всегда позволяет достигнуть полной ее блокады. Поэтому проблема адекватного патогенетически обоснованного выбора антигипертензивных средств в условиях комплексной терапии данного заболевания остается актуальной. Идея: изучить возможность использования прямого ингибитора ренина — алискирена, воздействующего на иницирующий фермент РААС, в качестве антигипертензивной терапии у пациентов с СКВ. Цель: оценка эффективности гипотензивного действия алискирена у больных СКВ с синдромом артериальной гипертензии. Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов СКВ (женщины, средний возраст $46,5 \pm 12,8$, длительность заболевания $15,3 \pm 18,1$), активность заболевания I-II (оценивалась по шкалам SLEDAI, ECLAM). Всем пациентам исходно проводилось суточное мониторирование

артериального давления (СМАД). Больным с выявленной артериальной гипертензией назначался алискирен (Расилез, Novartis, Швейцария) в дозе 150 мг в сутки в дополнение к стандартной терапии. Динамику показателей СМАД оценивали через 6 недель от начала лечения. Результаты. По результатам исходного СМАД у 65% больных СКВ установлен синдром артериальной гипертензии (АГ) I степени. После 6-недельной терапии алискиреном величина дневного среднего систолического артериального давления (САД) уменьшилась на 10,68 мм рт.ст. ($p = 0,004$), а снижение среднего САД в ночные часы составило 18,63 мм рт.ст. ($p = 0,001$). Средние значения диастолического артериального давления (ДАД) уменьшились: на 6,6% в дневные часы и на 9,4% в ночные часы от исходного ($p = 0,004$ и $p = 0,0006$). Индексы времени САД и ДАД составили $0[0;2,9]\%$ и $5,8[1,7;28]\%$ соответственно, что на 58% и 50% ниже исходных значений, при $p = 0,001$ и $p = 0,0001$. Суточный индекс САД пациентов СКВ возрос более чем в 2,5 раза, а СИ ДАД увеличился на 35,7% ($p = 0,0001$ и $p = 0,05$). Таким образом, 40% больных перешли из категории non-dipper в категорию нормального типа суточного профиля dipper. Обсуждение. Полученные результаты демонстрируют высокий антигипертензивный эффект терапии алискиреном у больных с СКВ, который проявился уже на 6-й неделе лечения. Препарат достоверно снижал САД и ДАД в течение 24 часов, нормализуя суточный профиль, тем самым значительно улучшая прогноз по кардиоваскулярным осложнениям. Работа одобрена Этическим комитетом ЯГМА 14.12.2010.

Динамика психосоматических расстройств на фоне лечения у пациентов с хроническим болевым синдромом, обусловленным патологией опорно-двигательного аппарата

Самойлова Н.В., Жидков И.Л., Загорулько О.И., Гнездилов А.В., Медведева Л.А.

Российский научный центр хирургии имени Б.В. Петровского, Москва

Наиболее часто психосоматическими расстройствами страдают пациенты с хроническим болевым синдромом (ХБС). Хроническая боль как проявление маскированной депрессии встречается у 50% больных с данной патологией и может локализоваться в любой части тела. Цель: оценить динамику распределения соматического и психологического компонента боли на фоне лечения. Материалы и методы. За период с 2002 по 2011 г. в отделение терапии болевых синдромов (ОТБС) обратилось 5350 пациентов с ХБС, обусловленным патологией опорно-двигательного аппарата. Из них 3547 женщин и 1803 мужчин в возрасте от 20 до 85 лет (средний возраст $56 \pm 5,5$). До обращения в отделение пациенты проходили курс лечения по месту жительства без эффекта. При обращении в ОТБС все пациенты были обследованы по стандартам, разработанным специалистами отдела, протестированы с использованием программы «Пересвет-антиболь» и модифицированной шкалы KOOS с целью оценки психоэмоционального статуса и качества жизни. Все пациенты проконсультированы врачом-психиатром. По результатам анкетирования пациенты были разделены на III группы. Первая с преобладанием боли в области коленного сустава, вторая с преобладанием боли в области пояснично-крестцового отдела и третья с комбинированным болевым синдромом с нечеткой локализацией в области коленного сустава и пояснично-крестцового отдела позвоночника. Пациентам первой группы проводили лечение с использованием стандартной

патогенетической терапии (нестероидные противовоспалительные, хондропротекторы, миорелаксанты), внутрисуставных блокад, физиотерапии, ортезирования и ЛФК. Пациентам второй группы проводили лечение с использованием центральных сегментарных и периферических блокад, с последующим применением нестероидных противовоспалительных препаратов, физиотерапии, ортезирования и ЛФК. Пациентам третьей группы проводили комплексное лечение с использованием различных блокад, стандартной патогенетической терапии с добавлением в схему лечения антидепрессантов, антиконвульсантов и нейролептиков с дальнейшим назначением рефлексотерапии, физиотерапии, массажа и ЛФК. Результаты. Все больные, обратившиеся в ОТБС имели выраженное несоответствие клинических проявлений и интенсивности БС, которая по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) составляла от 5 до 8 баллов. Пациенты всех групп имели преобладание психогенной составляющей боли над соматогенной в соотношении: I — 60/40, II — 70/30, III — 80/20. У пациентов первой группы на фоне лечения было отмечено снижение боли на 80% от исходного, уменьшение психогенного компонента до 20%. У пациентов второй группы — болевой синдром снизился на 65%, психогенный компонент до 40%. В третьей группе отмечалось снижение боли на 50%, уменьшение психогенного компонента на 60%. Неэффективность медикаментозной терапии и лечебных блокад была выявлена в 17% случаев, в данной подгруппе снижение психологического компонента произошло лишь до 75%. Последующее использование антидепрессантов, антиконвульсантов и нейролептиков позволило снизить психогенный компонент боли до 40%. Повысилось настроение и возможность самообслуживания у 83% из общего числа пациентов. Таким образом, было выявлено, что 17% пациентов имели выраженные психогенные расстройства, и им было рекомендовано лечение у психиатра с выраженной соматизированной депрессией.

Основные биохимические и иммунологические показатели у больных с хроническим вирусным гепатитом С

Сарычева Ю.А., Чернышева Т.В., Ткаченко И.В., Красиков С.И., Айсувакова О.П.

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург

Цель: изучить характерные изменения в основных биохимических и иммунологических показателях у больных с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС).

Материалы и методы. Обследовано 20 больных с ХВГС. Средний возраст составил $39,35 \pm 10,31$ лет. Соотношение мужчин и женщин 12:8 соответственно. Длительность заболевания гепатитом — $3,85 \pm 3,98$ года. У 8(40%) человек в анамнезе имеет место злоупотребление алкоголем. Основной причиной инфицирования вирусом гепатита С у 10(50%) человек служило выполнение ранее медицинских манипуляций, у 2(10%) человек — переливание компонентов крови, у 2(10%) человек — внутривенное употребление наркотиков, у 6(30%) человек — причина заражения не установлена. У 10(50%) больных вирус гепатита С был в фазе репликации. Явления тромбоцитопении имели место у 8(40%) больных, признаки гепатомегалии — у 10(50%) человек. По данным эластографии печени 1 степень фиброза наблюдалась у 3(15%) человек, 2 степень — у 9(45%) человек, 3 степень — у 4(20%) человек, у 1(5%) человека фиброз отсутствовал. Всем больным было проведено биохимическое и иммунологическое исследование. Результаты. По результатом биохимического исследования у

12(60%) больных выявлено увеличение уровня трансаминаз, при этом наибольшие показатели аланинаминотрансферазы (АлАТ) ($r=0,52$, $p<0,05$) и аспартатаминотрансферазы (АсАТ) ($r=0,52$, $p<0,05$) наблюдались у больных с вирусом гепатита С в фазе репликации. У 17(85%) больных отмечалось увеличение уровня щелочной фосфатазы. Повышение тимоловой пробы обнаружено у 9(45%) больных. В 10 (50%) случаях имела место гипоальбуминемия, которая в основном была отмечена у больных со 2 и 3 степенью фиброза печени ($r=-0,74$, $p<0,05$). По результатам иммунологического исследования у 8(40%) человек были обнаружены криоглобулины(КГ), преимущественно у лиц с наличием вируса в фазе репликации ($r=0,69$, $p<0,05$), высоким уровнем трансаминаз- АлАТ($r=0,73$, $p<0,05$), АсАТ($r=0,67$, $p<0,05$), и наибольшим количеством циркулирующих иммунных комплексов(ЦИК)($r=0,63$, $p<0,05$). Увеличение количества ЦИК наблюдалось у 18 (90%) человек, при этом у 16(80%) человек была 3 степень отклонения, рассчитанная по формуле расстройств иммунного состояния (ФРИС).

Выводы. У больных с ХВГС выявлено увеличение уровня трансаминаз, щелочной фосфатазы, тимоловой пробы, криоглобулинов, ЦИК, а также снижение синтеза альбумина. При этом наиболее выражены изменения АлАТ, АсАТ и ЦИК в фазе репликации вируса. Гипоальбуминемия наблюдалась преимущественно у больных со 2 и 3 степенью фиброза печени. Уровень КГ коррелировал с уровнем трансаминаз и ЦИК.

Особенности течения суставного синдрома на фоне хронического вирусного гепатита С

Сарычева Ю.А., Чернышева Т.В., Ткаченко И.В.

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург

Цель: выявить особенности течения суставного синдрома у больных на фоне хронического вирусного гепатита С(ХВГС).

Материалы и методы. Обследовано 20 больных, имеющих суставной синдром на фоне ХВГС. Средний возраст составил $39,35\pm 10,31$ лет. Соотношение мужчин и женщин 12:8 соответственно. Длительность анамнеза гепатита — $3,85\pm 3,98$ года. У 11(55%) больных генотип вируса был 1в, у 2(10%) больных-2, у 7(35%)-3а. Вирус в фазе репликации имел место у 12(60%) человек. Продолжительность суставного синдрома — $3,43\pm 5,91$ года. В течение последнего года боли в суставах появились у 12(60%) человек, у остальных- 8(40%) человек- с начала установления диагноза ХВГС.

Результаты. Чаще всего обследуемые больные предъявляли жалобы на боли только в коленных суставах — 8(40%) человек, голеностопных суставах- у 2(10%) человека, мелких суставах кистей- 1(5%) человек и на поражение суставов различных локализаций, включая также локтевые, лучезапястные, плечевые, тазобедренные суставы и мелкие суставы стоп -45%(9 больных). По данным объективного осмотра припухлость суставов отмечалась у 8(40%) больных. Ограничение объема движений наблюдалось у 9(45%) больных, чаще в коленных суставах. У 9(45%) человек суставной синдром протекал по типу полиартрита, у 11(55%) человек- по типу олигоартрита, преимущественно коленных суставов. Ультразвуковое исследование (УЗИ) пораженных суставов выявило синовит у 13(65%) больных, периартрит в виде тендинита, лигаментита, бурсита — у 8(40%) больных, кисты Бейкера — у 2(5%) больных. Преимущественная локализация периартрита — коленные суставы ($r=0,52$, $p<0,05$). Наличие периартрита по данным УЗИ суставов было выявлено преимущественно у обследуемых с вирусом гепатита С в фазе репликации($r=0,67$, $p<0,05$). Признаки остеоартроза по данным

УЗИ выявлены у 6(30%) больных. У 5%(1 больного) наблюдалось наличие узураций суставных поверхностей 2 и 3 пальцев кистей, дополнительно был проведен дифференциальный диагноз с ревматоидным артритом.

Выводы. 1. Чаще всего суставной синдром протекал по типу олигоартрита. 2. Наиболее распространенная локализация при суставном синдроме на фоне ХВГС-коленные суставы. 3.Явления периартрита обнаружены преимущественно у больных с вирусом ГС в фазе репликации. 4. Признаки периартрита наблюдались в основном в коленных суставах.

Преваленс рефрактерной артериальной гипертензии, поражения почек у больных с хроническими аутоиммунными воспалительными заболеваниями суставов

Сафроненко А.В., Сафроненко В.А., Харсеева Г.Г., Выставкина Е.А., Демидова А.А.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Целью работы явилось определить распространенность рефрактерной артериальной гипертензии (АГ), поражения почек при аутоиммунном хроническом воспалительном заболевании и выявить связь между изменением цитокинового профиля и АД, скоростью клубочковой фильтрации в почках (СКФ). Обследовали 125 больных ревматоидным артритом и анкилозирующим спондилитом (96 (76,8%) женщин и 29 (23,2%) мужчин). Возраст больных клинической группы варьировался от 20 до 78 лет, в среднем составив $56,9\pm 1,3$ лет. Осуществляли суточное мониторирование АД (СМАД). Изучение функционального состояния почек включало общий анализ мочи, определение СКФ, оценивали наличие и выраженность микроальбуминурии (МАУ), протеинурии. Методом иммуноферментного анализа оценивали цитокиновый профиль крови. По результатам исследования АГ у больных клинической группы была выявлена у 41 (32,8%) пациента. Методом СМАД АГ в соответствии с критериями ВНОК была выявлена у 62 (49,6%) больных. Из них у 17 (13,6%) пациентов наблюдалась рефрактерная АГ. АГ считали рефрактерной, когда на фоне терапии тремя и более антигипертензивными препаратами (включая диуретик) в субмаксимальных терапевтических дозах не удавалось достичь целевого уровня АД. Среди больных хроническая болезнь почек (ХБП) выявлялась у 47 (37,6%) больных. Незначительное снижение СКФ (60-89 мл/мин/1,73 кв.м) было отмечено у 26 (20,8%) больных, у 16 (12,8%) больных имелось умеренное снижение СКФ в диапазоне 30-59 мл/мин/1,73 кв. м. Нормальная или повышенная СКФ (90 и более мл/мин/1,73 кв.м) была определена у 78 больных (62,4%). В общем по группе МАУ наблюдали в 23,2% ($n=29$), а протеинурия выявлялась в 13,6% ($n=17$). У пациентов клинической группы было обнаружено многократное возрастание содержания в крови фактора некроза опухоли- α в 7,93 раза, интерлейкина-6 на 68,1%, интерферона- γ — в 17,3 раза. Проведение корреляционно-регрессионного анализа выявило наличие тесной прямой достоверной взаимосвязи между средним артериальным давлением и содержанием в крови фактора некроза опухоли- α ($r=0,82$, $p<0,001$), интерлейкина-6 ($r=0,74$, $p<0,001$), интерферона- γ ($r=0,71$, $p<0,001$), С-РБ ($r=0,71$, $p<0,001$). Связь между СКФ и провоспалительными факторами была тесной, обратной, достоверной. Таким образом, содержание провоспалительных цитокинов в сыворотке крови у больных с хроническими воспалительными аутоиммунными заболеваниями

имеет достоверную связь с основными клиническими проявлениями АГ и ХБП.

Как изменились подходы к лечению больных с инфарктом миокарда за последние годы

Сафроненко В.А., Хрипун А.В., Годунко Е.С.

Ростовский государственный медицинский университет, кафедра внутренних болезней № 1, Ростов-на-Дону

Целью настоящего исследования явилась сравнительная оценка подходов к лечению больных с инфарктом миокарда (ИМ) в 2005 и в 2010 гг. в реальной клинической практике. Материалы и методы. Методом исследования был выбран ретроспективный анализ 65 историй болезни пациентов с ИМ, находившихся на лечении в 2005 г. и 100 историй болезни пациентов, перенесших ИМ в 2010 г. Среди анализируемых параметров особое внимание уделялось медикаментозному лечению, проведению тромболитической и чрескожному вмешательству.

Результаты. В ходе данного исследования было установлено, что антиагреганты как в 2005 г., так и в 2010 г. получали 100% больных с ИМ. Ацетилсалициловая кислота применялась как в качестве самостоятельного препарата, так и в комбинации с клопидогрелем. Вместе с тем двойную антиагрегантную терапию получали лишь 25% больных в 2005 г., тогда как в 2010 г. количество таких пациентов увеличилось в 2 раза. Б-блокаторы назначались у 86,6% больных в 2005 г. и более чем в 90% случаев в 2010 г. Процент назначения статинов в 2005 г. составил только 37%, тогда как в 2010 г. достигал почти 80%. Следует отметить достаточно высокий процент назначения иАПФ как в 2005, так и в 2010 г. Однако назначение ингибиторов АПФ, рекомендуемых в острый период ИМ, проводилось в небольшом проценте случаев. В 2005 г. тромболитическая терапия проводилась лишь в 29,9% случаев, тогда как в 2010 г. процент тромболитической терапии существенно увеличился. Для определения выраженности атеросклеротического поражения коронарных артерий и принятия решения о проведении инвазивного вмешательства в 2005 г. у больных с ОКС с подъемом сегмента ST (68,9%) и без подъема сегмента ST (83,3%) проводилась ККГ. Количество больных, которым было выполнено стентирование, составило 24%, причем во всех случаях были использованы стенты без лекарственного покрытия. С открытием сосудистого центра в Ростове-на-Дону в 2009 г. значительно увеличилось количество пациентов, которым проводилась ККГ и стентирование, возросло использование стентов с лекарственным покрытием.

Выводы. Анализ историй болезни показал, что в 2005 году лечение больных с ИМ в ряде случаев не соответствовало современным требованиям; отмечена существенная положительная динамика в назначении рекомендуемых лекарственных препаратов, проведении тромболитической и ЧКВ в 2010 г.; улучшилось качество оказания помощи больным с ИМ, а также широко используются современные методы реваскуляризации миокарда.

Использование ритмокардиографии для оценки влияния кардиотропных препаратов на пейсмекерную активность синусового узла у пациентов с ишемической болезнью сердца

Сафронова Э.А., Миронова Т.Ф., Черкасов А.Ю., Шадрин И.М.

Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск

Цель: изучить периферическую вегетативную фармакодинамику органических нитратов у больных хронической ишемической болезнью сердца. Задачи: установить возможности ритмокардиографии (РКГ) в качественной оценке проводимой лекарственной терапии; дифференцировать и охарактеризовать влияние различных органических нитратов на вегетативную регуляцию пейсмекерной активности синоаурикулярного узла (СУ). Обследованы 198 мужчин со стабильной стенокардией. Стенокардия 2 функционального класса (ФК) была у 107 пациентов, и 3 ФК у всех прочих. 49 человек перенесли инфаркт миокарда, 27 из них проводилось аорто-коронарное шунтирование. Кроме стандартных методов обследования (ЭКГ, ЭхоКГ), использовался метод РКГ высокого разрешения на аппаратно-программном комплексе КАП-РК-01-«Микор» с автоматизированным временным и спектральным анализом волновой структуры синусового ритма сердца. В разные дни проводили регистрацию ритмограммы до и через 1 час после приема 20 мг изосорбида мононитрата (моносана) или 10 мг изосорбида динитрата (нитросорбида) или 1 таблетки пролонгированного глицерилтринитрата (сустака-форте) или через 2 минуты после сублингвального приема 0,5 мг короткодействующего глицерилтринитрата (нитроглицерина). Значения РКГ регистрировались утром до приема основной терапии. Каждому больному РКГ проводилась 5—10 раз. Было получено достоверное повышение гуморальной и снижение парасимпатической регуляции после приема нитроглицерина, тенденция к увеличению симпатического и гуморально-метаболического, уменьшению парасимпатического воздействия после использования моносана или нитросорбида, но после воздействия последнего регистрируется более выраженное повышение симпатической регуляции. Спустя 1 час после принятия внутрь сустика-форте отмечается тенденция к увеличению гуморально-метаболического влияния. Интересно, что в пробе с физической нагрузкой (PWC) после принятия нитроглицерина, нитросорбида повышается парасимпатическая регуляция по сравнению с исходным уровнем. В кратковременном контролируемом мониторинге предварительно выявлено усиление гуморального и симпатического влияния в СУ под влиянием органических нитратов за счет угнетения парасимпатической регуляции во всех пробах, кроме PWC. РКГ является методом оценки периферической автономной регуляции СУ у больных стенокардией и позволяет исследовать вегетотропные эффекты нитратов. Результаты исследования манифестируют возможности индивидуального выбора лекарственной терапии с помощью высокоразрешающего анализа вариабельности сердечного ритма.

Оценка качества медицинской помощи у больных с внебольничной пневмонией

Светлый Л.И.

Курский государственный медицинский университет, Курск

По мнению экспертов, число случаев внебольничной пневмонии (ВП) ежегодно достигает 1,5 млн., что значительно выше официальных статистических показателей. Анализ качества медицинской помощи (МП) с использованием индикаторов качества (ИК) позволяет выявить и количественно охарактеризовать элементы лечебно-диагностического процесса больных с ВП.

Цель работы: оценка качества оказания МП у пациентов с ВП на основании изучения диагностики и лечения в реальной клинической практике.

Материалы и методы. Фармакоэпидемиологическое (ФЭ) исследование выполнялось в многопрофильных ЛПУ Курского региона.

Объектом исследования являлись данные из 458 историй болезни (ИБ) с ВП, госпитализированных в 2009-2010 гг. Средний возраст больных составил $59,3 \pm 2,8$ лет. основополагающим документом являлись практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике ВП у взрослых. Статистическая обработка проводилась с использованием программ Statistica 6.0.

Результаты. Установлено, что в течение 1 суток с момента госпитализации частота выполнения рентгенологического исследования органов грудной клетки в среднем составила 91,9%. Бактериологическое исследование мокроты выполнялось в среднем в 37,9% случаев. Образцы крови до начала применения антимикробных препаратов (АМП) были получены только у 2,6% пациентов. Время введения первой дозы АМП было указано в ИБ 64,5% пациентов. Системная антибиотикотерапия (АБТ) применялась у 100% пациентов. Частота монотерапии больных с нетяжелым течением ВП составила 85,8%, применялись цефтриаксон, цефотаксим и ампициллин (28,3%, 21,2% и 17,3%, соответственно), с тяжелой ВП — 68,7%, при этом назначались цефотаксим и цефтриаксон. При нетяжелой ВП в структуре комбинаций преобладали сочетания β -лактамов с макролидами, а также амикацина с АМП из других групп. На долю комбинаций АМП, рекомендованных к применению, приходилось 58,7% назначений. При тяжелой ВП чаще использовались комбинации цефотаксима с ванкомицином (11,4%) и ампициллином (3,5%); в 7% случаев пациентам назначались комбинации трех и более АМП. Выбор комбинаций АМП у пациентов с тяжелой ВП соответствовал национальным рекомендациям только в 68,4% случаев. Выбор стартового режима АБТ соответствовал рекомендациям в среднем в 75,4% случаев. При нетяжелой ВП соответствие стартового режима АБТ рекомендациям наблюдалось в среднем у 91,2% пациентов. В случае тяжелого течения ВП частота следования рекомендациям при выборе АМП была значительно ниже, составив в среднем 14,7%. Ступенчатая АБТ проводилась в у 23% пациентов.

Выводы. Результаты проведенного исследования указывают, что применение индикаторов качества способствует оптимизации МП больным с ВП в ЛПУ региона.

Уровень трансформирующего фактора роста $\beta 1$ и показатели функционального состояния эндотелия у больных гипертоническим вариантом хронического гломерулонефрита

Свидовская С.В., Галченкова О.С., Князева Л.И., Горяинов И.И., Степченко М.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Цель исследования: определить состояние сосудодвигательной функции эндотелия и содержание ТФР $\beta 1$ в сыворотке крови больных гипертоническим вариантом хронического гломерулонефрита. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 96 больных гипертоническим вариантом хронического гломерулонефрита без нарушения функции почек (СКФ > 90 мл/мин), средний возраст составил $44,3 \pm 5,8$ года. Группа контроля представлена 30 здоровыми лицами. Эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) оценивали по сосудодвигательной активности плечевых артерий путем определения прироста ее просвета в манжеточной пробе. (D. Celermajer, модификация О. В. Ивановой с соавт., 1998). Содержание ТФР $\beta 1$ определяли иммуноферментным методом (Amersham Pharmacia Biotech). Результаты. У всех обследованных пациентов гипертоническим вариантом хронического гломерулонефрита (ХГН) выявлено достоверное

снижение параметров ЭЗВД при проведении пробы с реактивной гиперемией по сравнению с группой контроля ($4,23 \pm 0,3\%$ и $10,67 \pm 0,1\%$ соответственно). Определено увеличение концентрации ТФР $\beta 1$ у пациентов ХГН в сравнении с группой контроля ($40,8 \pm 5,6$ пг/мл в группе контроля и $86,5$ пг/мл в сыворотке крови больных ХГН, $p < 0,05$). Определена обратная корреляционная зависимость между концентрацией ТФР $\beta 1$ и величиной ЭЗВД ($r = -0,83$, $p < 0,01$).

Выводы. У больных гипертоническим вариантом ХГН имеет место нарушение сосудодвигательной функции эндотелия. Установленное повышенное содержание ТФР $\beta 1$ при гипертоническом варианте ХГН, коррелирующее с тяжестью нарушения ЭЗВД, свидетельствует о его патогенетической значимости в формировании эндотелиальной дисфункции при гипертоническом варианте ХГН.

Ультразвуковые диагностические признаки острой реакции трансплантат против хозяина желудочно-кишечного тракта после аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток крови

Северина Е.К., Оксас А.Е., Голощапов О.В., Станкевич Ю.А., Зубаровская Л.С., Афанасьев Б.В.

Институт детской гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой, Кафедра гематологии, трансфузиологии и трансплантологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им.акад.И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Цель: выявить ультразвуковые признаки острой реакции трансплантат против хозяина желудочно-кишечного тракта (РТПХ жкт) после аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток крови.

Методы исследования. Обследованы 15 пациентов после аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток крови (алло-ТГСК). Средний возраст составил 16 лет. У 7 больных диагностирован острый миелобластный лейкоз, 4 — острый лимфобластный лейкоз, 2 — хронический миелолейкоз, 1 — первичный иммунодефицит, 1 — мукополисахаридоз. На 22—30-е сутки у всех больных после аллогенной неродственной трансплантации костного мозга развилась острая РТПХ жкт III—IV степени. Летальность составила 53%. Диагноз «острая РТПХ жкт» подтвержден гистологическим исследованием биоптата толстой кишки, полученного при фиброколоноскопии. Наряду с общеклиническим обследованием всем больным выполнялось ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости в начале развития острой реакции трансплантат против хозяина кишечника, на 20-30-е сутки, на 60-е сутки и на 100-е сутки после алло-ТГСК.

Результаты исследования. Начальные клинические проявления острой РТПХ жкт при УЗИ характеризовались диффузным уплотнением паренхимы поджелудочной железы, утолщением ее капсулы. У 65% больных визуализировались ультразвуковые признаки катарального холецистита: неровность, слоистость, неравномерное утолщение стенок желчного пузыря, отек ложа, деформация формы. Развивалась дисхолия. Лоцировался выраженный билиарный осадок в полости желчного пузыря, расширенный холедох, метеоризм кишечника. На 20-30-е сутки после алло-ТГСК на фоне обильной диареи регистрировалось отчетливое утолщение слизистой стенки кишечника. Полость кишки с сохраненной гаустрацией была туго заполнена

жидкостью. В брюшной полости выявлялся в незначительном количестве выпот. На 60-е сутки дальнейшее прогрессирование РТПХ характеризовалось десквамацией эпителия кишки, на УЗИ появлялись двухконтурность стенки кишки, нарушение тонуса кишечника. В крайне тяжелых случаях, закачивающихся, как правило, летально к 60-100-м суткам после аллогенной ТГСК развивался острый парез кишечника, выраженный асцит. Причины летальных исходов: полиорганная недостаточность, дегидратация, метаболические нарушения, синдром нарушенного всасывания, кишечные кровотечения, инфекционные осложнения. Выводы. Таким образом, клинические проявления острой РТПХ кишечника при УЗИ характеризуются патогномичными экоструктурными изменениями органов брюшной полости, позволяющими своевременно диагностировать, определять стадию этого грозного осложнения.

Социальный статус пациентов с панкреатической недостаточностью

Седова Г.А.

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

Цель: оценить социальную принадлежность и трофологический статус (ТС) у больных хроническим панкреатитом (ХП).

Материалы и методы. Обследовано 28 пациентов с ХП (TIGAR-O). Из них: 14 пациентов с токсико-метаболическим панкреатитом (ТМП) и 14 — с обструктивным панкреатитом (ОП). Диагноз ХП установлен на основании клинической картины, данных лабораторно-инструментальных методов исследований, включая общий анализ крови, липазу крови, амилазу крови и мочи, эластазу фекалий, УЗИ (КТ) брюшной полости, ЭГДС. Для оценки ТС учитывали показатели индекса массы тела (ИМТ), рациональную массу тела (РМТ), толщину кожной складки различных локализаций, а также лабораторные методы оценки нутритивного статуса и характер питания. Исследовали социальный статус по уровню образования, профессии и трудовой занятости, семейному положению; оценивали влияние табакокурения и алкоголизации.

Результаты. В первой группе пациентов преобладали лица мужского пола (9 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 26 до 59 лет. У 10/14 пациентов отмечен средний или низкий уровень жизни. Признаки трофологической недостаточности (ТН) легкой и средней степени тяжести выявлены у 11/14 человек. При ТМП преобладали пациенты с панкреатической недостаточностью (ПН) средней (10/14) и тяжелой (4/14) степени тяжести. Наличие алкогольной болезни печени в этой группе значительно утяжеляло клиническую картину. Во второй группе преобладали пациенты женского пола (10 женщин и 4 мужчины) в возрасте от 48 до 78 лет, имевшие инвалидность II и III групп. Больные с избыточной массой тела (ИМТ > 26) составляли большую часть группы (9/14). ТН легкой степени зафиксирована у 4/14 человек, нормальный ТС — у 1 больного. ПН легкой и средней степени тяжести отмечена у 12 и 2 больных соответственно.

Выводы. Дана сравнительная характеристика пациентов с ТМП и ОП. ТМП установлен у пациентов трудоспособного возраста, с низким социальным статусом и высоким риском развития ПН в сравнении с пациентами, страдающими ОП. Необходимо проводить профилактические мероприятия, направленные на предупреждение алкоголизации как основного этиологического фактора ХП. Работа выполнена при поддержке РФГФ, грант № 10-06-00694а.

Клиника HDV-инфекции в зависимости от генотипа вируса

Семенов С.И., Тихонова Н.Н., Кривошапкин В.Г.

Институт Здоровья, Якутск

Актуальность. В Якутии обнаружены генотипы I и II HDV. Генотип I преобладает в России. По данным J.Wu на Тайване также I и II HDV. Генотип III HDV обнаружен у больных из Амазонии. Возможно наличие не уточненных генотипов HDV.

Цель: изучение клинико-лабораторных особенностей течения ХГД, вызванного генотипами I и II HDV у больных из Якутии.

Методы исследования. В гепатитном отделении ЯГКБ обследовано 75 пациентов в возрасте от 15—50 лет с ХГ Д. В ПЦР выделены ДНК HBV и РНК HDV-инфекций. Из них у 45 больных была репликативная форма HDV-инфекции. Оценка тяжести и прогноз ХГД проводились по международной классификации (1994, Лос-Анджелес, США). Генотипирование HDV проводилось методом RFLP в лабораториях НИИ гриппа г. Санкт-Петербурга и в клинике Авиценна в Париже В.А. Иванюшиной совместно с профессором P. Deny.

Результаты. При генотипировании выделены две равные по величине группы. Первую группу составили 22 больных с генотипом I HDV, вторую — 23 человека с генотипом II HDV. У 6 больных с HDV-инфекцией с генотипом I были выявлены в ПЦР ДНК HBV и РНК HDV одновременно, а с генотипом II у 4 больных. Все больные были старше 15 лет. Средний возраст больных 1-й группы составил $30 \pm 2,9$ лет, 2-й — $28,3 \pm 2,1$. Среди больных 1-й группы мужчин было 59%, женщин — 41%, 2-й — соответственно 65,2% и 34,8%. По этническому признаку больные распределились следующим образом: HDV I генотипом якуты составили 59%, русские 41%, а среди больных, обусловленных генотипом II, — 82,6% и 17,4%, соответственно. У 45,4% исследуемых 1-й группы ХГ формировался в течение 1—2 лет, у 27,3% — в течение 3—5 лет, у 27,3% — более 5 лет. У больных 2-й группы хронизация процесса произошла в течение 1—2 лет у 21,8%, в течение 3—5 лет у 30,4%, в течение 5 и более лет у 47,8%. Средний возраст больных ХГД на момент уточнения диагноза в 1-й группе $25 \pm 4,0$ года, во 2-й — $22,4 \pm 2,1$ лет. ХГ в стадии ЦП с генотипом I HDV констатирован у 54,5% больных, средний возраст составил $33,1 \pm 4,8$ года. Среди больных ХГД со II генотипом цирроз печени установлен у 34,7% больных, средний возраст составил $29,2 \pm 2,0$ лет. У больных ХГД с генотипом I, протекало с выраженной степенью активности в 50% случаях, с умеренно выраженной степенью активности в 22,7% слабо выраженной — в 27,3%, генотипом II — соответственно 56,5%, 30,4% и 13,1%. Клинические симптомы и биохимические сдвиги у обследованных больных хроническим гепатитом D в сопоставлении с результатами генотипирования показали, что при заболевании, вызванном генотипом I, почти в два раза чаще встречаются такие симптомы, как желтуха, внепеченочные знаки, геморрагии, спленомегалия, варикозное расширение вен пищевода. С одинаковой частотой и выраженностью при заболеваниях, вызванных HDV I и II, наблюдались диспепсический, астенический, болевой синдромы, гепатомегалия, умеренно выражена алтралгия. Средняя величина содержания общего билирубина в сыворотке крови у заболевших генотипом I HDV составляла $27,1 \pm 6,4$ мкмоль/л, повышение АлАт в $15,6 \pm 4,4$ ммоль/ч-л при выраженной активности, $4,9 \pm 0,1$ ммоль/ч-л при умеренно выраженной активности, генотипом II — соответственно $27,1 \pm 6,4$ мкмоль/ч-л, $12,6 \pm 3,3$ ммоль/ч-л и $3,4 \pm 0,05$ ммоль/ч-л. Существенной разницы в средних величинах содержания общего билирубина и повышения АлАт не было. Таким

образом, при хроническом гепатите D, вызываемом генотипом I HDV, в 2 раза чаще развивался хронический гепатит в течение первого года и вдвое реже на протяжении 5 и более лет, чем у больных с генотипом II HDV. Наибольшая частота ХГД в стадии ЦП выявлена при генотипе I в сравнении с гепатитом, обусловленным генотипом II (54,5% против 34,7%). У якутов значительно чаще встречался II генотип (82,6%). Во всех случаях ХГД наблюдался преимущественно у лиц молодого возраста.

Выводы. 1. Установлены циркуляции различных генотипов HDV в Республике Саха /Якутия/. Наиболее часто у коренного населения выявляется преимущественно генотип II HDV, в то время как у некоренного населения — I HDV. 2. Сопоставление клинических проявлений и лабораторных сдвигов ХГД позволило выявить различия тяжести течения, однако I генотип HDV сравнительно чаще выявлялся у больных в стадии ЦП. 3. Одновременная репликация вирусов B и D повышает степень активности с быстрым прогрессированием заболевания.

Диагностика холестаза в поликлинической практике

Сергеева Е.А., Бурдина Е.Г., Григорьева Е.В., Шиндяпина О.В.

Поликлиника № 3 Управления делами Президента РФ, Поликлиника № 2 Управления делами Президента РФ, Москва

Цель: изучить причины холестаза в поликлинической практике. Материалы и методы. в исследование включено 300 больных (142 мужчины, 158 женщин, в соотношении 1:1,02; средний возраст 58,9±9,3 года). Критерии включения в исследование: наличие маркеров холестаза по результатам биохимического анализа крови (увеличение ГТТП и ЩФ в 1,5 и более раз, по сравнению с нормой). Клиническое обследование включало: анализ жалоб, анамнез, физикальные данные, общий и биохимический анализ крови (липидный профиль, протромбин, глюкоза, белок, электрофорез белков, АЛТ, АСТ, ГТТП, ЩФ), общий анализ мочи, кала, определение маркеров вирусных гепатитов А, В, С, D, ТТВ, G, EB, CMV методами иммуноферментного анализа и/или ПЦР; спектра аутоиммунных антител (антинуклеарные, к гладкой мускулатуре, антимитохондриальные, печеночно-почечные микросомальные), онкомаркеров. Из инструментальных методов обследования использовались ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия, фиброколоноскопия, ЭХО-КГ, по показаниям — КТ или МРТ брюшной полости, МР-холангиографию, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта. Результаты. Удельный вес обструктивного холестаза составил 17,7% (n=53): ЖКБ и постхолестазэктомический синдром — 81,3% (n=43), опухоли поджелудочной железы — 3,7% (n=2), опухоль Фатерова соска — 3,7% (n=2), эхинококковая киста печени — 1,9% (n=1), парафатеральный дивертикул — 3,7% (n=2), первичный склерозирующий холангит — 1,9% (n=1), абсцесс печени — 1,9% (n=1). На долю необструктивного холестаза приходится 76,3% (n=229). Так, удельный вес гепатитов различной этиологии составил 87,8% (n=201), остальные причины распределялись следующим образом: первичный билиарный цирроз — 5,7% (n=13), цирроз печени — 0,9% (n=2); синдром перекреста (ПБЦ/АИГ) — 0,4% (n=1), внутрипеченочный холестаз беременных (III триместр) — 1,3% (n=3); хроническая сердечная недостаточность — 3,9% (n=9). Структура гепатитов с синдромом холестаза: вирусные гепатиты — 25,9% (n=52), алкогольные — 23,9% (n=48), неалкогольные стеатогепатиты — 22,9% (n=46), лекарственные — 5,9% (n=12), аутоиммунные — 2,5% (n=5),

смешанной этиологии — 18,9% (n=38). В 6% случаев (n=18) причина холестаза не была диагностирована.

Выводы. Основным методом диагностики синдрома холестаза является изучение биохимии крови при обязательном включении тестов холестаза. Лабораторно-инструментальный комплекс обеспечивает этиологическую и патогенетическую диагностику в 94% случаев на амбулаторном этапе; 6% больных подлежит стационарному обследованию для проведения пункционной биопсии печени.

Влияние систолидиастолической дисфункции сердца на его ремоделирование у больных инфарктом миокарда

Сердюков Д.Ю., Гордиенко А.В., Стариенко Е.А.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, городская клиническая больница № 20, Санкт-Петербург

Цель: оценить влияние острой левожелудочковой недостаточности (ОЛН) и бивентрикулярной диастолической дисфункции (ДД) сердца на размеры его камер у больных инфарктом миокарда (ИМ).

Материалы и методы. Обследовано 135 больных ИМ. Пациентов разделили на группы: I группа — 36 человек в возрасте 67±10 лет с признаками ОЛН (по Т. Killip); II группа — 99 человек 69±12 лет без ОЛН. Тех же больных по наличию выраженной ДД (псевдонормальный/рестриктивный тип внутрисердечного кровотока) делили на группу А (с выраженной ДД) — 39 человек 66,8±12 лет и группу В (с умеренной ДД) — 96 пациентов 64±10 лет. Контрольную группу составили 30 пациентов в возрасте 63±14 лет без заболеваний сердца и печени. Всем обследованным при ЭхоКГ определялись конечно-диастолический и конечно-систолический объемы левого желудочка (КДО и КСО ЛЖ), а также конечно-диастолический размер правого желудочка (КДР ПЖ) при поступлении в стационар и в подостром периоде ИМ.

Результаты. По результатам морфометрии в остром периоде ИМ в I группе наблюдалось значимое по сравнению с контролем увеличение КДО ЛЖ (140,5±40 vs 118±27 мл; p<0,01) и КСО ЛЖ по сравнению со II группой (77,8±36,4 vs 54,2±12,4 мл). КДР ПЖ в данных группах был в пределах нормы. В группах А и В по тем же показателям значимых различий не было обнаружено. В подостром периоде была обнаружена прогрессирующая дилатация ЛЖ, более выраженная в I группе (КДО ЛЖ 157,7±64,7 vs 130,3±33 мл — II группа; КСО 90,2±55,5 vs 58,27 мл соответственно; p<0,05). Аналогичные изменения ЛЖ происходили при выраженной ДД: КДО 153±53 vs 132±28 мл (p<0,05), КСО 80±36 vs 58±24 мл (p<0,05) в группах А и В соответственно. Отмечалось вовлечение в патологический процесс ПЖ: КДР 2,9±0,2 vs 2,6±0,3 см, p<0,01 (I и II группы); при наличии ДД были определены те же величины.

Заключение. Таким образом, и ОЛН, и выраженная бивентрикулярная ДД, реализуясь через сходные патологические реакции, вели к дезадаптивному ремоделированию обоих желудочков сердца, при этом систолическая дисфункция обуславливала его развитие уже в остром периоде заболевания, а нарушение расслабления миокарда оказывало отсроченное влияние.

Виды кровотока в печеночных венах у больных инфарктом миокарда

Сердюков Д.Ю., Гордиенко А.В., Стариенко Е.А.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, городская клиническая больница № 20, Санкт-Петербург

Цель исследования: изучить характер печеночного кровотока при острой левожелудочковой недостаточности (ОЛН) и бивентрикулярной диастолической дисфункции (ДД) сердца у больных инфарктом миокарда (ИМ).

Материалы и методы. Обследовано 135 больных ИМ. Пациентов разделили на группы: I группа — 36 человек в возрасте 67 ± 10 лет с признаками ОЛН (по Т. Killip); II группа — 99 человек 69 ± 12 лет без ОЛН. Тех же больных по наличию выраженной ДД (псевдонормальный/рестриктивный внутрисердечный кровоток) делили на группу А (с выраженной ДД) — 39 человек $66,8 \pm 12$ лет и группу В (с умеренной ДД) — 96 пациентов 64 ± 10 лет. Контрольную группу составили 30 пациентов 63 ± 14 лет без заболеваний сердца и печени. Всем обследованным в остром и подостром периодах ИМ выполняли ЭхоКГ и ультразвуковую ангиографию печени. Выделяли 5 видов кровотока в венах печени: I — нормальный; II — со сниженной амплитудой всех пиков; III — монофазный без выраженной систолической и диастолической волны; IV — с амплитудой предсердной волны более 0,3 м/с; V — разнонаправленный двухпиковый.

Результаты. В остром периоде ИМ в I и II группах нормальный печеночный кровоток был выявлен в 16,7 и 45% случаев; II — у 11 и 17,6%; III — у 39 и 31,7%; IV — у 5,7 и 5,5% пациентов соответственно, V — только у 27,7% больных с осложненным течением ИМ ($\chi^2=17,6$, $p=0,0017$). Сходные параметры были рассчитаны у пациентов групп А и В: I — 21 и 38%; II — 26 и 19%; III — 36 и 26%; IV — 6 и 7% соответственно; разнонаправленный кровоток был обнаружен только при выраженной ДД — 21% ($\chi^2=10,7$; $p=0,03$). На фоне консервативного лечения у больных ИМ с ОЛН и выраженной ДД (I и А-группы) снизилась доля нормального кровотока (8 и 14%), сохранялся его разнонаправленный характер (16 и 20% соответственно). При неосложненном течении ИМ и умеренной ДД наблюдалось изменение соотношений II (10 и 15% во II и В-группе) и III (44 и 42% соответственно) типов печеночного кровотока.

Заключение. Выраженная систолодиастолическая дисфункция сердца в остром периоде ИМ вела к нарушению печеночного кровотока. Сохранение разнонаправленного вида печеночного кровотока на фоне лечения может свидетельствовать о сохранении и прогрессировании расстройств как периферического, так и центрального (внутрисердечного) уровня гемодинамики.

Некоторые показатели периферической крови у больных гриппом А/Н1N1

Серебрякова О.М., Романова Е.Н., Филев А.П., Первалова Е.Б.

Городская клиническая больница № 1, Чита

Цель: оценить особенности изменений лейкоцитарной формулы крови у пациентов с гриппом А/Н1N1 в зависимости от тяжести течения заболевания в динамике.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 97 больных, находившихся на лечении в Городской клинической больнице № 1 г. Читы по поводу внебольничной пневмонии во время эпидемии гриппа А/Н1N1; диагноз последнего был подтвержден лабораторно. Пациенты были разделены на три группы: первая — 28 человек (29%), из которых у 8 диагностировано острое повреждение легких (ОПЛ) и у 20 — острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС); вторая — 24 больных (25%) с тяжелыми пневмониями, без признаков ОПЛ или ОРДС; третья — 45 (46%) пациентов с нетяжелым течением пневмонии. Проведен сравнительный анализ лейкоцитарной формулы крови у данной

категории больных на 1—2, 3—4 и 5—6 дни от момента госпитализации в стационар. Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи пакета программ Statistica 6.0.

Результаты. Во всех группах больных у большинства из них выявлена лейкопения, особенно выраженная при ОПЛ, не перешедшем в ОРДС — до $2,3 \times 10^9$ /л. У пациентов с ОРДС нормоцитоз или лейкопения, как правило, сменялись лейкоцитозом — от 11 до 39×10^9 /л, что можно объяснить наиболее массивным присоединением бактериальной флоры у этой категории заболевших. При сравнении средних показателей между группами выявлено наименьшее число белых клеток крови на 3—4-е сутки пребывания в стационаре у больных второй и третьей групп. В этих же группах наиболее был выражен сдвиг лейкоцитарной формулы влево, особенно при нетяжелых пневмониях на 5—6-е сутки. Содержание юных и палочкоядерных нейтрофилов на 3—4-е сутки было выше в группах с тяжелыми и нетяжелыми пневмониями в 1,6 и 1,7 раза по сравнению с пациентами с ОПЛ/ОРДС; на 5—6-е сутки — в 1,9 и 2,2 раза, соответственно. Наиболее тяжелая лимфопения отмечалась у больных первой группы в течение всего периода наблюдения, особенно выраженная на 5—6-е сутки пребывания в стационаре; максимальное количество лимфоцитов зарегистрировано в группе пациентов с нетяжелыми пневмониями. Выводы. У всех пациентов выявлены изменения в лейкоцитарной формуле крови, наиболее выраженные при развитии ОПЛ/ОРДС, что отражает присоединение бактериальной инфекции и значительное угнетение иммунитета.

Цитокиновая система при развитии фиброза у больных с неалкогольной жировой болезнью печени

Сивкова А.А., Ларева Н.В., Лузина Е.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель: оценить роль провоспалительных (ФНО α , ИНФ γ и ИЛ6) и противовоспалительных (ИЛ4 и ИЛ10) цитокинов в развитии фиброза у больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НЖБП).

Материалы и методы. Диагноз НЖБП устанавливали на основании: наличия факторов риска (ожирения, нарушений углеводного обмена различной степени выраженности); ультразвуковых признаков (увеличение размеров печени, затухания луча на периферии); увеличения размеров печени и нарушения распределения изотопа при радиоизотопном сканировании; а также морфологических изменений. Наличие фиброза у больных с НЖБП оценивали с помощью метода непрямой эластометрии печени. Концентрацию цитокинов в сыворотке крови — ФНО α , ИНФ γ , ИЛ6, ИЛ4, ИЛ10 — определяли методом иммуноферментного анализа с применением коммерческих тестсистем «ВЕКТОР-БЕСТ» (Россия). В исследовании участвовало 56 человек: 30 больных с НЖБП, имеющих признаки фиброза различной степени; 26 человек составили группу контроля, в нее были включены здоровые люди. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 6.0 (USA). Использовали методы описательной статистики (медиана, 25 и 75 процентиля), критерий Манна-Уитни.

Результаты. При исследовании содержания в сыворотке крови ФНО α у больных с фиброзом печени (ФП) установлено, что его концентрация значительно повышается по сравнению с группой контроля (ГК): 21,18 (10,5; 35,33) пг/мл и 11,52 (8,39; 18,01) пг/мл, соответственно, $p=0,025$. Содержание ИЛ6 имело тенденцию к увеличению, на границе статистической значимости, у больных с признаками фибротического

процесса в печеночной ткани по сравнению со здоровыми: 8,23 (6,48;13,35) пг/мл и 5,92 (3,71; 9,88) пг/мл, соответственно, $p=0,052$. Уровень ИНФ γ у больных с ФП (5,48 (3,42; 8,32) пг/мл) практически не отличался от такового в контрольной группе (6,93 (4,69; 12,04) пг/мл). При изучении противовоспалительных цитокинов установлено, что у больных с наличием фибротического процесса происходит значительное повышение уровня ИЛ10 (8,73 (2,05; 19,75) пг/мл) в отличие от здоровых лиц (3,47 (0,51; 11,06) пг/мл, $p=0,020$). Изучение содержания ИЛ4 у больных с ФП не показало наличия различий с ГК (1,09 (0,48; 1,53) пг/мл и 1,23 (0,25; 5,09) пг/мл, соответственно). Выводы. При развитии фиброза у больных с НЖБП происходит повышение содержания в сыворотке крови провоспалительных цитокинов (ФНО α и ИЛ6) и противовоспалительного цитокина — ИЛ10.

Функция и гемодинамическое состояние почек при ишемической болезни сердца со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий

Сигитова О.Н., Архипов Е.В., Богданова А.Р.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Цель: оценить гемодинамику и функцию почек у больных ИБС со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий.

Материал и методы. Обследовано 135 больных ИБС, стенокардией напряжения III-IV функционального класса (М/Ж=101/34; возраст 58,7 \pm 8,3 лет; длительность ИБС 16,1 \pm 3,4 лет), направленных в кардиохирургическое отделение межрегионального клинко-диагностического центра на плановую операцию аортокоронарного шунтирования. Контрольная группа — 30 практически здоровых лиц (М/Ж=21/9; 49,3 \pm 0,6 лет), сопоставимых по полу и возрасту с больными ИБС. В методы исследования вошли: анамнез, клиническое обследование; общий анализ мочи; оценка скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Кокрофта-Голта и ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов почек.

Результаты. У всех обследованных больных с ИБС жалобы со стороны почек отсутствовали. При детальном опросе в 29,6% (40 больных) выявлена никтурия. Из факторов риска наследственная отягощенность по ИБС была выявлена в 25%, артериальная гипертензия I—III стадии — 89%, курение на момент обследования (индекс 220 пачка/лет) — 29%; гиперхолестеринемия (6,8 \pm 0,3 ммоль/л) — 61%, ожирение (ИМТ — 28,6 \pm 0,37) — 64%. Концентрационная функция почек (1016,2 \pm 1,4; $p=0,049$) и СКФ (65,5 \pm 5,9 мл/мин; $p=0,013$) оказались ниже, чем в контрольной группе (соответственно, 1022 \pm 1,2 и 98,3 \pm 7,9 мл/мин). Сохранная функция почек отмечена у 35 больных (26%), у 100 (74%) оказалась сниженной (в 58,5% СКФ соответствовала II стадии хронической болезни почек [ХБП], в 15,5% — III и IV стадиям ХБП). УЗДГ почечных сосудов (38 больных) не выявило изменений у 16 (42%); у 4 (10,5%) — повышена резистивность сосудов (0,68 \pm 0,02), у 22 (58%) — стенозирование просвета до 45-90% основных стволов почечных артерий или окклюзия ветвей почечных артерий и сморщивание почек.

Выводы. У 74% больных ИБС, нуждающихся в оперативной реваскуляризации сердца, при отсутствии клинических проявлений, выявлены нарушения гемодинамики почек, вплоть до стенозирующего атеросклероза почечных артерий с развитием ишемической нефропатии и ХБП II стадии. Полученные данные говорят о необходимости раннего исследования у больных ИБС сосудов почек и проведения превентивного лечения.

Патогенетическая терапия нарушений когнитивной функции у больных хронической сердечной недостаточностью

Сизова Ж.М., Богатырева Л.М., Лапидус Н.И.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, Москва

Проблема когнитивных расстройств у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) является одной из наиболее актуальных, в связи с чем улучшение качества жизни этих больных определяется не только уменьшением симптомов декомпенсации, но и коррекцией нарушений когнитивной сферы.

Цель: оценка эффективности и переносимости пронорана у больных ХСН с синдромом умеренных когнитивных нарушений (УКР).

Материал и методы. Под наблюдением находились 60 больных ХСН II-III ФК в возрасте от 52 до 70 лет (ср. возраст — 66,3 \pm 5,8 лет, муж.-75%, жен.-25%) с УКР. Ср. ФК ХСН-2,92 \pm 0,09. Все больные находились на стандартной терапии ХСН. Все больные были разделены на 2 группы. 1 группа (30 больных, ср. возраст — 66,5 \pm 10,2 лет., ср. ФК ХСН — 2,83 \pm 0,83, ФВ ЛЖ — 37,8 \pm 6,0%) получала проноран в дозе 50 мг однократно в сутки. 2 группа (30 больных, ср. возраст — 65,8 \pm 8,8 лет., ср. ФК ХСН — 2,92 \pm 0,79, ФВ ЛЖ — 36,3 \pm 4,9%) находилась на традиционной терапии ХСН. Длительность наблюдения — 12 недель. Для оценки наличия и степени выраженности УКР были использованы краткая шкала исследования психического статуса (MMSE) и тест рисования часов. Диагностические критерии: результаты MMSE от 25 до 27 баллов при любом результате теста рисования часов или результат MMSE более 27 баллов при тесте рисования часов менее 9 баллов.

Результаты. До начала лечения пронораном у 24(80%) больных ХСН 1-й группы по MMSE кол-во баллов составило в среднем 26,1 \pm 0,5 при любом тесте рисования часов; у 6-х (20%) больных-28,2 \pm 0,7 баллов при тесте рисования часов менее 9 баллов (в среднем—8,7 \pm 0,4). Все больные 1 группы соответствовали критериям синдрома УКР. Достоверных отличий при сравнении исходных нейропсихологических показателей больных 1-й и 2-й групп не было. Через 12 недель лечения пронораном у больных ХСН 1-й группы отмечены достоверные изменения психологического статуса. Ср. балл по шкале MMSE составил 27,2 \pm 0,9, тест рисования часов — 8,6 \pm 0,3 ($p<0,05$, $p<0,05$ соответственно). Отмечено уменьшение субъективных симптомов: головной боли у 40% больных, головокружения у 23,3%, шума в голове у 56,6%, нарушения сна у 53,3%, улучшения памяти у 73,3% больных. К 12 неделе ср. балл по шкале MMSE составил 27,8 \pm 0,4, тест рисования часов — 9,0 \pm 0,4 ($p>0,05$, $p>0,05$ соответственно). Переносимость пронорана была хорошей: у 4 больных возникла сонливость на 2—4-й дни лечения. У 3 больных сонливость прошла к 10 дню приема препарата; в одном случае препарат был отменен на 7-й день лечения из-за сильной сонливости.

Выводы. Проноран в дозе 50 мг однократно в сутки достоверно улучшает когнитивные функции у 73,3% больных ХСН. Максимальное действие пронорана в коррекции когнитивных нарушений у больных ХСН отмечается к 12-й неделе непрерывной терапии. Проноран хорошо переносится.

Составляющие качества жизни городского населения Северного региона

Сирусина Ад.В., Сирусина А.В., Рагозин О. Н.

Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Центральная городская больница, Урай

В работе обсуждаются медико-психологические особенности качества жизни населения Северного региона в аспекте статусных групп, выделенных по полу, возрасту, стажу проживания на Севере и по роду деятельности.

Цель: изучить психофизиологические составляющие качества жизни населения северного города. Задачи исследования: определить характер медико-социальных проблем у основных статусных групп взрослого населения, проанализировать влияние стажа проживания на Севере, оценить качество жизни населения с учетом возраста и пола Ханты-Мансийский автономный округ—Югра — один из немногих субъектов Российской Федерации, где законодательно закреплены механизм и направления государственной политики качества жизни населения, посредством принятия Закона «О качестве жизни населения Ханты-Мансийского автономного округа— Югры». Ряд исследователей характеризует качество жизни как «способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни». В нашем исследовании мы хотели рассмотреть взаимосвязь и зависимость медико-психологических составляющих качества жизни в статусных группах, выделенных по возрасту, полу, стажу адаптации к экстремальным факторам Северного региона. Также отобранных по виду деятельности: лица, занимающиеся физическим трудом, лица, занимающиеся умственным трудом, государственные служащие, безработные, пенсионеры, учитывая особенности адаптации, здоровья и патологии человека на Севере. Учитывая, что значительная часть населения ХМАО-Югра живет и работает в небольших городах, представляется актуальным изучение медико-психологических компонентов качества жизни статусных групп именно в них (г. Урай, 43 тыс. населения). Существуют общие и специализированные опросники для оценки качества жизни при различной патологии. Преимуществом общих опросников является то, что их валидность установлена как для отдельных субъектов, так и всей популяции. Опросник SF-36 является одним из наиболее популярных (28). Преимуществом данного опросника является и то, что, будучи высокочувствительным, он краток (содержит всего 36 вопросов), а это делает его применение весьма удобным. Всего обследовано 1732 человека, выделены следующие статусные группы. I — Пол: 532 (31%) мужчин и 1200 (69%) женщин. II — Возраст: молодой возраст — 66 (38%) человек; зрелый возраст — 67 (39%) человек; пожилой возраст — 35 (20%) человек; старческий возраст — 5 (3%) человек. (Ленинград 1962 классификация по возрасту) III — Стаж проживания на Севере: 1-20 лет — 480 человек (28%); 20-40 лет — 897 человек (52%); 40-60 лет — 352 человека (20%). IV — Род деятельности: физический труд — 710 человек (41%); умственный труд — 241 человек (14%); государственные служащие — 20 человек (12%); пенсионеры — 472 человек (28%); временно незанятые — 80 человек (5%).

Результаты. При анализе гендерных особенностей качества жизни жителей Северного региона обращает на себя внимание значимое снижение объема физической нагрузки женщин (79,3 + 2,4) в сравнении с мужчинами (68,05 + 3,2). Показатель, характеризующий роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, достаточно низок (женщины — 50,1 + 4,7; мужчины — 60,4 + 3,5) и показывает, что проблемы со здоровьем ограничивают повседневную деятельность респондентов на 50 и 40% соответственно. Достаточно закономерны гендерные отличия по шкале боли. У женщин болевые ощущения ограничивают повседневную жизнь на 44%, у мужчин на 35%, при общероссийских показателях 49 и 51% соответственно. Средние значения уровня общего здоровья в сравниваемых группах составляет 53,1 у мужчин, 54,7 у женщин (популяционные показатели 51,4;

49,4 соответственно) и не отличаются достоверно ни регионально, ни по полу. Показатель жизнеспособности составляют у женщин 58,8, у мужчин 53,05. Популяционные значения: мужчины — 52,3; женщины — 49,1; то есть респонденты обоих полов оценивают свой жизненный тонус, когда он ощущал себя бодрым и полным сил не более чем 50% времени. Разница в уровне социальной активности у мужчин и женщин Северного региона невелика (43,9 и 44,0 соответственно), хотя и ниже, чем в среднем по популяции (51,7 и 49,3). Эмоциональные проблемы в меньшей мере (35,0) ограничивают повседневную деятельность «серьезных северных мужчин», значительно отличаясь не только от популяционного показателя (48,7), но и от уровня ограничения своей повседневной деятельности эмоциональными проблемами у женщин (54,9), у которых они вполне сопоставимы с общероссийским (50,5). Уровень психического здоровья (спокойствие, умиротворение) у жителей Северного региона (мужчины — 63,7; женщины — 57,7) выше, чем в общей популяции (мужчины — 52,7; женщины — 48,9). Динамика показателей всех шкал опросника SF-36 при анализе возрастных групп достаточно закономерна. Наблюдается достоверное снижение уровня как физических показателей в группах с увеличением возраста, так и психологических, кроме, пожалуй, показателя социальной активности, который практически не изменяется, учитывая большие значения среднеквадратичного отклонения (молодой возраст — 46,8; зрелый — 43,1; пожилой — 42,8; старческий — 41,0). Невозможность адаптироваться к чрезвычайным условиям жизни и труда создает феномен неполной или незавершенной адаптации, который может сохраняться неопределенно долгое время и являться причиной психосоматической патологии.

Результаты нашего исследования показывают, что при значимом падении уровня общего здоровья, физической и эмоциональной активности, ролевого физического функционирования, величины жизнеспособности, социальной активности и психического здоровья, даже в группе исследуемых с длительным стажем адаптации снижаются достоверно. При рассмотрении параметров физического функционирования в группах, выделенных на основе профессиональной деятельности, обращает на себя внимание то, что у людей умственного труда (92,9) и государственных служащих (83,6), несмотря на отсутствие регулярных физических нагрузок, уровень физической активности гораздо выше, чем у людей занимающихся физическим трудом (72,6). У пенсионеров и временно неработающих значения физической активности (52,6 и 50,0 соответственно) не выходят за пределы популяционных норм, учитывающих пол и возраст — 55,04—33,28. Аналогичен разброс показателя, оценивающего роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности. Болевые ощущения, ограничивающие повседневную жизнь, также минимальны в группе исследуемых, занимающихся умственным трудом и государственной службой (25 и 30%) Разброс величин, характеризующих общее здоровье, не так полярен и его различия достоверны в исследуемых группах, как, впрочем, и жизненной активности, хотя группы умственного труда и госслужащих и здесь занимают лидирующую позицию по абсолютным цифрам. Уровень социальных связей, субъективно оценивающий взаимоотношения с друзьями, родственниками, коллегами по работе, достаточно низок (при разбросе популяционных значений от 43,81-54,85), но обращает на себя внимание отсутствие в разнице по величине в исследуемых статусных группах: физический труд — 44,2; умственный труд — 44,06; госслужащие — 43,58; пенсионеры — 44,62; временно незанятые — 50,0. Эмоциональные проблемы в меньшей мере ограничивают профессионально занятых людей, чем в популяции (43,17-53,77), физический труд — 62,5; госслужащие — 62,4; умственный труд —

67,0. У пенсионеров и временно незанятых степень ограничения повседневной деятельности эмоциональных проблем меньше (28,5 и 50). Межгрупповое соотношение в уровне психического здоровья повторяет таковое при анализе общего здоровья, жизненной и физической активности. Полученные результаты, с одной стороны, демонстрируют гендерные различия, возрастной прессинг, влияние незавершенной адаптации и стратификационный риск в группах, выделенных по принципу занятости, с другой — сближение межгрупповых значений социальной активности, психического здоровья и жизненной активности может являться результатом как достаточного уровня медицинской помощи, так и адекватных социально-реабилитационных программ. Необходимо проведение мониторинга качества жизни для выявления тенденций к ухудшению физиологических, психологических и социальных индикаторов для планирования мероприятий по их коррекции.

Оценка динамики показателей вариабельности сердечного ритма при применении различных схем антигипертензивной терапии у больных с артериальной гипертензией и первичным гипотиреозом в стадии медикаментозной компенсации

Скаржинская Н.С., Чесникова А.И., Терентьев В.П., Сафроненко В.А.

*Ростовский государственный медицинский университет,
Ростов-на-Дону*

Цель: изучение динамики показателей вариабельности сердечного ритма (BCP) при применении различных схем антигипертензивной терапии у больных с артериальной гипертензией (АГ) и первичным гипотиреозом (ГТ) в стадии медикаментозной компенсации.

Материалы и методы. В исследование были включены 73 пациента с АГ (1—2 степени) и первичным ГТ. Средний возраст пациентов 62,84±1,04 года. Все больные получали гормонозаместительную терапию (ГЗТ) L-тироксина в средней дозе 97,95±4,70 мкг в сутки, и по достижении эутиреоза были разделены на три группы, сопоставимые по степени АГ. В схему лечения 1-й группы (25 пациентов) входили β-адреноблокатор метопролол (БеталокЗОК, ASTRA ZENEKA) и ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) рамиприл (Хартил, EGIS), 2-й группы (24 больных) — блокатор медленных кальциевых каналов (БМК) амлодипин (Тенокс, KRRK) и ИАПФ рамиприл (Хартил, EGIS) и 3-й группы (24 пациента) — β-адреноблокатор метопролол (БеталокЗОК, ASTRA ZENEKA) и ИАПФ рамиприл (Хартил, EGIS). Анализ BCP осуществляли путем обработки электрокардиограмм, полученных с помощью холтеровского ЭКГ-мониторирования с использованием носимого двухканального кардиомонитора «Валента» (НПП «Нео», Санкт-Петербург). Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программы Statistica 8.0.

Результаты. У больных первой группы на фоне терапии β-адреноблокатором и ИАПФ отмечалось достоверное повышение общей мощности (TP) на 61,2%, (p<0,05), что указывает на снижение влияния нейрогуморальной системы на регуляцию сердечного ритма. При этом восстанавливался нормальный вегетативный баланс за счет перераспределения тонуса отделов вегетативной нервной системы в виде угнетения симпатической нервной системы (СНС) и одновременной активации парасимпатической нервной системы. Кроме того, наблюдалось достоверное повышение мощности волн высокой частоты (HF) на 677,5%, (p<0,01) и снижение мощности

волн очень низкой частоты (VLF) на 71,0%, (p<0,05) через 12 недель терапии у больных первой группы, что свидетельствует о снижении активности ренин-ангиотензин-альдостероновой и симпатoadrenalовой систем. На фоне применения амлодипина и рамиприла отмечалось достоверное увеличение волн низкой частоты (LF), указывающее на активацию СНС, что может способствовать увеличению ЧСС у больных с АГ и ГТ на фоне ГЗТ, повышению риска сердечно-сосудистых осложнений и ухудшению прогноза у данной категории больных.

Выводы. Результаты проведенного лечения позволяют считать комбинацию β-адреноблокатора и ИАПФ эффективной и наиболее патогенетически обоснованной для лечения АГ у пациентов с ГТ в стадии медикаментозной компенсации.

Сравнительная эффективность различных комбинаций антигипертензивных препаратов у женщин с артериальной гипертензией при метаболическом синдроме и клиническом гипотиреозе и их влияние на антропометрические показатели

Скибицкий В.В., Пыхалова Н.Е., Фендрикова А.В., Пыхалова И.Е.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Цель: оценить эффективность различных комбинаций антигипертензивных препаратов у женщин с артериальной гипертензией (АГ) при метаболическом синдроме (МС) и клиническом гипотиреозе (КГ), а также их влияние на основные антропометрические показатели.

Материалы и методы. Обследовано 48 женщины с АГ, МС и КГ, медиана возраста 62 года (интерквартильный интервал 57—67,5 лет). Пациентки были распределены в три группы: в первую группу включено 18 женщин, получавших комбинацию дигидропиридинового антагониста кальция амлодипина (нормодипин фирмы GEDEON RICHTER Ltd.) и антагониста рецепторов к ангиотензину II лозартана (козаар фирмы MERCK SHARP & DOHME B.V.), во вторую группу — 15 женщин, получавших амлодипин и β-адреноблокатор биспролол (конкор фирмы MERCK KGaA), третью группу составили 15 женщин, получавших амлодипин и агонист имидазолиновых рецепторов моксонидин (физиотенз фирмы SOLVAY PHARMACEUTICALS GmbH). Исходно и через 6 месяцев лечения проводилось общеклиническое обследование (включавшее определение индекса массы тела (ИМТ) и окружности талии (ОТ)), определение уровней глюкозы крови, липидного спектра, гормонов щитовидной железы, суточное мониторирование АД, электрокардиография, эхокардиография. Критерии включения в исследование: клинический гипотиреоз; уровень АД ≥ 140/90 мм рт.ст.; абдоминальное ожирение (ОТ > 80 см) в сочетании с любыми 2 критериями МС. Обработка результатов проводилась с использованием программы Statistica 6.1. Количественные признаки представлены медианами и интерквартильными интервалами.

Результаты. До начала исследования в группах среднесуточный уровень систолического АД (САД) составил 168 мм рт. ст. (159-173), диастолического АД (ДАД) — 96 мм рт. ст. (94-103). На фоне терапии во всех группах были достигнуты целевые значения АД (< 140/90 мм рт.ст.). Через 6 месяцев лечения в первой группе уровень САД снизился до 123,2 мм рт.ст.(122,4-127,8), уровень ДАД — до 77,8 мм рт.ст.(76,4-80,9); во второй группе — до 124 мм рт.ст. (122,5-126,9) и 78,7 мм рт.ст.(76,5-79,7); в третьей — до 127,2 мм рт.ст. (123,8-129) и 78,2 мм рт.ст. (76,8-79,1) соответственно (p<0,05). Исходно избыток

массы тела диагностировали у 27 пациенток, ожирение 1-3 степени — у 21 женщины. Через 6 месяцев терапии в первых двух группах не произошло достоверных изменений ОТ и ИМТ. Так, в первой группе до исследования эти показатели составили — ОТ 90,5 см (86—97), ИМТ 28,2 кг/м² (27—31), после лечения ОТ 90 см (86—96), ИМТ 28,4 кг/м² (27—31); во второй группе — до начала терапии ОТ 90 см (88—92), ИМТ 28,7 кг/м² (27-32), после — ОТ 92 см (87—95), ИМТ 28,6 кг/м² (27—31) ($p>0,05$). В третьей группе фармакотерапия сопровождалась достоверным уменьшением ОТ (со 100 (90—109) до 94 (90—100) см) и снижением ИМТ (с 32 (28—37) до 32 (28—36) кг/м²), $p<0,05$. Терапия не сопровождалась негативным влиянием на липидный и углеводный обмены.

Выводы. 1) Применение амлодипина и лозартана, амлодипина и биспролола, амлодипина и моксонидина в равной степени способствует достижению целевых цифр АД. 2) Лечение комбинацией амлодипина и моксонидина сопровождается более выраженным изменением основных антропометрических параметров у женщин с АГ при МС и КГ. 3) Очевидно, что терапия пациенток с АГ, МС и КГ должна осуществляться комплексно, в частности с учетом основного и главного компонента МС — абдоминального ожирения (сочетаться с диетотерапией, лечебно-физической нагрузкой).

Постхолецистэктомический синдром и его связь с остеохондрозом шейного отдела позвоночника

Скрябин Е.Г., Тюрина Е.В., Болотнова Т.В.

Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень

Цель: выявить частоту встречаемости у больных постхолецистэктомического синдрома и остеохондроза шейного отдела позвоночника. Задачи. Для достижения поставленной цели было необходимо решить две задачи: установить у больных с постхолецистэктомическим синдромом частоту и характер основных клинических симптомов шейного остеохондроза; — подтвердить клинические симптомы шейного остеохондроза результатами рентгенографии и компьютерной томографии.

Материал и методы. Клиническим материалом для исследования послужили результаты динамического наблюдения и лечения 30 пациентов в возрасте от 22 до 40 лет, которым был выставлен диагноз постхолецистэктомического синдрома. В ходе исследования использовали анализ жалоб больных, анамнез, данные традиционного гастроэнтерологического обследования, а также результаты клинического исследования шейного отдела позвоночника у всех 30 человек. Для подтверждения клинических симптомов шейного остеохондроза у больных применили методы лучевой диагностики: рентгенографию (26 больных) и компьютерную томографию (5 пациентов).

Результаты. При проведении клинического исследования шейного отдела позвоночника у всех 30 пациентов были диагностированы клинические симптомы остеохондроза. Наиболее распространенными из них явились болезненная осевая нагрузка — 21 (70,0%) человек, напряжение мышц разгибателей шейного отдела позвоночника — 23 (76,7%), актуальные функциональные блоки в межпозвонковых суставах — 26 (86,6%), триггерные точки в шейных мышцах — 30 (100,0%) пациентов. Диагностированные клинические симптомы были подтверждены результатами лучевой диагностики. Наиболее часто встречаемым рентгенологическим симптомом шейного остеохондроза явился патологический кифоз на уровне шейных позвонков — 12 (40,0%) пациентов. Из врожденных аномалий развития позвоночника преобладала аномалия Киммерле — 5 (16,6%) больных.

Выводы. Известно, что в большей части случаев причиной формирования постхолецистэктомического синдрома у больных являются функциональные нарушения. Наш небольшой опыт работы по целенаправленному выявлению и лечению цервикальной патологии у больных с постхолецистэктомическим синдромом позволяет предположить, что шейный остеохондроз является фактором высокой степени риска формирования и течения этой билиарной патологии.

Изменение показателей миолиза под влиянием физической нагрузки у мужчин молодого возраста в организованном коллективе

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

Дальневосточный государственный медицинский университет, 301-й Окружной военный клинический госпиталь, Хабаровск

У мужчин молодого возраста в организованном коллективе после чрезмерной физической нагрузки в ряде случаев развивается миоренальный синдром. Цель: Изучить влияние регламентируемой физической нагрузки (общефизическая и строевая подготовка) на клинические и лабораторные показатели миолиза скелетной мускулатуры. Материалы и методы. Обследовано 93 мужчины в возрасте 18-25 лет (средний возраст 20 лет $19,78\pm 0,21$) до и через 8—15 дней (в среднем 11 дней) регулярных занятий физической подготовкой. Определение креатинкиназы (КФК), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), калия, кальция и фосфора в крови проводили на биохимическом анализаторе Liasys (Италия).

Результаты. До физической нагрузки уровень КФК составлял $300,41\pm 57,28$ Е/л (колебания от 55 до 4360 Е/л) и у 37 чел. (39,78 %) превышал референсные для данной методики значения (>190 Е/л). Уровни ЛДГ и АсАТ исходно у всех испытуемых находились в пределах нормы и в среднем составили $202,39\pm 8,68$ Е/л и $17,72\pm 0,68$ Е/л соответственно. Уровни калия ($4,53\pm 0,05$ ммоль/л), кальция ($2,24\pm 0,01$ ммоль/л) и фосфора ($1,38\pm 0,01$ ммоль/л) также были нормальными. После 11 дней физической подготовки (ежедневный кросс 1000 м, подтягивание, отжимание) и строевой подготовки в течение 1,5 часов уровень КФК оказался повышенным у 84 человек (90,32%), а его среднее значение увеличилось в более чем 2 раза ($p<0,001$) и составило $765,00\pm 173,55$ Е/л. Со-держание ЛДГ также в среднем увеличилось вдвое — до $411,28\pm 6,95$ Е/л ($p<0,01$), но не превысило референсных значений. Клинически значимого изменения АСТ не наблюдали, хотя ее средний уровень в сравнении с исходным также увеличился до $25,51\pm 1,32$ Е/л ($p<0,001$). Не зарегистрировано ожидаемого высвобождения внутриклеточных электролитов. Их средние уровни, хотя и незначительно повысились в сравнении с исходными, но остались в пределах нормы: калия — $4,68\pm 0,06$ ммоль/л, кальция — $2,26\pm 0,02$ ммоль/л, фосфора — $1,51\pm 0,02$ ммоль/л. Появление боли в симметричных группах мышц отмечали 28 мужчин (30,11 %), у одного из них было потемнение мочи. Креатинин сыворотки оставался в норме у всех обследуемых (в среднем $87,71\pm 2,25$ мкмоль/л), в том числе и у лиц с миалгией ($88,29\pm 4,72$ мкмоль/л).

Вывод. Регламентированная наставлением по физической подготовке в ВС РФ физическая нагрузка сопровождается повышением уровня КФК и в ряде случаев миалгией. Возможно, это обусловлено явлениями небольшого миолиза, не приводящего к нарушению функции почек.

Особенности рабдомиолиза вследствие физической нагрузки у мужчин молодого возраста в организованном коллективе

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

Дальневосточный государственный медицинский университет,
301-й Окружной военный клинический госпиталь, Хабаровск

Диагностика рабдомиолиза у молодых мужчин после чрезмерной для них физической нагрузки нередко вызывает затруднения.

Цель: изучить факторы и течение нетравматического рабдомиолиза у лиц молодого возраста в организованном коллективе. Материалы и методы. Проанализированы причины, течение и исходы рабдомиолиза у 44 мужчин 18—25 лет военнослужащих по призыву. Рабдомиолиз диагностировали на основании анамнеза, миалгического синдрома, изменения цвета мочи на коричневый, повышения ферментов миолиза: креатинкиназы (КФК), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), аспартатаминотрансферазы (АСТ).

Результаты. Диагноз рабдомиолиза при первичном осмотре установлен лишь 15 пациентам (34,1%). У 18 (40,9%) первым диагнозом был гломерулонефрит. У остальных 11-ти вначале диагностированы «отравление» и нейроциркуляторная астенция (по 4 чел. — 9,1%, вирусный гепатит (3 чел. — 6,8%). 37 пациентов (84,1%) заболели в первые месяцы военной службы. Интенсивность и вид физической нагрузки варьировали: приседания от 30 до 300, в том числе со штангой, кросс 1-3 км. 22 пациента (50%) имели ИМТ > 22,9 кг/м². Поводом обращения за медицинской помощью в 86,36% (36 чел.) было потемнение мочи и боль в мышцах бедер. У 18 пациентов (40,91%) отмечался кратковременный (1-3 суток) субфебрилитет. Диагноз рабдомиолиза подтверждали лабораторные сдвиги: повышение КФК в среднем до 98844,44±13384,62 U/l (при норме до 170 U/l); ЛДГ до 5016,007±734,88 U/l (норма до 450 U/l); АСАТ до 1870,277±236,46 U/l (норма до 41 U/l). Обструкция канальцев привела к острой почечной недостаточности (ОПН) со СКФ менее 15 мл/мин у 12 пациентов (27,27%), потребность в гемодиализе возникла у 9 из них (20,45%). Снижение СКФ до 30–89 мл/мин отмечено в 18 случаях (40,91%), в остальных 16 (36,36%) СКФ оставалась нормальной. Изменения в моче наблюдались в течение 1-4 суток и заключались в изменении цвета (коричневый), протеинурии с максимумом до 3,39 г/л (в среднем 1,37±0,19 г/л), появлении гиалиновых и зернистых цилиндров, гематурии у всех больных, в том числе макрогематурии в 47,73%. Течение рабдомиолиза у всех больных, в том числе и с ОПН, завершилось выздоровлением.

Заключение. У мужчин молодого возраста, в особенности с повышенным ИМТ, непривычные ранее физические нагрузки могут приводить к рабдомиолизу, который может осложняться развитием ОПН, в ряде случаев требующей гемодиализа. Данный вариант рабдомиолиза имеет доброкачественное течение и заканчивается выздоровлением.

Противовоспалительный эффект метформина у больных сахарным диабетом 2 типа, перенесших инфаркт миокарда

Смирнова Е.Н.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера, Пермь

Цель работы: изучить динамику маркера системного воспаления СРП и липидного спектра у больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2) после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ).

Материалы и методы. Обследовано 69 пациентов в возрасте 55,73±6,9 лет, из них 36 с СД 2, продолжительностью 5,96±3,29 лет, поступивших на реабилитацию в кардиологический санаторий, после ИМ. Всем пациентам выполнены общеклинические и инструментальные методы исследования. Лечение было комплексным и стандартным. Пациенты СД 2 типа были разделены на 2 группы. Первую (М+СМ) составили 19 пациентов, получившие через 2 месяца после ИМ метформин (М) в дозе до 1500 мг в сутки в монотерапии или в комбинации с препаратами сульфонилмочевины (СМ), 2-я (СМ) состояла из 14 пациентов, оставшихся на препаратах СМ.

Результаты. В острую фазу ИМ уровень СРП у пациентов с СД 2 и без диабета не различался, значительно превышал норму (3,94±2,04 мг/л и 4,54±1,76 мг/л соответственно). Выявлена положительная корреляция между ОХС, ХС ЛПНП и СРП у пациентов СД 2 типа (R=0,57 — 0,82; p=0,041). В обеих группах через 6 месяцев улучшился углеводный обмен. Липидный спектр достиг целевых значений у 84% больных в группе М+СМ и у 70% группы СМ (p=0,048). Пациенты, сохраняющие гиперлипидемию, имели высокий уровень СРБ исходно (5,25±2,24 мг/л, p=0,37) по сравнению с пациентами с скорректированными показателями (3,89±1,79 мг/л, p=0,0007). Достигнуто снижение СРП на 59% в группе М+СМ (p=0,0009), во второй группе СРБ уменьшился до 2,89 ± 1,26 мг/л (p=0,34). Положительная корреляция получена между значениями СРП и гликемией натощак, HbA1c (R=0,44-0,62; p=0,032). В группе СМ гиперинсулинемия достигла 171,85 пмоль/л, индекс HOMA IR составил -7,69, по сравнению с группой М + СМ (107,9 пмоль/л и 4,32, соответственно, p=0,04). В течение полугода госпитализировано 13,6% пациентов 1-й группы по поводу нестабильной стенокардии и 21,4% пациентов 2-й группы (p=0,04); операция коронарного шунтирования проведена у 7,1% второй группы.

Выводы. Гипергликемия вносит дополнительный «вклад» в воспалительный компонент ИБС. Высокий уровень СРП снижает эффективность липидкорректирующей терапии при СД типа 2. Использование метформина у больных СД типа 2 после перенесенного ИМ (с учетом противопоказаний) уменьшает инсулинрезистентность и активность воспаления (СРБ), что приводит к улучшению клинического течения ИБС

Комплексная оценка состояния пациентов с остеохондрозом в процессе проводимого лечения инфракрасной лазерной терапией

Соболева Д.А., Мязин Р.Г., Курушина О.В.

Волгоградская областная клиническая больница № 1, Волгоград

Пациенты с остеохондрозом зачастую испытывают выраженные болевые ощущения при поступлении в стационар и в процессе проводимого лечения. Оценка таких параметров как болевой синдром, наличие депрессии, влияние болезни на качество жизни человека особенно важна в выборе способа лечения и подключения дополнительных методов лечения, таких как инфракрасная лазерная терапия. Идея: улучшение состояния пациентов с помощью включения дополнительного метода лечения — инфракрасной лазерной терапии.

Цель: оценить возможности инфракрасной лазерной терапии как дополнения базисного лечения остеохондроза.

Материалы и методы. Исследования проводилось на базах кафедр

пропедветики внутренних болезней и неврологии ВолГМУ, а также в неврологическом отделении ВОКБ № 1 г. Волгограда. Оценка болевого синдрома проводилась с помощью визуальной аналоговой шкалы, комплексного болевого опросника, неврологической шкалы оценки депрессии. В исследовании участвовали 16 человек, с диагнозом «Пояснично-крестцовый или шейный остеохондроз». 10 составили опытную группу, им кроме базисного лечения было проведено 10 сеансов инфракрасной лазерной терапии. 6 оставшихся составили контрольную группу, лечение которой не подвергалось никаким изменениям.

Результаты. В опытной группе изменение боли в среднем составило 3,6 балла, что в процентном соотношении составляет 56,3%. Это то облегчение боли от исходного, которое получили пациенты, у кого дополнительно проводились процедуры инфракрасной лазеротерапии. В контрольной группе изменение в среднем составило 3,3 балла-39,8%. В оценке удовлетворенности лечением пациенты опытной группы были довольны на 64% от возможного, а больные контрольной группы только на 45%. Опытная группа: депрессия — 0%, возможная депрессия — 10%, отсутствие депрессии — 90%. Контрольная группа: депрессия — 16,7 %, возможная депрессия — 16,7%, отсутствие депрессии — 66,6%. Оценка влияния боли на качество жизни. В опытной группе влияние боли на качество жизни составило 49,51%. В контрольной группе влияние боли на качество жизни было почти таким же и составило 48,8%.

Выводы. Пациенты опытной группы легче переносили боль. Купирование боли в их группе происходило быстрее и удовлетворенность лечением была выше, чем в контрольной. Таким образом, включение в стандартизированное лечение боли при остеохондрозе курса инфракрасной лазерной терапии приводит к более быстрому и эффективному снижению болевого синдрома.

Характер нарушений сердечного ритма при супрессивной терапии левотироксином (ретроспективный анализ)

Соколова А.Ю.

Уральская государственная медицинская академия, городская клиническая больница №40, Екатеринбург

Цель: изучить характер нарушений ритма у пациентов на фоне проведения супрессивной терапии левотироксином (СТЛ) и проанализировать эффективность назначенной кардиотропной терапии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 36 пациентов (35 женщин, 1 мужчина), наблюдающихся в амбулаторно-консультативном отделении эндокринологического центра ГКБ № 40, получавших супрессивные дозы левотироксина (75-200 мкг) после оперативного лечения по поводу дифференцированного рака щитовидной железы. Учитывались данные амбулаторного осмотра пациентов, результаты электрокардиографического исследований (ЭКГ). Уровень тиреотропного гормона находился в пределах от 0,0 до 0,54 мМЕ/л.

Результаты. Возраст пациентов на момент начала СТЛ составил от 23 до 68 лет; 9 человек, получавшие СТЛ, имели возраст старше 60 лет (25%), так как относились к группе высокого риска (с учетом стадии заболевания, наличия региональных метастазов и рецидивов опухоли). У 8 пациентов (22,2%) по ЭКГ не выявлено существенных отклонений, синусовая тахикардия периодически возникала у 15 человек (41,7%), у 2 женщин (5,5%) синусовая брадикардия (ЧСС 55-58 в минуту, в

амбулаторной карте не было указаний на назначение β-блокаторов), синусовая аритмия выявлена у 2 пациенток (5,5%), блокада ножек пучка Гиса на фоне синусового ритма у 6 человек (16,7%), 1 чел. (2,8%) с желудочковой экстрасистолией, у 1 (2,8%) синусовая аритмия и замедление атриовентрикулярной проводимости и у 1 (2,8%) по ЭКГ синусовая аритмия, признаки ранней реполяризации желудочков. Один мужчина (2,8%) был переведен на заместительную гормональную терапию левотироксином в связи с выявлением ИБС. После окончания СТЛ ритм восстановился у 8 человек из 28 с различными нарушениями ритма и проводимости (28,6%), в том числе у пациентов с синусовой брадикардией. Для восстановления ритма при проведении СТЛ эффективно использовались β-блокаторы (селективные, в одном случае неселективные), проводилась метаболическая терапия, при наличии артериальной гипертензии использовались недигидропиридиновые антагонисты кальциевых каналов, ингибиторы АПФ, мочегонные препараты, что позволило избежать ухудшения динамики по ЭКГ и возникновения срыва ритма по типу мерцательной аритмии.

Выводы. 1. По данным ретроспективного исследования у пациентов, получающих СТЛ, не выявлено случаев возникновения мерцательной аритмии, в том числе у категории пациентов старше 60 лет. 2. β-блокаторы и недигидропиридиновые антагонисты кальциевых каналов нивелируют нарушения ритма при экзогенном субклиническом тиреотоксикозе на фоне СТЛ и позволяют продолжить лечение без коррекции дозы левотироксина.

Чувствительность к левофлоксацину основных возбудителей у больных с бронхолегочными заболеваниями

Соколова В.И., Васильева Е.Н., Орлов В.А.

Российская медицинская академия последиplomного образования, Москва

Цель: изучить чувствительность микроорганизмов к антибиотикоту — левофлоксацину — выделенных из мокроты, трахеобронхиального секрета больных с бронхолегочной инфекцией.

Методы. Исследование мокроты и трахеобронхиального секрета из нижних дыхательных путей больных осуществлялось с помощью бактериологического метода. Выделены и идентифицированы 203 штамма микроорганизмов: из них (31 шт.) *S. pneumoniae*; (48 шт.) *S.mitis-1*; *S.anginosus*, *S. viridans*, *S. oralis* и другие (42 шт.); *Enterococcus faecium* (5шт), *Enterococcus faecalis* (1 шт.); *S.aureus* (26 шт.), *S. epidermidis* (4 шт.); и 2 культуры *S.haemolyticus*. Грамотрицательные (гр-) патогены были представлены также различными клинически значимыми возбудителями: *P. aeruginosa* (13 шт.), *P. putida* (1 шт.), *Kl. pneumoniae* (7 шт.), *Kl. oxytoca* (7 шт.), *E. coli* — (6 шт.), *Enterobacter* (5 шт.) и по одному штамму *Proteus mirabilis*, *P.vulgaris*, *H.inf.*, *H.inf spp*, *Acinetobacter baumannii*, *Acinetobacter calcoaceticus*. В структурах всех выделенных возбудителей доля грамположительных (гр+) патогенов составила 78,3%; грамотрицательных (гр-) — 21,6 %; кроме того, обнаружена грибковая флора г.р. *Candida albicans* — 26,1%. Антибиотикочувствительность определялась стандартным диско-диффузионным методом, на агаре Mueller-Hinton с помощью коммерческих дисков. Установлено, что наибольшей активностью в отношении исследуемых штаммов в группе стафилококков обладал левофлоксацин, что составило (от 84,3% до 12,5% — соответственно), лишь две культуры были резистентны. При исследовании чувствительности (гр-) изолятов к антибиотикоту было обнаружено, что в 68,4% (44 шт) и 14 культур были резистентны.

Результаты. Ведущая флора была представлена группой стрептококков (*S. pneumoniae*, *S. mitis*-1, *S. mutans*, *S. anginosus* и др), что составило 59,6% (203 шт). Левофлоксацин проявил активность в отношении стрептококков в 29,7% (121 шт) изучаемых культур. Промежуточная чувствительность возбудителей к антибиотику была выявлена в 36,3% (121 шт). Нежелательным открытием явилось обнаружение высокого уровня резистентности 34,7% (121 шт) исследованных образцов стрептококков к левофлоксацину. Наименьшая активность антибиотика наблюдалась и в отношении *Enterococcus* — 2 из 6 штаммов. Следует отметить, что высокая чувствительность сохраняется среди стафилококков (32 шт.), что составило (от 84,3% до 12,5% — соответственно). Левофлоксацин был активен в отношении многих (гр-) возбудителей, что составило 65,9% (44 шт). В то же время 31,8% штаммов были к нему устойчивы.

Выводы. Полученные результаты микробиологического исследования (мокроты, трахеобронхиального секрета) показали тенденцию к снижению активности левофлоксацина в группе стрептококковой инфекции, а также наблюдается высокий уровень резистентности у (гр-) микроорганизмов к антибиотику. Следовательно, надо подходить с вниманием и одновременно учитывая свой клинический опыт.

Сопряженность изменений свертывающей и противосвертывающей систем крови при заболеваниях почек

Сократов Н.В.

Институт физической культуры и спорта Оренбургского педагогического университета, Оренбург

Цель исследования: изучение сопряженности свертывающей и противосвертывающей системы крови при заболеваниях почек. Материалы и методы. Изучена система гемостаза у 131 больного различными заболеваниями почек (смешанная форма хронического гломерулонефрита с сохраненной функцией почек, эта же форма, но с хронической почечной недостаточностью — ХПН, острый нефротический синдром, хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом — ГЛПС): 75 мужчин и 56 женщин в возрасте от 18 до 45 лет. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с обследованными пациентами. Лабораторный модуль представлен коагулограммой, включающей маркеры свертывающей, антикоагулянтной и фибринолитической (ферментативного и неферментативного фибринолиза) систем.

Результаты. Ускоренное формирование протромбиназы, повышение содержания калликреина, снижение уровня АТ-III и С3 компонента комплемента сопровождается при патологии почек увеличением в крови больных гепарина, продуктов деградации фибриногена/фибрина и комплексных соединений эндогенного гепарина с тромбогенными белками плазмы и катехоламинами, обладающих выраженными антикоагулянтными и фибринолитическими свойствами. Ускорение I или I и II фаз протекает сопряженно с торможением III фазы гемостаза. Неферментативный фибринолиз обусловлен действием физиологических растворителей нестабилизированного фибрина — комплексных соединений гепарина с тромбогенными белками плазмы (тромбином, фибриногеном (ФГ), фактором XIII), аминами (адреналином-АДГ, серотонином) и другими биологическими активными компонентами (плазминогеном и плазмином-ППГ+ПГ, антиплазмином, тироксином, антитромбином-III). Данные комплексы способны растворять нестабилизированный фибрин как в отсутствие,

так и в присутствии блокаторов ферментативного фибринолиза. Наряду с этим комплекс плазмин-гепарин не утрачивает способности лизировать фибрин даже после его сшивки фактором XIII. Все эти комплексы обладают также антикоагулянтными свойствами. В связи с этими данными мы предположили, что лизис стабилизированного фибрина при нефропатиях осуществляется за счет комплекса плазмин-гепарин, ибо ферментативный фибринолиз при всех заболеваниях почек существенно угнетен. Увеличивается суммарная фибринолитическая активность крови на нестабилизированных пластинах фибрина (СФА). Изучив суммарную неферментативную фибринолитическую активность (СНФА), мы обнаружили ее резкое увеличение. Разница зон лизиса нестабилизированного фибрина показала, что растворение последнего осуществляется за счет неферментативного фибринолиза на фоне блокады ферментативного фибринолиза. Особенно значительно возрастает фибринолитическая активность комплекса ПГГ+ПГ. Чрезвычайно велика активность этого комплекса при мочекаменной болезни и ГЛПС. Активность комплекса ФГ значительно стимулируется при смешанной форме хронического гломерулонефрита с сохраненной функцией почек и мочекаменной болезни. Самая высокая активность комплекса АДГ обнаружена при пиелонефрите, мочекаменной болезни, смешанной форме хронического нефрита с сохраненной функцией почек. Активность комплексных соединений гепарина резко угнетается при смешанной форме хронического гломерулонефрита с ХПН. Общая литическая активность всех комплексов ниже, чем суммарная неферментативная фибринолитическая активность (СНФА). По-видимому, при заболеваниях почек повышается уровень и других комплексных соединений гепарина (ДКС). Особенно велика доля этих комплексов гепарина при остром нефротическом синдроме. Заключение. Таким образом, при патологии почек нет стадий гипер- и гипокоагуляции (коагулопатии потребления—ДВС синдрома), а напротив, существует сопряженность свертывающего и противосвертывающего звена, т.е. происходит трансформация стационарных уровней систем гемостаза. Фибриноген и другие прокоагулянты временно утрачивают способность к коагуляции, вступая в комплекс с эндогенным гепарином, уровень которого у больных очень высок. Чрезмерная антикоагулянтная активность комплексов гепарина с тромбогенными белками приводит к геморрагиям, а ее снижение — к тромбоэмболическим осложнениям. Эти представления предполагают принципиально новую программу терапии тромбогеморрагических состояний при почечной патологии, что отражено в патенте на изобретение «Способ лечения заболеваний почек».

Сравнительная эффективность слабительного средства на основе лактитола (Экспортал) и препарата на основе лактулозы (лактюлоза) в терапии хронических запоров

Солдатова Г.С., Петухова А.В.

Институт химической биологии и фундаментальной медицины, Новосибирский государственный университет, Новосибирск

Цель исследования: сравнить клиническую и микробиологическую эффективность препаратов на основе лактитола (Экспортал) и препарата на основе лактулозы (лактюлоза) в терапии хронических запоров.

Материал и методы. Исследованы 65 пациентов с синдромом хронического запора в соответствии с Римскими критериями III,

разделенных на две группы: 35 и 30 человек. Средний возраст в 1-й группе составил 58,5±14,7, во 2-й — 43,4±17,8 года. У всех пациентов отмечались болевой абдоминальный и астеновегетативный синдромы. Время кишечного транзита (ВКТ) у пациентов 1-й группы составило 64,2±18,7, 2-й — 58,5±17,6 часа. У 73,9% пациентов 1-й группы и у 70% 2-й были выявлены нарушения в микробиоценозе толстой кишки различной степени тяжести (в соответствии с приказом МЗ РФ № 231). Пациенты 1-й группы получали препарат Экспортал (ЗАО «ФПК ФармВилар», Москва, действующее вещество — лактитол) в дозе 10 г в сутки, во 2-й группе — препарат на основе лактулозы (лактолоза) 15 мл в сутки, длительность терапии 20 дней.

Результаты. У 77,1% пациентов 1-й группы купирован болевой абдоминальный синдром, у всех нормализовались частота, форма стула по Бристольской шкале, во 2-й группе болевой синдром купирован у 50%, нормализация стула — у 43,3% больных (p=0,01). Проявления астеновегетативного синдрома уменьшились в 62,8% случаев при приеме Экспортала и в 56,7% случаев при приеме лактулозы (p>0,05). Улучшение микробиоценоза толстого кишечника было у 69,6% пациентов, получавших Экспортал, и у 47,6% в группе, получавших лактулозу (p<0,01), в основном за счет увеличения количества бифидобактерий в обеих группах (p=0,02, p<0,05 соответственно). ВКТ после лечения составило 36,7±14,8 часа в 1-й группе и 38,8±11,5 часа во второй.

Выводы. Экспортал (лактитол), по сравнению с препаратом на основе лактулозы (лактолоза), более эффективно устраняет симптомы запора, болевой абдоминальный синдром, нарушения в микрофлоре толстого кишечника.

Тревожность и депрессия у пациентов с артериальной гипертензией и факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний

Соловьева К.Б., Королева Е.Б.

Поликлиника войсковой части 2542, Воркута

Цель исследования: оценка распространенности уровня депрессии (Д) и тревожности (Т) у пациентов с артериальной гипертензией и факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материалы и методы. Обследовано 115 военнослужащих контрактной службы мужского пола с дислокацией в районе Крайнего Севера. По результатам скрининга сформированы три группы пациентов. Группа 1 — больные гипертонической болезнью (ГБ), n=65, средний возраст 40±7 лет; группа 2 — пациенты с нейроциркуляторной астенией (НЦА) по гипертоническому типу, n=25, средний возраст 31±5 лет и группа 3 — пациенты с факторами риска при отсутствии ССЗ, n=25, средний возраст 38±6 лет. Уровень Д и Т (личностной и ситуационной) оценивался в баллах методом тестирования по опроснику депрессии Бека и шкале Спилберга-Ханина соответственно. При оценке степени Д сумма баллов 0-9 соответствовала отсутствию депрессивных симптомов, 10-15 — легкой депрессии. При оценке личностной Т (ЛТ) и ситуационной Т (СТ) очень низкая Т соответствовала 0-1,4 балла; низкая Т — 1,5-1,9 балла; средняя Т — 2-2,9 балла; высокая Т — 3-3,4 балла. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 7,0 StatSoft. Проверка соответствия вида распределения признаков закону нормального распределения проводилась с использованием критерия Шапиро-Уилка. Сравнение групп по уровню Д и Т осуществлялось непараметрическим методом Краскела-Уоллиса. Корреляционный анализ уровней Д и Т выполнялся непараметрическим методом Спирмена с расчетом коэффициента

корреляции (r). Данные представлены в виде медианы, 25 и 75 квартилей.

Результаты. В 1 группе уровень Д составил 4(2; 8) баллов, во 2 группе — 2(1; 3), в 3 группе — 2(0; 4) балла. При сравнении в исследуемых группах выявлены статистически значимые различия уровня Д (p=0,0161) между 1 и 3 группами. При анализе ЛТ в 1 группе ее уровень составил 2,05(1,6; 2,45) балла, во 2 группе — 1,6(1,4; 1,9) балла, в 3 группе — 1,6(1,4; 1,85) балла. По значению ЛТ выявлены статистически значимые различия между 1 и 2, 1 и 3 группами, p=0,0012. При анализе СТ в 1 группе ее уровень составил 1,9(1,6; 2,25) балла, во 2 группе — 1,7(1,45; 1,9) балла, в 3 группе — 1,55(1,35; 1,75) балла. По уровню СТ выявлены статистически значимые различия между 1 и 2, 1 и 3 группами (p=0,000). В ходе корреляционного анализа в 1 группе выявлены достоверные положительные связи между уровнями ЛТ и Д (p=0,000), r=0,53; между уровнями СТ и Д (p=0,000), r=0,5.

Выводы. Более высокие уровни депрессии, личностной и ситуационной тревожности выявлены у больных ГБ. Проведенный анализ указывает на необходимость коррекции степени депрессии, личностной и ситуационной тревожности в ходе комплексной терапии больных ГБ, НЦА по гипертоническому типу, а также при профилактической терапии пациентов с факторами риска при отсутствии ССЗ.

Анализ показателей общей выживаемости больных в начальные периоды инфаркта миокарда

Сотников А.В., Яковлев В.В., Гордиенко А.В., Носович Д.В.

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

Цель исследования: оценить динамику выживаемости больных в начальные периоды инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы. В группе из 765 мужчин и 26 женщин с ИМ (средний возраст 61,2±0,4 лет) оценивали параметры общей выживаемости на протяжении 50 дней от начала заболевания методом Каплан-Мейер (с произвольной шириной интервала оценки 5 дней). Для сравнения выживаемости в группах по клиническим признакам (первичный и повторный ИМ, наличие зубца Q) и факторам риска (пол, гиподинамия, сахарный диабет (СД), пароксизмы фибрилляции и трепетания предсердий (МА), частые простудные заболевания в анамнезе) использовали критерий Гехана-Вилкоксона. Все пациенты лечились консервативно. Случаи с интервенционными процедурами (кроме системного тромболизиса у 11%) не включали в исследование.

Результаты. В представленной группе были из-под наблюдения живыми в течение 50 дней 607 человек (76,8%). Максимальный уровень летальности отмечен на 1, 2 и 3 отрезках наблюдения (55, 10 и 8 человек, соответственно). Частота летальных исходов в интервале с учетом выбывших из-под наблюдения изменялась от 7,1% в первом периоде до 1,1% — в 6. Функция выживания приближалась к экспоненциальному распределению: 96,5% больных оставались живыми на протяжении первой недели, 93,1% — второй, 89,7% — третьей, 86,4% — четвертой, 83,1% — пятой; 79,9% — шестой; 76,8% — седьмой. Интенсивность летальности отличалась в течение всего оценочного периода. В начале наблюдения (с 1-го по 20-й дни) отмечали снижение показателя от 0,014 до 0,002 соответственно, а в дальнейшем незначительное увеличение его со стабилизацией в 20-30-е дни заболевания. В 30-е по 35-е дни заболевания вновь отмечали увеличение показателя до 0,014. За время наблюдения медиана выживаемости в общей группе не

достигнута. Из общего числа больных 76,8% оставались живыми в этот период. При сравнении показателей выживаемости в группах больных с Q и non-Q ИМ, первичных и повторных ИМ, факторами риска (пол, гиподинамия, СД, пароксизмы МА в анамнезе, частые простудные заболевания) все изученные признаки в разной степени имели значение. Наиболее ярко отличия выживаемости выражены в группах Q и nonQ ИМ, первичных и повторных ИМ, и по полу. Их отмечали с первых дней заболевания.

Выводы. В начальные периоды ИМ наиболее высокая вероятность смерти получена в первые дни заболевания и месяц спустя. Неблагоприятно на показатели выживаемости влияли факторы, характеризующие глубину и площадь поражения (зубцы Q, повторные ИМ), женский пол.

Клиническая эффективность стандартных схем лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях дневного стационара

Степанщица Л.А., Фаттахова Н.В., Загорюкина Т.Л.

Челябинская государственная медицинская академия, кафедра терапии факультета последипломного образования, Челябинск

Язвенная болезнь (ЯБ) у нас в стране, по данным многочисленных исследований, имеет ежегодный рост и впервые выявленные случаи ЯБ увеличились с 18% до 26%. Открытие *Helicobacter pylori* коренным образом изменило традиционные подходы к лечению ЯБ, выдвинув на первый план антибиотикотерапию, которая является обязательным компонентом схем антихеликобактерной терапии.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность стандартной терапии обострений ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях дневного стационара. В результате проведенного анкетного опроса и обследования методом случай — контроль было обследовано 73 пациента с обострением ЯБ, поступивших в дневной стационар. Среди них с локализацией процесса в желудке (ЯБЖ) было 27 человек (группа 1); наличие язвенного процесса в двенадцатиперстной кишке (ЯБДПК) выявлено у 41 пациента (группа 2); у 5 пациентов отмечено сочетанное язвенное поражение слизистой желудка и ДПК. Все пациенты проходили курс лечения в дневном стационаре. Из них 43,3% обследованным пациентам была назначена трехкомпонентная схема, включающая амоксициллин, кларитромицин, омез в стандартных дозах; остальные же получали 4-компонентную схему лечения: де-нол, омез, амоксициллин и фуразолидон в обычных дозах. 100% больных принимали назначенные препараты 7 дней при трехкомпонентной и четырехкомпонентной схемах. Только 68,3% обследованных действительно получали антибиотики в течение 14 дней и имели положительную клиническую динамику всех симптомов болезни и положительную эндоскопическую картину к 7—12-му дню лечения. У остальных пациентов сохранялись симптомы диспепсии и незначительных болей в эпигастрии, что потребовало дополнительной терапии и длительного листа нетрудоспособности. Отсутствие положительной динамики клинических симптомов и наступления эндоскопической ремиссии у 31,7% наших пациентов свидетельствует об устойчивости *Helicobacter pylori* к лечению и зависит от индивидуального ответа иммунной системы макроорганизма на инфекцию, что подтверждено целым рядом работ. Учитывая данные факты, актуальной задачей на сегодняшний день представляется поиск более эффективных схем лечения, возможно, за счет включения в схему лечения иммуномодуляторов, антидепрессантов и т.д.

Значение определения эндотоксина крови при помощи LAL-теста у пациентов с циррозом печени

Сторожаков Г.И., Ильченко Л.Ю., Федоров И.Г., Теребилина Н.Н., Мерзликина Н.Н.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Городская клиническая больница № 12; Лаборатория биохимии национального научного центра наркологии, Москва

Цель: оценить значение определения уровня эндотоксина с помощью LAL-теста у больных циррозом печени (ЦП) алкогольно-вирусной этиологии.

Материалы и методы. В исследование включен 71 пациент с ЦП, класс С по Child-Pugh (48 мужчин и 23 женщины) в возрасте 32—70 лет. Преобладали лица зрелого возраста от 45 до 59 лет. Всем больным проводилось комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование. Определение уровня эндотоксина крови осуществлялось при помощи LAL-теста (хромогенный тест, НВТ, Голландия), при поступлении в стационар (на 3—5 сутки) и через 3 недели (24—28 сутки) госпитализации. Референсные значения эндотоксина сыворотки крови не превышали 0,1 МЕ/мл.

Результаты. По наличию инфекционных осложнений (ИО) пациенты были разделены на 4 группы. В I группу вошли 29 больных ЦП и инфекциями (спонтанный бактериальный перитонит, хронический пиелонефрит, бактериальный эндокардит, пневмония), диагностированными при поступлении в стационар. Значения эндотоксина составили от 0,3 МЕ/мл до 120 МЕ/мл. После проведенной терапии антибактериальными препаратами (а/б) широкого спектра действия/резерва отмечено снижение уровня эндотоксина. II группу составили 19 пациентов с ЦП и развитием внутрибольничных ИО в первые 5—7 дней госпитализации (пиелонефрит, пневмония). Уровень эндотоксина нарастал через 3 недели в случае отсутствия эффекта от а/б и составил (от 0,5 МЕ/мл до 90 МЕ/мл). В III группу вошли 15 пациентов с ЦП без ИО и нормальным уровнем эндотоксина крови. В IV группу также были включены пациенты с ЦП без ИО (n=8), но с достоверным повышением эндотоксина от 0,3 МЕ/мл до 70 МЕ/мл, которое сохранялось весь период госпитализации. Летальность в целом по группе наблюдения (n=71) составила 11%. Летальный исход отмечен лишь среди пациентов I и II групп (8/71; 11,3%) и обусловлен развитием ИО с нарастанием уровня эндотоксина, углублением системной воспалительной реакции и формированием полиорганной недостаточности.

Заключение. Повышение уровня эндотоксина является маркером развития инфекционного процесса и отражает как интенсивность, так и динамику регресса клинических проявлений ИО у пациентов с ЦП. В отсутствие диагностируемых ИО эндотоксемия, наиболее вероятно, обусловлена синдромом избыточного бактериального роста, транзиторной бактериемией, нарушением детоксицирующей функции печени.

Сердечно-сосудистые осложнения и факторы риска атеросклероза у больных системными васкулитами

Стрижаков Л.А., Моисеев С.В., Семенкова Е.Н., Диттерле В.Е., Кузнецова Е.И.

Клиника нефрологии, внутренних и профессиональных заболеваний им. Е.М. Тареева, Москва

Цель: изучение факторов риска атеросклероза у пациентов с системными васкулитами.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй 321 больного системными васкулитами (СВ), в том числе с гранулематозом Вегенера (ГВ) — 138, артериитом Такаюсу (АТ) — 79, узелковым полиартериитом (УП) — 55 и синдромом Черга-Страусса (СЧС) — 49, госпитализированных в Клинику им. Е.М. Тареева с 1989 по 2009 г. Изучены классические факторы риска, включенные в таблицу SCORE, признаки поражения почек (креатинин плазмы, СКФ). Оценивали взаимосвязь между структурой факторов риска и наличием осложнений атеросклероза, который диагностировали на основании клинических данных: стенокардия II-IV ФК, инфаркт миокарда (ИМ), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и эндоваскулярные вмешательства. Была проанализирована структура причин смерти 51 больного.

Результаты. У 50 (15,6%) пациентов выявлены клинические признаки атеросклероза, в том числе стенокардия у 22 (44%) пациентов, ИМ — у 10 (20%), ОНМК — у 15 (30%), и эндоваскулярные вмешательства у 3 (6%). Доля мужчин была выше в группе с клиническими признаками атеросклероза, чем в группе без таковых (50% и 33%, соответственно, $p < 0,05$). Средний возраст в дебюте заболевания был выше у пациентов с осложнениями атеросклероза [47,3 лет ($\pm 14,5$) и 39,7 лет ($\pm 13,9$), $p < 0,01$]. В отношении других факторов риска статистически значимые различия не были найдены. В обеих группах 16% пациентов — курящие. Доля пациентов с гипертонией (САД > 140 мм рт.ст.) была выше в группе с проявлениями атеросклероза, чем в группе без осложнений (42% и 32,5%, соответственно), однако эти различия статистически не значимы. Гиперхолестеринемия ($> 5,0$ ммоль/л) имела у 73% пациентов с осложнениями атеросклероза и у 67% пациентов без них. Признаки поражения почек (гиперкреатининемия $> 1,2$ мг/дл и/или СКФ < 60 мл/мин) имелись у 32% пациентов с клиническими проявлениями атеросклероза и у 31% пациентов без проявлений атеросклероза. В группе из 51 умершего пациента средний возраст составлял $38,2 \pm 13,4$ лет. Атеросклеротические изменения были выявлены у 26 пациентов, т.е. в 51,0% случаев. Среди умерших пациентов у 11 были выявлены поздние атеросклеротические изменения (стенозирование просвета сосуда атеросклеротической бляшкой на 50% или более, изъязвленные бляшки, кальцинаты в бляшках).

Выводы. Пациенты с СВ представляют собой группу высокого риска осложнений атеросклероза. В группе больных с осложнениями атеросклероза выявлена взаимосвязь с мужским полом и возрастом в дебюте заболевания.

Сравнительная оценка влияния характера вегетативных проявлений на показатели суточного профиля артериального давления у женщин в климактерическом периоде с гипертонической болезнью на фоне применения гипотензивной терапии

Стрюк Р.И., Голикова А.А., Махулова А.М.

Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра внутренних болезней стоматологического факультета, Москва

Цель: оценить особенности влияния характера вегетативных проявлений на показатели суточного мониторинга артериального давления (СМАД) у женщин в климактерическом периоде (КП) с

гипертонической болезнью (ГБ) на фоне применения гипотензивной терапии (ГТ).

Материал и методы. Обследовано 36 женщин с ГБ II стадии (ВОЗ/МОГ, 2004) в КП, без сопутствующего сахарного диабета типа 2. Средний возраст составил $53,8 \pm 6,5$ года, которые имели среднюю степень тяжести климактерического синдрома согласно менопаузальному индексу Куппермана в модификации Е.В. Уваровой (1996). Обследованные женщины были разделены на 3 группы в зависимости от характера вегетативных проявлений нервной системы, который определялся путем подсчета индекса Кердо. В 1-ю группу вошли 12 женщин с эйтонией; 2-я группа включала 18 женщин с парасимпатикотонией; 3-я группа состояла из 6 женщин с симпатикотонией. Всем исследуемым проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) по общепринятой методике аппаратом CardioTens Meditech, Венгрия. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета прикладных статистических программ Statistica 6.0. Результаты представлены в виде средней величины и стандартного отклонения ($M \pm SD$).

Результаты. Установлено, что у женщин 1-й группы на фоне приема ГТ уровень среднесуточного САД составил $124,2 \pm 18,8$ мм рт.ст., что было ниже тех же показателей у женщин 2-й группы ($135,8 \pm 19,6$ мм рт.ст.) и достоверно ниже показателей у женщин 3-й группы ($151,0 \pm 5,5$ мм рт.ст.). Уровень среднесуточного ДАД на фоне приема ГТ у женщин 1-й группы составил $70,6 \pm 14,5$ мм рт.ст. и был ниже показателей у женщин во 2-й и 3-й группах, что составило $83,4 \pm 11,7$ и $89,5 \pm 19,6$ (мм рт.ст.), $p < 0,05$, соответственно. Среднедневное САД и ДАД у женщин 1-й группы на фоне приема ГТ соответствовало нормальным показателям, что составило $131,2 \pm 22,1$ и $78,0 \pm 16,7$ мм рт.ст. и было на 10% ниже показателей среднедневного САД у женщин 2-й и 3-й групп ($144,1 \pm 22,0$; $144,0 \pm 25,1$ мм рт.ст.). Показатели среднедневного ДАД у женщин 2-й и 3-й групп на 12% и 18% были выше показателей 1-й группы ($88,6 \pm 12,1$; $94,0 \pm 22,2$ мм рт.ст.). Среднедневное САД и ДАД у женщин 1-й группы на фоне ГТ соответствовало нормальным показателям, что составило $115,4 \pm 15,9$ и $64,0 \pm 11,3$ (мм рт.ст.), соответственно. У больных 2-й и 3-й групп показатели среднедневного САД были выше на 11% и 15% показателей 1-й группы. Показатели среднедневного ДАД во 2-й и 3-й группах на 17% и 20% были выше показателей 1-й группы. У женщин 2-й и 3-й групп показатели временного гипертонического индекса были достоверно выше показателей 1-й группы.

Выводы. Установлено, что у женщин с ГБ на фоне климакса сопровождающегося эйтонией, эффективность гипотензивной терапии по данным СМАД выше, чем у женщин с преобладающим влиянием парасимпатической и симпатической нервной системы.

Микроциркуляция как основа клеточно-гуморальной теории общей патологии

Сухов К.В.

Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии, Москва

Основных теорий общей патологии за время развития медицины было две: гуморальная и клеточная теория Р. Вирхова. Первая, сформировавшаяся в античность (VII—IV вв. до н.э.) считала, что в основе человека лежит четыре жидкости (желтая и черная желчь, флегма и кровь), и здоровье зависит от правильного смешивания этих жидкостей в организме: если смешение «правильное» — человек здоров, если «неправильное» — болен. Вторая с работы Р. Вирхова Cellularpathologie

(1858), в которой указана фундаментальная роль клетки в развитии патологии. Эта теория объяснила структурное представление о живом организме и изменило представление о возникновении заболеваний в этом организме. Болезнь стала клиническим проявлением функционирования органически измененных органов и тканей, вызванных патологически измененными клетками, которые появились в результате воздействия раздражения или возбуждения на нормальные физиологические клетки. Однако с позиции клеточной теории невозможно объяснить многие заболевания (артериальная гипертензия, атеросклероз) и эффективные методы лечения (гирудотерапия, массаж, методы традиционной восточной терапии). Наши многолетние поиски привели к универсальному механизму, который имеет место в патогенезе любой патологии и обеспечивает функциональное состояние живой клетки — это представление о микроциркуляции. Учитывая это представление, возникла клеточно-гуморальная теория общей патологии: жизнь организма есть не что иное, как сумма жизней отдельных клеток, соединенных в нем. Жизнь организма и качество этой жизни зависят от состояния общей суммы жизни и качества жизни каждой отдельной клетки. Жизнь клетки и качество ее жизни напрямую зависят: от состояния циркуляции жидкости в организме — от ее притока и оттока; и от непосредственного воздействия какого-либо фактора на саму клетку. В основе теории — общепринятые морфологические и физиологические медицинские представления. Клетки в организме занимают определенные места в пространственной структуре ткани («сидят на месте»). Доставка питания до клетки (система притока) и отвод продуктов ее метаболизма (система оттока) происходит только посредством жидкостей (кровь, интерстициальная жидкость, лимфа). Система притока анатомически представлена артериальным отделом кровеносной системы; система оттока — ее венозным отделом и лимфатической системой; связующее звено систем — межклеточное пространство. От функционального состояния этих систем и возможного воздействия внешних факторов (радиация, токсическое, вирусное воздействие и др.) зависит жизнь и качество жизни любой клетки организма.

Гирудотерапия при заболеваниях желудочно-кишечного тракта

Сухов К. В.

Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии, Москва

Патология желудочно-кишечного тракта и сегодня продолжает являться основным направлением деятельности любого врача-терапевта. За последние десятилетия значительно улучшилась лабораторно-инструментальная диагностика патологий этой системы, но это не привело к какому-либо кардинальному улучшению в лечении гастроэнтерологических заболеваний. Создается впечатление, что современная гастроэнтерология «топчется на месте», невзирая на все ее достижения. Может, для перехода на качественно иной уровень медицинской помощи следует внимательно осмотреться вокруг и оглянуться назад... Может, в сочетании современного уровня диагностики и тысячелетнем эмпирическом опыте наших предшественников и есть этот путь перехода... Нами в течение ряда лет ведутся наблюдения за клинической эффективностью применения медицинских пиявок (*Hirudo medicinalis*) при различной патологии желудочно-кишечного тракта. Результаты лечебного их применения — потрясают своей эффективностью. И в этом нет ни

грамма мистики или представления «желаемого за действительное». Указанный лечебный эффект основан на четком знании анатомических и физиологических особенностей организма человека; научно-обоснованном представлении о механизмах воздействия медицинской пиявки и системности подхода в комплексном лечении.

Компьютерная капилляроскопическая оценка периферического кровообращения на уровне тканевой микроциркуляции при вертеброневрологической патологии

Сухов К. В., Глинянова А. Г., Журавлева О. В.

Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии, Сеть клиник здорового позвоночника, Москва

Значительная распространенность вертеброневрологической патологии, сложность и комплексность нарушенных функций нервной системы у пациентов, сопровождающаяся социальной дезадаптацией, длительной утратой трудоспособности, ранней инвалидизацией, позволяет считать эти заболевания сложнейшей медико-социальной проблемой современности. Мы предполагали, что в патогенезе дорсопатий одним из сопутствующих механизмов развития патологического процесса является локальное нарушение микроциркуляции в зоне повреждения. Цель работы состояла в динамической оценке состояния периферического кровообращения на уровне тканевой микроциркуляции в процессе комплексного лечения больных с шейной дорсопатией.

Результаты. В течение 2008—2011 гг. нами в динамике комплексного лечения наблюдались 68 пациентов, обоих полов, с клиническими проявлениями шейной дорсопатии и верификацией нарушений по результатам МРТ (с использованием высоких типов томографа — 1—2 Тл) шейного отдела позвоночника. Оценка тканевой микроциркуляции проводилась на компьютерном капилляроскопе (рег. удостоверение № ФСР 2010/06980) в Лаборатории периферического кровообращения и тканевого обмена. При исследовании применялись разработанные в лаборатории методические подходы, позволяющие объективизировать состояние периферического кровообращения на уровне микроциркуляции и ее составляющих (внутрисосудистое состояние кровотока, морфологическая оценка капиллярного русла и оценка внесосудистого пространства). Отмечено, что патологический процесс, проявляющийся клинически в виде шейной дорсопатии, не является только локальным процессом, затрагивающим исключительно функционально-анатомические образования определенной области позвоночника. Результаты наших исследований свидетельствуют, что при шейной дорсопатии значительно изменяется общее периферическое кровообращение на уровне микроциркуляции. Динамика изменений параметров микроциркуляции соответствовала тенденции и тяжести основных клинических и нейровизуализационных показателей.

Выводы. Учитывая выявленную закономерность мониторинга заболевания, обозначился ряд закономерных вопросов. Что является ведущей первоосновой развития дорсопатий шейного отдела позвоночника — нарушение функционально-анатомического состояния позвоночника, его функционально-неврологического состояния или нарушения со стороны микроциркуляции? Какой из этих процессов для патогенеза более важен? Изучение периферического кровообращения на микроциркуляторном уровне позволило не только объективизировать предполагаемые нарушения, но и по-новому взглянуть на патогенез данного заболевания.

Гирудотерапия в комплексном лечении ренальной патологии

Сухов К.В., Ржищев С.А.

Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии, Центр медицинской и социальной реабилитации, Москва, Курск

Цель исследования: наблюдение лечебной эффективности применения медицинских пиявок (*Hirudo medicinalis*) в комплексе с другими немедикаментозными методами лечения при патологии почек — остром гломерулонефрите и хроническом пиелонефрите. Материал и методы. В 2002—2009 гг. у нас проходили лечение и последующее динамическое наблюдение с диагнозами, поставленным в лечебно-профилактических учреждениях: «острый гломерулонефрит» (ОГ) — 4 девушки-студентки, в возрасте 18—19 лет; и «хронический пиелонефрит, стадия обострения» (ХП) — 2 девочки 6—8 лет, 10 женщин 19—66 лет и 6 мужчин 19—34 лет. Оценка результатов лечения и последующее динамическое наблюдение пациенток в течение года осуществлялось нами клинически и лабораторно.

Результаты. В зависимости от формы патологии почек лечение пиявками было несколько различным: по началу лечения — при ОГ, оно начиналось через 3—4 дня со дня острого начала заболевания; при ХП — начиналось в течение 7—10 дней от начальных признаков обострения. По сочетанию лечения — при ОГ лечение пиявками сочеталось с траволечением, висцеральной терапией живота, вакуум-терапией и проводилось на фоне весьма умеренной медикаментозной терапии; при ХП лечение проводилось в сочетании с применением подкожных инъекций гепарина по 2,5 тыс. ед. два раза в сутки подкожно, в область правого подреберья, в течение 5 дней и тактивина по 0,5 мл в паховую область с каждой стороны, петитов треугольник и область пупка; каждый сеанс в отдельности. По степени тяжести пациентов — при ОГ состояние определялось средней степени тяжести (с выраженной клинической и лабораторной симптоматикой); при ХП — ближе к легкой степени тяжести (с умеренной клинической симптоматикой). При обоих патологиях почек приставка пиявок проводилась до полного насыщения, на определенные гирудотерапевтические зоны (область пупка, копчика, петитова треугольника и др.). Однако при ОГ приставки первые три-четыре сеанса — ежедневно, затем через 1—4 дня до полного клинического выздоровления. Общая длительность лечения составила 10—15 дней, в течение которых было проведено 5—7 сеансов лечения пиявками (по 6—8 особей на сеанс до полного насыщения). Клиническое улучшение состояния пациента наступало после второго-третьего сеанса приставки (на второй—третий день лечения), значительное улучшение самочувствия пациентов и практическое восстановление наступали после 4—6 сеансов лечения. Фитотерапию продолжали принимать в течение месяца, медикаментозную терапию — применяли в течение 7—10 дней со дня начала заболевания. Восстановление лабораторных показателей происходило в течение одной недели, последующие ежемесячные наблюдения и лабораторные исследования в течение года нарушений не выявляли. При ХП приставки проводились по 4—6 особей на сеанс до полного насыщения, с регулярностью через 2—3 дня. Общая длительность лечения взрослых пациентов составила от 10 до 30 дней, в течение которых было проведено 5—10 сеансов приставок. У детей общая длительность лечения составила от 4 до 14 дней при 2—7 сеансах. Клиническое восстановление пациента проходило после пятого—восьмого сеансов лечения пиявками.

При наблюдении за пациентами с ХП, в течение года после лечения пиявками — обострение не наступало. Каких-либо осложнений в процессе лечения не отмечалось.

Выводы. Таким образом, эффективность лечения пиявками в сочетании с немедикаментозными методами весьма велика как при острой, так и хронической патологии ренальной системы. Особенно следует отметить эффективность метода при лечении острой патологии (ОГ) и в детском возрасте. Обращает на себя внимание, что удается добиться на практике полного излечения пациентов с ОГ на основании комплекса безмедикаментозного лечения, да и при ХП повторных обострений заболевания в течение года после проведения сеансов лечения пиявками не отмечалось. Считаем, что лечение пиявками следует более широко использовать в современной практике как эффективный метод восстановительной медицины.

Роль апоптоза и перекисного окисления белков в патогенезе ассоциированных гипертонической болезни и воспалительных заболеваний пародонта

Сычева Ю.А.

Клиническая больница Святителя Луки, Санкт-Петербург

Цель и задачи: оценка патогенетической роли апоптоза и перекисного окисления белков у больных гипертонической болезнью, ассоциированной с воспалительными заболеваниями пародонта (ВЗП), путем определения сывороточных маркеров раннего апоптоза в сопоставлении с процессами свободно-радикального окисления. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 27 пациентов с ГБ II стадии и генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, из них 12 мужчин и 15 женщин в возрасте от 45 до 65 лет (в среднем 55 ± 10 лет). У всех пациентов была диагностирована ГБ II стадии. Состояние пародонта определяли с помощью пародонтального индекса (PI) и индекса нуждаемости в лечении болезней пародонта (СРITN). Исследование апоптоза проводилось на модели лимфоцитов методом проточной цитометрии. Для оценки свободнорадикального окисления белков использовали метод амперметрического титрования по Соколовскому В.В.

Результаты исследования. У обследованных больных гипертонической болезнью наблюдался выраженный воспалительно-дистрофический процесс в пародонте, у 20 больных из 27 (74%) были выявлены ВЗП средней тяжести с ведущими признаками генерализованного пародонтита: значительная рыхлость десневых сосочков, кровоточивость десен, подвижность зубов, обильные над- и поддесневые зубные отложения, пародонтальные карманы глубиной более $5,0 \pm 0,5$ мм, местами с гнойными отделяемым. Выявлено повышение значений пародонтальных индексов PI, СРITN ($p < 0,05$). В ходе исследования у больных ГБ с генерализованным пародонтитом было установлено, что среднее содержание поверхностных рецепторов апоптоза CD95+ на лимфоцитах крови было выше, чем у здоровых людей (соответственно 7,51% и 3,70%). Повышение маркера CD95+ свидетельствует об активации ранней стадии апоптоза у обследованных больных. Показатели процессов перекисного окисления белков у больных ГБ II стадии, ассоциированной с ВЗП, свидетельствовали о развитии окислительного стресса. Было установлено достоверное снижение показателей восстановленной серы в составе SH групп белков, повышение окисленной серы в составе SS групп белков, что привело к достоверному снижению тиолдисульфидного отношения ($TDO = SH/SS$) ($p < 0,05$).

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных, страдающих ГБ с повреждением тканей зубочелюстной системы происходит окислительная модификация белков, которая приводит к активации ранней стадии апоптоза и имеет патогенетическое значение.

Кардиоваскулярный риск у пенитенциарных женщин с артериальной гипертензией

Тагирова М.М., Эльгаров А.А., Татарова З.И., Эльгаров М.А.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Цель: определить кардиоваскулярный риск у пенитенциарных женщин с артериальной гипертензией (АГ) и сформировать программу их мониторинга.

Материал и методы. Обследованы 480 женщин в возрасте 18-69 лет с использованием стандартных эпидемиологических методов и унифицированных критериев оценки факторов риска (ФР) в соответствии с методическими установками ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий, ВОЗ. ЭКГ-изменения классифицировались в соответствии с Миннесотским кодом: заключение о возможной ишемической болезни сердца (ИБС) базировалось на данных ЭКГ; определенной ИБС — на результатах оценки ЭКГ и кардиологического опросника. По возрасту они были распределены на группы: 18-30 лет — 143 (29,8%), 31-39 — 141 (29,4%), 40-49 — 142 (29,6%), 50-59 — 47 (9,8%) и 60-69 — 7 чел.(1,4%). У 20%-й выборки реализовано психологическое тестирование (Спилбергер-Ханина, СМОЛ) для регистрации ситуационной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ).

Результаты. Установлены частота АГ (47,7%) и ФР атеросклероза (АС) — гиподинамия (96,2%), курение (К,96,2%), употребление алкоголя до осуждения (72,7%), дислиппротеидемии (ДЛП,50,4%) и гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ, 40,2%), которая оказалась высокой и достоверно зависела от возраста женщин. В частности, АГ регистрировалась от 32,8% в возрасте 18-29 лет до 68,1% — в 50-59 лет. Вместе с этим, изменения психологического статуса (значительные уровни СТ и ЛТ) обнаружены у всех 96 обследованных, в т.ч. у лиц без АГ; их (тревоги и депрессии) частота оказалась выше среди молодых при сравнении с группой лиц старше 50 лет, достигая максимальных уровней при наличии симптомов климактерического синдрома (КС). Обращает на себя внимание сочетание АГ и 2 (87,5%), 3-х (67,3%) и 4 ФР (48,7%) АС. Наряду с этим, у всех лиц с АГ и 4 ФР АС выявлены эпидемиологические формы ИБС. В итоге в 75% случаев отмечены значительная частота основных ФР АС и различных форм ИБС, свидетельствующая о наличии высокого и среднего сердечно-сосудистого риска у 384 обследованных. Общий и персональный анализ полученных данных обеспечил благоприятные условия для формирования мероприятий по коррекции ФР АС, и прежде всего АГ и пограничных нервно-психических расстройств (индивидуальная фармако-, физио-, психотерапия) с учетом степени кардиоваскулярного риска. Разрабатывается база данных «Медико-психологический мониторинг пенитенциарных женщин с АГ».

Выводы. Достаточно высокая частота ФР АС (АГ, курение, гиподинамия, ДЛП, тревога и депрессия), а также эпидемиологических вариантов ИБС демонстрирует существование значительного сердечно-сосудистого риска у пенитенциарных женщин, требующее реализации индивидуального медико-психологического наблюдения.

Частота и структура неотложных состояний среди пенитенциарных женщин

Тагирова М.М., Эльгаров А.А., Татарова З.И., Эльгаров М.А.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Цель: оценить частоту и структуру неотложных состояний у пенитенциарных женщин.

Материал и методы. Выполнен анализ документации зарегистрированных вызовов станции скорой медицинской помощи (ССМП) и оказания неотложной помощи в медицинской части исправительной колонии (ИК) за 2010 г. и 6 месяцев 2011 г.

Результаты. В течение 1,5 лет всего случаев вызова ССМП (97) и оказания неотложной помощи в медицинской части ИК (286) оказалось 383. В связи с артериальной гипертензией (АГ) — 40 (10,4%) и 170 (44,4%) соответственно, всего 210 (54,8%); кардиалгиями — 45 (11,7%) и 79 (20,6), всего 124 (32,4%); нарушениями ритма сердца (НРС), преимущественно синусовая тахикардия — 2 (0,5%) и 5 (1,3%), всего 7 (1,8%); синдромом острого живота — 11 (2,9%) и 34 (8,8), всего 45 (11,7%); травмами (переломы нижних конечностей) — 2 (0,5%) и 2(0,5%), всего 4 (1,0%); гипертермией — 11 (2,8%) и 43 (11,2%), всего 54 (14,1%); приступами эпилепсии — 8 (2,1%) и 34 (8,9%), всего 42 (11,0%); бронхиальной астмой (приступы удушья) — 13 (3,4) и 60 (15,7%), всего 73 (19,1%); симуляцией и аггравацией — 8 (2,1%) и 20 (5,2%), всего 28 (7,3%). Анализ представленных данных свидетельствует о том, что значительная часть неотложных состояний обусловлены сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) — 341 (89,0%), среди которых достоверно преобладают обращения из-за АГ (61,6%). Если исключить субъективное и установочное отношение осужденных женщин, то представляется возможным снижение роли АГ в структуре вызовов при условии регулярного приема лекарств. Вместе с тем, алкоголизм, наркомания имеют важное значение в возникновении неотложных состояний. В течение 2010 г. зарегистрировано 18 больных алкоголизмом и 188 — наркоманией; на конец 1 полугодия 2011 г. на учете состояли 6 женщин с алкоголизмом и 82 — с наркоманией, что оказывает влияние на частоту и структуру неотложных состояний среди указанного контингента.

Выводы. Неотложные состояния у пенитенциарных женщин в подавляющем проценте (61,6) случаев связаны с ССЗ, реже — с приступами бронхиальной астмы (19,1%), гипертермией (14,1%) и эпилепсией (11,0%) которые поддерживаются распространенностью алкоголизма и наркомании, что требует поиска способов коррекции поведенческих привычек и выполнения медико-психологических рекомендаций осужденными.

Психологические особенности женщин в постменопаузе, страдающих метаболическим синдромом

Таинкин А.А., Мартынова А.Г., Скворцов Ю.И.

Саратовский государственный медицинский университет им. Разумовского, Саратов

Материалы и методы. Проведено обследование 40 женщин в постменопаузе, страдающих метаболическим синдромом (МС). Больные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 18 женщин с продолжительностью постменопаузы менее 7 лет (средний возраст 56,6±3,3 года), во вторую — 22 пациентки, у

которых менопауза наступила 7 и более лет назад (средний возраст 58,2±5,9 года). Проведено общеклиническое обследование, а также изучение психологических особенностей с помощью сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (СМОЛ) и теста Э. Хайма.

Результаты. Анализ усредненных профилей СМОЛ показал, что в обеих группах наиболее высокие значения Т-баллов отмечались по шкалам ипохондрии (57,1±6,7 в 1-й, 57,4±8,9 во 2-й), истерии (58,3±9 в 1-й группе, 59±10,4 во 2-й) и паранойяльности (51,5±11,8 и 51,2±7,9 соответственно). 1, 2 и 3-я шкалы образовывали так называемую конверсионную пятерку (сочетание высоких 1 и 3 шкал с относительно низкой 2-й), что свидетельствует о трансформации у пациенток невротической тревоги в функциональные соматические расстройства. Противоречивое сочетание пиков на 6 и 3 шкалах указывало на одновременное стремление ориентироваться на внешнюю оценку с ощущением враждебности со стороны окружающих. Лица такого типа подавляют свою подозрительность и агрессивность при социальных контактах, декларируя свое положительное отношение к окружающим и ситуациям. Однако при тесных контактах враждебность все же проявляется, причем степень ее проявления обратно пропорциональна социальной дистанции. У больных 2-й группы отмечался более высокий уровень Т-баллов по 2-й шкале (тревога) (1-я группа 47,2±8,4, 2-я — 53,5±11,4, $p < 0,05$), говорящий о том, что они хуже справляются с психологическим дискомфортом, вызванным интрапсихическим конфликтом. Это, вероятно, связано с более частым использованием неадаптивных копинг-стратегий (игнорирование, смирение, диссимуляция, растерянность) пациентками с большей продолжительностью постменопаузы (1-я группа 7,1%, 2-я — 42,9%).

Таким образом, для женщин с МС, независимо от продолжительности постменопаузы, характерна склонность к соматизации тревоги и наличие интрапсихических конфликтов. При этом пациентки с большей длительностью менопаузы хуже справляются с устранением эмоционального напряжения вследствие использования неадаптивных механизмов совладания в когнитивной сфере.

Клинико-тезиографическая оценка больных с субклиническим гипотиреозом

Тайжанова Д.Ж.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда

Цель исследования: оценить клинико-тезиографические параллели у больных с субклиническим гипотиреозом.

Материалы и методы. Обследованы 53 больных с субклиническим гипотиреозом в возрасте от 21 до 63 лет (из них 40 женщин и 13 мужчин). Диагноз верифицировали на основании клинико-биохимических данных с иммуноферментным анализом и ультразвуковым исследованием. Клинические проявления оценивались по визуализированной 3-балльной шкале: 0 баллов — отсутствие клинических симптомов, 1 балл — их минимальная степень, 2 балла — средняя степень и 3 балла — тяжелая степень клинических проявлений. Тезиографическое исследование плазмы крови больных проводили по методу Шабалина В.Н., Шатохиной С.Н. с модификацией. В интерпретации морфотипов тезиограмм использовали следующие критерии: форма капли; наличие трех зон: периферической (краевая), промежуточной и центральной; наличие центральной точки растрескивания; характер радиальных

растрескиваний; количество, форма и размеры отдельностей; количество, формы и размеры конкреций.

Результаты исследования. При 3 балльной оценке клинических параметров установлено, что 37,8% пациентов не предъявляли никаких жалоб, показатели частоты сердечных сокращений, артериального давления и частоты дыхательных движений были в пределах нормы. Данной группе было присвоено 0 баллов. Минимальная степень клинических проявлений установлен в 35,9% случаев. Из них у 63,2% пациентов определена сухость и у 47,4% пастозность кожных покровов, осиплость голоса выявлена у 26,3%, склонность к запорам у 36,8%, сонливость и быстрая утомляемость у 47,4% больных. Средняя степень клинических проявлений констатирована в 20,6% случаев. При этом структура их распределения была следующей: сухость кожных покровов в 26,3%, общая слабость в 31,6%, запоры, медлительность и сонливость наблюдались в 26,3% случаев. Указанные симптомы выявлены нами при целенаправленном, повторном обследовании больных. Симптомы оценены в 3 балла только у 5,7% пациентов (выраженность сухости кожных покровов и отечности у 10,5% больных, слабости у 31,6%, другие симптомы, характеризующие тяжесть заболевания не выявлены). Несмотря на то что клинические проявления у преобладающего большинства отсутствовали или были незначительными (у 73,7%), кристаллографическая картина у всех больных была представлена пятью морфотипами, указывающими на выраженные внутриклеточные изменения со стороны белкового, липидного, углеводного и водно-солевого обменов. Таким образом, на субклиническом этапе развития первичного гипотиреоза тезиографическое исследование является важным информативным методом ранней диагностики заболевания.

Кристаллография плазмы крови при субклиническом гипотиреозе

Тайжанова Д.Ж., Тауешева З.Б.

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда

Цель исследования: изучить физико-химические свойства плазмы крови у больных с субклиническим гипотиреозом (СГ) методом кристаллографии.

Материалы и методы. Кристаллографию плазмы крови проводили у 53 больных СГ с использованием метода Шабалина В.Н. и Шатохиной С.Н. При интерпретации морфотипов тезиограмм плазмы крови здоровых доноров (группа сравнения) и больных с СГ использовались следующие критерии: форма капли; наличие трех зон: периферической (краевая), промежуточной и центральной; наличие центральной точки растрескивания; характер радиальных растрескиваний; количество, форма и размеры отдельностей, количество, формы и размеры конкреций.

Результаты исследований. Кристаллография плазмы крови пациентов с субклиническим гипотиреозом определила наличие пяти морфотипов. У больных, расцененных как первый морфотип, отмечено увеличение краевой зоны с наличием высокомолекулярных белковых структур, которые менее гидрофильны (циркулирующие иммунные комплексы, иммуноглобулины). Это указывает на активный аутоиммунный процесс. Повышение густоты растрескивания тезиограмм свидетельствует о нарушении белкового обмена. Тезиограмма плазмы крови больных второго морфотипа характеризуется наличием только двух зон — центральной и краевой. Центральная зона плазмы крови — аморфна, видны бляшкообразные участки. Краевая зона

увеличена, расположение растрескиваний циркулярное. Изменения в центральной зоне тезиограмм свидетельствуют о конгломерации минеральных и белковых компонентов с одновременным снижением белковых структур. На тезиограмме третьего морфотипа наблюдается отсутствие центральной точки растрескивания с разнообразной формой конкреции; в промежуточной зоне повышена густота растрескивания и уменьшены размеры конкреций; в краевой зоне конкреции приобретают вытянутую форму. Подобные изменения позволили констатировать нарушение липидного обмена. Типичная тезиограмма четвертого морфотипа проявляется отсутствием промежуточной зоны, уменьшением густоты растрескивания, изменением форм и увеличением размеров конкреций во всех зонах. Конкреции занимают практически всю площадь секторов между радиальными трещинами. Указанные нарушения свидетельствуют о нарушении водно-солевого обмена в виде гипергидратации и о снижении онкотического давления. Тезиографическая картина больных пятого морфотипа характеризовалась увеличением краевой зоны, повышенной густотой растрескивания фации. В промежуточной и краевой зонах размеры конкреции увеличены и приобрели овальную и оваловидную формы. В центральной зоне количество конкреций снижено и занимало всю площадь сектора между радиальными трещинами. Таким образом, у больных с СГ констатированы разнообразные тезиографические изменения, свидетельствующие о доклинических нарушениях белкового, липидного, углеводного и водно-солевого обменов.

Исследование влияния ладастена на уровень провоспалительных цитокинов и поведение мышей самок C57BL/6 после введения липополисахарида (LPS)

Таллерова А.В., Коваленко Л.П., Кузнецова О.С., Дурнев А.Д., Середенин С.Б.

Научно-исследовательский институт фармакологии им. В.В. Закусова, Москва

Цель: оценка влияния противоастенического препарата ладастен на уровни маркеров воспаления и поведение мышей самок C57BL/6 после введения LPS.

Материалы и методы. Ладастен (N-(2-адамантил)-N-(п-бромфенил)-амин) в дозе 30 мг/кг вводили в/б в течение 5 дней мышам самкам линии C57BL/6, на 5-й день через 1 час после введения препарата вводили в/б LPS (100 мкг/кг). Через 2 часа после введения LPS осуществляли забор крови. Исследование концентрации цитокинов (TNF- α , IL-6, IL-10, IL-1 α , IL-2, IL-4, IL-5, IL-17, IFN- γ , GM-CSF) в сыворотке крови мышей проводили на проточном цитометре EPICS XL 4colors, с помощью метода FlowCytomix mouse Th1/Th2 10 plex, согласно протоколу фирмы-производителя. Оценку параметров спонтанной двигательной активности проводили через 2 часа после введения LPS на инфракрасном актиметре PanLab. Статистическую обработку данных проводили с помощью t-test Student и непараметрического критерия Mann-Whitney U Test.

Результаты. Уровень IL-6 в сыворотке крови интактных животных составил $1126,7 \pm 264,2$ пг/мл, содержание TNF- α не выявлено. После введения LPS происходило увеличение содержания IL-6 ($14237,2 \pm 986,0$ пг/мл) в сыворотке крови в 12,6 раза и определение содержания TNF- α в концентрации $101,6 \pm 19,8$ пг/мл. Курсовое введение ладастена в дозе 30 мг/кг вызывало значимое уменьшение концентрации провоспалительных цитокинов IL-6 и TNF- α в 2,0 и 21,6 раза ($7080,9 \pm 1005,5$ пг/мл и $4,7 \pm 3,6$

пг/мл), соответственно. Введение LPS вызывало также уменьшение локомоторной активности на 27%, снижение числа эпизодов вставания на задние лапы в 1,4 раза, увеличение время покоя в 1,4 раза и снижение средней скорости движения на 36%. Введение ладастена не влияло на изменение параметров поведения самок мышей линии C57BL/6 после инъекции LPS.

Выводы. В настоящем исследовании показана способность противоастенического препарата ладастен достоверно снижать концентрации провоспалительных маркеров TNF- α и IL-6 у мышей самок C57BL/6 после введения липополисахарида.

Эффективность урсодеооксиголевой кислоты при метаболическом синдроме

Танченко О.А., Нарышкина С.В.

Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

Цель: оценка степени влияния урсодеооксиголевой кислоты на значения иммунореактивного инсулина (ИРИ), аспаратаминотрансферазы (АСАТ), аланинаминотрансферазы (АЛАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП), показатели липидного обмена при метаболическом синдроме.

Материалы и методы. В комплексное исследование включено 87 больных с метаболическим синдромом (49 мужчин и 38 женщин) в возрасте от 37 до 69 лет. Программа лечения больных опытной группы (66 пациентов) включала присоединение к комплексной терапии метаболического синдрома (гипокалорийная диетотерапия, увеличение физической нагрузки, сахароснижающая, гипотензивная терапия, статины, антиагреганты) урсодеооксиголевой кислоты в суточной дозировке 15 мг/кг веса в течение 8 недель. Группу контроля составили пациенты с метаболическим синдромом, не получавшие урсодеооксиголевую кислоту. С использованием иммуноферментного метода в динамике у больных изучались показатели ИРИ, общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), АСАТ, АЛАТ, ЩФ, ГГТП.

Результаты. У 96,9% пациентов опытной группы исходно выявлено достоверное повышение показателя ИРИ, который в среднем составил $18,6 \pm 2,1$ мкЕД/мл. На фоне проводимой терапии в течение 8 недель у больных опытной группы выявлено достоверное уменьшение показателя ИРИ на 20,1% по сравнению с исходным уровнем. В контрольной группе отмечено незначительное снижение уровня ИРИ на 9,5%. На фоне проводимой терапии у пациентов опытной группы выявлено достоверное снижение показателей общего холестерина, триглицеридов и ЛПНП. У пациентов с метаболическим синдромом, получающих урсодеооксиголевую кислоту в течение 8 недель, отмечалась положительная динамика со стороны биохимических маркеров синдрома холестаза, проявляющаяся в достоверном снижении в сыворотке крови показателей ГГТП, ЩФ, а также значимое уменьшение содержания маркеров цитолиза гепатоцитов (АЛТ, АСТ) с существенными различиями при межгрупповом сравнении результатов лечения. Выводы. Применение урсодеооксиголевой кислоты в течение 8 недель в суточной дозировке 15 мг/кг веса способствует уменьшению гиперинсулинемии, приводит к значимому снижению атерогенных фракций липидов, играющих ведущую роль в развитии и прогрессировании метаболического синдрома. Включение урсодеооксиголевой кислоты в течение 8 недель в комплексное лечение больных с метаболическим синдромом приводит к улучшению функции печени, сопровождающемуся достоверным снижением уровней ГГТП, ЩФ, АСАТ, АЛАТ.

Распространенность метаболического синдрома у женщин, работающих в химическом производстве, предварительные результаты

Тараненко Л.А.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь

Цель: Изучение распространенности метаболического синдрома (МС) у женщин, работающих в химическом производстве. Методы. Обследованы 114 женщин, из них 53 находились в пременопаузе (возраст 45—66 лет), 17 — в менопаузе с 12-месячной аменореей (возраст 50—53 года), и 12 — в постменопаузе с 3-летней аменореей (возраст 53 года и старше). Также 48 женщин репродуктивного периода (до 45 лет). Исследовались некоторые показатели липидного спектра, сахар крови, измерялся уровень артериального давления (АД) и индекс массы тела (ИМТ). Работницы контактировали с химическими веществами (метанол, формалин, формиат натрия и др.).

Результаты. ИМТ у женщин репродуктивного возраста составлял 25,17, из них избыточная масса тела у 41,25%, ожирение I ст. у 19,59%. У женщин в пременопаузе ИМТ избыточная масса тела у 32,07%, ожирение I ст. у 24,52%, а ожирение II ст. у 13,2%. Уровень общего холестерина в репродуктивном возрасте составил $4,87 \pm 1,02$, в пременопаузе $5,25 \pm 1,01$, при этом у 25% женщин периода пременопаузы был уровень общего холестерина выше 6 ммоль/л. Уровень триглицеридов (ТГ) у женщин репродуктивного возраста находился на верхней границе нормы и составлял $1,69 \pm 0,04$ ммоль/л, у женщин в пременопаузе составил $1,67 \pm 0,24$ ммоль/л. Уровень глюкозы крови натощак у женщин репродуктивного возраста составлял $5,5 \pm 0,28$ ммоль/л. У женщин в пременопаузе средний уровень глюкозы натощак составлял $5,45 \pm 0,39$ ммоль/л, однако у 3 женщин выявлен СД 2 типа и у 14 — НТГ. У женщин до 45 лет артериальная гипертензия (АГ) I ст. зарегистрирована у 24% и АГ 2 ст. у 9%. У женщин в пременопаузе АГ 1 ст. составила 48%, АГ 2 ст. — 12%, АГ 3 ст. — 6%.

Выводы. Среди обследуемых женщин, работающих в химическом производстве, выявлена широкая распространенность метаболического синдрома. Выявленные нарушения связаны, безусловно, в первую очередь с дисгормональными изменениями в период пременопаузы. Однако обращает на себя внимание высокий уровень глюкозы натощак и ТГ у женщин до 45 лет, что требует дифференцировки и дальнейшего углубленного дообследования, в том числе по влиянию вредных профессиональных химических веществ. Считаю необходимым ввести в обследование на ПМО согласно критериям метаболического синдрома АТР III окружность талии, а также измерение уровня холестерина ЛПВП.

Особенности распространенности ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии среди пенитенциарных мужчин

Татарова З. И., Эльгаров А.А., Эльгаров М.А., Тагирова М.М.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Цель: установить частоту основных сердечно-сосудистых заболеваний (ОССЗ) — ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ), их факторов риска (ФР) среди пенитенциарных мужчин.

Материал и методы. Осуществлено эпидемиологическое исследование 986 пенитенциарных мужчин в возрасте 21—69 лет с помощью стандартных методов и унифицированных критериев оценки ФР ОССЗ (ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий, ВОЗ). По возрасту наблюдаемые лица распределились: 90 чел. (9,1%) 21-30 лет, 239 (24,2%) 31-40, 347 (35,2%) 41—50, 249 (25,3%) 51—60 и 61 (6,2%) — 61—65 лет. Скрининг включал в себя выяснение анамнеза, привычек курения (К) и систематического (3 и более раза в неделю) употребления алкоголя (А) до осуждения, низкой физической активности (НФА), избыточной массы тела (ИМТ); использование стандартного опросника ВОЗ (стенокардия напряжения, перенесенный «возможный инфаркт миокарда»), двукратное измерение артериального давления (АД), запись ЭКГ в 12-и отведениях у 20%-й выборки (n=197) с последующим анализом по Миннесотскому коду (в т.ч. выявление признаков гипертрофии левого желудочка, ГЛЖ), исследование липидного обмена (20% выборка) — выявление дислипидемий (ДЛП). У 246 мужчин (25% случайная выборка) изучен психологический статус (СМОЛ). Оценка величин АД проводилась согласно критериям ВОЗ, МОАГ (1999). АГ регистрировалась при АД > 140/90 мм рт.ст., ИМТ — при индексе массы тела не менее 29,0 кг/м². ЭКГ-изменения классифицировались в соответствии с Миннесотским кодом.

Результаты. У обследованных мужчин наблюдались достаточно высокие уровни традиционных ФР — АГ (49,8%), НФА (89,8%), К (98,7%), употребление алкоголя (90,1%) до суда, нарушения липидного обмена (56,8%), тревога (49,8%) и депрессия (39,6%), ИМТ (19,8%), а также эпидемиологические варианты ИБС (29,4%). О наличии АГ были информированы лишь 12,6% (62 из 492 лиц с АГ), большинство из которых (75,9%) не лечились, а среди последних целевые уровни АД не достигнуты ни в одном случае. Сочетание двух ФР (К и НФА) отмечено у 98,7%, трех (К, НФА, ДЛП) — у 75,1% мужчин, четырех (К, употребление алкоголя, НФА, нарушения обмена липидов) — у 56,8%. Кроме того, о наличии ИБС не знал никто, хотя боли в области сердца, сердцебиение отмечали 24,9% из числа лиц с диагностированными формами стенокардии. Интересно, что из 57 лиц с ИБС у трети (29,8%) зафиксированы признаки перенесенного инфаркта миокарда (ИМ), что вызывает особую настороженность. Установлена связь частоты ИБС, АГ и других ФР от возраста с максимальными их уровнями среди 45-60-летних пенитенциарных мужчин. Оценка полученных результатов выявила высокий (75,9%) и средний (19,8%) кардиоваскулярный риск (SCORE).

Выводы. Обнаружена значительная частота ОССЗ (АГ, эпидемиологических форм ИБС и ИМ), их ФР у пенитенциарных мужчин, что предполагает необходимость осуществления медико-психологического мониторинга.

Неотложные состояния у пенитенциарных мужчин

Татарова З.И., Эльгаров А.А., Тагирова М.М., Эльгаров М.А.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Цель: изучить распространенность неотложных состояний и их структуру среди пенитенциарных мужчин.

Материал и методы. Проанализированы случаи неотложных состояний у пенитенциарных мужчин за 2010 год.

Результаты. Из 536 осужденных мужчин в течение 1 года неотложные состояния наблюдались у 78 (14,5%). В структуре вызовов преобладали лица с гипертоническим кризом (ГК, 19,2%), приступами эпилепсии (19,2%), травмами (15,4%) и гипертермией (ОРЗ, ОРВИ, 15,4%), которые

отмечались преимущественно в дневное время (72,2%). Боли в сердце (кардиалгии, 10,2%), приступы стенокардии (5,1%), нарушения ритма сердца (2,5%) в купе с ГК (19,2%) составили более трети (37,2%) всех вызовов. Обращения по поводу заболеваний нервной системы (19,1%) и органов дыхания (15,2%) заняли 2-е и 3-е места в структуре неотложных состояний среди пенитенциарных мужчин. В связи с острым животом за неотложной помощью обратились 5 чел. (6,4%); аггравация (симуляция) зафиксирована также у 5 (6,4%). В абсолютном большинстве случаев оказанная неотложная помощь была эффективной (93,4%), за исключением 5 наблюдений: 3 — с ГК (3,8%), 1 — с синдромом острого живота (1,3%) и 1 — эпилептический статус (1,3%). При ГК 2 лицам потребовалась повторная (через 1—1,5 часа) помощь, а лица с острым животом и затянувшимся приступом эпилепсии по клиническим показаниям были госпитализированы в соответствующие отделения стационаров. В целом ГК отмечались среди мужчин 50 лет и старше, у которых гипертоническая болезнь (ГБ) сочеталась с заболеваниями органов дыхания в 60% случаев. Установлено, что у 5 (33,3%) мужчин 50—60 лет до осуждения наблюдалась ГБ, 2 из них периодически и не системно принимали гипотензивные препараты, остальные 3 — не обращались и не лечились. Из числа мужчин с кардиалгиями приступы стенокардии наблюдались у трех лиц 55 лет и старше, неоднократно судимых, с длительным стажем курения, которые до ареста регулярно не лечились; при этом они охотно и аккуратно принимали лечение во время отбывания наказания; двое других лиц 46 и 48 лет с эпизодами стенокардии, ранее не судимые, отличались значительным психоэмоциональным напряжением, повышением массы тела и черепно-мозговыми травмами в анамнезе. Всего стенокардия зарегистрирована у 5 (62,5%) из 8 мужчин с кардиалгиями; у остальных 3 лиц боли в сердце отмечались в связи с неустойчивым артериальным давлением и частыми стрессами, сопровождавшимися нарушением ритма сердца (1 наблюдение). Причинами острого живота оказались обострение хронического холецистита (3,8%) и панкреатита (2,5%), острый колит (2,5%) и острый аппендицит (1,3%).

Выводы. На основании представленных данных о частоте и структуре неотложных состояний у пенитенциарных мужчин разработаны практические рекомендации по оптимизации динамического медико-психологического мониторинга лиц, прежде всего с различными заболеваниями, а также с факторами риска последних.

Исследование параметров микроциркуляции у пациентов в остром периоде инфаркта миокарда в зависимости от вида проводимой терапии

Тектова А.С., Стрюк Р.И., Бернс С.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва

Цель исследования: изучение особенностей микроциркуляции у больных инфарктом миокарда (ИМ) на фоне различных видов терапии.

Материалы и методы. В настоящее исследование было включено 48 больных ИМ в возрасте от 42 до 81 года (средний возраст — 63,56±10,24 года). Женщины составили 33,3% (n=16), мужчины — 66,7% (n=32). Всем пациентам в первые, четвертые сутки ИМ и перед выпиской проведено исследование микроциркуляции (МЦ) лазерным анализатором микроциркуляции крови компьютеризированным «ЛАКК — 02» в покое, а также во время окклюзионной пробы.

Оценивались показатель МЦ (ПМ), коэффициент вариации (Kv), характеризующий соотношение изменчивости перфузии к средней перфузии в зондируемом участке тканей. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием программы Statistica 7.0.

Результаты. В зависимости от вида терапии пациенты были разделены на три группы: первая (I) — стандартная терапия, включающая антиагреганты, антикоагулянты, статины, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), бета-адреноблокаторы (БАБ); вторая (II) — все вышеуказанные препараты за исключением БАБ; третья группа (III) — все вышеуказанные препараты за исключением ИАПФ. В I группу вошло 36 человек (75%), во II — 8 (16,7%), в III группу — 4 пациента (8,3%). ПМ у пациентов со стандартной терапией на вторые сутки составил 27,2±8,9 перфузионных единиц (ПЕ), у пациентов II группы (без БАБ) — 22,9±3,2 ПЕ, у пациентов III группы (без ИАПФ) — 32,3±8,8 ПЕ. На четвертые сутки заболевания ПМ снизился во всех исследуемых группах пациентов и составил 24,9±10,8, 19,6±6,3 и 29,7±8,17 ПЕ, соответственно. При выписке ПМ несколько повысился: у пациентов I группы до 25,5±9,5 ПЕ, II — до 20,7±6,5 ПЕ, III — 37,4±3,1 ПЕ. При сравнении ПМ у пациентов II и III групп при выписке отмечалась достоверная разница (p<0,05). Kv у пациентов I группы на разных сроках наблюдения составил 8,5±4,8 ПЕ, 12,1±9,4 ПЕ и 10,75±6,8 ПЕ, соответственно, у пациентов II группы — 11,6±4,7 ПЕ, 13,5±11,8 ПЕ и 9,3±4,7 ПЕ, соответственно, у пациентов III группы — 6,9±3,5 ПЕ, 9,3±5,3 ПЕ и 6,8±1,9 ПЕ, соответственно. По данным нашего исследования на 4-е сутки отмечалось повышение значения Kv во всех исследуемых группах, а при выписке наблюдалось снижение этого показателя, при этом наиболее низкие показатели отмечались у пациентов, не принимающих ИАПФ.

Выводы. Отсутствие ИАПФ в терапии госпитального периода больных ИМ снижает роль активных механизмов регуляции периферической микроциркуляции, а отмена БАБ, напротив, приводит к усилению регуляции микроциркуляции.

Влияние ИАПФ на гемодинамику в комплексной терапии пациентов с сочетанием ИБС и ХОБЛ

Терентьева Н.Н., Попова М.А., Иосифова Э.К.

Сургутский государственный университет, Сургут

Цель: оценить влияние ИАПФ: спираприла, фозиноприла и эналаприла на состояние системной и легочной гемодинамики, показатели воспаления, функцию эндотелия на фоне комплексного лечения (АК-нифедипин 20мг/сут., ингаляционные м-холиноблокаторы — ипратропиум бромид 160мкг/сут., антиагреганты — 75—100мг/сут) у больных с сочетанием ИБС и ХОБЛ.

Материал и методы. Критерии включения в исследование: мужской пол (средний возраст 52,4±7,8 лет), наличие ИБС и документированной ХОБЛ средней степени тяжести, АГ I—III степеней тяжести. Больные случайным образом распределены на три группы: спираприл (квадроприл®, Плива Хорватска, n=22), фозиноприл (моноприл®, Бристол-Майерс Сквиб, n=24), эналаприл (ренитек®, Мерк Шарп и Доум, n=43). Срок исследования 12 недель. Показатели гемодинамики исследовали до и через 3 мес. применения ИАПФ. Всем пациентам проводили доплерографический метод оценки функции эндотелия плечевой артерии, СМАД, спирография, холтеровское мониторирование ЭКГ, показатели гемореологии — гематокрит, тромбоциты, фибриноген, качество жизни (КЖ) оценивали по методике Short Form (SF)-36.

Результаты. Сравнительная характеристика ИАПФ у больных с сочетанием ИБС и ХОБЛ показала, что спираприл и фозиноприл обладают преимуществами по сравнению с эналаприлом у данной категории больных в отношении влияния на САД и ДАД: отмечено снижение САД спираприлом на $24,7 \pm 1,6\%$, фозиноприлом — на $20,3 \pm 1,3\%$, эналаприлом — на $16,7 \pm 0,9\%$; снижением ДАД на фоне применения спираприла на $18 \pm 1,1\%$, фозиноприла — на $17,4 \pm 1,3\%$, эналаприла — на $14,3 \pm 0,8\%$. СДЛА в большей степени снижает спираприл (квадроприл®) на $16,3 \pm 0,05\%$, чем фозиноприл (моноприл®) на $6,5 \pm 0,01\%$ и эналаприл (ренитек®) на $2,8 \pm 0,001\%$. Исследование вазореактивности показало, что улучшение ЭЗВД было выражено в большей степени при назначении спираприла ($10,7 \pm 2,3\%$) и фозиноприла ($9,3 \pm 1,8\%$), чем эналаприла ($6,9 \pm 1,1\%$). Нитроглицерин-индуцированная ЭЗВД увеличилась в большей степени при лечении спираприлом ($9,15 \pm 0,34$), чем фозиноприлом ($7,62 \pm 0,34$) и эналаприлом ($5,92 \pm 0,51$). Улучшение гемореологических показателей среди исследованных ИАПФ наиболее выражено у спираприла. По нашим данным через 3 месяца спираприл снизил гематокрит на $13,4 \pm 0,5\%$, фозиноприл — на $9,2 \pm 0,3\%$ ($p < 0,05$), эналаприл — на $4,8 \pm 0,2\%$ ($p < 0,01$) от исходного уровня. В отношении содержания тромбоцитов в периферической крови отмечается такая же тенденция (спираприл — $10,9 \pm 0,6\%$, фозиноприл — $5,7 \pm 0,3\%$ ($p < 0,01$), эналаприл — $2,3 \pm 0,3\%$ ($p < 0,01$). Анализ применения ИАПФ у данной категории пациентов показал отчетливые преимущества спираприла в отношении снижения фибриногена при сочетании ИБС и ХОБЛ. При использовании спираприла уровень фибриногена уменьшался на $18,7 \pm 2,1\%$, фозиноприла всего — на $5,8 \pm 0,3\%$ ($p < 0,01$), эналаприла — на $4,1 \pm 0,2\%$ ($p < 0,01$). Увеличение ОФВ1 через 3 мес комплексной терапии было выражено в большей степени у пациентов получавших спираприл (3,8%) и фозиноприл (3,1%), чем при использовании эналаприла (0,7%). В группах больных, получавших спираприл и фозиноприл, отмечено достоверное улучшение показателей качества жизни уже через 3 месяца применения. Особенно хорошие результаты получены при комплексной терапии с ингибитором АПФ спираприлом, которая сопровождалась достоверным улучшением показателей психического состояния ($\Delta MN = 18,9 \pm 2,4\%$), физического ($\Delta RF = 10,5 \pm 1,1\%$) и социального ($\Delta SF = 5,4 \pm 0,4\%$) функционирования.

Выводы. Применение спираприла и фозиноприла в комплексном лечении ИБС на фоне ХОБЛ сопровождается снижением системного АД независимо от причины: эссенциальная или вторичная пульмогенная гипертензия; снижением легочной гипертензии; улучшением эндотелиальной функции. Следует отметить, что данные ИАПФ, в отличие от эналаприла, у больных с сочетанной патологией редко вызывают такие побочные эффекты со стороны респираторной системы, как кашель, усугубление клинических проявлений бронхита, а также обладают метаболической нейтральностью в отношении липидов и углеводов.

Модификация внутриклеточных молекулярных процессов немедикаментозными методами в условиях воспалительной активации иммунной системы

Терехов И.В.

Саратовский военно-медицинский институт, Саратов

Цель работы: поиск немедикаментозных способов коррекции внутриклеточных молекулярных процессов (на модели воспалительной активации).

Материалы и методы. В исследовании использованы образцы цельной крови больных внебольничной пневмонией нетяжелого течения 18-30 лет ($n=30$). Образцы подвергались СВЧ-облучению на аппарате микроволновой терапии «Акватон» (ООО «ТЕЛЕМАК», г. Саратов) в течение 45 минут (частота 1000 МГц, плотность потока мощности менее 1 нВт/см²). После 24-часовой инкубации в лизате мононуклеаров методом ИФА определяли уровень ядерного фактора транскрипции NF-κB, ингибитора — IκB, фосфорформы митоген-активируемой киназы p38 MAPK, JNK 1/2, белков p53, p21 и BCL-2. В супернатанте определяли ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-12, ИЛ-23, ИЛ-28A, антиоксидантный статус (АОС). Установлено увеличение содержания фосфорформы MAPK на 18,2% ($p=0,011$), JNK 1/2 на 11,8% ($p=0,14$). NF-κB возрастал на 12,5% ($p=0,001$), IκB на 22,5% ($p=0,00072$), снижалось их соотношение с 1,47 до 1,37 (в норме 1,27). Отмечено увеличение p53 на 23,1% ($p=0,011$), p21 на 53,9% ($p=0,001$), BCL-2 на 11,1% ($p=0,12$), общего АОС клеток на 26,5% ($p=0,0001$), ИЛ-23 на 13,9% ($p=0,0001$), незначительное (3-5%) повышение продукции ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-28A и ИЛ-12. Установлена различная чувствительность образцов к СВЧ-воздействию. Так, изменение концентрации NF-κB варьировалось в диапазоне (макс-мин) — 16,3-12,6%; IκB — 26,5-14,9%; JNK 1/2 — 20,8-4,8%; MAPK — 33,9-14,3%, p53 — 65,7-15,8%; p21 — 73,9-46,7%; BCL-2 — 18,2-5,5%; ИЛ-2 — 5,6-1,1%; ИЛ-4 — 28,5-1,4%; ИЛ-10 — 66,9-(-3,1%); ИЛ-12 — 5,6-1,1%, ИЛ-23 — 25,6-7,7%; ИЛ-28A — 33,3-6,1%; АОС — 65,2-2,1%. Таким образом, выявлено усиление контроля над реализацией генетической информации под влиянием СВЧ-облучения. Учитывая кратковременный однократный режим воздействия, следует признать его достаточно эффективным и перспективным для комплексного применения для коррекции процессов трансдукции и реализации генетической информации. Выявленные иммуномодулирующие эффекты СВЧ-облучения объясняют полученные ранее на животных и культурах тканей результаты (усиление под влиянием облучения регенерации поврежденных тканей, торможение роста перевивных опухолей и злокачественных клеточных линий, противовоспалительное действие излучения), что обуславливает необходимость дальнейшего пристального изучения биологического действия низкоинтенсивного СВЧ-излучения.

Состояние молекулярных механизмов саногенеза у больных пневмонией под влиянием низкоинтенсивного СВЧ-облучения

Терехов И.В., Аржников В.В., Лищенко О.А., Бондарь С.С., Дзюба А.А.

Саратовский военно-медицинский институт, Саратов

Цель исследования: изучение молекулярных маркеров воспалительной реакции у больных внебольничной пневмонией (ВП) нетяжелого течения при кратковременном однократном низкоинтенсивном СВЧ-облучении цельной крови. Образцы крови больных 18-30 лет ($n=30$) в острой фазе заболевания подвергали СВЧ-облучению в течение 45 минут (частота 1000 МГц, мощность менее 1 нВт). После 24-часовой инкубации на градиенте фикола-верографин выделяли мононуклеары. Анализ выявил рост продукции ИЛ-2 в 32,6 раза ($p=0,0012$), ИЛ-4 в 9,8 раз ($p=0,021$), ИНФ-гамма в 2,8 раза ($p=0,0041$), β-катенина в 10,4 раза, уровня NFκB в 2,3 раза ($p=0,012$), IκB в 2 раза ($p=0,017$), увеличение соотношения NFκB/IκB с 1,26 до 1,47. Кроме того отмечено снижение общего антиоксидантного статуса на 32,4% от соответствующих показателей здоровых лиц ($p=0,033$), на фоне роста концентрации перекисей

в 16,9 раза ($p < 0,001$). Проведенный анализ выявил повышение внутриклеточного содержания активной формы JNK в 4,5 раза, белка p21 в 3,2 раза ($p = 0,045$). Проводимое СВЧ-облучение цельной крови сопровождалось ростом продукции ИЛ-2 на 8,5% ($p = 0,08$), ИЛ-4 на 17,6% ($p = 0,001$) при неизменном уровне ИНФ-гамма. Также отмечен рост содержания белка p21 на 56,3 ($p = 0,031$), фосфорформы JNK 1/2 на 18% ($p = 0,052$) и β -катенина на 9,5% ($p=0,07$). Анализ выявил нормализацию антиоксидантного статуса при неизменном уровне перекисей. При этом увеличение общей антиоксидантной активности супернатанта составило 65,2% ($p<0,001$). Описанные эффекты сопряжены с увеличением содержания в мононуклеарах ядерного фактора транскрипции NF κ B на 12,5% ($p = 0,001$), I κ B на 21,1% ($p = 0,00072$), со снижением их соотношения с 1,47 до 1,37. Таким образом, биологические эффекты низкоинтенсивного СВЧ-облучения проявляются ограничением внутриклеточной трансдукции, усиления контроля над клеточным циклом в рамках сформировавшегося типа иммунного ответа. Первичным биофизическим механизмом СВЧ-воздействия может являться перераспределение СВЧ-энергии между молекулами воды и регуляторными белками, входящими в систему внутриклеточной трансдукции рецепторной информации.

Информативность некоторых маркеров воспаления в оценке тяжести внебольничной пневмонии

Терехов И.В., Солодухин К.А., Лищенко О.А., Бондарь С.С., Дзюва М.А.

Саратовский военно-медицинский институт, Саратов

Диагностика и прогноз течения внебольничной пневмонии (ВП) в настоящее время все еще сопряжены с определенными трудностями. Несмотря на распространенность заболевания и длительность его изучения, число диагностических ошибок все еще значительно, а предлагаемые прогностические критерии, зачастую имеют недостаточную информативность.

Цель исследования: оценить диагностическую значимость медиаторов воспаления в системном кровотоке больных внебольничной пневмонией (ВП). В исследование включено 90 больных ВП, поступивших в клинику в 1-е сутки, на 4-е и 7-е сутки заболевания (45 тяжелого и 45 нетяжелого течения), а также 20 здоровых лиц. У больных в сыворотке венозной крови методом ИФА определяли концентрацию интерлейкинов (ИЛ) ИЛ-1 β , ИЛ-2, сосудисто-эндотелиального фактора роста-A (VEGF-A), матриксной металлопротеиназы-13 (ММП-13) и ингибитора С1 компонента комплемента (и-С1). Для оценки точности диагностики (определения чувствительности (Ч), специфичности (С), информативности (И) использовали ROC-анализ. Проведенный анализ выявил наиболее высокую информативность диагностики тяжелого течения заболевания при использовании в качестве диагностического критерия и-С1 (Ч-92%, С-83%, И-96% (95% ДИ 89-100%)) и ММП-13 (Ч-89%, С-88%, И-97% (95% ДИ 90-100%)). Минимальной информативностью 57% характеризовался ИЛ-1 (Ч-61%, С-59%, И-57% (95% ДИ 40-75%)). Спустя трое суток отмечалось снижение информативности всех показателей. В частности, ИЛ-1 характеризовался следующими значениями: Ч-14%, С-67%, И-57% (95% ДИ 40-75%). ИЛ-2: Ч-85%, С-4%, И-33% (18-49%), VEGF-A: Ч-1%, С-75%, И-21% (95% ДИ 2-40%), и-С1 Ч-14%, С-67%, И-7% (1-10%), ММП-13: Ч-10%, С-100%, И-18% (95% ДИ 9-34%). К 7-м суткам ВП отмечалось повышение информативности VEGF-A в 2,3 раза, ИЛ-1 β

в 2,4 раза и-С1 в 6,4 раза, ММП-13 в 1,4 раза. Отмечалось снижение информативности ИЛ-2 в 1,65 раза. В данный период отмечалось повышение чувствительности ИЛ-1 β до 46% и специфичности до 83%. Специфичность повышалась также у VEGF-A до 77%, у и-С1 до 57%, и снижалась со 100% до 60% у ММП-13. Таким образом, в первые сутки заболевания, из исследованных маркеров наиболее информативны и-С1 компонента системы комплемента, ИЛ-2 и VEGF-A.

Пульсурежающая терапия при кардиопульмональной патологии

Терещенко О.И., Ложкина М.В., Коваленко Е.В., Радзевич А.Э.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва

Цель: изучение эффективности включения блокатора I κ каналов синусового узла — ивабрадина в состав стандартной терапии больных ИБС в сочетании с ХОБЛ.

Методы исследования. Обследовано 44 мужчины и 20 женщин в возрасте от 48 до 75 лет, средний возраст 61,2 \pm 3,4 лет, страдающих ИБС в сочетании с ХОБЛ среднетяжелой и тяжелой стадий. Все пациенты получали базисную терапию бета-адреноблокатором (небиволол в средней дозе 9,3 \pm 2,5 мг), статинами, аспирином, нитратами (по необходимости) и титропиума бромидом в стандартной дозе, при этом частота синусового ритма (ЧСС) составила 82 \pm 8,3 уд. в мин. 34 пациентам (первая группа) в качестве дополнительного пульсурежающего препарата к базисной терапии был добавлен ивабрадин в средней дозе 10,6 \pm 2,9 мг/сут., препарат назначался методом титрования до достижения целевой ЧСС. 30 пациентов получали базисную терапию и составили группу сравнения. У пациентов групп наблюдения исходно и через 6 месяцев лечения оценивались: общеклинические показатели, результаты Эхо-КГ, спирографии, мониторингирования ЭКГ по Холтеру, толерантность к физической нагрузке в пробе с 6-минутной ходьбой, качество жизни по опросникам Сизтловского и госпиталя Святого Георгия.

Результаты. Исходно группы по изучаемым показателям статистически не отличались. Через 6 месяцев терапии в группах наблюдения отмечалось снижение ЧСС на 25,7% и 2,1% ($p<0,05$). К концу периода наблюдения в первой группе по сравнению с группой контроля отмечалась следующая динамика: снизились потребность в короткодействующих нитратах, число и продолжительность эпизодов ишемии миокарда на 26,1%, 35,5% и 39% ($p<0,05$), по данным Эхо-КГ фракция выброса левого и правого желудочков возросла на 6,8% и 9,1% ($p>0,05$); отмечалась тенденция к улучшению показателей спирографии: ОФВ1 возрос на 9,3%; ЖЕЛ увеличилась на 10,8%; достоверно улучшилась переносимость физической нагрузки в тесте с 6-минутной ходьбой на 24,2% ($p<0,05$). Качество жизни пациентов в обеих группах наблюдения имело тенденцию к улучшению. Симптомной брадикардии у пациентов первой группы за время наблюдения не отмечалось.

Выводы. Усиление пульсурежающей терапии больных с сочетанием ИБС и ХОБЛ путем включения ивабрадина позволяет повысить эффективность стандартного комплексного лечения пациентов с кардиопульмональной патологией. Комбинация бета-адреноблокатора небиволола и блокатора I κ каналов синусового узла является эффективной и безопасной при применении метода титрования на этапе подбора индивидуальной дозы ивабрадина.

Гены HLA II класса локусов DR и DQ при хронических гепатитах и циррозах печени HCV-этиологии

Титаренко Ю.Б., Левитан Б.Н., Попов Е.А., Ахминеева А.Х.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

Цель: изучить аллельный полиморфизм генов HLA класса II локусов DR и DQ у больных хроническим гепатитом С (ХГС) и циррозом печени С(ЦПС) в русской популяции астраханской геногеографической зоны.

Материалы и методы. У 31 больного ХГС, 34 — ЦПС и 300 здоровых доноров проведено ДНК-типирование аллельных вариантов генов DRB1, DQA1 и DQB1 при помощи наборов «HLA-ДНК-ТЕХ» («НПО ДНК-Технология», Москва) с использованием метода полимеразной цепной реакции с сиквенс-специфическими праймерами. Определяли 14 аллельных вариантов гена DRB1, 8 — гена DQA1, 12 — гена DQB1. Рассчитывали показатели относительного риска, этиологической и превентивной фракции, степень достоверности полученных результатов с помощью критерия χ^2 .

Результаты. В группе больных ХГС установлены отклонения в частоте встречаемости ряда специфичностей HLA II класса как в сторону увеличения, так и снижения. Зарегистрировано достоверное повышение частоты встречаемости групп аллелей DRB1*01, DRB1*04, DQA1*0101, DQB1*050, а также трехлокусных гаплотипов HLA DRB1*01/DQA1*0101/DQB1*0501, DRB1*10/DQA1*0101/DQB1*0501 и DRB1*04/DQA1*0301/DQB1*0302. Достоверное снижение частоты встречаемости было установлено для аллелей DRB1*15, DQA1*0102, трехлокусных гаплотипов DRB1*15/DQA1*0102/DQB1*0602 и DRB1*15/DQA1*0103/DQB1*0601. У больных ЦПС маркерами повышенного риска являются группа аллелей HLA-DRB1*01, аллельные варианты HLA-DQA1*0101, DQB1*0303, DQB1*0503 и трехлокусные гаплотипы DRB1*01/DQA1*0101/DQB1*0501, DRB1*07/DQA1*0201/DQB1*0303, DRB1*14/DQA1*0101/DQB1*0503. Протективным эффектом обладают группа аллелей DRB1*11, аллели DQA1*0501, DQB1*0301, а также гаплотипы DRB1*11/DQA1*0501/DQB1*0301, DRB1*15/DQA1*0103/DQB1*0601 и DRB1*17/DQA1*0501/DQB1*0201.

Заключение. Установлены некоторые иммуногенетические маркеры (из числа генов HLA II класса локусов DR и DQ) высокого и пониженного риска развития ХГ и ЦП HCV — этиологии у русских в астраханской геногеографической зоне.

Возможности метода гомеопатии при лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта

Томкевич М.С.

Научно-исследовательский институт традиционной медицины Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва

Заболевания желудочно-кишечного тракта являются одними из наиболее распространенных, с которыми приходится сталкиваться врачу-терапевту. Ускоряющийся темп жизни, стрессы, неоднозначное качество пищевых продуктов, а также избыточное применение некоторых фармпрепаратов не оставляют населению возможности сохранить здоровый пищеварительный тракт. Применение гомеопатического подхода в острый период дополнительно к основному лечению, а в хронический период как монотерапия

длительно дает врачу хороший шанс помочь пациенту. Существуют разные трактовки возникновения заболеваний желудочно-кишечного тракта и гомеопатические препараты, им соответствующие. Например, в соответствии с теорией Реккевега заболевание развивается как процесс противодействия собственным токсинам (гомотоксинам), поэтому в лечении по этой системе так важно учитывать степень интоксикации, а также детоксикационные функции печени, разные детоксикационные мероприятия и возможность по теории Шиммеля существуют пять основных патогенетических паттернов, по которым развиваются заболевания, в центре четырех из них находится печень. Р. Штайнер писал о печени как носительнице жизненных сил человека и определял условия нормальной работы пищеварительного тракта, рассматривая все органы во взаимосвязи. Многие гомеопатические препараты учитывают эти подходы. Однако эти препараты можно разделить на группы, более соответствующие академическому подходу, и выделить средства, восстанавливающие структуру разных отделов пищеварительного тракта (например, Mucosa compositum, органопрепараты Hepar, Pancreas и др.), их функцию (например, Gastricumel, Hepar, Hepar compositum, органопрепараты Oesophagus, Jejunum, Colon и др.), являющиеся антидотами и дренажными средствами (например, Nux vom. Homaccord, Nux vomica, Camphora rubini, Carduus marianus и др.). Особого упоминания заслуживает препарат Искадор Кв, эффективность которого подробно изучена при хроническом вирусном гепатите С. Он обладает выраженным влиянием на иммунную систему пациента с этим заболеванием, а при длительном применении улучшает функции печени и ее гистохимические показатели. Таким образом, в гомеопатическом арсенале есть множество возможностей для оптимизации работы пищеварительного тракта как при острой, так и при хронической патологии. Их использование может значительным образом расширить возможности лечащего врача.

Определение состава тела методом биоимпедансного анализа у больных с фибрилляцией предсердий (практические возможности и перспективы развития)

Топольская Н.В., Никулина С.Ю., Гринштейн Ю.И., Николаев В.Г., Николаева Н.Н., Николаева Л.В., Чернова А.А., Кускаев А.П., Крассевская М.А., Чупахина В.А., Синдеева Л.В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск

Цель работы: определение состава тела у больных с фибрилляцией предсердий методом биоимпедансного анализа (БИА).

Методы исследования. Исследование проведено у 29 пациентов с нарушением ритма (различными формами) от 30 до 80 лет, (средний — 55 лет), и контрольной группе без нарушения ритма (здоровых) у 22 человек в возрасте от 20 до 60 лет (средний 40 лет). Для измерений использовался биоимпедансный анализатор ABC-01 «Медасс» с базовой программой оценки состава тела «СПОРТ». Анализ состава тела проводился по стандартной методике на частоте 50 кГц с использованием четырехпроводного кабеля. В процессе выполнения измерений отображались исходные данные, вводимые в программу (пол, возраст, рост, вес, окружность талии и бедер), и результаты измерения импеданса (включая активное и реактивное сопротивление, фазовый угол и др. показатели согласно стандартной программе). Результаты. Установлено, что у больных с нарушениями ритма показатель доли активной клеточной массы в проценте от нормы

был достоверно ниже, чем у здоровых ($p = 0,014$), показатель удельного основного обмена — достоверно ниже, чем у здоровых, соотношение талия/бедро — достоверно выше, чем у здоровых ($p = 0,000$), внутриклеточная жидкость — достоверно выше, чем у здоровых ($p = 0,035$).

Выводы. У больных с нарушением ритма в сравнении с пациентами без нарушения ритма имеет место снижение белкового компонента питания и тенденция к гиподинамии, снижение энергетического метаболизма, нарушен гидратационный баланс, имеется тенденция к накоплению висцерального жира, что указывает на риск заболеваний атеросклерозом, гипертонической болезнью, сахарным диабетом и др.

Проблемы заболеваний органов пищеварения у будущих матерей

Топчий Н.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Цель работы: определить тактику врача общей практики (ВОП) по выявлению и профилактике заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у будущих матерей.

Материалы и методы исследования. Анкетирование и анализ амбулаторных карт 100 беременных и 50 женщин, планирующих беременность.

Результаты. Заболевания ЖКТ были выявлены в 52% случаев у беременных, среди них: билиарный сладж (БС) — 23%, гастроэзофагиальный рефлюкс — 14%, запоры -78%, дисбактериоз кишечника — 21%. У 27% женщин, планирующих беременность, имелись заболевания ЖКТ: болезни эзофагогастродуоденальной зоны-14%, дискинезия желчного пузыря -12%, БС- 25%, желчекаменная болезнь — 5%, нарушения стула с дисбактериозом -89%, а также и такие редкие заболевания, как гепатит ТТV (1 случай), неспецифический язвенный колит (2 случая). При проведении дыхательного хелик-теста наличие хеликобактериоза было уточнено в 10% случаев у женщин, планирующих беременность, в 5% проблема хеликобактериоза носила внутрисемейный характер. Сочетание БС с хеликобактериозом определялось у 14% пациенток, что помогло оптимизировать алгоритм лечения: в начале ликвидация хеликобактерной инфекции, а в дальнейшем ликвидация БС. В ходе анализа было выявлено несоответствие описания протокола и заключения УЗИ, в котором БС не был отражен как диагноз. В свою очередь ВОП по таким заключениям не уделяли должного внимания проблеме БС и отсутствовала адекватная коррекция его лечения. В 100% случаев ВОП не могли полноценно оценить данные копрологии и анализа кала на дисбактериоз. По данным анкетирования 100% женщин до визита к гастроэнтерологу не имели полноценных данных о характере диеты, водного режима, физических нагрузок при заболеваниях ЖКТ.

Выводы. Необходимо повышать уровень знаний ВОП в вопросах диагностики БС, хеликобактериоза, трактовке данных копрологии и кала на дисбактериоз. Метод УЗИ занимает ведущее место в алгоритме диагностики заболеваний ЖКТ и БС у беременных и женщин, планирующих беременность. Сочетание БС и хеликобактериоза определяет алгоритм лечебной тактики. В пропаганде здорового питания и здорового образа жизни ВОП должны помочь средства массовой информации. Необходима отработка методики подготовки материалов для школ будущих матерей.

Посттравматическое стрессовое расстройство и хроническая абдоминальная боль — общая проблема адаптации у ветеранов боевых действий

Торгашов М.Н., Пальцев А.И.

Новосибирский областной госпиталь № 2 ветеранов войн, Новосибирск

Участие в боевых действиях связано с воздействием множества стрессорирующих факторов, часто носящих длительный характер, приводя к истощению адаптивных возможностей организма и развитию психосоматической патологии. Продолжительная и неадекватная реакция организма на стресс может привести к формированию болезней адаптации: гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, артрита, заболеваниям желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), хронической боли, хронической усталости (McEwen, 1998; Malarkey, 2007). К болезням нарушенной адаптации могут быть отнесены все нарушения, связанные с попытками психофизиологической компенсации недостаточных функций стресс-лимитирующих систем. Длительное и интенсивное воздействие боевого стресса позволяет сформироваться и закрепиться изменениям в нервной системе, которые продолжаются после психотравмирующего эпизода, приводя к формированию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (Александров, 2005). ПТСР усиливает психосоматическую симптоматику (Sledjeski, 2008). Исследования Boscarino (1997) показало, что боевое ПТСР было связано с более частым и отдаленным развитием заболеваний ЖКТ.

Целью исследования: изучение особенностей заболеваний ЖКТ с хронической абдоминальной болью у лиц с боевым ПТСР.

Материалы и методы. В нашем исследовании приняли участие 161 ветеран боевых действий Афганистана, Чечни, поступивших на лечение в медико-психологический центр госпиталя.

Результаты исследования. Стрессорирующие факторы в период боевых действий испытали 155 (96,3%) ветеранов. ПТСР различной степени выраженности имели 147 (91,3%) пациентов. Заболевания ЖКТ были у 82 (50,9%). У 23 (14,3%) заболевания ЖКТ были получены во время или в течение первого года после участия в боевых действиях. Абдоминальные боли испытывали 35 (21,7%) ветеранов, из них хронические боли были у 28,6%. ПТСР (баллы) отмечено при язвенной болезни желудка 68,0, двенадцатиперстной кишки 65,0, рефлюксной болезни 71,9 балл. Выводы. Заболевания ЖКТ у ветеранов имеют неоднозначную природу. В лечении у данной категории пациентов необходимо учитывать последствия боевого стресса — ПТСР, депрессивных расстройств, тревожности, психовегетативных нарушений. Комплексный подход к лечению позволяет достичь продолжительной стабилизации положительного эффекта лечения, значительно улучшить качество жизни ветеранов.

Значение оценки эластических свойств сосудистой стенки в диагностике и прогнозе кардиоваскулярных нарушений при ревматоидном артрите

Торкашова Е.В., Повасарис Н.С., Мясоедова Е.Е.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Повышенный кардиоваскулярный риск у больных ревматоидным артритом (РА) диктует необходимость поиска дополнительных

маркеров для его оценки. В настоящее время в качестве него может рассматриваться жесткость сосудистой стенки, оцениваемая по скорости распространения пульсовой волны (СРПВ).

Цель: оценить клинико-прогностическое значение изменений эластических свойств сосудистой стенки в развитии кардиоваскулярной патологии у больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы. Обследованы 95 пациентов (92% женщины) с достоверным РА, из них 1/3 с артериальной гипертонией (АГ) 1—2 степени, в том числе — 60 больных без сопутствующей АГ повторно обследованы в динамике через 1 год. Средний возраст пациентов составил $46,3 \pm 10,4$ лет. Серопозитивный вариант у 50% пациентов, системные проявления — у 30%. У большинства наблюдалась II—III степень активности, 2—3 функциональный класс (ФК). Продолжительность РА — 60 (20; 156) лет. Контроль — 36 практически здоровых лиц. Измеряли СРПВ по сосудам эластического типа (Сэ) и модуль жесткости (Ео) на аппаратуре ООО «Нейрософт».

Результаты. У больных РА отмечались более высокие уровни Сэ по сравнению с контролем ($6,86 \pm 1,68$ и $6,28 \pm 1,01$, м/с; $p < 0,05$). Через год наблюдения у пациентов с РА Сэ увеличилась с $6,54$ ($6,07$; $7,53$) м/с до $7,16$ ($6,44$; $8,25$) м/с, $p < 0,05$. При расчете отношения шансов (ОШ) выявлено, что возраст более 40 лет увеличивает вероятность повышения Сэ при РА в 9 раз, уровень общего холестерина (ОХ) более 5 ммоль/л, наличие АГ и более двух факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний — в 3 и более раз. При корреляционном анализе установлены взаимосвязи Сэ с DAS28 ($r=0,34$; $p=0,01$), с наличием С-реактивного белка ($r=0,4$; $p=0,01$), с уровнем сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE ($r=0,3$; $p=0,02$), индексом массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) ($r=0,38$; $p=0,01$), концентрическим ремоделированием ЛЖ ($r=0,4$; $p=0,03$). В ходе регрессионного анализа установлено, что величина ИММЛЖ при РА определяется Сэ, уровнем ОХ и индекса DAS 28. У трети больных РА через год наблюдения впервые выявлено повышение артериального давления (АД) до высокого нормального и АГ 1 степени. При расчете ОШ вероятность развития АГ увеличивается в 9,8 раза при Ео более 1000 дин/см². Выводы. Увеличение жесткости сосудистой стенки при РА является интегративным показателем кардиоваскулярного риска, что определяет необходимость применения метода СРПВ для дополнительной оценки риска и раннего выявления поражения сердечно-сосудистой системы.

Роль Адаптола в комплексной антиаритмической терапии у пациентов с синдромами преэкситации желудочков

Треногина К.В., Василец Л.М., Туев А.В., Кривая А.А.

Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера, кафедра госпитальной терапии № 1, Пермь

Эффективное лечение нарушений ритма сердца, остается по-прежнему не решенной задачей и требует разработки новых методов терапии. Перспективным направлением может быть включение в комплексную антиаритмическую терапию (ААТ) препаратов, повышающих влияние парасимпатической системы, что способствует снижению аритмогенной готовности миокарда (АГМ) у пациентов с синдромами преэкситации желудочков (ПЭЖ).

Цель исследования. Изучить АГМ и вариабельность ритма сердца (ВРС) у больных с синдромами ПЭЖ и оценить роль адаптола в комплексной ААТ.

Материалы и методы. Дизайн исследования представлен двумя этапами: 1. изучение показателей ВРС у больных с ПЭЖ в параллельном

контролируемом исследовании; 2) оценка эффективности адаптола на фоне ААТ амиодароном при синдроме ПЭЖ в рандомизированном открытом исследовании. Пациенты были разделены на 2 группы методом слепой выборки. В I группе назначен адаптол по 500 мг дважды в день на фоне амиодарона, который применялся по схеме терапии II группы пациентов с изолированным приемом амиодарона. Курс лечения составил 60 дней. Результаты. В исследовании участвовали 76 пациентов. Показатели ВРС: SDNN (мс), RMSSD (мс), PNN50% в группах с синдромом и феноменом ПЭЖ имели существенные различия. При синдроме ПЭЖ ниже показатель суммарной ВРС, а также показатели, коррелирующие с коротковолновыми составляющими спектра — RMSSD и PNN50%, которые отражают влияние парасимпатической системы. На фоне комплексной ААТ амиодароном и адаптолом отмечено увеличение как суммарной ВРС, так и обоих показателей, отражающих парасимпатическое влияние. Изолированный прием амиодарон достоверно увеличивал лишь RMSSD на 27%, то есть усиливал парасимпатическое влияние. Включение в ААТ адаптола имело положительный эффект — уменьшалось отрицательное действие амиодарона на функцию синусного узла и несколько повышалось парасимпатическое влияние у пациентов с синдромом ПЭЖ, что способствовало снижению АГМ.

Результаты. 1. У больных с синдромом ПЭЖ изменены показатели, отражающие ВРС в сторону снижения ваготропных влияний на регуляцию ритма сердца, что может приводить к преобладанию симпатических механизмов. Пациенты с феноменом ПЭЖ имеют признаки преобладания парасимпатических влияний вегетативной системы. 2. Комбинированная терапия амиодарона в сочетании с адаптолом сопровождается увеличением показателей ВРС, повышается парасимпатическое влияние, что способствует снижению АГМ. Включение адаптола в комплекс ААТ снижает негативное влияние амиодарона на синусный узел.

Особенности мнестических нарушений при дислипидемии на фоне сочетанной сердечно-сосудистой патологии

Третьяков С.В.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Цель исследования: изучить особенности нарушений памяти у лиц с дислипидемией при сочетанной сердечно-сосудистой патологии (ССП) — артериальной гипертонии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал исследования: обследовано 22 больных с сердечно-сосудистой патологией (14 женщин и 8 мужчин). Все лица страдали АГ 2—3 степени, 3 стадии, риском 4 и ИБС, представленной стабильной стенокардией напряжения 2-3 ФК. Хроническая сердечная недостаточность была 1—3 ФК. В зависимости от наличия дислипидемии были выделены две группы. Первую составили лица без дислипидемии (10 человек, средний возраст $66,3 \pm 4$ года; длительность АГ составила в среднем $19,4 \pm 8,4$ года; средний уровень ОХС $4,9 \pm 1,4$ ммоль/л, средний уровень ХЛ-ЛПНП составил $2,8 \pm 1,1$ ммоль/л; средний уровень ХЛ-ЛПВП $1,1 \pm 0,4$ ммоль/л, триглицеридов $1,6 \pm 0,6$ ммоль/л, средний индекс атерогенности $2,6 \pm 0,7$). Вторую составили лица с дислипидемией (12 человек, средний возраст $68,0 \pm 6,4$ года; длительность АГ составила в среднем $20,6 \pm 6,2$ года; средний уровень ОХС $6,8 \pm 2,2$ ммоль/л, средний уровень ХЛ-ЛПНП составил $4,1 \pm 1,7$ ммоль/л; средний уровень ХЛ-ЛПВП $0,9 \pm 0,4$ ммоль/л,

триглицеридов $2,9 \pm 0,9$ ммоль/л, средний индекс атерогенности $4,6 \pm 0,6$).

Методы исследования. использовались методики «оперативная память», «кратковременная память», «память на числа», «память на образы», «слуховая память». Проводилось исследование зрительно-пространственных функций.

Результаты исследования. В группах отмечалось снижение уровня, в целом, кратковременной памяти и, в частности, кратковременной зрительной памяти (ее объема, точности). Вместе с тем в группе лиц, имеющих дислипидемию, по сравнению с первой группой отмечался более низкий уровень оперативной памяти (среднее количество баллов на 10,4% ниже ($p < 0,05$), чем в первой группе), слуховой памяти (среднее количество баллов на 32,5% ниже ($p < 0,05$), чем в первой группе). В группе лиц с дислипидемией увеличено количество лиц с нарушенной образной памятью до 50% по сравнению с первой группой (20%).

Выводы. Таким образом, у лиц с дислипидемией при сочетанной ССП отмечаются более выраженные изменения мнестических функций по сравнению с лицами, страдающими ССП и не имеющими нарушения липидного спектра. В группе лиц с дислипидемией отмечается более выраженное ухудшение оперативной памяти, слуховой и образной.

Степень выраженности утомляемости у больных хронической сердечной недостаточностью в зависимости от возраста

Третьяков С.В.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Цель исследования: определить степень выраженности утомляемости у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на фоне артериальной гипертонии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС) в зависимости от возраста.

Материал исследования. Обследовано 46 человек (20 мужчин и 26 женщин). Все лица страдали ХСН 3 ФК на фоне АГ 2—3 степени, 3 стадии и ИБС (стабильная стенокардия напряжения, ФК 2-3). Обследованные были разделены на подгруппы: первую составили лица от 50 до 60 лет (10 человек, средний возраст 56,8 года); вторую подгруппу — лица в возрасте 61—70 лет (14 человек, средний возраст 65,9 лет); третью — лица в возрасте 71—80 лет (22 человека, средний возраст 75 лет).

Методы исследования. Использовалась анкета «Утомление» (Коц Я.И., Яковлева Н.Д., 2007г.), выявлялось минимальное, умеренное, выраженное и очень выраженное (максимальное) утомление, применялась визуальная шкала утомляемости. Результаты исследования. В зависимости от возрастной подгруппы отмечается возрастание среднего балла утомления. Так, в первой подгруппе он составил $26,2 \pm 2,3$, во второй — $30,4 \pm 1,8$, в третьей $35,9 \pm 2,1$. Анализ структуры утомляемости показал, что максимальное количество лиц с минимальной степенью утомления отмечается в первой подгруппе — 40%. Во всех группах с 3ФК ХСН отмечается высокий процент лиц с выраженной утомляемостью (в первой — 40%, во второй — 57%, в третьей — 36%). Вместе с тем в третьей группе появляются лица с максимальной степенью утомления (36,4%) . По визуальной аналоговой шкале выраженности утомления (физическое утомление при обычной повседневной нагрузке в течение дня) среднее количество баллов в первой подгруппе составило $5,0 \pm 0,7$;

во второй — $8,2 \pm 0,6$; в третьей — $9,0 \pm 0,7$. В третьей группе было наибольшее количество лиц (27,3%) с сильной физической слабостью или полным физическим бессилием.

Выводы. Такой клинический признак, как утомление, имеет зависимость от возраста и является наиболее выраженным у лиц в возрасте 71—80 лет.

Динамика маркеров дисфункции эндотелия у больных хроническим калькулезным холециститом в периоперационном периоде в процессе терапии

Третьякова Ю.И., Щекотов В.В., Циммерман И.Я.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь

Цель исследования: выявить наличие дисфункции эндотелия у больных хроническим калькулезным холециститом (ХКХ) с тревожно-депрессивным (ТДС) в периоперационном периоде и оценить динамику выявленных нарушений в процессе психотропной терапии.

Материалы и методы. В исследование включен 61 пациент ХКХ с ТДС различной степени выраженности: 2 мужчины (3,3 %) и 59 женщин (96,7%). Средний возраст больных составил $50 \pm 3,0$ лет. Пациенты были разделены на две группы. В первую группу (основную) включены 30 больных, которым проведено комплексное обследование за 3 недели до и через 3 недели после операции холецистэктомии (ХЭ) в сочетании с приемом антидепрессанта тианептина в дозе $37,5$ мг/сут. 31 пациент второй группы (сравнения) получал обследование по той же схеме, но без тианептина. Для выработки нормативных показателей было обследовано 20 практически здоровых лиц. Исследование функционального состояния эндотелия проводилось с определением количества десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) в крови по методу Hladovec J. Определение оксида азота (NO) проводили с использованием реакции Грисса. Для оценки сосудодвигательной функции эндотелия у больных ХКХ использовали метод эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) сосудов конъюнктивы. Данный метод оформлен как интеллектуальный продукт № 73200700065.

Результаты. Средний уровень ДЭ у больных ХКХ за 3 недели до ХЭ составил $7,04 \pm 3,61 \times 10^4$ /л и оказался в 2 раза выше, чем у здоровых лиц ($3,5 \pm 1,5 \times 10^4$ /л; $p = 0,00001$). Уровень NO оказался в 2 раза ниже по сравнению со здоровыми лицами ($10,94 \pm 2,46$ против $23,24 \pm 3,96$, $p = 0,00003$). Характер нарушений в сосудодвигательной реакции представлен снижением релаксации у 17% больных ХКХ и парадоксальной вазоконстрикцией в 54% случаев. Нормальная ЭЗВД наблюдалась у 29% больных. У 100% здоровых лиц была выявлена нормальная ЭЗВД. Корреляционный анализ показал наличие достоверной прямой взаимосвязи между количеством ДЭ и возрастом пациентов, степенью ТДС и обратной взаимосвязи этих показателей с NO и процентом ЭЗВД. Через 3 недели после операции, в группе сравнения количество ДЭ в плазме крови достоверно увеличилось с $6,62 \pm 4,11$ до $9,01 \pm 4,31 \times 10^4$ /л ($p = 0,0009$). В группе пациентов, получавших тианептин, количество ДЭ снизилось с $7,46 \pm 3,02$ до $3,61 \pm 1,86 \times 10^4$ /л ($p < 0,0001$). Данный показатель достоверно не отличался от здоровых лиц ($3,5 \pm 1,5 \times 10^4$ /л; $p = 0,81$). После проведения сравнительного анализа в основной группе в периоперационном периоде, мы выявили достоверное повышение уровня NO с $10,94 \pm 2,46$ до $21,82 \pm 14,78$ ($p = 0,02$). В группе сравнения увеличилась доля

пациентов со снижением прироста диаметра артерии на зависимый стимул с 21,8% до 22,4% и с вазоконстрикцией с 49,1% до 57,2% через 3 недели после ХЭ; доля больных с нормальной ЭЗВД снизилась с 29,1% до 20,4%. После лечения тианептином у 74,4% больных основной группы отмечалась нормальная ЭЗВД, а доля пациентов со сниженной релаксацией и парадоксальной вазоконстрикцией достоверно уменьшилась с 71,1% до 25,6%.

Выводы. В результате исследования было установлено, что у больных ХКХ с ТДС имеет место дисфункция эндотелия, представленная повышением ДЭ, снижением уровня оксида азота и нарушением ЭЗВД. В послеоперационном периоде без назначения психотропной терапии отмечается ухудшение функционального состояния эндотелия. Применение антидепрессанта оказывает положительное влияние на динамику маркеров дисфункции эндотелия сосудов.

Исследование инсулина и кортизола в динамике лечения больных желчнокаменной болезнью

Тренина Д.В., Горбунов А.Ю., Вахрушев Я.М.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель исследования: изучить влияние комбинированного лечения Увинской минеральной водой и «Урсосаном» на нейрогормональные показатели у больных с первой (докаменной) стадией желчнокаменной болезни (ЖКБ).

Материалы и методы. Обследовано 35 пациентов — женщин с ЖКБ (средний возраст составил 55,25±10,19 лет). Верификация ЖКБ проводилась по данным УЗИ желчного пузыря и исследования в желчи холестерина, желчных кислот и холатахолестеринового коэффициента. Пациентам группы наблюдения (20 человек) назначались Увинская минеральная вода по 200 мл 3 раза/сутки и «Урсосан» 10 мг/кг однократно вечером в течение 25 дней. В группу сравнения вошли 15 больных, которые принимали только «Урсосан». До и после терапии исследовали уровни кортизола и инсулина в сыворотке крови методом ИФА. Группу контроля составили 10 практически здоровых лиц.

Результаты исследования. Пациенты группы наблюдения предъявляли жалобы на ноющие боли в правом подреберье — 12 человек (60%), распирающие и вздутие живота — 15 (72%), горечь во рту — 7 (35%); на фоне лечения боли исчезли у 3 больных (15%), уменьшились — у 7 (35%), горечь во рту исчезла — у 3 (15%); распирающие и вздутие живота уменьшились — у 5 (25%). Пациенты группы сравнения жаловались на боли в правом подреберье — 8 человек (53%), горечь во рту — 3 (20%), тошноту — 1 (7%), вздутие живота — 7 (47%); после проведенного курса лечения боли уменьшились у 4 больных (27%), горечь во рту исчезла — у 1 (7%), вздутие живота уменьшилось — у 2 (13%). Концентрация кортизола у пациентов группы наблюдения до лечения была достоверно выше (447,83±32,08 нмоль/л) по сравнению с контрольной группой (361,76 ± 22,3 нмоль/л, $p < 0,05$). После проведенной терапии уровень кортизола имел тенденцию к снижению с 447,83±32,08 нмоль/л до 428,48±40,35 нмоль/л ($p > 0,05$). В группе сравнения уровень кортизола до лечения составлял 451,53 ± 33,13 нмоль/л и был достоверно выше контрольной группы ($p < 0,05$), а после лечения отмечено его снижение 361,35 ± 30,17 нмоль/л ($p > 0,05$). Уровень инсулина — до лечения у больных группы наблюдения отмечено незначительное снижение (10,07±1,98 мкд/мл), по сравнению с контрольной группой (11,85 ± 1,25 мкд/мл,

$p > 0,05$); после проведенного курса лечения уровень инсулина достоверно увеличился (с 10,07±1,98 до 16,8±2,1 мкд/мл $p < 0,05$). В группе сравнения исходный уровень инсулина (11,3±2,63 мкд/мл) существенно не отличался от контроля, а после лечения его концентрация незначительно снижалась (10,32 ± 1,3 мкд/мл, $p > 0,05$).

Выводы. Положительный клинический эффект, установленный при сочетанном применении Увинской минеральной воды и «Урсосана», у больных ЖКБ в определенной мере связан с улучшением секреции кортизола и инсулина, участвующих в регуляции функционального состояния гепатобилиарной системы.

Влияние метаболической коррекции на некоторые показатели гемостаза у больных с метаболическим синдромом в условиях ОРВИ

Трошина И.А., Медведева И.В., Малеев В.В.

Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень

Цель: оценить нарушения в системе гемостаза у больных с метаболическим синдромом (МС) и острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) при различной компенсации метаболических параметров.

Материалы и методы. Наблюдали 240 пациентов с ожирением и МС (критерии АТР III, 2001). Диагноз ОРВИ установлен в 504 случаях. 134 пациента не были привержены к коррекции метаболических параметров, 76 пациентов с достижением целевого уровня снижения массы тела в течение 3 месяцев, 30 пациентов с МС и достижением оптимальных (целевых) параметров артериального давления (моксонидин 0,4 мг), липидов (розувастатин 10 мг), гликемии (метформин 1700 мг) при отсутствии целевого снижения массы тела. Женщины составили 64%, мужчины 36%, возраст от 37 до 54 лет, 1 группа — 60 больных с ожирением I ст., 2 группа — 60 больных с ожирением II—III ст., 3 группа — 60 пациентов с ожирением, АГ I—II ст., дислипидемией, 4 группа — 60 пациентов с ожирением, АГ I—II ст., дислипидемией и нарушением толерантности к глюкозе (НТГ). Агрегацию тромбоцитов исследовали с помощью лазерного агрегометра «Биола»-2001.

Результаты. Отметили достоверное повышение спонтанной агрегации $p < 0,01$ в группах пациентов с ожирением II—III ст. И МС, причем показатели спонтанной агрегации были выше в период ранней реконвалесценции, с максимальными показателями в группе с НУО. Получили статистически значимые положительные взаимосвязи длительности течения ОРВИ и показателей спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов. При анализе агрегационной способности тромбоцитов у 30 пациентов с МС на фоне применения ацетилсалициловой кислоты (АСК) 300 мг в период разгара и 100 мг в период реконвалесценции (7—10 дней), дезагрегация получена в 75%, что сопровождалось определением высокого уровня PAI ($p < 0,01$). Показатели АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов у пациентов с МС при достижении целевого уровня массы тела, были достоверно ниже относительно показателей в группах без коррекции веса.

Выводы. Достижение целевого уровня снижения массы тела позволяет значимо корректировать агрегационную способность тромбоцитов и показатели фибринолиза у больных с МС, что имеет значение в случае развития ОРВИ, когда наряду с воспалением, повреждением эндотелия вирусами происходит дополнительная активация сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза.

Риск формирования хронической болезни почек при метаболическом синдроме

Трусов В.В., Казакова И.А.

Медико-санитарная часть № 1, Ижевск

Цель: выявить частоту и особенность ранних нарушений функционального состояния почек при метаболическом синдроме.

Материалы и методы. В исследование были включены 96 пациентов в возрасте от 42 до 56 лет с метаболическим синдромом: нарушение толерантности к глюкозе, инсулинорезистентность (IR НОМА > 2,77 у.е.), дислипидемия с избыточной массой тела и ожирением (индекс массы тела от 30,0 до 33,0) и артериальной гипертензией II степени. Для выявления ранних нарушений функционального состояния почек оценивалась: микроальбуминурия, ферментурия N ацетил β-Д глюкозаминидазы (NAG), уровень креатинина сыворотки крови, мочевого кислоты, скорость клубочковой фильтрации (по пробе Кокрофта-Голта и формуле MDRD), параметры внутривисочечного кровотока систолические (Vs) и диастолические (Vd) скорости в сегментарных, междольковых и дуговых артериях методом ультразвуковой доплерографии.

Результаты. Установлено, что наиболее информативным методом раннего выявления нарушения функционального состояния почек у больных с метаболическим синдромом является одновременное исследование микроальбуминурии, ферментурии и почечной гемодинамики, которые были выявлены у 49% больных при отсутствии почечных жалоб и клинических данных за гломерулосклероз. Отмечалось увеличение микроальбуминурии ($p < 0,01$), ферментурии ($p < 0,01$), гиперурикемии ($p < 0,05$), снижение скорости клубочковой фильтрации ($p < 0,01$), уменьшение Vs и Vd в сегментарных междольковых и дуговых артериях ($p < 0,05$). Результаты проведенных исследований позволили выявить признаки ранних стадий хронической болезни почек при метаболическом синдроме практически у половины обследованных.

Выводы. Своевременное комплексное обследование больных с метаболическим синдромом, включая микроальбуминурию, ферментурию, проведение функциональных проб, ультразвуковой доплерографии сосудов почек, способствует ранней диагностике хронической болезни почек и своевременному назначению нефропротективной терапии.

Коррекция гипогонадизма трансдермальным андрогелем у мужчин с метаболическим синдромом

Трусов В.В., Шмыкова Н.Е., Муранова Л.В., Фишова В.М.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель исследования: оценить эффективность применения трансдермальной формы андрогеля в коррекции андрогенного дефицита у мужчин с метаболическим синдромом. Материалы и методы. В исследовании приняли участие 32 пациента с метаболическим синдромом (абдоминальный тип ожирения, инсулинорезистентность, артериальная гипертензия, дислипидемия) в возрасте от 50 до 56 лет и клиническими симптомами андрогенного дефицита по опроснику AMS. Больные получали гипотензивную терапию ингибиторами АПФ и трансдермальный «Андрогель» в дозе

50 мг ежедневно путем нанесения на кожу плеч, боковых поверхностей живота. Результаты оценивались через 6—8 месяцев. В динамике анализировались общие клинические и антропометрические данные. Соматический статус оценивался по опроснику Heinemann. Комплекс биохимических тестов включал: определение уровня тестостерона в крови, гликемический профиль, индекс НОМА, липидный спектр, маркеры воспаления (ФНО-альфа, С-реактивный протеин).

Результаты. После курса терапии тестостероном отмечают достоверное улучшение соматического статуса по опроснику Heinemann ($25,6 \pm 3,2$ — $14,3 \pm 2,1$; $p < 0,001$). Достоверно снизился индекс массы тела ($34,3 \pm 0,82$ — $31,2 \pm 0,64$ кг/м²; $p < 0,05$) с положительной динамикой коэффициента ОТ/ОБ ($p < 0,01$). Существенно повысился уровень тестостерона в крови ($8,9 \pm 1,83$ — $16,2 \pm 2,15$ нмоль/л; $p < 0,001$). Снизился индекс НОМА с $5,76 \pm 0,64$ до $3,56 \pm 0,42$ ($p < 0,01$). Значительно улучшились показатели липидного спектра крови: снизились общий холестерин ($6,8 \pm 0,77$ — $5,34 \pm 0,52$ ммоль/л; $p < 0,05$), триглицериды ($3,46 \pm 0,54$ — $2,23$ ммоль/л) и ЛПНП ($4,27 \pm 0,45$ — $3,15 \pm 0,28$ ммоль/л; $p < 0,05$). Положительные достоверные сдвиги отмечены в показателях концентрации маркеров воспаления: ФНО-альфа и С-реактивного белка ($p < 0,05$).

Выводы. Заместительная терапия трансдермальной формой тестостерона (Андрогелем) улучшает соматический статус у мужчин с метаболическим синдромом и гипогонадизмом, позволяет поддерживать стабильную концентрацию тестостерона в крови, уменьшает исходную инсулинорезистентность, способствует снижению массы тела, положительно влияет на измененный липидный обмен, снижает концентрацию маркеров воспаления.

Комплексный анализ полиморфизма генов провоспалительных цитокинов и антиоксидантной защиты при хронической обструктивной болезни легких

Уклистая Т.А., Гусейнов Г.Т., Мартиросян Е.Ф., Галиуллина Е.А., Полунина О.С.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

Цель исследования. Изучить распределение генотипов и аллелей полиморфизмов C+3953T гена интерлейкина-1β (IL-1β), G-308A гена фактора некроза опухоли альфа (TNF-α) и C-262T гена каталазы у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в зависимости от особенностей ее течения.

Материалы и методы. Всего обследовано 90 больных ХОБЛ в возрасте от 36 до 83 лет, среди них мужчин — 64, женщин — 26. У 25 больных установлена II стадия заболевания, у 37 — III, у 18 — IV. Бронхитический тип ХОБЛ имели 48 больных, 17 — эмфизематозный, 25 — смешанный. Хроническое легочное сердце осложняло течение заболевания у 36 пациентов. У 55 больных ХОБЛ сочеталась с ишемической болезнью сердца (ИБС) и/или артериальной гипертензией. Полиморфизм генов определяли методом полимеразной цепной реакции.

Результаты исследования. Обнаружены статистически значимые различия в рас-пределении генотипов полиморфного локуса C+3953T гена IL-1β у больных ХОБЛ II-III стадиями ($\chi^2 = 7,1$, $df = 2$, $p = 0,029$) и II—IV ($\chi^2 = 7,1$, $df = 2$, $p = 0,029$). У больных ХОБЛ с различными стадиями установлена достоверная разница и в частоте регистрации генотипов по полиморфизму C-262T гена каталазы ($\chi^2 = 10,2$, $df = 4$, $p = 0,037$). Показатель отношения шансов (ОШ), определяющий риск развития тяжелой и крайне тяжелой стадии ХОБЛ у носителей генотипов СТ и ТТ полиморфного локуса C+3953T гена IL-1β составил 7,19, 95% доверительный интервал (ДИ) 1,64–31,71, $p = 0,01$. Обнаружены

статистически значимое ($p=0,02$) увеличение лиц носителей генотипов СТ и ТТ и аллеля Т полиморфного локуса C+3953T гена IL-1 β у больных ХОБЛ с бронхитической формой заболевания по сравнению с эмфизематозной. Из исследованных полиморфизмов у 2 (G-308A гена TNF- α , C-262T гена каталазы) выявлена статистически значимая ассоциация с ИБС, а у C+3953T гена IL-1 β — с артериальной гипертонией. Отношение шансов для аллеля А (генотипы GA и AA) гена TNF- α составило 3,66, ДИ — 1,38-9,72, $p=0,009$, для генотипа CC гена каталазы — 2,8, ДИ — 1,1-7,11, $p=0,03$, для аллеля Т (генотипы СТ и ТТ) гена IL-1 β — 3,66, ДИ — 1,46-9,14, $p=0,006$.

Выводы. Определение полиморфизмов C+3953T гена IL-1 β , G-308A гена TNF- α и C-262T гена каталазы у больных ХОБЛ может быть использовано в качестве одного из критериев прогнозирования тяжести течения заболевания и формирования ассоциированной сердечно-сосудистой патологии.

Окислительная устойчивость липопротеинов низкой плотности у пожилых больных артериальной гипертонией с различным уровнем С-реактивного белка

Украинцева Д.Н., Горшунова Н.К.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Изучение взаимосвязи уровня высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ) — маркера неспецифического эндогенного воспаления — с факторами риска артериальной гипертонии (АГ) и окислительной резистентностью липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) у пациентов пожилого возраста представляет актуальную научную задачу.

Цель работы: оценить устойчивость атерогенных липопротеинов к окислению и липидный спектр крови у пожилых больных АГ с различной выраженностью неспецифического эндогенного воспаления.

Материалы и методы. Исследуемый контингент составили 74 пациента пожилого возраста с АГ. В контрольную группу включили 30 практически здоровых лиц пожилого возраста. Содержание ОХС, ХС ЛПВП в сыворотке крови определяли энзиматическим колориметрическим методом, уровень ХС ЛПНП вычисляли по формуле W.T.Friedewald и соавт. (1972) (Кишкун А.А., 2007). Результаты выражали в ммоль/л. Об окислительном потенциале атерогенных липопротеинов судили по уровню МДА (мкмоль/л) в выделенных ЛПНП (Куликова А.И. и соавт., 2008). Содержание СРБ (мг/л) определяли высокочувствительным иммунотурбидиметрическим методом с использованием набора реагентов Bio-Systems (Испания). Результаты исследования. Достоверных отличий по уровню СРБ между основной и контрольной группами не найдено ($2,90\pm 0,16$ мг/л и $2,84\pm 0,45$ мг/л). У пациентов с различной выраженностью неспецифического эндогенного воспаления наблюдалось повышение содержания ОХС при нормальном показателе ТГ. Статистически значимых различий по показателям липидного профиля крови в группах, выделенных на основании уровня СРБ, нами не найдено. При высоком содержании СРБ в субклиническом диапазоне (≥ 3 мг/л) определено повышение концентрации МДА в ЛПНП (3,56; 3,01; 4,87, мкмоль/л) и по сравнению с пациентами с низким (2,51; 1,49; 3,11 мкмоль/л), $p<0,05$ и средним риском сердечно-сосудистых осложнений (2,92; 2,1; 4,0 мкмоль/л), $p=0,01$. Анализ корреляционных взаимосвязей выявил прямую связь умеренной силы между уровнем СРБ и МДА в ЛПНП ($r=0,44$; $p<0,001$). Таким образом, у лиц пожилого возраста установлена различная выраженность неспецифического эндогенного воспаления. Повышение уровня СРБ ≥ 3 мг/л сопровождалось

снижением окислительной устойчивости атерогенных липопротеинов независимо от состояния липидного спектра крови.

Кальциноз кольца митрального клапана у пожилых больных — эхокардиографическая характеристика

Урвачева Г.М.

Российский государственный медицинский университет, Москва

Особенности эхокардиографической картины сердца, связанные с идиопатическим кальцинозом кольца митрального клапана (КМК), недостаточно изучены. Цель: сравнить ЭхоКГ показатели у больных с КМК и у больных без КМК в возрасте старше 65 лет (без сахарного диабета и почечной недостаточности).

Материалы и методы. В проспективное исследование включено 100 пациентов с КМК и 65 без КМК, последовательно выявленных при трансторакальном 2ДЭхо-КГ среди 910 амбулаторных больных старше 65 лет, обследованных в связи с симптомами сердечно-сосудистых заболеваний.

Результаты. В группе больных с КМК по сравнению с больными без КМК была выше частота митральной регургитации (МР) (99% в сравнении с 64,6%; $p<0,0001$), утолщения створок митрального клапана (МК) (100% в сравнении с 30,7%; $p<0,0001$), увеличения поперечного размера левого предсердия (ЛП) (49% в сравнении с 31%; $p=0,017$), кальциноза аортального клапана (АК) (49% в сравнении с 0%; $p<0,0001$), аортальной регургитации 1-2 степени (67% в сравнении с 13,9%; $p<0,0001$) и концентрической гипертрофии левого желудочка (ЛЖ) (68% в сравнении с 26,2%; $p<0,0001$). У больных с КМК был достоверно больше средний индекс массы миокарда ЛЖ: ($140,18\pm 2,48$ г/м² в сравнении с $117,61\pm 3,14$ г/м² у больных без КМК; $p<0,0001$). Пролапс МК 1 степени был выявлен у 24 (24%) пациентов с КМК и у 9 (13,8%) пациентов без КМК ($p=0,119$). Средние показатели конечного диастолического размера ЛЖ, конечного систолического размера ЛЖ и фракции выброса ЛЖ в группах больных с КМК и без КМК достоверно не различались ($p>0,05$).

Выводы. У больных с КМК достоверно чаще выявляются МР, утолщение створок МК, увеличение размеров ЛП, кальциноз АК и концентрическая гипертрофия ЛЖ.

Оценка факторов риска атеросклероза у пожилых больных с идиопатическим кальцинозом кольца митрального клапана

Урвачева Г.М., Чипигина Н.С., Шостак Н.А.,

Российский государственный медицинский университет, Москва

Кальциноз кольца митрального клапана (КМК) — часто встречающаяся у пожилых больных и сочетающаяся с клиническими проявлениями атеросклероза патология сердца, факторы риска которой остаются недостаточно изученными.

Цель: изучить связь идиопатического КМК с факторами риска атеросклероза у больных старше 65 лет без сахарного диабета и почечной недостаточности.

Материалы и методы. У 100 пациентов с КМК и 65 пациентов без КМК старше 65 лет изучены факторы риска атеросклероза, показатели липидного спектра и уровень С-реактивного белка (СРБ).

Результаты. При сравнении групп больных с КМК и без КМК выявлены

достоверные различия возраста ($72,4 \pm 5,4$ у больных с КМК и $70,2 \pm 4,3$ у больных без КМК; $p=0,006$) и частоты встречаемости средней и тяжелой артериальной гипертензии (АГ) (99% и 90,8% соответственно; $p=0,012$), тогда как средние показатели уровня общего холестерина (ОХ) ($p=0,371$), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) ($p=0,856$) коэффициента атерогенности липидов крови ($p=0,371$), систолического артериального давления (САД) ($p=0,092$), диастолического артериального давления (ДАД) ($p=0,886$), СРБ ($p=0,930$), индекса массы тела ($p=0,292$), окружности талии ($p=0,357$), а также частота курения ($p=0,37$), пол ($p=0,37$) в группах больных с КМК и без КМК достоверно не отличались. В подгруппах больных в возрасте от 65 до 70 лет выявлены достоверные различия при сравнении среднего уровня ОХ ($6,91 \pm 0,92$ ммоль/л у больных с КМК и $6,2 \pm 0,90$ ммоль/л у больных без КМК; $p=0,0008$) и ЛПНП ($3,57 \pm 0,95$ ммоль/л у больных с КМК и $2,96 \pm 0,96$ ммоль/л у больных без КМК; $p=0,004$); тогда как у больных старше 70 лет значимых различий этих показателей не было. При многофакторном анализе связи КМК с факторами риска (возраст, пол, уровень ОХ, продолжительность анамнеза АГ и уровень САД) выявлена достоверная зависимость наличия КМК только от возраста ($p=0,006$; $\beta=0,212$), а степени выраженности КМК — от возраста ($p=0,037$; $\beta=0,163$) и уровня ОХ ($p=0,042$; $\beta=0,157$). Выводы. У больных старше 65 лет без сахарного диабета и почечной недостаточности наблюдалась достоверная связь КМК с возрастом и уровнем ОХ. Других факторов риска КМК, общих с атеросклерозом, у пожилых больных не выявлено.

Особенности самоконтроля гликемии и оптимизации лечения больных гипертонической болезнью на фоне метаболического синдрома

Усков В.В., Маркова Е.В., Усков В.М.

Воронежский государственный технический университет, Воронежская государственная медицинская академия, Воронежская городская клиническая больница № 3, Воронеж

Сахарный диабет приводит к сокращению продолжительности жизни больных на 5—12 лет. Задача системы здравоохранения состоит в том, чтобы пациенту дать возможность вести более полноценный образ жизни. Основные решения по лечению (управлению) заболеванием принимаются самим пациентом при поддержке медицинского персонала. Управление диабетом состоит из обучения, планирования питания, физических нагрузок, введения инсулина и/или приема таблеток и из обязательного контроля (самоконтроля). Целью и задачей исследования является создание удобного и эффективного инструментария (алгоритмов, методик, программного обеспечения) для практического использования врачами и пациентами. Для этой цели использовали метод канонических корреляций. Использованы данные, включающие 39 больных артериальной гипертензией с метаболическим синдромом. Среднее значение уровня гликемии составило $13,3 \pm 4,8$ ммоль/л. Все показатели глюкозы в крови были центрированы и стандартизованы, где y_{ij} — стандартизованное значение j -го показателя для i -го больного, Y_{ij} — значение j -го показателя в абсолютных значениях у i -го больного, \bar{Y}_{ij} — среднее значение j -го показателя у i -го больного. Метод канонических корреляций дает возможность одновременно анализировать взаимосвязь нескольких выходных показателей (концентраций глюкозы в крови) и нескольких определяющих факторов (дозировок гипогликемических препаратов). Исходными данными могут быть электронные таблицы реальных значений параметров или же корреляционная таблица, которая

представляет собой симметричную квадратичную матрицу, в полях которой находятся парные коэффициенты корреляции Пирсона. Алгоритм расчетов метода канонических корреляций строится таким образом, что исходные переменные заменяются их линейными комбинациями (каноническими переменными). Основная цель применения этого метода состоит прежде всего в поиске максимальных связей между каноническими переменными U и V : $U = a_1X_1 + a_2X_2 + \dots + a_nX_n$; $V = b_1Y_1 + b_2Y_2 + \dots + b_pY_p$, где $X_1 \dots X_n$; $Y_1 \dots Y_p$ — исходные параметры в стандартизованном виде; $a_1 \dots a_n$; $b_1 \dots b_p$ — канонические веса. Таким образом, построенные модели соответствуют клиническому опыту лечения заболеваний и углубляют понимание их природы, а полученные рекомендации при лечении хронических форм с успехом применяются в клинической практике.

Оптимизация лечения артериальной гипертензии на фоне метаболического синдрома

Усков В.В., Маркова Е.В., Усков В.М.

Воронежский государственный технический университет, Воронежская государственная медицинская академия, Воронежская городская клиническая больница № 3, Воронеж

Артериальная гипертензия — одно из самых распространенных хронических заболеваний. Она является основным фактором риска развития ИБС, включая ин-фаркт миокарда, и главной причиной сосудистых заболеваний мозга, в том числе инсульта. Артериальная гипертензия особенно в комбинации с метаболическим синдромом, занимает лидирующее положение среди социально значимых заболеваний и до настоящего времени остается проблемой здравоохранения в мировом масштабе. Целью и задачей исследования явилась оценка эффективности и анализ изменения клинических проявлений заболевания у данной категории больных на фоне базисной терапии и с дополнительным приемом дибикора. В исследование включались больные артериальной гипертензией в комбинации с метаболическим синдромом. В 1 группу вошли 44 пациента (28 мужчин и 16 женщин), лечение которым проводилось посредством назначения дибикора. Во 2 группе лечились 40 больных (25 мужчин и 15 женщин) без назначения вышеуказанного препарата. Статистическая обработка цифровых данных методами факторного анализа латентных переменных, основанного на методе главных компонент с последующим вращением факторных осей по алгоритму «варимакс». Анализ результатов показал, что терапия артериальной гипертензии на фоне метаболического синдрома с включением дибикора оказывает выраженное положительное влияние на субъективные проявления заболевания. У большинства пациентов нормализовалось артериальное давление, уменьшились головная боль и головокружение, слабость, сухость во рту. Следует отметить, что динамика клинических показателей сочеталась с типовыми изменениями лабораторных тестов, в частности отмечались положительные изменения в углеводном обмене (при оценке динамики показателей гликемического профиля установлено статистически значимое снижение уровня гликемии в течение суток). При применении дибикора у больных регистрировалась тенденция к улучшению параметров жирового обмена (снижение концентрации общего холестерина, триглицеридов). Таким образом, можно видеть, что применение дибикора на фоне традиционного лечения способствовало улучшению клинической картины заболевания и повышению эффективности антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертензией на фоне метаболического синдрома.

Особенности эффективности лечебно-профилактических мероприятий у больных ХОБЛ

Усков В.М., Веденеев А.И., Усков М.В., Теслинов И.В.

Воронежский государственный технический университет, Воронежская государственная медицинская академия, Воронежская городская клиническая больница № 3, Воронеж

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – одна из важнейших причин нарушения здоровья и смертности по всему миру и может рассматриваться как «болезнь образа жизни». Проведение терапии тревожных и депрессивных состояний, сопутствующих ХОБЛ, подразумевает активный поиск современных средств адекватной фармакотерапии. Среди больных ХОБЛ 49 человек составили 1 группу — пациенты, принимавшие наряду со стандартной фармакотерапией ХОБЛ флувоксамин. Во 2 группу включили 48 больных ХОБЛ, получавших только стандартную терапию. Для большинства больных ХОБЛ (52%) более характерно наличие комбинации характеристик двух доминирующих типов отношения к болезни. Следует обратить внимание на то, что ни у одного больного не был диагностирован гармоничный тип отношения к болезни. В исследуемой группе пациентов был выявлен низкий уровень качества жизни. У всех исследованных пациентов были диагностированы проявления депрессии различной степени выраженности. Наиболее высокими оказались следующие показатели: респираторные симптомы, депрессивное настроение, мышечные соматические симптомы, вегетативные и сердечно-сосудистые симптомы. Для выявления взаимозависимостей был проведен корреляционный анализ полученных переменных. Выявлена прямая корреляционная зависимость между показателями выраженности тревожных расстройств и частотой приступов у пациентов. Однофакторный дисперсионный анализ позволил выявить основные группы факторов, влияющих на клиническое течение ХОБЛ: интенсивность кашля, одышка, образование мокроты, частота госпитализаций, развитие осложнений достоверно зависели от спирометрических данных, поведенческих факторов (курения), морфологических данных (степень эндобронхита), частоты обострений и заболеваемости ОРВИ и выраженности психосоматических нарушений (общего балла депрессии, общего балла тревоги, ипохондрического типа отношения к болезни), нарушений сна, социально-демографических характеристик пациентов (пол). Таким образом, при проведении корреляционного и однофакторного дисперсионного анализа было обнаружено наличие взаимозависимостей между показателями тревожно-депрессивных расстройств, клинико-инструментальных данных, типов отношения к болезни, личностных характеристик и качеством жизни.

Изучение уровня качества жизни и подходов к ее коррекции больных ХОБЛ, протекающей на фоне ожирения, с целью повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий

Усков В.М., Веденеев А.И., Усков М.В., Теслинов И.В.

Воронежский государственный технический университет, Воронежская государственная медицинская академия, Воронежская городская клиническая больница № 3, Воронеж

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является серьезной проблемой для здравоохранения из-за широкой распространенности, прогрессирующего течения, сокращения продолжительности жизни больных.

Целью и задачей исследования явилось изучение качества жизни и разработка подходов к ее коррекции для повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий у больных ХОБЛ, протекающей на фоне ожирения и личностных особенностей, ведущих типов отношения к болезни. В зависимости от степени тяжести ХОБЛ I ст. была выявлена у 15 человек (15,5%), ХОБЛ II ст. — у 49 (50,5%), ХОБЛ III ст. — у 33 (34,0%). Большинство больных ХОБЛ было в возрасте от 40 до 60 лет. Использовалась российская версия опросника SF-36, которая является приемлемой для проведения популяционных исследований качества жизни в России. Показатели каждой шкалы варьируются между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Для большинства больных ХОБЛ (52%) более характерно наличие комбинации характеристик двух доминирующих типов отношения к болезни. Реже (34% слу-чаев) удается выделить один доминирующий тип, и только у 14% невозможно четко выделить преобладающие типы отношения к болезни. Среди смешанных типов отношения к болезни наиболее часто были диагностированы следующие: тревожно-неврастенический (12%), эгоцентрически-ипохондрический (4%), паранойяльно-депрессивный (9%), неврастенически-депрессивный (9%). Имеются данные по частоте встречаемости различных типов отношения к болезни у пациентов с ХОБЛ. У пациентов с ХОБЛ были диагностированы все 9 типов отношения к болезни. Было отмечено преобладание тревожного (26,41%) и ипохондрического (32,97%) типов, также часто наблюдались неврастенический (18,36%), депрессивный (14%), эргопатический и меланхолический типы отношения к болезни (по 13,04%). Наиболее редко (по 8,70%) выявлялись эгоцентрический и паранойяльный. Следует обратить внимание на то, что ни у одного больного не был диагностирован гармоничный тип отношения к болезни. Таким образом, в исследуемой группе пациентов был выявлен низкий уровень качества жизни. Характеристики психического здоровья, жизненной активности, уровня боли и социального функционирования почти достигали половины от абсолютной нормы (100 Т-баллов), показатели общего здоровья и физического функционирования колебались от 20 до 30 Т-баллов, а ролевое функционирование, как эмоциональное, так и физическое, было приближено к нулю.

Особенности моделирования исходов лечения артериальной гипертензии

Усков В.М., Маркова Е.В., Усков В.В.

Воронежский государственный технический университет, Воронежская государственная медицинская академия, Воронежская городская клиническая больница № 3, Воронеж

Среди заболеваний, ставших за последние годы самой частой причиной смерти взрослого населения, первое место занимают заболевания сердечно-сосудистой системы. Понятен поэтому столь острый интерес исследователей к изучению причин смерти всеми возможными средствами. В разработанном программном комплексе для прогнозирования исходов артериальной гипертензии использовалась полносвязная многослойная нейронная сеть со следующими характеристиками: число входных параметров — до 100; количество слоев сети — до 5; функция возбуждения нейронов задавалась соответствующими формулами; число выходных нейронов — до 20.

Обучение нейронной сети происходит по принципу двойственного функционирования с применением метода обратного распространения ошибки. Выделяют несколько подсистем комплекса, совокупность которых составляет технологию «клиент-сервер». Непосредственно клиентская часть обеспечивает диалог с пользователем, прием и отображение информации, используя интерфейсы серверной части. Серверная часть является совокупностью нескольких подсистем: программный модуль; система управления базами данных (СУБД); унифицированная промежуточная подсистема обмена данными с СУБД. Программный комплекс прогнозирования включает в себя подсистему управления, информационную подсистему, подсистему обучения, подсистему прогнозирования, подсистему оптимизации количества нейронов. Структура нейронной сети и коэффициенты, полученные в процессе обучения, сохраняются в информационной подсистеме и используются в дальнейшем для построения прогнозов. Подсистема оптимизации числа нейронов в скрытом слое нейронных сетей реализована в виде набора хранимых процедур сервера базы данных. Алгоритм процедуры контрастирования использует желаемую таблицу истинности информационной подсистемы. Принятие решения протекает в условиях неопределенности, неоднородности характеристик больных и неполной априорной информации. Существует значительное число признаков, которыми должна обладать задача, чтобы применение нейронных сетей было оправдано, и нейронная сеть могла бы ее эффективно решить, а именно: отсутствует алгоритм или неизвестны принципы решения задач, но накоплено достаточное число примеров; проблема характеризуется большими объемами входной информации; данные неполны или избыточны, зашумлены, частично противоречивы. Таким образом, можно сделать вывод, что нейронные сети хорошо подходят для распознавания образов и решения задач классификации, оптимизации и прогнозирования.

Роль определения величины интим-медиа брахицефальных сосудов в прогнозировании коронарного атеросклероза у больных ИБС

Федоров В.С., Трусов В.В.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель: Целью данной работы является оценка выраженности степени коронарного атеросклероза у больных ИБС.

Методы исследования. В настоящей работе обследовано 239 пациентов в возрасте от 52 до 65 лет с ИБС и перенесенным инфарктом миокарда различной степени тяжести. С целью оценки выраженности коронаросклероза была проведена коронарография, которая была сопоставлена с ультразвуковой доплеровской диагностикой толщины интим-медиа (КИМ — коэффициент интим-медиа) брахицефальных сосудов на аппарате Zonar (USA).

Результаты. В результате проведенных исследований была выявлена высокая специфичность (0,9) сопоставления данных КИМ и окклюзии коронарных артерий при коронарографии при высокой чувствительности теста на уровне 0,96. Ложный прогноз о наличии окклюзии был выявлен только в 1 случае, что составило 1,3%. При значении КИМ 1,3 и выше вероятность окклюзии составляет 98,7% и данный прогностический уровень КИМ является оптимальным для прогнозирования наличия окклюзии коронарных сосудов. Все пациенты по уровню КИМ были разделены на III группы. Контрольную группу (n = 41) составили больные с артериальной гипертензией II—III степени с выраженным кардиологическим синдромом при уровне

КИМ 0,8—1,2 мм. В этой группе не было выявлено ни одного больного с окклюзией коронарных сосудов. Во II группе (n = 159) с уровнем КИМ 1,3—1,7 мм в 49,4±3,8% выявлено наличие полной окклюзии одной из коронарных артерий, а у 52,6±2,6% (p<0,01) зафиксирована сочетанная локализация поражения двух коронарных артерий и ее ветвей. У 75,1±4,4% пациентов III группы (n = 79) с уровнем КИМ 1,8 мм и более выявлено сочетанное поражение двух и более коронарных артерий и их ветвей. В работе детально анализируется с применением математических методов обработки данных топографическая локализация поражения коронарных артерий и их ветвей в зависимости от уровня КИМ.

Заключение. Таким образом, по уровню КИМ брахицефальных сосудов можно давать заключение о степени и величине поражения коронарных сосудов атеросклерозом. С увеличением показателя КИМ достоверно увеличивается число пациентов с полной окклюзией одной из коронарных артерий, а также увеличивается и процент больных с сочетанным поражением двух коронарных артерий и ее ветвей. По уровню КИМ можно судить не только о величине окклюзии коронарных артерий, но и вполне реально прогнозировать распространенность поражения.

Результаты внедрения клинических рекомендации по диагностике саркоидоза

Федорова О.К., Филатова Е.А., Савельев А.В., Бердников Р.Б., Попов В.А.

Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии, Екатеринбург

Клинические рекомендации (КР) по диагностике и лечению саркоидоза органов дыхания (СОД), разработанные Российским респираторным обществом, органично сочетают положения международного консенсуса и отечественного клинического опыта по ведению пациентов СОД, четко определяют критерии диагностики, классификацию и принципы лечения заболевания. Использование КР в практике пульмонологического диагностического отделения Уральского НИИ фтизиопульмонологии, где в течение нескольких десятилетий проводится работа по диагностике и лечению больных СОД, позволяет установить диагноз саркоидоза, стадию заболевания, определить тактику лечения пациента.

Цель: определение удельного веса больных СОД среди пациентов с диссеминированным поражением легких, соотношения клинических форм СОД.

Материалы и методы. Было проведено клиническое обследование (рентгенологическое, функциональное с исследованием диффузионной способности легких, бодиплетизмография, бронхологическое, морфологическое) 337 больных, поступивших в диагностическое отделение Уральского НИИ фтизиопульмонологии в течение 5 лет (2005—2010 гг.) с синдромом диссеминированного поражения легких для уточнения нозологического диагноза.

Результаты. из 337 пациентов с диссеминированным поражением легких неясного генеза диагноз саркоидоза установлен у 227, что составило 61%. Гистологическая верификация СОД и проведена в 55%. В результате клинического обследования выявлена следующая частота клинических форм (стадий по классификации Wurm) саркоидоза: — 0 стадия (без рентгенологических признаков поражения органов дыхания) — 1 пациент (0,4%); 1 стадия (увеличение внутригрудных лимфатических узлов) — 35 больных (15%); — 2 стадия (поражение легких в сочетании с увеличением внутригрудных лимфатических

узлов) — 125 больных (55%); — 3—4 стадии (поражение легких и пневмофиброз) — 44 больных (14%), полиорганный саркоидоз — 23 больных (10%).

Выводы. применение клинических рекомендаций по диагностике и лечению саркоидоза органов дыхания позволяет проводить эффективную нозологическую и стадийную диагностику СОД при условии достаточной квалификации медицинского персонала, последовательного и упорядоченного обследования с системным анализом полученных результатов.

Прогностическое значение показателей эндотелиальной дисфункции на разных стадиях хронической болезни почек

Федосеев А.Н., Кудрякова А.С., Смирнов В.В., Елизова М.Г., Марчук Е.В.

Кафедра внутренних болезней института повышения квалификации, Клиническая больница № 83, Москва

В настоящее время среди механизмов прогрессирования хронической болезни почек (ХБП) большое значение придается нарушениям функции сосудистого эндотелия как локально в почке, так и в системном русле. При воздействии повреждающих факторов (гипоксия, токсины, иммунные комплексы, медиаторы воспаления, гемодинамическая перегрузка) происходит активация и повреждение эндотелиальных клеток, приводящие к патологическому ответу с развитием почечного склероза.

Целью исследования является изучение закономерностей вазодилатирующей активности сосудистой стенки у больных на разной стадии ХБП.

Материалы и методы. Было обследовано 60 пациентов, страдающих ХБП I-IV стадии, в возрасте $56,6 \pm 1,3$ года, из которых было 28 мужчин и 32 женщин. Всем больным проводились общеклинические исследования, расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по MDRD. Для выявления дисфункции эндотелия использовали эндотелийзависимую вазодилатацию плечевой артерии (ПА) при проведении пробы с реактивной гиперемией и эндотелийнезависимую вазодилатацию при сублингвально приеме нитроглицерина, а также определение уровня эндотелина-1 в плазме крови.

Результаты. Нами достоверно установлено увеличение исходного диаметра ПА ($p < 0,05$) у больных с ХБП III и IV стадии по сравнению с показателями в группе без признаков почечной недостаточности. Показатели дилатации при пробе с реактивной гиперемией у пациентов с ХБП III и IV стадии достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у лиц без признаков с ХБП I и II стадии, и составляет при ХБП I ст. $12,9 \pm 1,2\%$, при ХБП II ст. $9,7 \pm 1,1\%$, при ХБП III ст. и IV ст. $6,8 \pm 0,8\%$ и $5,5 \pm 0,4\%$ соответственно. Это отражает выраженность патологических изменений при снижении СКФ. Показатель эндотелийнезависимой вазодилатации у больных с ХБП III-IV ст. составил $15,2 \pm 1,1\%$, что ниже ($p < 0,05$), чем у пациентов, имеющих ХБП I и II стадий $21,5 \pm 1,8\%$. При исследовании уровня эндотелина-1 установлено, что при ХБП I и II ст. показатель эндотелина-1 составляет $0,715 \pm 0,23$ фмоль/мл, что сопоставимо с показателями у здоровых людей ($p < 0,05$). При снижении СКФ отмечается повышение уровня эндотелина-1 в плазме крови, при ХБП III ст. $1,585 \pm 0,11$ фмоль/л, при ХБП IV ст. $2,115 \pm 0,25$ фмоль/л.

Выводы. Снижение скорости клубочковой фильтрации, сопровождающееся прогрессивным нарастанием уровня азотемии, является самостоятельным независимым признаком эндотелиальной дисфункции у пациентов с ХБП, что подтверждается инструментально-лабораторными исследованиями.

Определение типа и степени выраженности полинейропатии у больных, получающих программный гемодиализ

Федосеев А.Н., Шестаков В.В., Ваулин И.Н., Кудрякова А.С., Сальникова И.А.

Кафедра внутренних болезней института повышения квалификации, Клиническая больница № 83, Москва

В настоящее время среди осложнений, развивающихся у пациентов на программном гемодиализе (ПГ), особое место занимает уремическая полинейропатия, выявляемая у большинства пациентов с терминальной почечной недостаточностью (ТПН).

Цель исследования: оценка степени выраженности признаков уремической полинейропатии у пациентов с ТПН в зависимости от длительности лечения ПГ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты наблюдения 58 больных с ТПН в возрасте $57,1 \pm 2,8$ лет, получавших заместительную почечную терапию ПГ, $2,75 \pm 0,5$ лет. Больные были разделены на 3 группы. В первую вошел 21 пациент с диализным стажем свыше 3 лет. Вторую образовали 18 пациентов, продолжающих лечение от 1 до 3 лет. Третью составили 19 больных начавших лечение менее 1 года назад. Адекватность гемодиализа, оцениваемая по коэффициенту КТ/V, составила в среднем по группе $1,21 \pm 0,14$. Было проведено общеклиническое и неврологическое обследование, выполнена стимуляционная электронейромиография (ЭНМГ) нижних конечностей с исследованием n.Tibialis, n.Peroneus, n.suralis и оценкой величины дистальной латентности, скорости распространения возбуждения и величины амплитуды M-ответа.

Результаты. Диагноз уремической дистальной сенсомоторной полинейропатии нижних конечностей был подтвержден у всех пациентов на основании клинических, лабораторных и инструментальных исследований. Во всех группах у 100% исследуемых было выявлено нарушение болевой и вибрационной чувствительности, у 81% — температурной чувствительности. У 26% пациентов — расстройство глубокой чувствительности. 95% исследуемых ощущали парестезии в нижних конечностях, 26% — спонтанную боль в мышцах ног, 73% — судороги в мышцах ног. У 5% больных отсутствовал коленный, у 70% — ахиллов рефлекс. В 55% случаев были выявлены атрофии мышц нижних конечностей. По данным ЭНМГ нижних конечностей, в первой группе число случаев с демиелинизирующей полинейропатией составило 87,5%, что достоверно выше ($p < 0,05$), чем во второй и третьей группе, показатели которых составили 60% и 42,8%, соответственно. Было выявлено значимое повышение показателей аксональной полинейропатии в третьей группе в 57,2% случаев, по сравнению со второй и первой группами, где данный показатель составил 40% и 12,5% соответственно.

Выводы. У пациентов с терминальной почечной недостаточностью выявлена дистальная сенсомоторная полинейропатия, выраженность и тип которой напрямую коррелирует с увеличением диализного стажа.

Гемодинамические аспекты применения лазерной терапии у больных пожилого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г., Халтурина И.Г., Мельникова Ю.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель: изучить состояние центральной гемодинамики у больных пожилого возраста с ИБС и артериальной гипертензией (АГ) и ее изменение при использовании в комплексном лечении низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ).

Материал и методы. Обследовано 226 больных с ИБС и АГ в возрасте от 60 до 89 лет (средний возраст 77,8±0,6 лет), из них 38 женщин. У 80% больных имелось сочетание ИБС и АГ, у 8% — АГ без ИБС и у 12% — ИБС без АГ. Средний уровень систолического артериального давления (АД) при поступлении в стационар был 156,4±5,2 мм рт.ст., диастолического АД — 94,8±0,9 мм рт.ст. У всех больных была ХСН, средний функциональный класс 2,5±0,3. Больные рандомизированы в группы: основная — 150 пациентов, получавших НИЛИ в комплексе с медикаментозным лечением, группа сравнения — 76 больных, получавших только фармакопрепараты. В основной группе выделены подгруппы: А — 52 больных, получавших 5—10 сеансов внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК), В — 56 больных, получавших 10 сеансов накожного облучения на кардиальные зоны Захарьина-Геда, С — 42 больных, получавших комбинированную лазеротерапию — 5 сеансов ВЛОК, затем накожное облучение. Исследование центральной гемодинамики проводилось методом эходоплеркардиографии на аппарате «Vivid-7» (USA) в начале и конце курса лечения. Определялись размеры левого и правого предсердий (ЛП и ПП), конечный диастолический и конечный систолический размеры (КДР и КСР) левого и правого желудочков (ЛЖ и ПЖ), толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка, среднее давление в легочной артерии (ДЛА), фракция выброса (ФВ) ЛЖ и ПЖ. Диастолическую функцию миокарда характеризовали по соотношению пиков скоростей раннего и позднего наполнений желудочков (Е/А) и времени изоволюметрического расслабления желудочков (IVRT).

Результаты. Все больные исходно имели нормальную или умеренно сниженную систолическую функцию ЛЖ (ФВ ЛЖ>50%), 86% — диастолическую дисфункцию ЛЖ. У 76% больных выявлено увеличение размеров ЛЖ и ЛП, у 62% — повышение ДЛА, у 85% — утолщение стенок ЛЖ. К концу курса лечения у больных основной группы ФВ ЛЖ возросла на 10,1%, ФВ ПЖ — на 9,7% (p<0,05); в группе сравнения ФВ ЛЖ возросла на 3,8%, ФВ ПЖ — на 7,0% (p<0,05). В большей степени у больных основной группы снизилось КДР и КСР ЛЖ и ПЖ, толщина МЖП, IVRT ЛЖ, возросло соотношение Е/А ЛЖ и ПЖ (p<0,05). В группе сравнения наметилась тенденция однонаправленных изменений (p>0,05). Позитивные сдвиги морфо-функциональных параметров отмечены во всех подгруппах основной группы, но более выраженные — у больных подгрупп А и С.

Заключение. У больных пожилого возраста с ИБС и АГ выявлялась преимущественно диастолическая дисфункция ЛЖ с сохранением систолической функции, дилатация левых отделов сердца, повышение ДЛА, признаки гипертрофии ЛЖ. Включение НИЛИ в комплекс терапии пожилых больных ИБС и АГ способствовало благоприятной перестройке центральной гемодинамики, улучшению функциональных показателей ЛЖ. Более значительные изменения гемодинамики отмечены при использовании ВЛОК и его сочетании с накожным облучением.

Артериальная гипертензия на рабочем месте у лиц опасных профессий: «на перекрестке» клиники, диагностики и лечения

Фисун А. Я., Зубарев А. Ф., Лиферов Р. А., Паценко М. Б.

Всероссийский центр медицины катастроф «Защита», Государственный институт усовершенствования врачей Минобороны России, Москва

Артериальная гипертензия (АГ) на рабочем месте (АГРМ) является наиболее сложной для своевременной диагностики, зачастую «дебют» ее проявляется развитием коронарной или церебральной катастрофы. В связи с этим особую значимость приобретают вопросы, связанные с выявлением АГРМ, лечением и профилактикой этого заболевания, особенно у лиц, выполняющих так называемые «опасные профессии» (ОП), работающих в условиях профессионального стресса.

Цель исследования: изучение клинических особенностей, результатов суточного мониторирования АД (СМАД) и возможностей достижения целевых уровней АД при АГРМ у лиц ОП, работающих на транспорте.

Материалы и методы. Обследовано 254 больных мужчин с АГРМ (средний возраст — 37,2±4,1 лет) (1 группа), которые являлись специалистами, классифицируемыми в категории лиц ОП, работающих на транспорте, АГ у которых диагностировалась лишь во время работы. В качестве группы сравнения (2 группа) была группа больных с АГ обычного течения, куда было включено 500 больных из числа мужчин (средний возраст — 41,4±5,2 лет), которые имели сходные условия служебной деятельности. Диагноз АГРМ в 1 группе больных устанавливался лишь после проведения СМАД как минимум дважды — в день выполнения служебных обязанностей и в выходной день. Во 2 группе больных АГ была доказана не только при измерении на рабочем месте, но и при плановых врачебных осмотрах вне служебной обстановки. Средняя длительность наблюдения за больными в 1 группе составила 14,1±2,1 месяцев, во 2 группе — 21,3±5,6 месяцев. Кроме того, у 42 и 36 больных 1 группы, у 65 и 41 больных 2 группы соответственно для достижения целевых уровней АД в течение 12 месяцев применялись эпросартан (Теветен, Солвей Фарма, Германия) и небиволол (Небилет, Berlin-Chemie, Германия). До начала лечения, а также в ходе его (через 4 и 12 недель, 6 и 12 месяцев) у всех больных были оценены показатели СМАД.

Результаты исследования. У больных в 1 группе с высоким риском отмечено 48% (n=123) пациентов, с очень высоким — 11% (n=27), во 2 группе больных доля лиц с высоким риском составила 37% (n=181), с очень высоким — 35% (n=175). Наиболее частым вариантом поражения органов-мишеней (ПОМ) как в 1 группе, так и во 2 группе больных, отмечена гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ). Так, в 1 группе у больных высокого риска ГЛЖ выявлена у 47% наблюдавшихся, при очень высоком риске в 1,6 раза чаще — у 67%. Во 2 группе больных ГЛЖ отмечена у 49% больных высокого риска и у 69% больных очень высокого риска. Протеинурия и/или креатинемия была достаточно редкой находкой в 1 группе больных как у больных высокого, так и очень высокого риска — 7% и 11% соответственно, во 2 группе больных частота ее выявления была несколько большей — 10% и 15%. Частота выявления ультразвуковых и/или рентгеновских признаков атеросклеротических бляшек на магистральных артериях составила в отмеченных выше группах — 31% и 44%, 41% и 49% соответственно. У больных с АГРМ с увеличением категории стратифицированного риска, от высокого к очень высокому, в 1,6 раза чаще выявлялись генерализованные или очаговые сужения артерий сетчатки (у 33% и у 52%). У больных во 2 группе эти показатели составили 49% и 52%. Прогностически неблагоприятные типы суточных профилей АД (СПАД) (non-dippers, over-dippers, night-peakers) отмечены у 99 (80%) больных с АГРМ при высоком и у 19 (70%) больных при очень высоком риске. В группе сравнения при высоком и очень высоком риске частота выявления этих типов СПАД составила по 29% (53 и 51 больных). Одновременно с этим частота выявления non-dippers-типа в 1 группе превышала таковую во 2 группе в 2,8 раза при наличии менее трех ПОМ (33% и 12% соответственно) и в 2,3 раза при наличии более чем трех ПОМ. Подобные же закономерности отмечены и в

отношении night-peakers-типа. Применение эпросартана и небиволола у больных с АГРМ приводило к нормализации среднесуточных показателей систолического АД и диастолического АД. Одновременно с достижением целевых показателей АД в группе больных с АГРМ отмечена нормализация СПАД у 84% и 90% больных.

Выводы. При АГРМ у специалистов ОП, работающих на транспорте в условиях профессионального стресса, значительно чаще выявляются ПОМ, а также наблюдаются прогностически неблагоприятные типы СПАД. Это повышает у этой категории больных риск развития связанных с АГ осложнений и требует своевременного начала мероприятий лечебного и профилактического характера.

Влияние лекарственной терапии на динамику показателей функции внешнего дыхания у больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких. Результаты долгосрочного когортного исследования

Фомина К.А., Жилиев Е.В., Теблов К.И.

Главный клинический госпиталь, Москва

Проблема хронических обструктивных болезней легких остается актуальной и в настоящее время. Влияние различных лекарственных средств на скорость прогрессирования вентиляционной дисфункции в условиях реальной клинической практики практически не изучено.

Цель исследования: оценить скорость прогрессирования нарушений функции внешнего дыхания у больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом и влияние на нее наиболее часто используемых лекарственных средств. Материалы и методы. В исследование включались пациенты, проходившие лечение в ГКГ МВД РФ с 1993 по 2005 гг. с подтвержденным диагнозом ХОБЛ и/или БА. Изучено 158 историй болезни повторных госпитализаций 44 больных. Изучена связь динамики вентиляционной функции с использованием препаратов следующих классов: антибиотики, системные глюкокортикоиды (ГК), ингаляционные ГК, бронхолитики, отхаркивающие препараты. Для оценки количества принимаемых препаратов различных классов был введен показатель средней частоты приема (СЧП) который рассчитывался как отношение длительности приема препаратов соответствующего класса к длительности периода наблюдения.

Результаты. Количество пациентов с БА, ХОБЛ и с сочетанием ХОБЛ с БА составило 2, 11 и 31 больных соответственно. Средний срок наблюдения составил $6,9 \pm 3,1$ лет. Снижение показателей FEV1 в группе БА составило $-45,4 \pm 2,9$ мл/год, в группе ХОБ — $47,3 \pm 111,9$ мл/год, в группе БА + ХОБЛ $-99,7 \pm 97,0$ мл/год. Отмечено увеличение показателя PEF в группе БА и ХОБЛ на $0,023 \pm 0,131$ л/год и $0,016 \pm 0,472$ л/год соответственно и снижение в группе сочетания БА + ХОБЛ на $-0,223 \pm 0,264$ л/год. Выявлена прямая корреляция СЧП ингаляционных ГК (будесонид, бекламетазон, флутиказон) со скоростью снижения PEF ($r = -0,339$, $p = 0,03$) и обратная связь СЧП ингаляционных бронхолитиков (сальбутамол, сальметерол, формотерол, ипротропиума бромид, тиотропиума бромид) со снижением FEV1 ($r = +0,344$, $p = 0,027$).

Заключение. Корреляционный анализ выявил, что более интенсивное применение ингаляционных ГК в долгосрочной перспективе ассоциируется с большей скоростью снижения PEF. Обнаруженная достоверная связь частоты использования ингаляционных бронхолитиков с динамикой FEV1 может свидетельствовать в пользу позитивного действия препаратов этого класса.

К вопросу дифференциальной диагностики диссеминированных процессов в легких

Фролова Т.И.

Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского, Краснодар

Цель: оптимизация диагностического процесса при диссеминированных изменениях в легких.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 154 больных, которые были госпитализированы в пульмонологическое отделение с диффузными изменениями легких для уточнения диагноза и в связи с неэффективностью лечения по месту жительства. Непосредственно из поликлинического звена направлено 7,5% пациентов, остальные — после лечения в терапевтических стационарах центральных районных и участковых больниц (ЦРБ). В ККБ было проведено комплексное обследование, включая клинические, биохимические, микробиологические, цитохимические, иммунологические и современные рентгенологические методы. В 95,0% случаев потребовались инвазивные методы исследования, в том числе в 46,4% — бронхоскопические, включая чрезбронхиальную биопсию легких (ЧББЛ), в 43,3% — видеоторакоскопия (ВТС), игловая трансторакальная биопсия легкого и медиастиноскопия с последующим патоморфологическим исследованием.

Результаты. Из анамнестических данных установлено, что 30% пациентов находилось под врачебным наблюдением по месту жительства до 1 года, 25% — от 1 года до 3 лет, 27,5% — от 3 до 5 лет и 17,5% — от 5 до 10 и более лет. В этих лечебных учреждениях чаще всего выставлялся диагноз пневмонии, хронического обструктивного бронхита (ХОБ), туберкулеза — 82,7%. В результате дополнительных вмешательств, направленных на получение патологического материала с последующим гисто-, цито- морфологическим исследованием, диагностирована следующая бронхолегочная патология: в 49,4% альвеолит экзогенный аллергический и фиброзирующий идиопатический; в 23,4% — туберкулез легких, в том числе силикотуберкулез; четвертое место занял саркоидоз — 7,8%; пятое — рак легкого — 7,1%. Совпадение диагнозов (направивших лечебных учреждений и окончательных) отмечено только у двух пациентов: с саркоидозом (1) и силикозом (1).

Выводы. 1. Морфологическая верификация диагноза при диссеминированных процессах в легких может выполняться лишь в специализированных отделениях или центрах. Однако до этого пациенты проходят, как правило, долгий путь с ошибочной диагностической и лечебной тактикой, в большинстве случаев становятся некурабельными. 2. Инвазивные методы исследования должны входить в обязательный диагностический минимум (ОДМ) при диссеминированных процессах в легких, что определит их выполнение в более ранние сроки.

Возможные механизмы развития миокардитов у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой

Хайкин И.В., Розанов В.Е., Болотников А.И., Бондаренко А.В.

Клиническая больница №123, Одинцово

Целью исследования явилось выявление иммунологических «маркеров» патогенеза инфекционных миокардитов у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой (ТСТ).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 36 пострадавших с инфекционными осложнениями ТСТ, у которых развился миокардит. Идентификацию мембранных маркеров иммунокомпетентных клеток периферической крови проводили методом проточной цитофлуориметрии с помощью прибора фирмы «Coulter XL» и моноклональных антител (МКА) производства Института иммунологии МЗ РФ к антигенам CD4, CD8, CD16, CD25, CD45RO, CD56, CD95, CD23+/CD72+.

Результаты. Было установлено, что для пострадавших, у которых миокардит возник в первые 7—10 суток течения травматической болезни (ТБ), т.е. носил острый характер, была характерна выраженная Т-клеточная активация, переходящая постепенно в В-клеточную, а затем — восстановление нормальных показателей иммунной системы. Для пострадавших с обострением рецидивирующего миокардита на раннем этапе заболевания была характерна одновременно Т- и В-клеточная активация, затем отмечалось подавление Т-клеточной активации на фоне сохраняющейся В-клеточной. У пострадавших с тяжелым течением миокардита с клиникой сердечной недостаточности и продолжительным сроком заболевания (в среднем 5,7±0,6 мес) был выявлен повышенный уровень антител (АТ) к двуспиральной ДНК (77,8±4,9 МЕ/мл) с одновременным повышением. ДНК-гидролизующей активности этих АТ, которая составила 67,6±5,9 УЕ (в норме 0,035-0,15 УЕ). Кроме того, была обнаружена выраженная положительная корреляция между общим уровнем АТ, уровнем АТ к ДНК, ДНК-гидролизующей активностью ($r_{xy}=+0,73\pm 0,009$; $p<0,01$), а также общим количеством и активностью В-лимфоцитов ($r_{xy}=+0,69\pm 0,01$; $p<0,01$). Отмечаем, что у этих пациентов одновременно с повышением уровня АТ к ДНК и повышенным уровнем их ДНК-гидролизующей активности была усилена экспрессия маркера апоптоза CD95 (87,1± 3,9%), причем отмечалось и абсолютное его повышение, и прямая корреляция с ДНК-гидролизующей активностью АТ ($r_{xy}=+ 0,86\pm 0,009$, $p<0,01$). Выводы. Полагаем, что при развитии инфекционных осложнений у пострадавших с ТСТ возникновение миокардита обусловлено нарушением механизмов экспрессии антигенов лимфоцитами периферической крови, что открывает перспективы использования иммунокорректирующих препаратов.

Механизмы формирования циркуляторных нарушений при острой посттравматической сердечной недостаточности

Хайкин И.В., Розанов В.Е., Бондаренко А.В.

Клиническая больница № 123, Одинцово

Целью исследования явилась оценка роли оксид азота (NO•), как медиаторов циркуляторных нарушений, в генезе развития острой посттравматической сердечной недостаточности (ОСН).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 56 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой (ТСТ), преимущественно мужчины (66,1%), средний возраст которых составил 36,2±1,7 лет. Состояние сердечно-сосудистой системы (ССС) оценивали с помощью УЗИ на аппарате Toshiba (Япония) с датчиками с частотой 2,5 МГц из верхушечного, парастернального и субкостального доступов. В крови пострадавших определяли содержание конечного стабильного продукта окисления NO• (NO2 и NO3) методом спектрофотометрии.

Результаты. Анализ результатов исследования показал, что у пострадавших с ТСТ отмечалось достоверное повышение СДЛА,

КДРПЖ, КДРЛЖ и ТМЖП (соответственно 49,9±2,7 мм рт. ст., 31,0±1,7 мм, 58,9±2,1 мм и 13,9±0,43 мм) по сравнению с контрольной группой (20,9±1,1 мм рт. ст., 14,7±1,1 мм, 43,2±1,7 мм и 8,1±0,17 мм) ($p<0,05$). Показатели систолической функции ЛЖ, такие как относительное изменение малой оси ЛЖ в период систолы (S), средняя скорость кругового укорочения волокон миокарда (Vcf) и ФВ, достоверно понижались (соответственно 20,1±1,7, 0,72±0,06с и 49,1±2,9%) по сравнению с контрольной группой (соответственно 31,4±1,3, 0,91±0,02с и 64,7±3,2%) ($p<0,05$). В периоде резкого нарастания гипоксии (I-й период травматической болезни), которая сохраняется на тканевом уровне до 5—7 суток, отмечалось достоверное понижение уровня NO• (36,7±мк/М) по сравнению с контрольными значениями (59,5±2,8 мк/М) ($p<0,05$).

Выводы. Установлена высокой степени корреляционная связь между содержанием NO• в крови и уровнями СДЛА ($r_{xy}=+0,80\pm 0,006$, $p<0,05$), КДР ПЖ ЛЖ сердца ($r_{xy}=+0,76\pm 0,004$, $p<0,01$), Vcf ($r_{xy}=+0,68\pm 0,001$, $p<0,05$), ФВ ЛЖ ($r_{xy}=+0,69\pm 0,002$, $p<0,01$), что указывало на роль NO• в поддержании определенного уровня сократительной функции сердца в условиях травматической болезни. Система генерации и метаболизма NO• является составной частью многокомпонентного ответа у пострадавших ТСТ и может стать терапевтической мишенью в комплексной терапии для нормализации деятельности ССС.

Роль тиол-дисульфидной системы в развитии острой сердечной недостаточности у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой

Хайкин И.В., Розанов В.Е., Гюнтер Н.А., Бондаренко А.В.

Клиническая больница №123, Одинцово

Целью исследования: выявить связи между редокс-состоянием тиолдисульфидной системы (ТДС) крови и электрокардиографическими изменениями сердечной мышцы у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой (ТСТ).

Материалы и методы. У 46 пострадавших с ТСТ, средний возраст которых составил 35,6±1,5 лет, определяли сульфидрильные (-SH-) и дисульфидные (-SS-) группы, а также тиолдисульфидный коэффициент (SH/SS) в низкомолекулярной и белковой фракциях цельной периферической венозной крови методом прямого и обратного амперометрического титрования. Всем пострадавшим записывали ЭКГ фронтальной плоскости (ЭКГ в I, II, III, aVR, aVL, aVF отведениях). При расшифровке ЭКГ оценивали пороговую ЧСС — по времени появления ишемических смещений сегмента ST, наличие изменений зубца T, глубину смещения сегментов ST, форму отклонений сегмента ST — горизонтальные и косонисходящие депрессии сегмента ST более 100 мкВ через 80 мс от точки j электрокардиограммы, длительность ишемических эпизодов, средние смещения сегмента ST, колебания значений смещения сегмента ST. Также оценивали средние смещения сегмента ST в различных интервалах значений тиолдисульфидных соотношений крови.

Результаты. ТСТ приводила к снижению показателей ТДС в обеих фракциях крови: в низкомолекулярной — на 59,9%, а в белковой — на 68,4% по сравнению с контрольными данными ($p<0,05$). При оценке ЭКГ отмечено, что глубина ишемических депрессий сегмента ST достигла в среднем 250 мкВ. Пороговая ЧСС в среднем по группе составила 92 уд/мин. Эпизоды ишемии по ЭКГ длились от 9 до 28 мин. Максимум электрокардиографических изменений пришелся на период проведения операции. Максимальные изменения реполяризации ишемического характера зарегистрированы в

интервале ТДС от 1 до 2, а минимальные — в интервале от 2 до 3. Выводы. Отмечена высокой степени корреляционная связь между средней величиной смещения сегмента ST, его колебанием и ТДС ($r_{xy}=+0,76\pm 0,01$; $p<0,01$), что позволяет предполагать об участии ТДС в ишемических поражениях миокарда у пострадавших с ТСТ. Определение этого показателя позволяет не только оценивать состояние адаптивных резервов организма, но и проводить более четкие и патогенетически обоснованные лечебные мероприятия, направленные на повышение буферной емкости антиоксидантной системы.

Клиническая эффективность электромагнитного излучения миллиметрового диапазона в комплексном лечении больных с сердечно-сосудистой патологией

Халтурина И.Г., Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель исследования: изучение влияния ЭМИ миллиметрового диапазона на клинику больных 60 лет и старше с АГ и ИБС.

Материал и методы. Обследовано 125 больных с АГ II-III стадии в возрасте от 60 до 85 лет ($68,4\pm 1,1$ лет), из них 22 женщины, с АГ II стадии — 32 больных, III стадии — 93, исходно 28 (15%) больных имели нормальное АД. ИБС диагностирована у 105, стенокардия напряжения II фк — у 46, III фк — у 32 больных, инфаркт миокарда в анамнезе — у 12. У всех пациентов была ХСН: I стадия — у 36, IIА — у 43, IIБ — у 6 больных. Пациенты были разделены на две группы: основная — 85 больных, получавших ЭМИ в комплексе с медикаментозной терапией; сравнения — 40 больных, получавших только фармакотерапию. Основная группа разделена на две подгруппы в зависимости от воздействия ЭМИ: 1-я — воздействие на область С3-С4 шейных позвонков — 45 больных, 2-я — воздействие на верхнюю треть грудины — 40 больных. Воздействие ЭМИ миллиметрового диапазона осуществлялось аппаратом «Явь-1» 10 сеансов на курс лечения по 20 минут ежедневно длиной волны 7,1 мм.

Результаты. До лечения пациенты обеих групп чаще предъявляли жалобы на головную боль (в 90% случаев), ангинозные боли (80%), одышку при физической нагрузке (80%) и перебои в работе сердца (20%). К концу лечения выраженность жалоб уменьшилась у всех больных. Перебои в работе сердца сохранялись у пациентов основной группы — в 11,8% случаев, в группе сравнения — в 5% случаев, одышка смешанного характера — 30%, приступы удушья — в 5%. Исходно отеки на нижних конечностях были у ¼ пациентов в обеих группах. В основной группе после лечения полностью исчезли застойные явления в легких, в группе сравнения — в 5% случаев. Количество больных с отеками нижних конечностей уменьшилось одинаково в обеих группах. До лечения у исследуемых больных среднее (ср.) систолическое артериальное давление (САД) составило $155,6\pm 1,9$ мм рт.ст., ср. диастолическое артериальное давление (ДАД) $-88,6\pm 1,5$ мм рт.ст., ср. ЧСС — $82,5\pm 1,2$ уд. в мин. и ср. частота дыхательных движений (ЧДД) — $18,5\pm 1,2$ в мин. К концу лечения в основной группе САД снизилось на 14,8% ($p<0,05$), ДАД — на 10,5% ($p<0,05$), ЧСС — на 10,6% ($p<0,05$), ЧДД — на 4,3% ($p<0,05$). В группе сравнения САД снизилось на 10% ($p<0,05$), ДАД на 8% ($p<0,05$), ЧДД — на 3,8% ($p<0,05$).

Заключение. Клиническая эффективность ЭМИ миллиметрового диапазона в комплексном лечении больных АГ и ИБС пожилого возраста выше, чем при лечении только фармакопрепаратами.

Состояние перекисного окисления липидов у больных подагрой в зависимости от уровня мочевой кислоты

Халфина Т.Н., Валеева И.Х.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

В основе патогенеза подагры лежит увеличение уровня мочевой кислоты (МК). Непосредственно мочевая кислота является антиоксидантом. В то же время в процессе ее образования в организме происходит генерация супероксид-аниона — индуктора перекисного окисления липидов (ПОЛ). Активация ПОЛ, являясь составляющей патогенеза многих заболеваний, может способствовать прогрессированию подагрического процесса.

Цель исследования: оценить влияние уровня мочевой кислоты на систему ПОЛ у пациентов с подагрой.

Материалы и методы. Обследовано 49 больных с достоверным диагнозом подагра, в возрасте от 23 до 66 лет (средний возраст $51,8\pm 9,8$ года), 46 мужчин и 3 женщины. Контрольную группу составляли 17 практически здоровых человека — 5 женщин и 12 мужчин в возрасте от 25 до 72 лет (средний возраст $43,4\pm 14,8$), у которых отсутствовали данные о наличии острых и тяжелых хронических заболеваний. Обследование включало: определение уровня мочевой кислоты крови, оценку показателей ПОЛ (активности гидроперекисей (ГП), уровня малонового диальдегида (МДА), церулоплазмина (ЦП), общей антиоксидантной активности (ОАО) в сыворотке и активности супероксиддисмутазы (СОД) в эритроцитах). Статистическая обработка данных проводилась с помощью стандартного пакета Statistica for Windows, версия 6.0, использовались непараметрические Методы. критерий Манна-Уитни, применяемый для сравнения двух независимых групп.

Результаты. Пациенты были условно разделены на 3 группы в зависимости от уровня мочевой кислоты крови. В первую группу составили 11 пациентов: мужчины с уровнем мочевой кислоты менее 420 мкмоль/л и женщины с уровнем МК менее 380 мкмоль/л. При сравнении их с контрольной группой был отмечен более высокий уровень СОД, $p<0,05$ (продукта антиоксидантной защиты). Другие показатели антиоксидантной защиты и продукты ПОЛ не имели достоверных различий. Вторую группу составляют 20 пациентов с уровнем МК от 420-599 мкмоль/л. В данной группе выявлено увеличение СОД, $p<0,05$, а также прирост ГП, $p<0,01$. 3 группа — 18 пациентов с уровнем МК крови более 600 мкмоль/л. У пациентов сохраняется высокий уровень ГП, $p<0,01$ и происходит снижение уровня АОА $p<0,001$. Ни в одной из трех групп не был отмечен прирост МДА по сравнению с группой контроля.

Вывод. При стойком увеличении уровня мочевой кислоты в крови выше нормы уменьшается ее антиоксидантный эффект и появляются прооксидантные свойства.

Изучение обмена мочевой кислоты у больных подагрой и его связь с клиническими показателями

Халфина Т.Н., Максудова А.Н.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

За последние десятилетия заболеваемость подагрой выросла в полтора—два раза. В основе гиперурикемии лежит гиперпродукция

либо снижение почечного выделения мочевой кислоты (МК). Выявление вида нарушения оказывает как прогностическое влияние, так и определяет последующую тактику терапии подагры.

Цель исследования. Выявить особенности нарушения обмена МК у больных подагрой и связь клинических проявлений с уровнем гиперурикемии.

Материалы и методы. Обследовано 58 больных подагрой, средний возраст $47,3 \pm 9,7$ года, 52 мужчины и 6 женщин без признаков ХБП. Контрольную группу составляли 23 практически здоровых человека — 9 женщин и 15 мужчин, средний возраст $43,3 \pm 14,8$ лет. Всем пациентам и здоровой группе проводились определение МК в крови и суточной моче, с подсчетом ее клиренса, экскретируемой фракции (ЭФ) и реабсорбции, а также общеклиническое обследование.

Результаты. В исследуемой группе пациентов с подагрой обнаружены гиперурикемия $510 [410; 633]$ мкмоль/л, снижение клиренса МК $5,3 [3,8; 7,5]$ мл/мин, по сравнению с контролем $262 [230; 331]$, $3 [7,4; 11,4]$ ($p < 0,01$), соответственно, снижение ЭФ МК $5 [3,3; 7]$ %, в контрольной группе — $10,2 [6,4; 11,4]$ и повышение ее реабсорбции ($p < 0,01$). Анализ клинических особенностей подагры в зависимости от уровня МК крови показал, что по мере возрастания уровня урикемии отмечается увеличение индекса тяжести подагры, большее количество вовлеченных суставов, более значимые рентгенологические изменения ($p < 0,05$).

Выводы. У больных подагрой были выявлены развитие гиперурикемии преимущественно за счет нарушения почечного метаболизма мочевой кислоты. Контроль уровня мочевой кислоты крови важен для предупреждения некоторых клинических проявлений подагры

Оценка метаболизма мочевой кислоты в почках

Халфина Т.Н., Максудова А.Н.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Подагра — системное заболевание, связанное с нарушением пуринового обмена и характеризуется гиперурикемией. Причиной гиперурикемии является чрезмерное образование мочевой кислоты (МК), а также нарушение ее выделение почками. Последний механизм может быть как причиной гиперурикемии, так и проявлением уратной нефропатии. В связи с этим важное значение приобретает оценка обмена мочевой кислоты в почках.

Цель исследования: оценить особенности метаболизма мочевой кислоты в почках в зависимости от ее уровня в крови у пациентов с подагрой.

Материалы и методы. Обследовано 58 больных подагрой, в возрасте от 20 до 69 лет (средний возраст $51,9 \pm 10,8$ года), 51 мужчин и 7 женщин, с достоверным диагнозом подагра, без признаков ХБП. Контрольную группу составили 29 здоровых добровольца — 14 женщин и 15 мужчин — в возрасте от 24 до 72 лет (средний возраст $40,9 \pm 14,5$) Пациенты были условно разделены на 3 группы в зависимости от уровня мочевой кислоты крови на три группы: первую составляли 16 пациентов с уровнем МК крови менее 420 мкмоль/л для мужчин и менее 380 мкмоль/л для женщин; вторую — 29 пациентов с уровнем МК крови от 420 до 600 мкмоль/л, третью группу — 13 пациентов с уровнем МК крови 600 и более мкмоль/л. Обследование пациентов включало: определение мочевой кислоты в крови и суточной моче с последующим подсчетом ее клиренса, фильтруемого объема (ФО), экскретируемой фракции (ЭФ), относительной реабсорбции. Статистическая обработка данных проводилась с помощью стандартного пакета Statistica for Windows, версия 6.0, использовались

непараметрические Методы. критерий Манна-Уитни применяемый для сравнения двух независимых групп.

Результаты. В первой группе пациентов отмечались достоверно более высокий уровень МК, снижение ЭФ МК и повышение реабсорбции МК по сравнению с группой контроля $p < 0,05$, различий в уровне МК мочи и ее клиренса не выявлено. 2-я группа. В данной группе выявлены схожие с первой группой изменения обмена мочевой кислоты (повышенный уровень МК крови, снижение ЭФ МК и увеличение ее реабсорбции), а также снижение клиренса МК, $p < 0,001$. Третья группа. В данной группе пациентов обнаружены нарушения характерные для второй группы.

Выводы. У всех пациентов с подагрой в независимости от уровня МК крови отмечаются нарушения почечного метаболизма МК. Наиболее выраженные нарушения характерны для пациентов с МК крови выше нормальных значений.

Функция почек у пациентов с подагрой

Халфина Т.Н., Максудова А.Н.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Существенное место в структуре подагры занимает поражение почек. При стойком повышении уровня мочевой кислоты (МК) крови > 470 мкмоль/л риск развития хронической болезни почек (ХБП) увеличивается от 3 до 10 раз. Большая часть исследований посвящена выявлению поражений почек на стадии ХБП 3-5, в то время как оценка почечной функции у пациентов без признаков ХБП практически не исследована.

Цель исследования: оценить особенности обмена мочевой кислоты у пациентов с подагрой без признаков ХБП и с ХБП.

Материалы и методы. Обследовано 83 больных подагрой, в возрасте от 20 до 69 лет (средний возраст $51,5 \pm 10,3$ года), 79 мужчины и 9 женщин, с достоверным диагнозом подагра. Пациенты были разделены на 2 группы: первая — 68 пациентов без признаков ХБП, вторая — 15 пациентов с ХБП 2-3 стадии. Контрольную группу составили 29 практически здоровых людей — 14 женщин и 15 мужчин в возрасте от 24 до 72 лет (средний возраст $40,9 \pm 14,5$). Обследование пациентов включало: определение мочевой кислоты в крови и суточной моче, с последующим подсчетом ее клиренса, фильтруемого объема (ФО), экскретируемой фракции (ЭФ), относительной реабсорбции; креатинина, с дальнейшим подсчетом СКФ по формуле Кокрофта-Голта. Статистическая обработка данных проводилась с помощью стандартного пакета Statistica for Windows, версия 6.0, использовались непараметрические Методы. критерий Манна-Уитни, применяемый для сравнения двух независимых групп. Результаты. СКФ у пациентов с подагрой без ХБП и с ХБП составляла $113,7 [96,3; 128,8]$ vs $56,3 [50,8; 74,9]$ мл/мин/1,73 м². У пациентов без ХБП по сравнению со здоровой группой выявлены гиперурикемия, снижение клиренса, увеличение ФО МК, снижение ЭФ МК и увеличение реабсорбции $p < 0,001$. В то же время в группе пациентов с подагрой с ХБП по сравнению с пациентами без ХБП выявлены более высокие цифры МК крови $568,5 [501; 668]$, vs $504 [407; 592]$ мкмоль/л, уменьшение выделения МК с мочой $2,7 [1,7; 4,3]$ vs $3,8 [2,8; 5,6]$ ммоль/сут, $p < 0,05$, за счет уменьшения ФО МК $18,8 [14,8; 36,6]$ мкмоль/мин vs $39,6 [27,6; 46,2]$, $p < 0,01$. Различий в уровне ЭФ и реабсорбции МК не найдено.

Выводы. У пациентов, больных подагрой с ХБП, отмечается снижение выделения МК с мочой за счет уменьшения фильтруемого объема, пациенты без признаков ХБП имеют канальцевые нарушения обмена мочевой кислоты.

Хронические гепатиты в условиях общетерапевтического стационара

Хамитов Р. Ф., Миняева Э. Р., Хайруллина А. И.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Цель: изучение клинико-лабораторных особенностей хронических гепатитов у пациентов, госпитализированных в терапевтическое отделение.

Материал и методы. В течение календарного года в условиях терапевтического отделения на 60 коек городского стационара по поводу хронических гепатитов (ХГ) получали лечение 11 пациентов: 8 мужчин и 3 женщины (средний возраст 50 лет). Изучались анамнестические и объективные данные, лабораторно-инструментальные показатели, медикаментозные назначения.

Результаты. 10 больных имели алкогольный гепатит, причем двое из них были инфицированы вирусом гепатита С, 1 пациент был госпитализирован с аутоиммунным гепатитом. 2 больных были госпитализированы по скорой помощи, 2 — по самообращению, 4 — переведены из других больниц, остальные — поступали в плановом порядке. Среди сопутствующей патологии значимыми были хронический панкреатит и холецистит (по 21%), гипертоническая болезнь (17%) и сахарный диабет (10%). Большинство пациентов злоупотребляли алкоголем, 20% были злостными курильщиками, 6% курили в прошлом. 1 пациент ранее принимал туберкулостатические препараты. ВИЧ-инфицированных не было, 2 пациента с вирусным гепатитом С в прошлом были наркозависимы. Профессиональный анамнез был не отягощен. Ведущими жалобами при госпитализации являлись тошнота (34%), рвота (26%) и слабость (23%). 15% больных отмечали снижение аппетита, 10% — нарушение сна. Остальные жалобы (боли в правом подреберье, нарушение стула, отечность и кожный зуд) встречались менее чем у 10%. Объективный осмотр: в 73% гепатомегалия, в 27% болезненность печени при пальпации, в 27% периферические отеки. Из медикаментов чаще всего назначались гепатопротекторы (33%), в 25% — дезинтоксикационная инфузионная терапия, в 12% — витамины, в 6% — глюкокортикостероиды. К моменту выписки явное улучшение состояния отмечали 64% больных. Лучшую динамику имели проявления диспепсического синдрома (тошнота, рвота, анорексия), почти без динамики были жалобы на слабость, нарушения сна, сохранялся дискомфорт в правом подреберье. Из лабораторных данных на 83% уменьшился уровень общего билирубина, на 27% — уровень ГГТ, на 21% — АЛТ и АСТ.

Выводы. Ведущей причиной госпитализированных ХГ является алкоголизация. Хроническая алкогольная интоксикация определяет торпидность течения ХГ, влияние характерной сопутствующей соматической патологии. Большое значение наряду с адекватной медикаментозной коррекцией ХГ в стационаре имеет пропаганда здорового образа жизни как основы первичной профилактики ХГ.

Анализ причин несовпадения диагноза инсульта на догоспитальном и госпитальном этапе оказания помощи в г. Архангельске

Хасанова Н.М., Попов В.В., Чеснокова О.А., Маурина Е.А.

Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Е.Е. Волосевич, Архангельск

Введение. Догоспитальный этап является важнейшим в оказании своевременной и полной помощи больному с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).

Цель работы: анализ причин несоответствия диагноза, установленного бригадой скорой медицинской помощи (СМП), и врачом-неврологом приемного отделения МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Е.Е. Волосевич».

Материалы и методы. Проведено ретроспективное выборочное исследование карт оказания помощи бригадами центральной подстанции МУЗ «Станция скорой медицинской помощи (ССМП)» и историй болезни пациентов МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Е.Е. Волосевич» за период сентябрь-ноябрь 2010 г. Все симптомы разделены на общемозговые, очаговые неврологические (с использованием опросника FAST), признаки декомпенсации фоновых заболеваний.

Результаты. Всего доставлено 183 пациента, из них 40,4% (72) мужчины, 59,6% (111) женщины, из них у 34% (62) пациентов диагноз ОНМК не подтвердился при осмотре невролога приемного отделения. При анализе выявлено, что у 40% (25) больных этой группы при оказании догоспитальной помощи определена общемозговая симптоматика с нарушением сознания разной степени выраженности, а очаговый дефицит (с использованием опросника FAST) определялся только у 50% (31) пациентов; у 82% (51) из них зафиксировано артериальное давление (АД) выше 170/100 мм рт.ст. В группе больных с подтвержденным в стационаре ОНМК общемозговая симптоматика с нарушением сознания выявлена у 23% (28) больных, очаговый дефицит с использованием опросника FAST выявлена на догоспитальном этапе в 80% (96); у 96% (116) из них АД при оказании догоспитальной помощи выше 170/100 мм рт.ст. По данным НИИ инсульта РГМУ (2009) при оказании неотложной помощи населению г. Москвы с учетом наиболее специфичного симптома (односторонней слабости в конечностях) совпадение диагностики ОНМК СМП и стационаром достигло 96%.

Выводы. Согласно рекомендациям НИИ инсульта РГМУ (2009) эффективность догоспитального этапа оказания помощи больным с ОНМК складывается из повышения качества диагностики ОНМК, снижения времени транспортировки в стационар и грамотного определения тактики госпитализации. Обязательным для установления диагноза ОНМК на догоспитальном этапе является наличие очагового неврологического дефицита, зафиксированного в карте оказания медицинской помощи, с использованием формализованных шкал и опросников.

Клиническое течение и диагностика патологии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных сахарным диабетом 2 типа

Хасиева М.К., Басиева З.К., Басиева О.О.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ

Цель исследования: установить частоту вовлечения в патологический процесс верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных сахарным диабетом (СД).

Материалы и методы. Обследовано 80 больных СД 2 типа. Все пациенты были подвергнуты комплексному обследованию, включавшему анализ клинико-анамнестических данных, рентгенографию пищевода и желудка, эндоскопическое обследование (ЭФГДС), УЗИ органов брюшной полости.

Результаты исследования. При анализе клинической симптоматики у больных СД оценивались такие симптомы, как изжога, отрыжка воздухом, чувство жжения в эпигастрии и за грудиной. Характеризуя болевой

синдром, необходимо отметить, что боли различной локализации, отмечались практически в 100% случаев при длительности заболевания более 10 лет. Однако проявления его затухали и отступали на второй план в сравнении с более яркой клинической картиной самого СД. При рентгенологическом исследовании у всех больных отмечались нарушения со стороны пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки. Частой рентгенологической находкой у больных с сочетанием рефлюксной болезнью пищевода и СД явилось наличие гастроэзофагеального рефлюкса (72% пациентов). Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) выявлялись у 20%, недостаточность кардии (НК) у 80%. У больных СД отмечались моторно-эвакуаторные нарушения со стороны желудка и двенадцатиперстной кишки: замедленное опорожнение желудка от сульфата бария в 78% случаев, заброс бария из желудка в пищевод в 70% случаев. При ЭФГДС были выявлены такие изменения, как ГПОД в 32% случаев у больных СД 2 типа, НК выявлялась в 55% случаев. При ЭФГДС наблюдались гастроэзофагеальные рефлюксы. Хронический гастрит диагностирован у 70% пациентов, из них антральный гастрит у 41% больных, который встречается достоверно чаще фундального и пангастрита (у 15% и 14% больных соответственно, $p < 0,05$). У 8% выявлена язва желудка: из них у 5% язва располагалась в пилороантральной области, у 3% в фундальной части желудка. Клиника язвенной болезни у больных СД утрачивает сезонность обострения и отличается стертой, атипичностью симптоматики.

Выводы. Высокая частота патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, выявленная у больных СД с помощью инструментальных и лабораторных методов, при стертой клинической проявлений свидетельствует о необходимости более глубокого обследования этих органов у больных СД, что позволит избежать путем коррекции лечебных мероприятий нежелательных осложнений.

Эффективность антитромбоцитарной терапии у больных с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе

Холкин И. В., Хусаинова Д. Ф., Аникин Е. В., Соколова Л. А.

Станция скорой медицинской помощи им. В. Ф. Капиноса, Екатеринбург

Одним из основных факторов, определяющих прогноз пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), является адекватность медицинской помощи в первые часы заболевания, когда отмечается наивысшая летальность. Атеротромбоз по праву считают морфологической основой острых инфарктов миокарда (ОИМ), поэтому обязательным элементом лечения данных больных является эффективное антитромботическое вмешательство, представленное в абсолютном большинстве показаний ацетилсалициловой кислотой (АСК) или комбинацией АСК с другими дезагрегантами.

Цель исследования: оценить эффективность применения кардиомагнила на догоспитальном этапе у больных с ОКС.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование на базе МУ «Станции СМП им. В. Ф. Капиноса» больных с ОКС: 1346, 1242, 1270 человек за 2008—2010 гг. соответственно. Возраст пациентов составлял от 25 до 87 лет (медиана возраста $56 \pm 1,23$), среди них мужчин — 78%, женщин — 22%. Всем больным с диагнозом ОКС проводилась терапия согласно стандартам СМП. Антитромбоцитарная терапия проводилась препаратом кардиомагнил в дозе 225—300 мг. Критерии исключения: противопоказание к приему кардиомагнила.

Результаты. Доставлено больных с диагнозом ОКС без подъема сегмента ST 1346 чел. в 2008 г., 1242 чел. в 2009 г. и 1270 чел. в 2010 г. Возросло применение кардиомагнила на догоспитальном этапе СМП — 46,4%, 56,7%, 93,8% соответственно по годам. Из них выписано пациентов с диагнозом ОИМ 134 (10%), 111 (8,9%), 86 (6,8%) в динамике. Частота возникновения ОИМ в стационаре уменьшается. Переход нестабильной стенокардии в стабильную зарегистрирован у 1033 (76,7%), 943 (75,9%), 1004 (79%) пациентов в динамике по годам. С другими заболеваниями (наиболее часто — гипертоническая болезнь — 79%) выписано 179 (13,3%), 188 (15,2%), 180 (14,2%) больных в 2008—2010 гг. Летальность пациентов с ОКС в стационаре снизилась — 11,7%, 11,5%, 9,6% в динамике.

Выводы. По своим характеристикам кардиомагнил соответствует основным требованиям, предъявляемым к антитромбоцитарным препаратам, используемых для лечения и предотвращения острых проявлений атеротромбоза и связанных с ними смертельных исходов. Еще раз подчеркнута важная роль, которую играет служба СМП в аспекте раннего применения кардиомагнила при ОКС. Снижение частоты ОИМ при активном применении кардиомагнила на догоспитальном этапе дает основания для внесения рекомендации по приему аспирина при жалобах на боль в груди на этапе приема вызова диспетчером «03».

Артериальная гипертензия как предиктор кардиоваскулярных осложнений у больных системной склеродермией

Хрипунова А. А., Хрипунова И. Г.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь

Снижение продолжительности жизни больных с аутоиммунными заболеваниями остается актуальной проблемой современной ревматологии. Одной из основных причин летальности и инвалидизации являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). Известно, что артериальная гипертензия (АГ) — один из важнейших предикторов острых сосудистых событий. В связи с этим проведено изучение АГ как фактора развития и прогрессирования ССЗ при системной склеродермии (ССД).

Материалы и методы. В исследование методом сплошной выборки включены 55 пациенток в возрасте от 34 до 52 лет, получавших лечение в ревматологическом отделении городского стационара по поводу системной склеродермии в течение последних 5 лет. Контрольная группа, состоящая из 30 практически здоровых добровольцев, была сопоставима по поло-возрастным характеристикам с исследуемой когортой. В обеих группах проводили измерение АД методом Короткова и СМАД с использованием портативного осциллометрического регистратора АВРМ-04 (фирма Meditech-Венгрия). Достоверность различий исследуемых показателей рассчитывали с использованием t -критерия Стьюдента, критерия Манна-Уитни и χ^2 . Различия между изучаемыми параметрами считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Повышение АД является частым симптомом у больных ССД. Так, АГ имела место у 43,7% пациентов основной группы, тогда как в контрольной этот показатель не превышал 17%. При этом у трети обследованных больных АГ выявлена впервые. Данные офисного измерения АД были подтверждены СМАД. В основной группе среднесуточное САД было достоверно выше по сравнению с контрольной группой (152,8 мм рт.ст. против 128 мм рт.ст., $p < 0,01$). Частота систолической гипертензии составила

83,2%, изолированной систолической артериальной гипертензии — 16,8%. Суточный профиль колебаний уровней АД как показатель variability в дневные и ночные часы по результатам СМАД распределился следующим образом. Из 55 пациентов основной группы число дипперов (физиологический тип суточного индекса с нормальным снижением АД в ночные часы) составило 18 человек (59,9%). У 23 (41,8%) больных ССД выявлен патологический тип суточного профиля non-dipper, характеризующийся недостаточным снижением АД в ночные часы. У 10 (18,2%) пациентов суточный индекс колебаний АД соответствовал типу night-peaker, а у 4 больных (7,3%) выявлен тип over-dipper, характеризующийся неадекватно низким уровнем АД ночью. В контрольной группе показатели суточного профиля АД соответствовали среднепопуляционным.

Выводы. Таким образом, для больных ССД характерны наличие АГ (преимущественно систолодиастолической) и преобладание патологических типов суточного профиля АД, что вносит существенный вклад в развитие острых сосудистых событий у пациентов с ССД.

Реактивные артриты (РеА) в терапевтической практике

Хрипунова И.Г., Хрипунова А.А.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь

Цель: РеА занимают особое место среди терапевтических заболеваний в связи с широким распространением у людей разных возрастных групп, в том числе наиболее трудоспособного возраста (20–40 лет). В связи с этим представляло интерес изучение взаимосвязи между характером течения и причинными факторами РеА.

Материалы и методы. Нами проанализировано 87 историй болезни (65 мужчин и 22 женщины в возрасте от 18 до 67 лет) с клиническими проявлениями РеА, находившихся на лечении в ревматологическом отделении городского стационара. У всех проводилась микроскопия мазков из уретры и цервикального канала (ПЦР), исследовались сывороточные антитела классов IgM, IgG к *Clamidia trachomatis*, *Clamidia pneumoniae*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, PHGA с иерсиниозным, сальмонеллезным, псевдотуберкулезным антигенами, рентгенологическое исследование суставов и крестцово-подвздошных сочленений, определялся HLA-B27.

Результаты. Все пациенты имели положительный HLA-B27. Урогенитальный РеА с возбудителями *Clamidia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* был выявлен у 59 больных с III ст. активности процесса и хроническим течением. Преобладали мужчины (47 чел) в возрасте от 18 до 45 лет. Почти у половины из них определялась ассоциация возбудителей и формирование одностороннего сакроилеита. Остальные пациенты (38 чел) имели постэнтероколитический РеА (в основном иерсиниозный — 33 чел.). Этот вариант РеА встречался с одинаковой частотой у женщин и у мужчин (1:1) в возрасте старше 40 лет. У большинства (23 чел.) было острое течение процесса со II ст. активности; у 4 пациентов была III ст. активности заболевания. У 15 чел наблюдалось хроническое течение при низкой степени активности. На фоне хронизации процесса имело место сочетание энтероколитических возбудителей с *Clamidia pneumoniae* и формирование одностороннего сакроилеита.

Выводы. Урогенитальный РеА чаще наблюдался у мужчин, протекал с более высокой активностью, имел склонность к хронизации процесса и формированию сакроилеита. Энтероколитический РеА не имел гендерных особенностей, течение процесса было

более благоприятным, хронизация наблюдалась при ассоциации энтероколитических возбудителей с *Clamidia pneumoniae*.

Динамика чувствительности и реактивности микрососудов — диагностические критерии осуществления индивидуальной патогенетической терапии артериальной гипертензии

Хугаева В.Н.

Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии, Москва

Из трех главных принципов лечения заболеваний — этиологического, симптоматического и патогенетического, о последнем часто упоминают, но редко реализуют в практической работе, ограничиваясь случайным подбором препаратов по принципу: «не поможет — применим другой». Примером длительного (вся жизнь) и недостаточно эффективного фармацевтического лечения является артериальная гипертензия. Применяя стандартный набор гипотензивных средств у пациентов со стандартными физиологическими, морфологическими параметрами и жалобами, получаем три различные реакции организма: в одной группе ухудшение показателей и состояния, в другой — отсутствие изменений, в третьей — улучшение. Причиной подобного явления может быть отсутствие у врача информации об индивидуальных особенностях сосудистой системы каждого пациента и прежде всего индивидуальной чувствительности и реактивности микрососудов в данное время к применяемым препаратам. Совершенно очевидно, что чувствительность и реактивность нормального (не измененного) микрососуда, например, к катехоламинам и другим вазоактивным веществам будет отличаться от реакции микрососуда с гипертрофированной мышечной оболочкой или с сосудом, измененным в процессе развития атерогенеза. Наши экспериментальные данные, проведенные на двух моделях артериальной гипертензии — почечной (вазоренальной) и гормональной (ДОКСА), полностью подтвердили наши предположения. В ответ на аппликацию катехоламинов (адреналин, норадреналин), гистамина, ацетилхолина в зависимости от срока гипертензии менялась чувствительность и реактивность микрососудов. В ранние сроки (7 дней гипертензии) она была резко увеличена; в средние сроки (14 дней) отсутствовала, в поздние сроки (28 дней) наблюдалась извращенная реакция микрососудов, например, катехоламины вместо констрикции вызывали дилатацию микрососудов брыжейки тонкой кишки крысы. Дилаторная реакция гистамина и ацетилхолина менялась на констрикторную реакцию. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости индивидуальной терапии при артериальной гипертензии, которая должна заключаться в первоначальной оценке чувствительности и реактивности микрососудов, например, бульбokonъюнктивы или ногтевого ложа, слизистых оболочек и т.д. к стандартным вазоактивным веществам, далее — определение тех же показателей к предполагаемому лекарственному препарату. Стандартная реакция микрососудов на препарат будет критерием выбора терапии гипертензии.

Особенности нейроэндокринной регуляции у пациентов с эндемическим зобом

Цаболова З.Т., Зангиева О.Д., Басиева О.О.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ

Адаптация и оценка адекватных и неадекватных изменений в организме при эндемическом зобе остаются наиболее актуальными. Хорошо известно, что ведущая роль в приспособлении организма к воздействию внешней среды принадлежит нейроэндокринной системе. В ее дисбалансе превалируют количественные изменения гормонов щитовидной железы и надпочечников, что выявляет их первостепенную роль в адаптационных процессах организма.

Цель: изучить распространенность зоба, функцию щитовидной железы, уровень кортизола крови у студентов г. Владикавказ, являющегося эндемичным по йоду регионом. Материалы и методы. частоту зоба определяли — методами пальпации и ультразвукового исследования (УЗИ), функцию щитовидной железы (ЩЖ) — исследованием уровня тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (свТ4), общего трийодтиронина (Т3), уровни антител к тиреоидной пероксидазе (атТПО); кортизол крови — иммуноферментным методом наборами фирмы «Алкор Био». Обследовано 232 студентов в возрасте от 19 до 24 лет. Выделены две группы: опытная, состоящая из учащих с увеличенной ЩЖ (36 человек) и контрольная, в состав которой вошли студенты без патологии ЩЖ (14 человек).

Результаты. Увеличение ЩЖ выявлено у 39,2% обследованных студентов. Преобладало диффузное увеличение ЩЖ (ВОЗ) 1 степени — 56,5%, 2 степени — у 28,3%, аутоиммунный тиреодит — 7,6%, узловой зоб — 5,7%. Колебания результатов исследования уровня ТТГ крови (0,58 — 2,8 мкМЕ/мл) соответствовали норме. Однако средние показатели содержания гормона оказались достоверно выше, чем в контрольной группе (1,04 мкМЕ/мл против 0,79 мкМЕ/мл соответственно, $p < 0,05$). Схожая картина была выявлена при исследовании уровня свТ4, показатели не выходили за границы нормы, но средние показатели опытной группы были достоверно отличны от контрольной (13,2 пмоль/л против 15,1 пмоль/л соответственно, $p < 0,05$). Не было обнаружено изменений в уровнях Т3 и атТПО в обеих группах: колебания уровня Т3 (1,0 — 2,6 нмоль/л) и атТПО (3,7 — 10,7 ед/мл) находились в границах нормы. Уровень кортизола оказался также в нормативных рамках (583,8 — 394,2 нмоль/л), но достоверно выше в группе студентов с увеличенной ЩЖ. Средние цифры составили у опытной и контрольной группа 521,2 нмоль/л против 501,0 нмоль/л соответственно ($p < 0,04$).

Выводы. Выявлено наличие йододефицита у студентов г. Владикавказ. На фоне дефицита йода обнаружено снижение показателей адаптации у молодых людей. Доказана необходимость проведения массовой, групповой и индивидуальной йодной профилактики.

Особенности иммунного статуса у работников предприятий горнорудной промышленности в условиях йододефицита

Цаболова З.Т., Зангиева О.Д.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ

Цель: изучить состояния иммунного статуса у работников свинцово-цинкового комбината «Электроцинк» города Владикавказ в условиях йододефицита.

Материалы и методы. Обследованы 582 работников в возрасте от 19 до 56 лет. В их числе — 173 женщин, 409 мужчин. Частоту зоба исследовали — методами пальпации. Выделены две опытные группы, в состав которых вошли лица с эндемическим зобом: 1 группа — сотрудники заводоуправления (135 человек); 2 — группа — рабочие вель-цеха (104 человека). Контролем служили здоровые лица —

работники завода из этих же подразделений. Исследовали функцию щитовидной железы (ЩЖ) — определяли уровни тиреотропного гормона (ТТГ) в крови иммуноферментным методом. Исследования интерферонов статуса и содержания цитокинов (ИЛ-2, ИЛ-4) в сыворотке крови проводились методом иммуноферментного анализа с помощью наборов ООО «Цитокин» (С-Петербург).

Результаты. Увеличение размеров ЩЖ было выявлено у 16,5% обследованных работников. Процент увеличения ЩЖ у мужчин достоверно не различался (13,8% и 12,4%, соответственно). Среди женщин максимальное увеличение было отмечено у работниц вель-цеха (32,5%), более низкий показатель — в заводоуправлении (25,4%). Анализ уровня ТТГ выявил достоверное повышение гормона в опытных группах: заводоуправления (1,31±0,43 мкМЕ/мл против 1,08±0,30 мкМЕ/мл, $p < 0,05$) и вель-цеха (1,56±0,47 мкМЕ/мл против 1,08±0,30 мкМЕ/мл, $p < 0,05$). В вель-цехе отмечалась тенденция к повышению продукции ИЛ-2 и ИФН α , опосредующих формирование иммунного ответа по Th1 типу (14,4±3,52 и 44,8±16,52 пкг/мл, соответственно). При этом содержание указанных цитокинов, а также ФНО- α статистически достоверно не отличалось от данных группы сравнения. Изменения цитокинового профиля у работников заводоуправления имели иную тенденцию: содержание ФНО- α достоверно превышало уровень контрольной группы (11,1±2,76 пкг/мл, против 6,4±1,74 пкг/мл, $p < 0,05$), тогда как концентрация регуляторных цитокинов — ИЛ-4 и ИФН- γ была достоверно снижена по сравнению с контролем (8,3±4,44 и 18,3±2,62 пкг/мл против 16,6±13,36 и 25,8±1,35 пкг/мл, соответственно, $p < 0,05$).

Выводы. Выявлено формирование цитокинового дисбаланса у работников свинцово-цинковой промышленности при наличии патологии ЩЖ. Результаты убедительно демонстрируют влияние условий труда на развитие изменений ЩЖ, а также четко иллюстрируют взаимосвязь эндокринной и иммунной систем, что может быть использовано как с точки зрения прогноза эндокринной патологии, так и, возможно, ее коррекции.

Опыт прерывистого применения нитратов при различных функциональных классах ишемической болезни сердца

Чекова О.А., Камнева Н.В., Шадрин Л.В.

Правобережная больница, Астрахань

Цель работы: исследовать терапевтическую эффективность нитратов, применяемых в сочетании со «вспомогательными» препаратами и без них. Материал и Методы исследования. проведена сравнительная характеристика результатов лечения двух групп пациентов. Первая группа: 10 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с различными функциональными классами (ФК) в возрасте от 45 до 60 лет. Пациентам I и II ФК ИБС назначались нитраты короткого действия утром и днем или пролонгированного действия 1 раз утром. Больным с III ФК назначались нитраты пролонгированного действия 1 раз утром (для создания безнитратного периода в ночное время) и короткого — при приступах стенокардии. Дополнительно всем больным этой группы назначались «вспомогательные» препараты (антигипоксанты, антиоксиданты, метаболические средства), которые помогают предотвратить приступы стенокардии, а значит, уменьшить или отменить на какое-то время нитраты. Это: триметазидин, мексикор, актовегин, цитофлавин. Вторую группу также составили 10 больных ИБС с I, II и III ФК той же возрастной категории. Больные получали аналогичную с 1 группой базовую терапию. «Вспомогательные» препараты не назначались.

Результаты. В результате лечения уже через 5 дней при назначении «вспомогательных» препаратов 4 пациента из 10 (40%) первой группы с I—II ФК ИБС перестали нуждаться в назначении нитратов, а через 8—10 дней — 7 пациентов из 10 (70%) первой группы не применяли нитраты вообще, трем больным была снижена дозировка нитратов в 2 раза. Пациенты первой группы с III ФК отмечали улучшение состояния: уменьшение одышки, ангинальных болей, что сделало возможным отменить нитраты короткого действия. При лечении больных второй группы лишь у 5 больных (50%) удалось добиться снижения суточной дозы нитратов при их прерывистом назначении.

Выводы. Нежелательный эффект развития толерантности может быть предотвращен созданием безнитратного промежутка продолжительностью несколько часов (ночью). Это достигается прерывистым назначением нитратов короткого действия или особых форм ретардных моонитратов, позволяющих уменьшить кратность приема, сохранив устойчивый клинический эффект, и применением «вспомогательных» препаратов различных групп.

Использование лечебной физкультуры в комплексной терапии коксартроза у больных с комбинацией остеоартроза и гипертонической болезни

Черанева С.В., Чижов П.А.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

У многих больных имеет место сочетание артериальной гипертензии (АГ) и коксартроза (КА). Существенной проблемой у таких пациентов может стать адекватный контроль артериального давления (АД).

Цель исследования: изучить эффективность и безопасность разных методов лечебной физкультуры (ЛФК) у больных с сочетанием КА и АГ.

Материал и методы. Обследовано 38 больных (32 женщины и 6 мужчин) в возрасте от 42 до 63 лет с клиническими проявлениями КА (2 рентгенологическая стадия, ФН суставов 1—2) и АГ 1—2 стадии, риск 2—3. Для лечения АГ все больные принимали ингибиторы АПФ и/или бета-блокаторы и/или мочегонные препараты. Дополнительной коррекции медикаментозной терапии АГ в процессе исследования не проводилось. В зависимости от вида ЛФК все больные разделены на 3 группы. Первая группа (13 человек) получала традиционную терапию (ТТ) в условиях санатория: минеральные ванны, грязелечение, массаж по 6 процедур через день, групповую ЛФК. Вторая группа (11 человек) получала ТТ и универсальную гимнастическую установку Ленинградского типа (УГУЛЬ) ежедневно, курс 10 процедур. 3 группа (14 человек) получала комплексную терапию, включающую ТТ, УГУЛЬ — 10 процедур и гидрокинезотерапию (ГКТ) ежедневно по 8 процедур. Все больные обследованы на момент поступления в санаторий, при выписке через 14 дней и через 6 месяцев. У всех больных проводили: офисное измерение артериального давления (АД), оценку клинических проявлений КА (боль и нарушение функциональной активности) с помощью опросника WOMAK.

Результаты. Через 14 дней терапии улучшение состояния больных в группах ТТ+УГУЛЬ и ТТ+УГУЛЬ+ГКТ по некоторым показателям (боль при ходьбе, вставание из сидячего положения, выполнение тяжелой домашней работы) было достоверно ($p < 0.05$) большим, чем в группе ТТ. Одновременно во всех группах наблюдалось достоверное снижение АД (со 143/90 до 127/85 в первой группе, со

145/92 до 135/84 во второй группе и со 146/91 до 132/80 мм рт.ст. в третьей группе). Сходные результаты по КА получены и через 6 месяцев после терапии. При этом систолическое и диастолическое АД во всех группах оставалось достоверно ниже, чем до начала терапии.

Выводы. Включение УГУЛЬ и особенно комбинации УГУЛЬ и ГКТ в комплексную терапию у больных с сочетанием КА и АГ повышает эффективность лечения КА. Все исследованные методы ЛФК способствуют снижению АД у больных с сочетанием КА и АГ, что позволяет рекомендовать их использование в комплексной терапии таких больных.

Дисметаболическая нейропатия в практике терапевта: проблемы медицинской экспертизы и реабилитации

Чернышова Т.Е., Соловьев А.А., Ерашева М.В.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель работы: дать характеристику нервно-мышечных проявлений эндокринно-метаболических полинейропатий (ПНП) и автономной нейропатии (АНП) и перспективы их восстановительного лечения. Материалы и методы. Проведено комплексное клинко-функциональное и неврологическое исследование 122 женщин в возрасте 24—48 лет с ожирением 2—4 степени, которым была диагностирована ПНП, определившая ограничение трудоспособности. Сформировано 3 группы наблюдения: 1 группа — 40 лиц с ожирением без сопутствующей патологии, 2 группа — 41 женщина с метаболическим синдромом, 3 группа — 41 женщина с сахарным диабетом 2 типа (СД2). Анализировался липидный спектр крови, инсулинорезистентность (ИР) и инсулиночувствительность (ИЧ), показатели стимуляционной и игольчатой электронейромиографии (ЭНМГ), температурной, тактильной, болевой и вибрационной чувствительности. Об АНП судили по показателям спектрального анализа сердечного ритма, пробам Эвинга.

Результаты. Корреляционный анализ выявил большую зависимость между выраженностью нервно-мышечных нарушений с продолжительностью ($r=0,59$) и степенью дислипидемии ($r=0,63$), чем с нарушениями толерантности к углеводам ($r=0,77$). При СД2 кластерный анализ подтвердил определяющее значение липотоксичности в сравнении с глюкотоксичностью ($p=0,0012$) при продолжительности заболевания до 5 лет. По результатам ЭНМГ выявлена взаимосвязь степени эндотоксикоза со снижением сенсорной скорости ($p=0,034$), амплитудой потенциала действия ($p=0,027$), увеличением резидуальной латентности ($p=0,044$). При манифестации СД2 прогрессировала спонтанная активность в виде потенциалов фибрилляций, фасцикуляций, позитивных острых волн, псевдомиотонических разрядов. Формирование и прогрессирование АНП, в т.ч. кардиальной АНП было более связано со степенью глюкотоксичности. В докладе представлены данные о перспективах включения бенфотиаминa и α -липоевой кислоты в программу реабилитации этих больных, что подтверждалось динамикой биологической и социальной составляющих реабилитационного прогноза.

Выводы. Эндокринно-метаболические ПНП проявляются синдромом комплексом миопатия+полирадикулонейропатия+туннельная нейропатия. Включение в программу терапии бенфотиаминa и α -липоевой кислоты улучшает реабилитационный прогноз.

Гастроинтестинальная форма диабетической нейропатии: прогностическое значение, реабилитация

Чернышова Т.Е., Курникова И.А., Стяжкина С.Н., Климентьева Г.И.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель: оценка роли гастроинтестинальной формы диабетической автономной нейропатии (ДАН) для реабилитационного прогноза (РП) больных сахарным диабетом 1 типа (СД1).

Методы. проведено ретро- и проспективное (5—7 лет) исследование динамики клинико-функциональных характеристик СД1, особенностей его течения у 62 больных (22 женщины и 40 мужчин) в возрасте 18—38 лет с продолжительностью заболевания 2—11 лет. Сформировано 2 группы: в 1-ю группу вошло 30 человек со стабильным течением СД, во 2-ю группу — 32 больных с нестойкой компенсацией заболевания, из них 14 пациентов с лабильным течением СД. У всех больных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) не зарегистрировано. О ДАН судили по клиническим данным, показателям спектрального и автокорреляционного анализа сердечного ритма. В динамике анализировались показатели суточной рН-метрии, моторно-эвакуаторной функции желудка. При лабильном течении СД проводилась гамма-сцинтиграфия (гамма-камера МВ-9200) с пробным завтраком с радионуклидной меткой коллоидным раствором In 113 (активность 4—7 МВк).

Результаты. В 1-й группе значимых нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка не зарегистрировано, однако у каждого третьего пациента выявлено снижение суточной рН пилорического отдела. Во 2-й группе нестойкая компенсация СД сопровождалась разнонаправленными изменениями моторной и кислотообразующей функции ЖКТ. При лабильном течении СД у всех больных выявлено снижение эвакуации с нарушениями функции верхнего отдела желудочно-кишечного тракта в виде желудочно-пищеводного рефлюкса, из них у 9 человек зарегистрирована задержка пробного завтрака в желудке более 4 часов. В 16 случаях зарегистрировано гипоацидное состояние. Результаты кластерного анализа подтвердили взаимосвязь между особенностями течения СД и нарушением моторно-эвакуаторной ($r=0,72$) и кислотообразующей ($r=0,52$) функциями желудка — РП ($r=0,79$). В докладе обсуждаются перспективы пролонгированной курсовой терапии бенфотиамином (мильгамма композитум) и препаратами α -липоевой кислоты (тиогамма) в программе реабилитации больных СД1.

Выводы. Диабетическая гастропатия вносит вклад в формирование лабильного течения СД, что необходимо учитывать при проведении медицинской экспертизы и разработке программ реабилитации.

Дисметаболическая нейропатия в практике терапевта: проблемы медицинской экспертизы и реабилитации

Чернышова Т.Е., Соловьев А.А., Ерашева М.В.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск

Цель работы: дать характеристику нервно-мышечных проявлений эндокринно-метаболических полинейропатий (ПНП) и автономной нейропатии (АНП) и перспективы их восстановительного лечения. Материалы и методы. Проведено комплексное клинико-функциональное и неврологическое исследование 122 женщин

в возрасте 24—48 лет с ожирением 2—4 степени, которым была диагностирована ПНП, определившая ограничение трудоспособности. Сформировано 3 группы наблюдения: 1 группа — 40 лиц с ожирением без сопутствующей патологии, 2 группа — 41 женщина с метаболическим синдромом, 3 группа — 41 женщина с сахарным диабетом 2 типа (СД2). Анализировался липидный спектр крови, инсулинорезистентность (ИР) и инсулиночувствительность (ИЧ), показатели стимуляционной и игольчатой электронной миографии (ЭНМГ), температурной, тактильной, болевой и вибрационной чувствительности. Об АНП судили по показателям спектрального анализа сердечного ритма, пробам Эвинга.

Результаты. Корреляционный анализ выявил большую зависимость между выраженностью нервно-мышечных нарушений с продолжительностью ($r=0,59$) и степенью дислипидемии ($r=0,63$), чем с нарушениями толерантности к углеводам ($r=0,77$). При СД2 кластерный анализ подтвердил определяющее значение липотоксичности в сравнении с глюкотоксичностью ($p=0,0012$) при продолжительности заболевания до 5 лет. По результатам ЭНМГ выявлена взаимосвязь степени эндотоксикоза со снижением сенсорной скорости ($p=0,034$), амплитудой потенциала действия ($p=0,027$), увеличением резидуальной латентности ($p=0,044$). При манифестации СД2 прогрессировала спонтанная активность в виде потенциалов фибрилляций, фасцикуляций, позитивных острых волн, псевдомиотонических разрядов. Формирование и прогрессирование АНП, в т.ч. кардиальной АНП, было более связано со степенью глюкотоксичности. В докладе представлены данные о перспективах включения бенфотиамина и α -липоевой кислоты в программу реабилитации этих больных, что подтверждалось динамикой биологической и социальной составляющих реабилитационного прогноза.

Выводы. Эндокринно-метаболические ПНП проявляются синдромокомплексом миопатия+полирадикулонейропатия+туннельная нейропатия. Включение в программу терапии бенфотиамина и α -липоевой кислоты улучшает реабилитационный прогноз.

Дегенеративные изменения аортального клапана в гендерном аспекте

Чибисова Е.А.

Научный центр клинической и экспериментальной медицины, Новосибирск

Цель: изучить и сопоставить гемодинамические, гормональные и метаболические показатели при необструктивной аортальной кальцификации (НАК) и стенозе аортального клапана (АК) у мужчин и женщин старше 60 лет с артериальной гипертензией (АГ).

Методы. Исследованы 135 чел. с аортальным стенозом (АС) и 76 человек с НАК. Среди лиц с аортальным стенозом (АС) женщин 53%, мужчин 47%, среди лиц с НАК — 49% и 51% соответственно. После верификации по Эхо-КГ АС и НАК определялся уровень липидов, глюкозы крови натощак и постпрандиальной, мочевого кислоты сыворотки, тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного Т4.

Результаты. Независимо от характера поражения клапана женщины достоверно чаще предъявляют жалобы на головокружение. Помимо этого наиболее частыми жалобами как при НАК, так и при АС являются одышка при нагрузке, ночное диспноэ, головная боль без достоверной разницы в группах. Длительность, характер АГ, частота повышенного пульсового АД, гипертрофии левого желудочка у мужчин и женщин в группах не различаются. При НАК у 100% женщин отмечена

дислипидемия (ДЛП) с преобладанием смешанного типа, при АС этот показатель достоверно ниже — 73%. ($p < 0,05$). У мужчин частота ДЛП не зависит от характера поражения клапана, составляя 85% при НАК и 73% у лиц с АС, при этом гипертриглицеридемия и смешанный тип ДЛП представлены одинаково часто. Частота нарушений углеводного обмена в обеих группах не различалась. Гиперурикемия в группе НАК найдена у 59% мужчин, что достоверно чаще чем у женщин ($p < 0,01$). Однако при АС этот показатель достоверно снижается до 22% при 25% у женщин. При оценке функциональной способности почек выявлена достоверно более высокая частота сохраненной функции почек у женщин с НАК и со стенозом аортального клапана. Анализ функционального состояния щитовидной железы выявил достоверное преобладание манифестного гипотиреоза у женщин с НАК (24%, $p < 0,01$) и со стенозом АК (17%, $p < 0,05$). Высоко нормальный уровень ТТГ (2,5–4,0 мЕд/л) найден преимущественно у женщин в обеих группах (27% и 9,8%).

Выводы. Обращает на себя внимание частота высоко нормального уровня ТТГ до 27% у женщин с не obstructивной аортальной кальцификацией. У женщин среди нарушений липидного обмена достоверно преобладает смешанная ДЛП, что согласуется с более высокой частотой манифестного гипотиреоза с НАК и со стенозом АК.

Влияние милдроната на кардиальные и экстракардиальные жалобы у пациентов с соединительнотканнми дисплазиями сердца

Чижов П.А., Табаков В.В., Смирнова М.П.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

Дисплазии соединительной ткани сердца (ДСТС) диагностируются у многих лиц молодого возраста, причем у значительного числа пациентов имеют место многочисленные жалобы со стороны сердечно-сосудистой (ССС), дыхательной (ДС), костно-суставной систем (КСС), желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Цель исследования: исследовать эффективность терапии милдронатом (М) в коррекции сердечных и экстракардиальных жалоб у лиц с ДСТС.

Материалы и методы. Обследовано 59 больных (мужчины и женщины) в возрасте от 20 до 25 лет с различными ДСТС (пролапс митрального клапана, аномально расположенные хорды в изолированном виде или их комбинации), сопровождающимися разнообразными клиническими проявлениями, причем каждый из обследованных имел не менее 5 жалоб. Диагностику ДСТС проводили в соответствии с общепринятыми в настоящее время принципами с учетом аускультативных и ультразвуковых феноменов и наличия симптомов вегетативной дисфункции. У всех пациентов проводили эхокардиоскопию (ЭХО-КС) и оценивали интенсивность и частоту различных клинических проявлений по визуально-аналоговой шкале (в мм) до и после лечения М в дозе 500 мг/сутки в течение 20 дней.

Результаты. Параметры ЭХО-КС у всех обследованных находились в пределах нормы, достоверных изменений на фоне терапии М не выявлено. Установлено, что на фоне терапии М отмечалось достоверное уменьшение частоты жалоб на боли в сердце, частоты и интенсивности ощущения дискомфорта в области сердца, сердцебиения, при этом наблюдалась тенденция ($p < 0,1$) к уменьшению интенсивности болей в сердце и сердцебиения. Одновременно на фоне лечения М отмечалось достоверное уменьшение частоты и интенсивности жалоб на боли в суставах, боли в позвоночнике, боли

в животе, поносы, утомляемость, слабость, интенсивность изжоги, при этом отмечалась тенденция ($p < 0,1$) к уменьшению частоты и интенсивности таких жалоб, как отрыжка и одышка, а также частоты изжоги. У пациентов с ДСТС с жалобами со стороны КСС милдронат эффективно купировал жалобы не только со стороны КСС, но и был более эффективен в отношении жалоб со стороны ССС, ДС и ЖКТ, чем у больных без жалоб со стороны КСС.

Выводы. Терапия милдронатом достоверно уменьшает частоту и интенсивность кардиальных и экстракардиальных жалоб у пациентов с ДСТС. Эффективность М у больных с наличием жалоб со стороны КСС достоверно выше, чем у пациентов без таких жалоб. Это позволяет рекомендовать милдронат для коррекции клинических проявлений у лиц с ДСТС, особенно при наличии жалоб со стороны КСС.

Влияние комплекса провокационных проб на выявление нарушений ритма у больных ишемической болезнью сердца и электрокардиостимуляцией

Чирикова И.А.

Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск

Нарушения ритма сердца (НРС), являющиеся частым осложнением ишемической болезни сердца (ИБС), значительно отягощают течение заболевания и его прогноз. Сама по себе кардиостимуляция не позволяет предотвращать и проводить эффективную терапию жизнеугрожающих желудочковых НРС. К тому же НРС могут быть вызваны работой самого электрокардиостимулятора (ЭКС).

Цель исследования: оценка НРС у пациентов ИБС и ЭКС на фоне комплекса провокационных проб при холтеровском суточном мониторинговании (ХСМ).

Материалы и методы. Обследовано 47 пациентов ИБС и ЭКС, в возрасте $65,3 \pm 10,1$ лет. Показаниями к имплантации ЭКС в 13 (27,6%) случаях были нарушения АВ проводимости, в 18 (38,3%) СССУ I/II тип, в 11 (23,4%) брадикардия-трепетания предсердий, в 5 (10,7%) бинодальная слабость. ЭКС в режиме VVI имели 23 (49%) пациента, в режиме DDD/DDDR — 20 (42,5%), в режиме AAI — 4 (8,5%). Всем пациентам проводилось ХСМ на аппаратах ДМС «Передовые технологии» (Россия) в базальных условиях и на фоне комплекса провокационных проб (физическая и психоэмоциональная нагрузки). Для оценки выявляемых желудочковых НРС использовалась классификация по В. Lown и М. Wolf, 1971 в модификации по М. Ryan, 1975. К стимулятор ассоциированным НРС относили: пейсмекерную тахикардию, экстрасистолию, аллоритмию, ретроградную активацию предсердий.

Результаты и обсуждение. На фоне комплекса нагрузочных проб у 31 (66%) пациента регистрировались желудочковые НРС, из них у 17 человек были экстрасистолы высоких градаций III—V класс по В. Lown и М. Wolf, 1971 ($p < 0,05^*$). Отмечалось так же незначительное увеличение наджелудочковых НРС, которые в базальных условиях регистрировались у 12 (25,5%) пациентов, на фоне провокационных проб у 16 (34%) ($p < 0,06$). Из стимулятор ассоциированных нарушений ритма в базальных условиях фиксировались по одному случаю пейсмекерной аллоритмии и пейсмекерной ретроградной активации предсердий. На фоне провокационных проб выявлены: у 2 больных (DDD режим стимуляции) — пейсмекерная тахикардия, у 2 — пейсмекерная аллоритмия, у 1 — пейсмекерная ретроградная активации предсердий, у 1 — признаки пейсмекерной экстрасистолии ($p > 0,06$).

Выводы. На фоне комплекса провокационных проб достоверно чаще выявлялись желудочковые НРС. Использование комплекса провокационных проб при ХСМ может иметь существенное значение в определении степени тяжести заболевания и возможности прогноза развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы при обследовании пациентов ИБС и ЭКС.

Отдаленные клинико-функциональные результаты аортокоронарного шунтирования и баллонной коронарной ангиопластики со стентированием

Чирицо М. М.

Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, Санкт-Петербург

В Российской Федерации летальность от сердечно-сосудистых заболеваний составляет 55,6%. Регресса этих данных не ожидается. В настоящий момент выполняется 2,69 операции аортокоронарного шунтирования (АКШ) и 2,91 — баллонной коронарной ангиопластики (БКА) и стентирований на 100.000 населения. Цель работы: определение относительной ценности и предпочтительности двух методов хирургической реваскуляризации миокарда в лечении ИБС путем сравнения анамнестических и клинико-функциональных данных. В нашей работе проанализированы отдаленные результаты реконструктивных вмешательств на коронарных артериях 139 больных ИБС, которые были обследованы в отдаленные сроки после оперативного лечения, в среднем через 3,160,3 лет. Для проведения сравнительной оценки эффективности операций АКШ и БКА все больные были разделены на две группы в зависимости от вида проведенного оперативного вмешательства. Первую группу составили 77 пациентов. Во вторую группу вошли 62 пациента, которым была выполнена БКА. В обеих группах абсолютное большинство составили мужчины — 89,6% и 79,0% соответственно. Средний возраст больных составил 53,9±7,2 в первой группе и 53,6±8,3 во второй группе. В обеих группах большинство составили больные со стенокардией напряжения III функционального класса до вмешательства (61,0% и 44,3%). Рецидив стенокардии в первые 6 месяцев после вмешательства составил 18,4% в 1-й группе и 37,1% во 2-й группе. В период от 6 месяцев до одного года возвращение ангинозных болей отмечено в 13,2% и 21,0% случаев соответственно. На втором году после вмешательства рецидив стенокардии отмечен у 26,3% и 16,1% больных. На третьем году — 17,1% и 8,1% случаев соответственно. На четвертом году и позже — 13,2% и 1,6% случаев. Отсутствие ангинозных болей на момент обследования после хирургической реваскуляризации миокарда в 1-й группе составило 11,8% больных, во 2-й группе -16,1%. Основной причиной столь раннего (в первые 6 месяцев) рецидива стенокардии после БКА у большинства больных послужило преимущественное использование стентов без лекарственного покрытия (67,7%). Адекватную терапию после хирургической реваскуляризации миокарда получали в 1-й группе только 66,2%, а во 2-й — 53,2%. Приверженность же больных к терапии еще ниже: 33,8% в 1-й группе и 30,6% во 2-й группе. Таким образом, нами выявлена довольно низкая эффективность АКШ и БКА с ранним рецидивом стенокардии, что может быть связано с отсутствием адекватного лечения после оперативного вмешательства, низкой приверженностью к нему больных, преимущественным использованием стентов без лекарственного покрытия.

Сравнительная характеристика хирургического (аортокоронарное шунтирование и баллонная коронарная ангиопластика со стентированием) и медикаментозного лечения ишемической болезни сердца по результатам медико-социальной экспертизы

Чирицо М.М., Кантемирова Р.К.

Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта, Санкт-Петербург

В последние годы все большее распространение получает хирургическое лечение ишемической болезни сердца (ИБС): аортокоронарное шунтирование (АКШ) и баллонная коронарная ангиопластика со стентированием коронарных артерий (БКА). Вопрос реабилитационного значения хирургического и медикаментозного лечения больных ИБС является актуальной проблемой современной кардиологии.

Цель работы: сравнение влияния хирургической реваскуляризации миокарда (АКШ и БКА) и медикаментозной терапии ИБС на определение группы инвалидности и ее динамику. В нашей работе проанализированы результаты реконструктивных вмешательств на коронарных артериях 139 больных ИБС, которые были обследованы в отдаленные сроки после оперативного лечения, в среднем через 3,16±0,3 лет. Данную (1-ю) группу составили 77 пациентов после АКШ и 62 пациента после БКА. Группа сравнения (2-я) состояла из 51 пациента, получавшего медикаментозное лечение. В обеих группах абсолютное большинство составили мужчины — 84,9% и 82,4% соответственно. Средний возраст больных составил 53,8±7,7 в 1-й группе и 53,9±9,9 во 2-й группе. После хирургической реваскуляризации миокарда у большинства больных имела место II группа инвалидности (52,5%), тогда как у больных с медикаментозным лечением она составила лишь 41,2%. III группа инвалидности имела место у 33,8% пациентов в 1-й группе и у большинства (49,0%) во 2-й группе. Отсутствие группы инвалидности было отмечено у 13,7% и 9,8% больных соответственно. Динамика инвалидности у больных после оперативного вмешательства и в группе только медикаментозного лечения отсутствовала в большинстве случаев (66,2% и 72,6% соответственно), несмотря на явное улучшение течения ИБС и увеличение возможностей рационального трудоустройства после хирургического лечения. Частичная реабилитация отмечена у 18,7% пациентов в 1-й группе и у 15,7% — во 2-й группе, полная реабилитация — у 2,2% и 3,9% больных соответственно. В 5,0% и 3,9% случаев соответственно отмечалось усиление группы инвалидности. У 7,9% больных в 1-й группе и 3,9% больных во 2-й группе группа инвалидности отсутствовала. Таким образом, после оперативного лечения ИБС больным определялась более тяжелая группа инвалидности, чем у пациентов с медикаментозным лечением. Кроме того, динамика инвалидности после хирургической реваскуляризации миокарда мало отличалась от динамики инвалидности у больных, получавших медикаментозное лечение. Это связано с рассмотрением оперативного лечения как фактора, утяжеляющего состояние больного, а не как фактора благоприятного реабилитационного прогноза, что приводит к необоснованно высокому уровню инвалидности после АКШ и БКА без учета функциональных нарушений.

Тиоктовая кислота в лечении кардиоваскулярной нейропатии при сахарном диабете

Шавлохова Э.А., Харебова Ф.Ю.

Республиканский эндокринологический диспансер, Владикавказ

Сахарный диабет (СД) является одной из ведущих проблем современного здравоохранения во всем мире. Актуальность проблем определяется распространенностью данного заболевания и драматической статистикой смертности и инвалидизации среди больных с поздними осложнениями этого заболевания. Одним из наиболее серьезных из них является диабетическая автономная нейропатия, кардиоваскулярная форма (КВФ ДАН)- установлено, что пациенты с СД и клинической стадией КВФ ДАН, погибают в течение 5-7 лет с момента манифестации у них клинических признаков данного осложнения.

Цель исследования: изучение эффективности применения тиоктовой кислоты (препарат «Берлитион» Berlition 300 Berlin-Chemie) для лечения различных проявлений КВФ ДАН.

Материалы и методы. Обследовано 23 больных СД 1 и 2 типа, имеющих достоверно подтвержденную кардиоваскулярную форму ДАН. Состояние вегетативной нервной системы у всех пациентов оценивалось методом кардиоваскулярного тестирования: применялась стандартная методика проведения трех кардиоваскулярных проб по Ewing. В дальнейшем пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе (12 человек) пациентам проводилось лечение тиоктовой кислотой. Испытуемым второй (контрольной) группы (11 человек) лечения тиоктовой кислотой не проводилось. Основным критерием включения в исследование был хороший и удовлетворительный контроль гликемии у всех больных. Длительность курса лечения составила 4 недели, после чего всем больным было проведено повторные исследования.

Результаты проведенного исследования продемонстрировали улучшение объективных показателей кардиоваскулярных нарушений в 1-й группе пациентов — достоверно уменьшились проявления постуральной гипотензии; значимо улучшились показатели вариабельности сердечного ритма. В группе больных, не получивших курса лечения тиоктовой кислотой, достоверных изменений исследуемых показателей не произошло. Также, в группе больных, получавших препарат тиоктовой кислоты, все больные отмечали улучшение самочувствия, уменьшились жалобы, имевшие место до проведения курса лечения.

Выводы. Препарат тиоктовой кислоты Берлитион Berlin-Chemie эффективен в плане терапии кардиоваскулярных нарушений при диабетической автономной нейропатии. Кроме того, заслуживает внимания высокая субъективная оценка самими пациентами эффективности препарата.

Итоги эпидемиологического исследования по изучению распространенности ревматических заболеваний в Республике Татарстан

Шамсутдинова Н.Г., Якупова С.П.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Заболевания суставов представляют серьезную социально-экономическую проблему в связи с широкой распространенностью,

тяжелым течением и высокой частотой инвалидизации. Значительную долю в общей структуре ревматических заболеваний занимают остеоартроз (ОА) и ревматоидный артрит (РА). Распространенность ревматических болезней можно определить только с помощью специальных, правильно организованных эпидемиологических исследований. Работа такого плана проводилась в России более 25 лет назад, а на территории Республики Татарстан более 30 лет назад. На сегодняшний момент точные статистические данные по распространенности в Республике Татарстан РА, ОА, остеопороза отсутствуют, а существующие цифры, основанные на данных обращаемости населения за медицинской помощью, не отражают истинной картины, поскольку существенно занижены. В рамках целевой программы «Социальные и экономические последствия ревматических заболеваний», разработанной ГУ Институтом ревматологии РАМН, разработано и проведено эпидемиологическое исследование частоты встречаемости суставной патологии среди городского и сельского населения Республики Татарстан.

Цель: изучение структуры и распространенности ревматических заболеваний в Республике Татарстан.

Материалы и методы. Проанкетировано 3000 сельских и 3000 городских жителей, из которых отобраны все пациенты с припуханиями в суставах, и случайным образом пациенты с артралгиями. Далее обследовано 330 сельских и 220 городских жителей, которым были выставлены диагнозы ОА, РА или другой костно-суставной патологии. У пациентов с ОА и РА оценивались тяжесть заболевания, активность, уровень болевого синдрома, функциональная недостаточность (ФН). Рассчитана истинная распространенность ОА и РА.

Результаты. Патология суставов как среди сельских, так и среди городских жителей Республики Татарстан широко распространена. Частота артралгий и артритов у жителей села составила 30,5% и 23,9%, у жителей города 23,5% и 6,2% соответственно. Из всех обследованных на диагностическом этапе пациентов — жителей села и города, соответственно 73,6% и 60,2% выставлен диагноз ОА, 2,7% и 2,8% — диагноз РА. У 23,7% и 37% обследованных пациентов определены другие заболевания костно-суставного аппарата. Распространенность РА среди жителей города составила 0,7%, среди жителей села 1,4%; ОА — 12,4% и 28,5% соответственно. Полученные значения превышают данные распространенности РА и ОА по обращаемости.

Выводы. Распространенность ОА и РА, характер течения, ФН различаются в городской и сельской местности, что может быть объяснено различным менталитетом, условиями жизни, доступностью медицинской помощи. Частота выявления этой патологии, полученная в результате эпидемиологического исследования, в 2—2,5 раза превышает данные медицинской статистики.

Оценка частоты факторов риска остеопороза, имеющих снижение минеральной плотности кости, у жителей г. Казань

Шамсутдинова Н.Г., Якупова С.П.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Цель: изучить распространенность факторов риска в группах со сниженной минеральной плотностью костной ткани (МПКТ) у жителей г. Казани РТ. Материалы и методы. Снижение МПКТ выявлялось при обследовании на рентгенологическом остеоденситометре DTX 200 по лучевой кости. Частота факторов риска оценивалась по разработанной анкете, которую заполняли обследованные пациенты.

Результаты. Обследованы и проанкетированы 4770 городских жителей

в возрасте от 21 до 81 года, средний возраст составил 55,6±14,4 лет. У 42% (2001 чел.) имелось снижение МПКТ разной степени выраженности. Из них у 19,0% пациентов (907 чел.) определен остеопороз (ОП), у 22,9% пациентов (1094 чел.) — остеопения. Предшествующие низкотравматичные переломы в анамнезе представлены у 35,8% пациентов с ОП и 21,5% пациентов с остеопенией, возраст более 65 лет — у 33,1% и у 21,1%, наличие перелома при минимальной травме у близких родственников — у 17,4% и у 11,4%, индекс массы тела менее 20 кг/м² — у 16,5% и у 6,4%, ранняя менопауза — у 23,6% и у 9,2%, курение — у 44,3% и у 18,7%, недостаточное потребление кальция с пищей — у 88,2% и у 73,1%, злоупотребление алкоголем — у 1,2% и у 1%, низкая физическая активность — у 85% и 84%, иммобилизация в анамнезе — у 3,5% и у 3%, системный прием глюкокортикостероидов — у 12% и у 8% пациентов соответственно.

Выводы. Факторы, приводящие к развитию остеопороза, широко представлены у пациентов со сниженной МПКТ, в большей степени выражены такие факторы риска, как низкотравматичные переломы в анамнезе, недостаточное потребление кальция с пищей, низкая физическая активность. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости активного выявления факторов риска ОП у пациентов для решения вопроса о необходимости проведения диагностического инструментального обследования.

Клинико-рентгенологические особенности пневмонии, ассоциированной с гриппом АН1N1

Шаповалова Т.Г., Сажина Е.Ю., Казакова В.В., Шашина М.М., Редько Н.М.

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

Цель исследования: изучить особенности клинической, рентгенологической картины и исходов внебольничной пневмонии (ВП), развившейся на фоне гриппа АН1N1.

Методы исследования. Проанализировано 81 история болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении городской больницы по поводу ВП, развившейся у пациентов с гриппом АН1N1 во время эпидемии в ноябре—декабре 2009 г. Возраст больных — от 18 до 80 лет, преобладали мужчины — 50 чел (62%). РНК вируса гриппа АН1N1 в мазках из носа определяли методом ПЦР.

Результаты. У 38 (47%) пациентов было диагностировано тяжелое, у 43 (53%) — среднетяжелое течение ВП. У большинства (79 чел., 97%) начало заболевания было острым, у 2 чел. (3%) — острым. При поступлении в стационар у 78 чел (96%) температура тела была выше 38°С, у троих пациентов (4%) — выше 39°С. Большинство пациентов (69 чел — 85%) были госпитализированы на 7-й день заболевания; в первые 3 дня и позже 7-го дня соответственно — 4 чел. (5%) и 8 чел. (10%). У 22 больных (27%) имелись фоновые легочные заболевания, в том числе ХОБЛ (19 чел.; 23,4%); бронхиальная астма (2 чел.; 2,5%), бронхоэктазии (1 чел., 1,2%). Сопутствующая патология отмечалась у 43 пациентов (53%), включая ИБС (15 чел.; 18,5%), артериальную гипертензию (18 чел.; 22%), сахарный диабет (7 чел.; 8,6%), ожирение (11 чел.; 13,6%), болезни почек (7 чел.; 8,6%), гепатиты В, С (4 чел.; 4,9%), ВИЧ (2 чел.; 2,5%). Большинство пациентов жаловались на приступообразный малопродуктивный кашель, лихорадку. Правосторонняя локализация ВП была выявлена у 36 чел. (44%), причем с поражением одного, двух и более (3—4)

сегментов соответственно у 12 чел. (15%), 9 чел. (11%) и 6 чел. (7%); у 8 чел. (10%) — долевая, у одного — тотальная. Левосторонняя ВП была диагностирована у 21 чел. (26%). Чаще отмечалось поражение 1—2 сегментов (15 чел. — 18,5%), и только у 3 чел. (4%) была выявлена долевая ВП. Наиболее тяжелыми были пациенты с двусторонней ВП (24 чел. — 30%), особенно с поражением двух (3 чел. — 4%) и более долей легких (2 чел. — 2,5%). При двусторонней ВП в левом легком в патологический процесс чаще всего вовлекались 8—9 сегменты, в правом — 6 сегмент (8 чел. — 30%), 7—8 сегменты (5 чел. — 21%) и 9—10 сегменты (7 чел. — 29%). Лейкоцитоз периферической крови был обнаружен у 21 чел. (26%), лейкопения — у 32 чел. (39,5%). Умер 1 чел. (1,2%). Средний койко-день составил 16,7±1.

Гены липидного метаболизма и формирование атерогенного субфракционного профиля липопротеинов крови

Шахтшинейдер Е.В., Рагино Ю.И., Полонская Я.В., Каштанова Е.В., Куликов И.В., Воевода М.И.

Научно-исследовательский институт терапии Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Новосибирск

Цель работы: изучить генетические маркеры атерогенного субфракционного липидного профиля в популяции и в группах с гиперхолестеринемией (ГХС) и нормо- и гипохолестеринемией.

Материалы и методы. В рамках проекта НАФИЕЕ (9600 человек, возраст 45-69 лет, средний возраст 53,8±7, мужчин 50%) исследована репрезентативная подвыборка 300 человек — 100 человек с уровнем общего холестерина сыворотки (ОХС) более 300 мг/дл, 100 человек с ОХС ниже 200 мг/дл, 100 человек популяционная группа со средними значениями ОХС 233,6±47,7 мг/дл. Показатели липидного профиля в сыворотке крови определяли энзиматическим методом. Оценка субфракционного профиля липопротеинов низкой плотности (ЛНП) проводили для 60 человек в каждой подгруппе методом электрофореза в градиенте 2-16% полиакриламидного геля. Генотипирование выполнено для полиморфизмов генов APOAI, APOB, APOCIII, APOE, CETP, LPL. Статистический анализ проведен с использованием пакета прикладных статистических программ.

Результаты. Наименьший размер частиц ЛНП в пике профиля их распределения выявлен в группе лиц с нормохолестеринемией в сравнении с группой ГХС и популяционной группой на 5% и 4%, соответственно ($p < 0,05$). Ширина профиля частиц ЛНП наименьшая в группе лиц с ГХС в сравнении с группой с нормохолестеринемией и популяционной, 13% и 11%, соответственно ($p < 0,01$). В группе лиц с ГХС определено повышение количества минорных пиков на нисходящей кривой субфракционного профиля ЛНП в 1,6 раза по сравнению с популяционной группой ($p < 0,05$). Проведен анализ ассоциации генов липидного обмена с атерогенным субфракционным липидным профилем. Получена оценка частоты аллелей и генотипов генов липидного обмена в группах, контрастных по среднему уровню ОХС. Выявлена ассоциация полиморфизма гена липопротеинлипазы (HindIII) с минорным пиком на нисходящей кривой субфракционного профиля ЛНП ($p = 0,019$).

Выводы. Субфракционный профиль частиц ЛНП у лиц с ГХС в сравнении с лицами с нормохолестеринемией и с популяционной группой характеризуется меньшей шириной и более частым наличием дополнительного минорного пика на нисходящей кривой профиля. Генетически обусловленное снижение активности липопротеинлипазы

приводит к уменьшению образования мелких плотных частиц, богатых холестерином и повышению содержания частиц, богатых триглицеридами, что определяет развитие комбинированной гиперлипидемии с высокими уровнями общего холестерина и триглицеридов. Работа поддержана грантом РФФИ №09-04-01387а.

Оценка клинической эффективности препарата Спарекс при функциональном диспепсическом синдроме

Шевчук В.В., Малютина Н.Н., Варнин С.К., Кашкина Н.В.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь

Функциональный диспепсический синдром является распространенным клиническим состоянием, возникающим вследствие нарушений желудочной секреции, гастродуоденальной моторики, висцеральной чувствительности, нередко обусловленных нервно-психическими факторами.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность препарата Спарекс у пациентов молодого возраста с функциональным диспепсическим синдромом, верифицированным на основании Римских критериев. Обследовано 30 больных, в возрасте 20-25 лет (22-женщины, 8-мужчин). Всем больным был назначен препарат Спарекс по 1 капсуле 200 мг 2 раза в сутки (утром и вечером) за 20 минут до еды. Курс лечения составил 7 дней. У всех пациентов лечение осуществлялось в виде монотерапии. До лечения у большинства больных отмечались ноющие и распирающие боли в правом подреберье, по ходу толстого кишечника, у 70% отмечалась болезненность при пальпации в правом подреберье, при пальпации поперечно-ободочной и сигмовидной кишки. У 90% отмечались положительные симптомы Мерфи, Кера, Грекова-Ортнера. Терапия Спарексом значительно уменьшила выраженность болевого синдрома, у всех пациентов исчезла болезненность при пальпации в правом подреберье и по ходу толстого кишечника. Типичными были тяжесть в эпигастрии, горечь во рту, метеоризм, тошнота, отрыжка пищей, воздухом и горечью, запоры, чувство переполнения желудка после еды, изжога. Известно, что дискинезия желчного пузыря приводит к развитию дуоденогастрального рефлюкса, хроническому антральному гастриту, нарушению микробиоценоза в кишечнике. Лечение Спарексом отчетливо позитивно повлияло на все признаки диспепсического синдрома. У всех больных, изначально отмечавших горечь во рту (22 человека), отмечено после лечения исчезновение этого признака, тяжесть в эпигастрии до лечения была у 25 человек, исчезла у 23, метеоризм был у 11 человек, исчез у 5, тошнота была у 18 человек, исчезла у 17, отрыжка была у 9 человек, исчезла у 8, изжога была у 12 человек, исчезла у 11. При УЗИ желчного пузыря отмечено изменение формы желчного пузыря до нормотонической (при изначально округлой гипертонической или вытянутой гипотонической), у всех больных, изначально имевших сладж желчи (12 человек), его выраженность значительно уменьшилась (9 человек), или он исчез (3 человека). Таким образом, курсовая терапия препаратом Спарекс приводит к редукции болевого синдрома, проходят или значительно уменьшаются диспепсические нарушения, нормализуется тонус желчного пузыря, препарат Спарекс хорошо переносится, не отмечено побочных эффектов при его применении.

Пути сохранения трудового потенциала у подростков, проживающих в йоддефицитном регионе

Шевчук В.В., Малютина Н.Н., Кашкина Н.В.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь

Понятие трудового потенциала является одним из основополагающих факторов существования государства. Одной из его количественных характеристик является состояние здоровья, определяющее возможность и границы участия человека в трудовой деятельности. Наряду с ухудшением основных показателей здоровья подростков, основного трудового резерва страны, сами подростки не связывают показатели состояния своего здоровья с будущей профессиональной деятельностью. Предварительные медицинские осмотры (перед поступлением в среднее профессиональное или высшее учебное заведение, на работу) проводятся всем подросткам.

Цель работы: оценить частоту выявления йоддефицитных заболеваний у подростков при проведении предварительных медосмотров и эффективность выполнения рекомендаций по коррекции йоддефицита. Обследовано 190 юношей в возрасте 16—19 лет, проживающих в Пермском крае. При физикальном и ультразвуковом исследовании щитовидной железы патология выявлена у 114 человек (60%), у 65 обследованных (34%) уровень ТТГ был повышенным — более 4,0 мкЕД/л. У юношей с тиреопатией достоверно чаще выявлялась коморбидность с вегетативной дистонией, гипогонадизмом и микросомией, дискинезией желчевыводящих путей, астеническим синдромом, иммунными нарушениями. Данные заболевания в большинстве случаев рассматривались врачами вне связи с йоддефицитом. Приверженность к выполнению рекомендаций по употреблению морепродуктов и йодированной соли, приему йодсодержащих препаратов у подростков была низкой. Наибольшая эффективность коррекции йоддефицитных состояний была достигнута при проведении терапии препаратами йода в физиологической возрастной дозировке (калия йодид 150 мкг/сут) в организованных коллективах подростков в профучилищах по принципу групповой профилактики. При повторных осмотрах юношей нами отмечено уменьшение размеров щитовидной железы, субъективное улучшение самочувствия, тенденция к улучшению показателей здоровья. В условиях йоддефицитного региона необходимо реабилитировать и организовать групповую профилактику йоддефицитных заболеваний среди подростков.

Состояние органов-мишеней при постинфарктной сердечной недостаточности

Шейна И.П., Некрутенко Л.А., Туев А.В.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь

Цель: оценить состояние стратегически важных органов-мишеней при хронической сердечной недостаточности (ХСН) постинфарктного генеза.

Материалы и методы. Обследовано 60 пациентов в возрасте 60,6±1,05 лет, в том числе 40 мужчин (66,7%), со стабильным течением постинфарктной недостаточности кровообращения. У 25 человек (41,7%) диагностирована ХСН II ФК, у 35 (58,3%) — III ФК (NYHA).

Структура сосудистой стенки оценивалась измерением толщины комплекса интима-медиа общих сонных артерий (ТИМ ОСА) методом дуплексного сканирования. Состояние сосудов головного мозга косвенно характеризовало соотношение диаметров артерий и вен глазного дна. Состояние почек, микроциркуляторного русла и функция эндотелия определялись по уровню микроальбуминурии (МАУ). Функциональное состояние эндотелиального монослоя оценивалось также по ристомицин-кофакторной активности фактора Виллебранда (FW).

Результаты. Среднее значение ТИМ ОСА составило $1,1 \pm 0,03$ мм, существенно превысив этот показатель у практически здоровых ($p < 0,001$), что свидетельствует о ремоделировании крупных артерий в условиях ХСН. При изучении соотношения диаметров артерий и вен глазного дна выявлено значительное снижение этого показателя ($0,45 \pm 0,01$) в сравнении с группой практически здоровых ($p < 0,001$). То есть на фоне хронической декомпенсации сердечной деятельности артерии спазмируются вследствие гиперкатехоламинемии, а вены расширяются как проявление застоя на глазном дне. Состояние сосудов глазного дна значимо усугублялось при нарастании функционального класса ХСН ($p = 0,01$). Микроальбуминурия, отражавшая состояние микроциркуляторного русла, почек и эндотелия, была выявлена у 96,7% больных ХСН, а средний уровень ее, составивший $123,25 \pm 13,9$ мг/л, существенно превысил таковой у практически здоровых ($p < 0,001$) и коррелировал с тяжестью клинических проявлений недостаточности кровообращения ($R = 0,28$, $p = 0,03$). Средний уровень FW в группе больных ХСН, соответствуя нормальному диапазону ($110,42 \pm 2,95\%$), все же значимо превысил этот показатель у практически здоровых ($p < 0,001$). Выводы. Таким образом, ХСН постинфарктного генеза характеризуется развитием структурно-функционального ремоделирования таких стратегически важных органов-мишеней, как головной мозг, почки, сосудистое русло, система микроциркуляции и эндотелий, что позволяет сформулировать концепцию, согласно которой можно обосновать необходимость органопротективной стратегии при данной патологии.

Эритроцитарные антигены групп крови при сердечно-сосудистых заболеваниях

Шелег М.О., Чижов П.А., Плотников А.Б.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

Взаимосвязь между различными заболеваниями и групповыми антигенами крови прослеживается достаточно давно. Установление таких взаимосвязей имеет важное значение для улучшения возможностей ранней диагностики и выделения групп риска.

Цель работы: оценить частоту эритроцитарных антигенов систем АВО и Резус при различных сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ).
Материалы и методы. Обследованы 250 больных с ССЗ, из которых 131 (52,4%) женщина и 119 (47,6%) мужчин. У 115 пациентов диагностирован инфаркт миокарда (ИМ), у 135 — стенокардия (Ст), у 120 — различные нарушения ритма сердца (НРС), у 134 — хроническая сердечная недостаточность (ХСН), у 233 — гипертоническая болезнь (ГБ), у 39 — сахарный диабет (СД), у 28 — острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе. Определялись антигены систем АВО и Резус общепринятыми методами иммуносерологического исследования. В качестве контрольной использована группа практически здоровых лиц — доноров Ярославля и области (10028 наблюдений группы крови АВО и 960 наблюдений группы крови системы Резус).

Результаты. Установлено, что группа O(I) достоверно ($p < 0,05$) реже встречается у лиц с НРС — 25,21%, ИМ — 22,11%, ХСН — 24,63%, ГБ — 26,01% при 34,74% в группе контроля. У больных с ОНМК в анамнезе прослеживается тенденция ($p < 0,1$) к меньшей частоте группы O(I) (17,86%, $p = 0,094$), чем в популяции. У больных ИМ достоверно чаще встречается группа A(II) (45,26% при 35,72% в группе контроля). Среди больных повторным ИМ достоверно чаще, чем в контроле, встречается группа B(III) (55% и 20,58%, соответственно). Исследование фенотипов системы Резус показало, что фенотип ссДее встречается достоверно ($p < 0,05$) чаще, чем в контрольной группе (2,2%), у пациентов с диагнозом Ст — 7,86% и ХСН — 6,71%. У больных с НРС (6,72%) и ожирением (11,11%) прослеживается тенденция ($p < 0,1$) к увеличению частоты данного фенотипа. Фенотип ссДее достоверно ($p < 0,05$) чаще выявляется у пациентов с ИМ — 20% и СД — 16,13%, по сравнению с 12,71% в группе контроля.

Выводы. 1. Некоторые фенотипы системы АВО и системы Резус у больных с ССЗ встречаются достоверно чаще, чем в популяции: фенотип A(II) чаще встречается у больных ИМ, фенотип B(III) — у больных с повторным ИМ, фенотип ссДее — у больных с ИМ и СД, фенотип ссДее — у пациентов со Ст и при ХСН. 2. Обнаружение данных фенотипов может учитываться как один из критериев отнесения больных в группу риска по ССЗ. 3. Группа крови O(I) достоверно реже определяется у больных с ГБ, ИМ, ХСН, НРС, ОНМК.

Некоторые показатели здоровья населения г. Читы

Шелудько Л.П., Курбатова Н.С., Казанцева Е.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель: изучить некоторые показатели здоровья населения для разработки и проведения программ профилактики.

Материалы и методы. Проведено анкетирование и обследование жителей г. Читы. Обследование включало заполнение специально разработанного опросника, антропометрию с последующим подсчетом индекса массы тела, весо-возрастного индекса для определения риска остеопороза, трехкратное измерение артериального давления, определение SpO₂ пальцевым пульсоксиметром; «возраста легких» с помощью виталографа «СОPD-6ТМ».

Результаты. обследовано 600 человек, средний возраст обследованных — 49,7 лет, 43,3% респондентов — мужчины. Согласно результатам опроса проявления аллергии отмечают 18,5% респондентов (13,8% мужчин и 22% женщин), у 8,7% имеется бронхиальная астма (5,8% и 11% соответственно), хроническая обструктивная болезнь легких — у 17% (25% и 11% соответственно), ишемическая болезнь сердца — 33,3% (26,2% и 38,7%), артериальная гипертензия — 23,4% (14,6% и 30,1%), сахарный диабет — 4,8% (2,3% и 6,6%). Курят 59,6% мужчин и 24,9% женщин, фактор пассивного курения отмечают 20,5% респондентов. Более 53% опрошенных работают при воздействии неблагоприятных факторов, таких как запыленность / загазованность помещений, перепады температур, контакт с окисью кремния и др. Артериальная гипоксемия зарегистрирована в 11,4% случаев (у 9,6% мужчин и 12,4% женщин). По результатам исследования респираторной функции «возраст легких» превышает биологический возраст респондентов на 5—10 лет в различных возрастных группах, у курящих различия более значимы. Избыточная масса тела выявлена у 53% обследованных (у 50,8% мужчин и 55,8% женщин), в том числе ожирение 1—3 степени — у 17,8% (14,5% мужчин и 20,5% женщин). Уровень артериального давления 140/90 мм рт.ст и выше

зарегистрирован у 21% обследованных. Отмечено увеличение распространенности артериальной гипертензии с повышением возраста от 2,7% в возрастной группе 20—29 лет до 61% у лиц старше 80 лет. Высокий риск развития остеопороза выявлен у 13% обследованных: 7,7% мужчин и 16,7% женщин. Курящие мужчины имеют риск остеопороза в 4,5 раза выше, чем некурящие. Заключение. Исследование показало, что более 50% респондентов имеют заболевания сердечно-сосудистой системы, 25,7% обструктивные заболевания легких и 18,5% различные проявления аллергии. Выявлена значительная распространенность модифицируемых факторов риска, таких как курение, артериальная гипертензия, избыточная масса тела, а также высокий риск развития остеопороза.

Хронофизиологические аспекты терапии запора

Шемеровский К.А.

Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины, Санкт-Петербург

Запор является одной из ключевых проблем современной терапии, поскольку является доказанным фактором риска большинства внутренних болезней. Однако хронофизиологические аспекты активности толстой кишки не учитываются в терапии больных с запором.

Цель данной работы: доказательство того факта, что учет циркадианных закономерностей активности кишечника может быть полезным для улучшения диагностики и для повышения эффективности терапии больных с запором. Задачи работы. Оценить зависимость регулярности ритма стула от его акрофазы. Сравнить парциальный вклад основных факторов риска (режим питания, двигательной активности, сна—бодрствования и режим акта дефекации) в возникновении запора. Оценить роль акрофазы ритма стула для нормализации циркадианного ритма эвакуаторной активности кишечника.

Материалы и методы. Хронофизиологически у 2501 медицинского работника исследована связь между регулярностью ритма стула и его акрофазой. Методом хроноэнтерографии и с помощью анкетирования по качеству жизни обследовано 145 лиц (28—75 лет) по основным факторам риска запора. У 64 пациентов с хроническим запором исследовано влияние форлакса на частоту стула и качество их жизни.

Результаты исследования. Хронофизиологически запор выявляется у 44% работающих лиц (у 1102 из 2501), при этом у лиц с запором вечерняя фаза ритма стула встречалась почти в 2 раза чаще утренней, а у лиц без запора, наоборот, утренняя фаза стула встречалась в 3 раза чаще вечерней. По частоте стула выделено три стадии запора: I стадия (легкая — 5—6 раз в неделю — 27% лиц), II — (умеренная — 3—4 раза/нд — 13% лиц), III — (тяжелая — 1—2 раза/нд — 4% лиц). Из 4 основных факторов риска запора вклад режима питания составил 15%, режима двигательной активности — 18%, режима сна—бодрствования — 19%, режима акта дефекации — 48%. Следовательно, нарушение режима циркадианного ритма стула является главным фактором риска запора. Изучение хроноэнтерограмм до и после лечения трех групп пациентов с запорами (I группа — без боли, II группа — с абдоминальным дискомфортом, III группа — с геморроем) показало повышение частоты ритма стула в среднем: до лечения 2—3 раза в нд, после лечения 5—6 раз в нд. До лечения утренний ритм стула наблюдался у 8—19% пациентов, а после лечения — у 80—86% пациентов. Эти сдвиги сопровождались повышением уровня качества жизни пациентов на 13—20%. Вывод: Учет циркадианного ритма

стула полезен для диагностики стадии тяжести запора и для оценки эффективности терапии.

Артериальная гипертензия при системных ревматических заболеваниях

Шилкина Н.П.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

Цель: определить значимость синдрома артериальной гипертензии (АГ) и его связь с аутоиммунным воспалительным процессом при системной красной волчанке (СКВ), системной склеродермии (ССД) и системных васкулитах (СВ).

Материал и методы. Обследованы 185 больных: 62 — с СКВ, 35 — с ССД и 88 — с СВ. Методы исследования включали изучение состояния иммунной системы с определением спектра аутоантител, маркеров поражения сосудистой стенки, активности ренина плазмы, концентрации альдостерона, катехоламинов, эхокардиоскопию, суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

Результаты. На ранних этапах развития ревматического процесса АГ диагностирована у 38,4% больных, на поздних стадиях заболевания — у 50,9% больных. При СКВ АГ встречалась у 57,8% пациентов, при ССД — у 52,3% и у 47,1% пациентов с СВ. Преимущественно имела место почечная артериальная гипертензия (56,9%). При СКВ АГ была связана с развитием люпус-нефрита и коррелировала со степенью активности по шкале SLEDAI ($p=0,04$). При умеренной активности АГ чаще встречалась у больных с антифосфолипидным синдромом. Острая или хроническая нефропатия сопровождалась АГ у больных ССД. При узелковом полиартериите (УП) развитие АГ на ранних стадиях связано с васкулитом, инфарктами почек, на поздних стадиях — с вторичным поражением клубочков. Вазоренальная гипертензия обусловлена образованием аневризм почечных сосудов. Гломерулонефрит при геморрагическом васкулите сопровождался АГ у 6,5% больных с поражением почек, определяя неблагоприятный прогноз заболевания. Патогенез АГ при неспецифическом аортоартериите включал реноваскулярные механизмы, нарушение центральной гемодинамики на фоне недостаточности аортального клапана, снижение церебрального кровотока. АГ при облитерирующем тромбангиите обусловлена инфарктами почек. Гранулематоз Вегенера характеризовался развитием ассоциированного с АНЦА гломерулонефрита с умеренно выраженной АГ. При РЗ с АГ имела место гиперактивация симпатоадреналовой системы с повышением уровня адреналина, норадреналина и ростом уровня ренина плазмы. Показатели СМАД четко коррелировали с поражением почек и активностью воспалительного процесса. Формирование синдрома АГ при РЗ может быть также связано с терапией глюкокортикостероидами и использованием нестероидных противовоспалительных препаратов. Заключение. Развитие АГ при аутоиммунных РЗ определяется не только классическими факторами риска, но и иммуновоспалительными процессами и связано с активностью основного патологического процесса.

Тромбоцитарный серотонин при различных факторах риска развития острого атеротромботического ишемического инсульта

Шилоносова И.В.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь

Введение. Ишемические инсульты связаны с воздействием разнообразных повреждающих факторов, включая высокое артериальное давление, холестеринемия, депрессию, диабет и др. Эти несвязанные между собой факторы риска могут быть объединены единой проблемой — относительным дефицитом серотонина (С) в мозге.

Цель исследования: проследить взаимосвязь концентрации тромбоцитарного С в остром периоде ишемического каротидного инсульта и факторов риска развития инсульта.

Материалы и методы. Обследовано 52 больных в остром периоде атеротромботического полушарного ишемического инсульта в возрасте 55-75 лет (средний — 66 лет), из которых 17 (33%) женщин и 35 (67%) мужчин. Пациенты были с различной локализацией и размерами очага инфаркта мозга (по данным нейровизуализации). У всех больных были выявлены факторы риска развития инсульта. Концентрация растворенного С в плазме крови, обогащенной тромбоцитами (ПОТ), определялась в нг/мл методом иммуноферментного твердофазного анализа с помощью тест-системы ELISA (Serotonin ELISA), Hamburg. Оценка уровня тревоги и депрессии проводилась по шкале Бека. В качестве группы контроля обследовано 19 человек с факторами высокого риска инсульта: АГ, ожирение, курение, гиперхолестеринемия, сахарный диабет 2 тип.

Результаты. В остром периоде инсульта (1-3 сутки) концентрация тромбоцитарного С составляла $160,38 \pm 94,94$ нг/мл и была достоверно ниже ($p=0,000001$) контрольной группы — $304,07 \pm 117,27$ нг/мл. Его дефицит сохраняется на 6-8 и 15-18 сутки, до конца острого периода. Получена достоверная корреляционная зависимость концентрации тромбоцитарного С от уровня глюкозы в крови больных инсультом: чем выше его уровень, тем ниже ($R=-0,5$) концентрация С в тромбоцитах ($p < 0,05$). Достоверная зависимость наблюдалась и между уровнем холестерина и концентрацией тромбоцитарного С: чем выше его уровень, тем меньше ($R=-0,49$) концентрация С в тромбоцитах ($p < 0,05$).

Выводы. Нарушение серотонинергической регуляции включается в патогенез ишемического инсульта. В условиях гиперхолестеринемии и нарушения углеводного обмена уменьшается транспорт С и нарушается чувствительность серотониновых рецепторов, что приводит к серотониновой недостаточности. Уже в остром периоде инсульта с исходно низким содержанием тромбоцитарного С могут быть связаны депрессивные нарушения у больных, свидетельствующие о снижении функциональной активности серотонинергической системы и требующие медикаментозной коррекции.

Влияние метотрексата на антибиотикорезистентность условно-патогенных бактерий

Шитов Л.Н., Романов В.А.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

К наиболее опасным и часто встречающимся осложнениям, развивающимся на фоне цитостатической терапии, относятся инфекции, возбудителями которых являются, главным образом, условно-патогенные представители микрофлоры организма. Одним из наименее изученных вопросов является прямое воздействие цитостатиков на биологические свойства бактерий. Вместе с тем препараты с цитостатическим механизмом действия являются ДНК-тропными агентами, проявляют выраженные мутагенные свойства и потенциально способны вызвать изменения свойств микроорганизмов.

Цель работы: оценить антибиотикорезистентность (АБР) условно-патогенных бактерий (УПБ), подвергшихся воздействию метотрексата (МТ) в опытах *in vitro* и *in vivo*.

Материалы и методы исследования. Использован коммерческий препарат «Веро-метотрексат», 1%-ный раствор натриевой соли МТ для инъекций (ЗАО «Верофарм», Москва). Эксперименты *in vitro* выполнены на музейных штаммах *S. aureus* ATCC 25923, *E. coli* ATCC 25922, *E. faecalis* ATCC 29212, *P. aeruginosa* ATCC 27853, *S. haemolyticus* 107, *K. pneumoniae* 119. Культивирование проводилось в течение 5 суток при 37°C в мясо-пептонном бульоне (МПБ), содержащем натриевую соль МТ в концентрациях 1, 10, 100 и 500 мг/л, а также в МПБ без добавления МТ. Исследования *in vivo* выполнены на беспородных белых мышах массой 30 ± 3 г. Контрольная и опытная группы состояли из 15 животных. МТ вводили внутривентрикулярно в дозировке 2,5 мг/кг в неделю за 2 приема с интервалом 24 часа в течение 6 недель. Выделение УПБ и оценку их АБР осуществляли общепринятыми бактериологическими методами.

Результаты. У мышей, получавших МТ, выделены резистентные штаммы, не встречающиеся у животных контрольной группы. У всех взятых для исследования *in vitro* штаммов УПБ имели место изменения АБР, выразившиеся преимущественно в повышении резистентности, в особенности при концентрациях МТ в среде культивирования 10 и 100 мг/л и в меньшей степени — при 1 и 500 мг/л. Выявленные изменения являются в большей мере ненаследуемыми; однако 37% полученных изменений — наследуемые.

Выводы. МТ оказывает прямое влияние на АБР УПБ, выраженность которого зависит от концентрации препарата. Выявленные эффекты могут существенно изменять структуру популяций бактерий по признаку АБР, что следует учитывать при выборе рациональной терапии инфекционных осложнений, развившихся у пациентов, получающих МТ.

Метаболический синдром и эндотелиальная дисфункция

Шижкин А.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Эндотелиальная дисфункция представляется важным звеном в патогенезе повреждение почек при метаболическом синдроме.

Цель исследования: исследование эндотелиальной дисфункции (ЭД) и функциональных характеристик почек у больных метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Нами было проведено исследование 150 пациентов в возрасте от 25 до 80 лет с метаболическим синдромом, которое включало кроме стандартного клинико-лабораторного анализа — исследование липидограммы, клиренс креатинина, мочевой кислоты, уровень гомоцистеина, микроальбуминурии (МАУ)), бета-2 микроглобулина, альфа-1микроглобулина (НС-протеина) и инструментальное (оценка сосудодвигательной функции эндотелия, определение показателей микроциркуляторного кровотока с помощью аппарата «МИНИМАКС — доплер») исследование. Изучение магистральных и интратенальных почечных артерий (сегментарные и междольевые) в проекции трех сегментов обеих почек для оценки внутрипочечного кровотока проводилось методом цветовой доплерографии с импульсной доплерометрией на приборе Aloka SSD-5500.

Результаты. Были обнаружены тесные корреляционные связи между уровнем МАУ и атерогенным потенциалом сыворотки крови (общий

холестерин, триглицериды), а также с индексом массы тела, что позволяет рассматривать МАУ как составляющую МС. Уровень мочевой кислоты у женщин составлял в среднем 381,0 мкмоль/л, то есть был повышен в 100% случаев. Уровень гомоцистеина плазмы в среднем составлял 14,28 мкмоль/л, (повышен у 36% пациентов). Повышение уровня МАУ было выявлено у 62%, что коррелировало с ЭД у данной группы пациентов при проведении пробы с реактивной гиперемией и косвенно с уровнем гомоцистеина плазмы. У пожилых пациентов МАУ коррелировала с маркерами эндотелиальной дисфункции и риском смерти от сердечно-сосудистых осложнений. При оценке сосудодвигательной функции эндотелия у 51,2% пациентов показатель прироста составлял < 10%, что свидетельствует об эндотелиальной дисфункции. У лиц старших возрастных групп значения индекса резистивности достоверно превышали таковые в группе пациентов более молодого возраста. Между значениями пульсационного индекса, индекса резистивности и ИМТ была выявлена достоверно значимая корреляционная связь (0,5 и 0,7 соответственно при $p < 0,05$), что свидетельствует о достаточно ранних изменениях почечной гемодинамики при метаболическом синдроме.

Выводы. Проведенные исследования показали важную роль дисфункции эндотелия в развитии повреждения почек при метаболическом синдроме. Связь МАУ и ИМТ подтверждает важность исследования уровня микроальбуминурии в качестве раннего диагностического теста при нефропатии у пациентов с МС. Эндотелиальная и почечная дисфункции при МС являются тесно ассоциированными состояниями и формируют порочный круг, приводящий к метаболическим и кардиоваскулярным нарушениям.

Провоспалительная цитокинемия и жесткость артериальной стенки у больных с метаболическим синдромом

Шишова А.С., Князева Л.И., Степченко М.А., Борисова Н.А., Лукашов А.А., Яковенко Л.В., Мещерина Н.С.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Цель исследования: изучение взаимосвязи между цитокинами провоспалительного действия и жесткостью артериального русла при сочетании артериальной гипертензии I—II ст. (АГ) с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Обследованы 98 больных АГ I—II ФК с МС в возрасте $39,6 \pm 2,8$ года, 28 женщин и 70 мужчин. Группу сравнения составили 24 больных АГ I—II ст. без признаков МС, 20 клинически здоровых лиц составили контрольную группу. МС определяли на основании критериев национального института здоровья США. Содержание ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α в сыворотке крови исследовали иммуноферментным методом (тест-системы ТОО «Протеиновый контур», Россия). Жесткость сосудистой стенки определяли с помощью монитора АД компании «Петр Телегин» и программного комплекса VPLab (Россия).

Результаты и обсуждение. У больных АГ I—II ст. в сочетании с МС определено увеличение в сыворотке крови концентрации ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α , статистически значимо превышавшее уровень данных цитокинов в группах контроля и сравнения. Исследование упруго-эластических свойств артериального русла показало, что у больных АГ I—II ст. в сочетании с МС имели место достоверно большее снижение эластичности (увеличение индекса аугментации — Ах, увеличение индекса ригидности — ASI) и повышение жесткости

сосудистой стенки (увеличение скорости распространения пульсовой волны — СРПВ). Проведенный корреляционный анализ выявил наличие достоверных прямых связей между уровнем ИЛ-6, ИЛ-1 β , ФНО-альфа и СРПВ ($r=0,43$; $r=0,47$; $r=0,51$ соответственно). Прямая корреляционная зависимость определена между сывороточной концентрацией ИЛ-6 и Ах ($r=0,41$, $p < 0,05$); ИЛ-1 β и Ах ($r=0,51$, $p < 0,05$); ФНО- α и Ах ($r=0,54$, $p < 0,05$). Установленные корреляционные связи отражают патогенетическую значимость провоспалительной цитокинемии в повышении жесткости сосудистой стенки у больных АГ I—II ст. с МС.

Выводы. Наличие у больных АГ на фоне МС сопровождается более высоким содержанием в сыворотке крови провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α) в сравнении с их уровнем у больных АГ без признаков МС. Повышение жесткости и снижение эластичности артериального русла при АГ с МС коррелирует с уровнем провоспалительной цитокинемии.

Инновационное решение взаимодействия служб поликлинического звена и кабинетов здоровья системы здравоохранения

Шорина Л.А., Гайдт М.А., Благодатов В.С.

Медицинский центр Министерства здравоохранения Омской области, Омск

В настоящее время остается актуальным раннее выявление социально значимых заболеваний (СЗЗ). Созданные центры и кабинеты здоровья при учреждениях здравоохранения проводят большую работу по обследованию населения и пропаганде здорового образа жизни. Вместе с тем зачастую результаты этих обследований не используются в дальнейшей работе участковой службой в силу многих причин. В связи с этим необходимо разработать алгоритм взаимодействия участковой службы с центрами (кабинетами) здоровья для своевременного выявления групп повышенного риска СЗЗ и динамического наблюдения за ними. С целью снижения риска возникновения СЗЗ в алгоритм взаимодействия целесообразно было бы включить: 1. Участие врачей кабинетов здоровья в проведении ежегодных профилактических медицинских осмотров, основной целью которых является распределение пациентов в группы риска СЗЗ, составление индивидуальных программ реабилитации и определение кратности последующих осмотров: низкий — 1 раз в 2 года; средний — 1 раз в год; высокий — 2 раза в год; 2. Передача пациентов из групп высокого риска СЗЗ участковым врачам-терапевтам 1 раз в неделю с последующим контролем со стороны заведующего терапевтическим отделением за качеством наблюдения ежемесячно; 3. Выделение 1 часа в неделю в графике работы участкового врача-терапевта для работы в кабинете здоровья (определение совместной тактики ведения пациентов, учет движения в группах риска); 4. Проведение еженедельной сверки участковыми медсестрами из смотрового, флюорографического, эндоскопического кабинетов лиц, подлежащих наблюдению в группах повышенного риска, с последующим ведением на терапевтическом участке и в кабинете здоровья. На наш взгляд, необходимо сместить центр усилий диспансерного наблюдения в группы риска возникновения патологии с проведением коррекции всех факторов риска СЗЗ, с проведением углубленного скрининга, с организацией консультирования пациентов профильными специалистами, с совместным динамическим наблюдением участковыми врачами, профильными специалистами, врачами кабинетов здоровья, обучение в школах здоровья. Таким образом,

создание такого алгоритма диспансерного наблюдения в группах высокого риска позволит в конечном итоге снизить риски СЗЗ и улучшить качество жизни пациентов.

Трофологический статус как критерий тяжести течения хронических диффузных заболеваний печени

Шубина М.Э.

Петрозаводский государственный университет, Больница скорой медицинской помощи, Петрозаводск

Цель работы: оценка трофологического статуса при хронических диффузных заболеваниях печени (ХДЗП). Обследовано 150 больных хроническим гепатитом (алкогольной этиологии — 57, вирусной HBV — 51, HCV — 42), из них на стадии хронического гепатита (ХГ) — 68, цирроза печени (ЦП) — 82. Диагноз верифицирован на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных. Оценивались: степени фиброза (фибротесты, эластография); тяжесть эндогенной интоксикации (лейкоцитарные индексы); прогностические критерии (индекс Malatak, дискриминантная функция Maddray, GAN5); трофологический статус (индекс Кетле II, жировая компонента, соматический и висцеральный пул белка); нутриционные прогностические индексы (нутриционный индекс риска (НИР), прогностический индекс гипотрофии (ПИГ).

Результаты. Установлено наличие признаков белково-энергетической недостаточности (БЭН) у всех больных ХДЗП. Тяжесть БЭН прогрессивно нарастает от стадии ХГ к ЦП. Независимо от этиологии ХДЗП при прогрессировании заболевания прослеживается стадийность развития трофологической недостаточности: вначале истощается висцеральный пул белка, затем расходуется соматический и лишь потом — энергетическое депо. Вместе с тем выявлено влияние этиологического фактора на скорость истощения пулов: при вирусной этиологии в более ранние сроки развивается дефицит жирового депо, а при алкогольной — соматического. Выявлена прямая корреляционная зависимость между степенью выраженности БЭН, тяжестью течения гепатита и активностью патологического процесса. Более тяжелые формы БЭН ассоциированы с худшим прогнозом (неблагоприятные значения прогностических индексов и достоверно более высокая летальность). Пациенты с выраженной трофологической недостаточностью требуют более длительного и частого стационарного лечения.

Выводы. 1. Трофологический статус является важным критерием оценки тяжести течения ХДЗП. 2. Признаки БЭН появляются на доцирротической стадии, характеризуются этапностью. 3. Ранняя диагностика и коррекция БЭН способны улучшить прогноз и повысить выживаемость пациентов, минимизировать экономические потери.

К проблеме сердечно-сосудистого и почечного континуума

Шуркевич А.А., Зюбина Л.Ю., Татарина К.С., Андреев В.М., Годик С.Д.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Цель исследования: оценить частоту поражения почек и их структурно-функциональное состояние у больных на разных этапах АГ.

Материал и методы исследования. Изучено структурно-функциональное состояние почек у 110 больных с АГ (ОАМ, креатинин, мочевины, скорость клубочковой фильтрации, УЗИ почек). Средний возраст больных 64,6±10,8 лет. Пациенты классифицированы по степени АГ, стратифицированы по риску: 1 группа (33,6%) — с АГ, 2-я группа (53,7%) — в сочетании с ИБС, 3 группа (8,2%) — сочетание АГ, ИБС и СД и 4 группа (4,5% случаев) — с АГ и СД.

Результаты исследования. Выявлено, что в 1-ой группе количество пациентов, страдающих хронической болезнью почек (ХБП), составило 81,1% случаев, из них с 1 стадией — 36,7%, со 2 ст. — 56,7% больных, а с 3 ст. — у 6,6%. Во второй группе число больных с ХБП определялось несколько меньше (74,6%), в то же время значительно увеличилось число больных со 2—4 стадиями: 68,2%, 13,6% и 2,3% случаев, соответственно, а с 1-й ст. более чем в 2 раза больных стало меньше (15,9%). Значительное количество пациентов с ХБП выявлено в 3-й группе больных (у 88,9%) с той же закономерностью, что и в предыдущей группе: 1 ст. определена у 37,5% больных, а остальные 2-4 ст. (25%, 25%, 12,5%, соответственно). В 4-й группе пациентов ХБП выявлена в 80% случаев, преимущественно во 2-й стадии (75%), у остальных — 1 ст. Также прослеживается четкая корреляционная взаимосвязь между увеличением степени АГ, риском и частотой развития структурно-функциональных нарушений почек и их тяжестью. При АГ 1 ст. ХБП страдает 4,6%, из них ХБП 2 ст. — 80% и ХБП 3 ст. — 20%; АГ 2 ст. — ХБП у 33,6% при этом ХБП 1 ст. — у 8,1%, ХБП 2 и 3 ст. — у 54% и 5,4% больных, соответственно; АГ 3 ст. — ХБП у 61,8%, из них ХБП 1 ст. — у 21,2%, ХБП 2, 3 и 4 ст. — у 50%, 10,6% и 3% пациентов, соответственно. Таким образом, показанная высокая частота патологии почек в сердечно-сосудистом континууме подтверждает необходимость раннего обследования мочевыделительной системы, диагностики хронической болезни почек и оптимального лечения.

Острое повреждение почек в практике терапевта. Критерии RIFLE или AKIN?

Шутов А.М., Мензоров М.В., Астапенко Е.А., Серов В.А., Савинова Г.А., Киселева Т.С.

Ульяновский государственный университет, Центральная городская клиническая больница, Клиническая больница № 172, Ульяновск, Димитровград

Цель: Оценить возможности критериев RIFLE и AKIN для диагностики острого повреждения почек (ОПП) в практике терапевта, уточнить связь ОПП с внутригоспитальной летальностью на примере геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) и острого инфаркта миокарда.

Материалы и методы. В 2008—2010 гг. в блоке интенсивной кардиологии Центральной городской клинической больницы г.Ульяновска 165 больным (мужчин — 134, женщин — 31, средний возраст 57±10 лет) с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМнST) был проведен тромболизис и оценено ОПП. В это же время в блоке интенсивной терапии инфекционного отделения обследовали 102 больных ГЛПС (мужчин — 90, женщин — 12, средний возраст 40±13 лет). Диагноз ГЛПС подтвержден методом непрямой иммунофлюоресценции. ОПП диагностировали по критериям RIFLE и AKIN по креатинину сыворотки RIFLE(кр) и AKIN(кр) и диурезу RIFLE(д) и AKIN(д). За исходный принимали креатинин, соответствующий расчетной скорости клубочковой фильтрации 75 мл/мин/1,73м². Диурез определяли, основываясь на самостоятельном мочеиспускании больных.

Результаты. Тромболизис был эффективен у 115 (70%) больных ОИМпСТ. Согласно классификации RIFLE(кр), выявлены следующие классы повреждения почек: у 75 пациентов — Риск, у 11 — Повреждение, у 1 — Недостаточность. Согласно критериям AKIN(кр) у 81 больных диагностирована 1 стадия, у 17 — 2 стадия и у 2 — 3 стадия ОПП. Согласно критериям AKIN(д) ОПП наблюдалось у 56 (34%) пациентов. Гемодиализ потребовался только 1 больному, у которого была 3 стадия по AKIN(кр). Внутригоспитальная летальность больных ОИМпСТ с ОПП по AKIN(кр) и без ОПП достоверно не различалась ($p=0,66$). В то же время среди больных ОИМпСТ с ОПП по AKIN(д) внутригоспитальная летальность была выше, чем у больных без ОПП ($p=0,0004$). Логистический регрессионный анализ показал, что ОПП по AKIN(д) было независимо ассоциировано с внутригоспитальной летальностью (относительный риск 17,1; 95% ДИ 2,0–146,5; $p=0,006$). У больных ГЛПС согласно критериям RIFLE(кр), ОПП диагностировано у 98 (96%), по критериям AKIN(кр) — у 99 (97%) больных. Согласно критериям RIFLE(д) и AKIN(д) ОПП наблюдалось у 27 (26,4%) пациентов. Гемодиализ проводили 1 больному с RIFLE(F), 3 стадией по AKIN(кр). Летальных исходов не было. Пациенты группы RIFLE (Недостаточность) не отличались по возрасту от RIFLE(Риск), но имели большую длительность стационарного лечения (разница — 1,7 дней, $P=0,004$).

Выводы. Критерии RIFLE и AKIN позволяют диагностировать и оценить ОПП у больных ОИМпСТ и ГЛПС, при этом по критериям AKIN(кр) ОПП диагностируется чаще, за счет 1 стадии. Оценка по диурезу позволяет идентифицировать почти вдвое меньше пациентов с ОПП, однако обладает большей прогностической значимостью.

Анализ выполнения стандартов лечения артериальной гипертензии

Шутраев А.И., Прибылова Н.Н., Харченко А.В.

Курская областная клиническая больница № 1, Курск

Цель: провести анализ выполнения стандартов лечения артериальной гипертензии (АГ) в условиях госпитальной кардиологической практики.

Материалы и методы. Изучены материалы 100 историй заболеваний пациентов (44 мужчин и 56 женщин) в возрасте 28–74 лет (средний возраст $45,6 \pm 6,3$ лет), лечившихся госпитально в кардиологическом отделении, у которых при клиническом обследовании исключены вторичные формы АГ и диагностирована эссенциальная АГ (гипертоническая болезнь) I, II или III стадии. Уровень артериального давления (АД) при поступлении соответствующий 1-й степени АГ наблюдался у 20% пациентов, АГ 2-й степени — у 43%, АГ 3-й степени — у 31%, изолированная систолическая АГ — у 6%. Длительность АГ составляла $9,3 \pm 1,3$ года. Среднее количество койко-дней 12,2.

Результаты. Всем больным для контроля за АД назначалась терапия основными группами антигипертензивных препаратов. Установлено, что наиболее часто в лечении АГ применялись ингибиторы АПФ-84% (эналаприл-45%, лизиноприл-31%, периндоприл-22%), β -адреноблокаторы получали 70% обследованных (64%-бисопролол, 28%-метопролола сукцинат, 8%-метопролола тартрат), антагонисты кальция получали 47% пациентов (амлодипин-92%, нифедипин-8%), антагонисты рецепторов АТII-12%. В 70% использовались диуретики, преимущественно индапамид-69% и гидрохлортиазид-24%. Дополнительно в 4% случаев назначался агонист имидазолиновых рецепторов моксонидин. Назначение препаратов в фиксированных комбинациях составило 21%. Однокомпонентную гипотензивную

терапию (ГТ) получали 4% больных, двойную ГТ — 24%, трехкомпонентную ГТ — 47% и 25% — четырехкомпонентную ГТ. Антиагреганты получали 19% пациентов, статины 22%. К моменту выписки из стационара эффективность антигипертензивной терапии по критерию достижения целевого уровня АД < 140/90 мм рт.ст. при 1-й степени повышения АД составила 96%, при 2-й степени — 84%, и при 3-й степени — 73%, а по всей группе больных — 81%.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ показал, что в условиях госпитальной кардиологической практики используются современные схемы лечения АГ, что может говорить о внедрении принципов доказательной медицины в лечебный процесс.

Предикторы отдаленных событий пациентов с ИБС и гипертонической болезнью

Щапова Н.Н., Омеляненко М.Г.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Цель: изучение психоэмоциональных нарушений и маркеров эндотелиальной дисфункции пациентов с ИБС и гипертонической болезнью (ГБ) для определения предикторов отдаленных сердечно-сосудистых событий.

Материалы и методы. На базе отделения неотложной кардиологии проведено стандартное клиническое обследование 124 пациентов с ИБС и ГБ. Психоэмоциональный статус определялся с помощью опросника Ридера по определению уровня стресса и психоэмоционального напряжения, опросника HADS по определению наличия тревожно-депрессивных состояний. Для оценки функционального состояния эндотелия выполнялось определение суммарной концентрации нитрит- и нитрат-ионов, количества циркулирующих десквамированных эндотелиоцитов в плазме крови (ДЭ), проба с реактивной гиперемией для оценки эндотелий-зависимой вазодилатации. Для определения предикторов и создания прогностической модели развития сердечно-сосудистых осложнений использовался алгоритм одномерного ветвления по методу CART.

Результаты. Анализ исходов по конечным точкам за период динамического наблюдения в течение года выявил следующие отдаленные события: инфаркт миокарда — у 6 пациентов, госпитализация по поводу нестабильной стенокардии — у 10 пациентов, повышение функционального класса стенокардии напряжения со II до III — у 8 пациентов, дестабилизация течения гипертонической болезни — 7 пациентов. В прогностическую модель вошли 4 информативных признака из 60 проанализированных. Каждой из предикторных переменных приписывался ранг по шкале от 0 до 100 в зависимости от степени ее влияния на отклик зависимой переменной. Оказалось, что уровень стресса, тревоги и депрессии пациентов имели большую значимость, а число ДЭ — относительно небольшую. Согласно прогностической модели предикторами развития отдаленных событий у больных с ИБС и ГБ явились: уровень тревоги $\geq 9,5$ баллов; уровень депрессии $\geq 9,5$ баллов; уровень стресса $\leq 1,43$ балла; число ДЭ в плазме $\geq 11,5$ кл/мкл. Чувствительность классификационной модели составила 94,7%, специфичность — 94,5%, безошибочность — 95,8%, ложноотрицательные результаты — 4,7% и ложноположительные результаты — 5,2%.

Выводы. Таким образом, в качестве предикторов, оказывающих влияние на отдаленный прогноз больных с ИБС и ГБ, в настоящее время наряду с традиционными факторами риска все большую значимость приобретает состояние психоэмоционального статуса и эндотелиальной функции пациентов.

Оценка приверженности к лечению больных, перенесших острый инфаркт миокарда

Щеглова Е.В., Боева О.И., Знаменская И.А., Ромашкина Т.В.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь

Цель исследования: изучить приверженность к лечению пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда. Задачи: установить точность соблюдения больными рекомендаций по медикаментозному лечению и выявить причины недостаточной приверженности к терапии.

Материалы и методы. В исследование включались пациенты со стабильной стенокардией и постинфарктным кардиосклерозом (давность инфаркта — 1—3 года). COMPLAINTность оценивали на основании теста Мориски-Грина. Причины невыполнения рекомендаций выясняли в личной беседе с больными.

Результаты. Исследованы 56 мужчин и 22 женщины (возраст $56 \pm 7,7$ лет) со стабильной стенокардией II (52%) и III (48%) функциональных классов (ФК). Большинство из них имели высшее (38%) и средне-специальное (36%) образование. Всем больным ранее назначалось лечение соответствующее рекомендациям ВНОК. Высокая приверженность к терапии выявлена у 35 (45%) больных. Причинами снижения комплаенса были: непонимание необходимости лечения — 28 (36%), непонимание необходимости непрерывного приема лекарств — 26 (33%), опасения по поводу «большого» количества препаратов — 25 (32%), недоверие к врачу — 13 (14%), финансовые проблемы — 11 (14%), забывчивость — 6 (8%), развитие побочных эффектов — 2 (3%). Чаще всего пациенты отказывались от приема статинов (38% случаев) и β -адреноблокаторов (25%); реже прекращали принимать ингибиторы АПФ (10%), большинство обследуемых (95%) постоянно принимали аспирин. Выделены группы с высоким (35 человек), и низким (43 человека) комплаенсом. Средний возраст пациентов в обеих группах не различался. В группе с низким комплаенсом было значительно больше женщин (47% против 10%; $p < 0,01$) и пациентов с II ФК стенокардии (55% против 30%, $p < 0,05$). Различий приверженности к лечению в зависимости от уровня образования не выявлено. Однако образованные люди реже отмечали проблемы с финансами, страх перед большим количеством лекарств и были лучше осведомлены о необходимости постоянного приема препаратов. Пациенты со средним образованием доверяли врачам, но мало знали о своей болезни и чаще других ссылались на финансовые проблемы. Люди со средне-специальным чаще всего не доверяли врачам.

Выводы. Более половины больных, перенесших ОИМ, имеют низкую приверженность к лечению, особенно это относится к приему статинов и β -адреноблокаторов. Женщины имеют более низкий комплаенс, чем мужчины. Приверженность к лечению растет по мере прогрессирования симптомов ИБС. Причины снижения комплаенса различаются в зависимости от уровня образования пациентов.

Клинико-функциональное ремоделирование легких при циррозе печени и влияние на него различных методов лечения

Щекотов В.В., Воробьева А.А., Барламов П.Н.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь

Цель исследования: оценить функцию легких при циррозе печени (ЦП) и влияние на нее консервативного и хирургического методов лечения портальной гипертензии.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 83 историй болезни пациентов с ЦП показал, что 33 (39,7%) больных жаловались на одышку, которую нельзя было объяснить сопутствующей патологией. Детально обследовано 43 больных ЦП разной степени активности. Наряду с обычным обследованием до и после лечения при помощи комплекса «Валента» определяли жизненную емкость легких (ЖЕЛ), функциональную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) и индекс Тиффно (ИТ). Первую группу составили 25 больных ЦП средней степени активности с портальной гипертензией, которые получали консервативную терапию (β -адреноблокаторы, ингибиторы протонной помпы, гепатопротекторы, диуретики). Восемнадцати пациентам (вторая группа) проведено портосистемное шунтирование методом туннелирования печени по Ишенину. Статистическая обработка результатов была проведена при помощи пакета прикладных программ Statistica for Windows, Release 6.0. Все численные данные представлены как $M \pm \sigma$.

Результаты. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) в первой группе ($65,5 \pm 13,9\%$ к должной) до лечения была ниже ($P < 0,05$), чем во второй группе ($74,0 \pm 13,27\%$). Однако после выполнения операции ЖЕЛ резко снизилась ($56,6 \pm 16,6\%$), что связано с ранним послеоперационным восстановительным периодом. Через 6 месяцев отмечено значимое ($P < 0,05$) увеличение ЖЕЛ ($81,3 \pm 10,7\%$) по сравнению с показателем до операции. Остальные данные спирограммы существенно не отличались ни между группами, ни в динамике.

Выводы. При циррозе печени наблюдается клинико-функциональное ремоделирование легких, проявляющееся одышкой и рестриктивными вентиляционными нарушениями. В отдаленном периоде (спустя 6 месяцев) после туннелирования печени наблюдается нормализация вентиляции легких. После консервативной терапии достоверной нормализации вентиляционной функции легких не происходит. Статья подготовлена при поддержке гранта р_офи — № 09-04-99076 «Разработка подходов к диагностике печеночной недостаточности на основе анализа химического состава выдыхаемого воздуха».

Психовегетативные нарушения при хроническом гепатите и циррозе печени

Щекотов В.В., Щекотова А.П.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь

Цель работы: оценить психовегетативный статус у больных хроническим вирусным гепатитом С (ХГС) и циррозом печени (ЦП).

Материалы и методы. Обследованы 30 больных с ХГС и 20 с ЦП в исходе ХГС. Группа сравнения — 10 практически здоровых женщин. Изучение структуры тревоги (Т) и депрессии (Д) проводилось по госпитальной шкале тревоги и депрессии, вегетативная дистония (ВД) — по схеме А.М. Вейна.

Результаты. Признаки Т и Д по сравнению с группой практически здоровых лиц были достоверно выше при ЦП: $9,82 \pm 2,36$ ($p = 0,09$) и $8,28 \pm 4,7$ ($p = 0,02$) соответственно. ВД отмечались в 71,5% случаев в группе контроля, при ХГ — в 91,3%, при ЦП — у 100%. Выраженность вегетативных нарушений в баллах достоверно отличалась между группой контроля и группами пациентов: $38,91 \pm 16,08$ при ХГС ($p = 0,033$) и $49,6 \pm 18,1$ ($p = 0,000$) при ЦП. При ХГС выявлены прямые корреляции выраженности Т и Д (0,031), Т и ВД (0,008), Д и ВД (0,05). У пациентов с ЦП достоверные взаимосвязи Т и Д (0,07).

Выводы. У больных хроническими диффузными поражениями печени вирусной этиологии выраженность психоvegetативных нарушений зависит от тяжести поражения печени: более значимые изменения отмечают при ЦП, чем при ХГС.

Сравнительная эффективность комбинированной терапии у больных артериальной гипертензией

Щекотов В.В., Антипова А.А., Пунтус Е.В.

Медико-санитарная часть № 1, Пермь

Цель работы: оценить влияние комбинированной терапии на функциональное состояние эндотелия, центральную гемодинамику (ЦГ) у больных с гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы. Объем наблюдений составил 40 больных ГБ II стадии, 1 степени, риск 3. Больные были разделены на две группы — пациенты первой группы (20 больных) получали комбинированную терапию лизиноприлом (20 мг) и гидрохлортиазидом (12,5 мг) (Ирузид (Белупо, Хорватия)), пациенты второй группы (20 больных) — терапию трандолаприлом и верапамилом (2 мг и 180 мг соответственно) (Тарка (Эббот, Германия)). Продолжительность терапии составила 3 месяца. Проводилось определение количества десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) в крови (J. Hladovec, 1978). Фактор Виллебранда (ФВ) определяли в плазме крови методом иммуноферментного анализа с использованием моноклональных антител (Торопов Б.Г. и соавт., 1990). Скорость распространения пульсовой волны в артериальных сосудах измеряли при помощи пальцевой фотоплетизмографии (ФПГ) аппаратно-программным комплексом Pulse Wave. Импедансометрию проводили с помощью аппаратно-программного диагностического комплекса «Полиреокардиограф — 01».

Результаты. На фоне проводимой терапии в обеих группах отмечалось улучшение гемодинамического статуса: достоверное снижение систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД), постнагрузки (ОПС сосудов), увеличение ударного объема (УО). Максимально эффект терапии проявился у пациентов леченных Таркой, что проявилось в снижении САД на 11,5%, ДАД на 9,5%, УО увеличился на 22,3% от исходного уровня. Меньшее влияние на показатели центральной гемодинамики оказал Ирузид. Адекватная комбинированная антигипертензивная терапия на протяжении 3 месяцев привела к оптимизации функционального состояния эндотелия сосудов. В обеих группах наблюдалось снижение количества ДЭ. Так, в группе Ирузида показатель снизился с $6,84 \pm 1,9 \times 10^4/\text{л}$ до $5,38 \pm 1,81 \times 10^4/\text{л}$ ($p < 0,05$), а в группе Тарки с $5,68 \pm 1,86 \times 10^4/\text{л}$ до $4,54 \pm 1,35 \times 10^4/\text{л}$ ($p < 0,05$). Показатель функции эндотелия (ПФЭ) увеличился в группе Ирузида с $7,61 \pm 4,0\%$ до $11,23 \pm 5,6\%$ ($p < 0,05$), в группе Тарки с $11,63 \pm 5,64\%$ до $15,54 \pm 5,15\%$ ($p < 0,05$). Уровень ФВ у больных обеих групп изменился не достоверно.

Выводы. Современные комбинированные антигипертензивные препараты обладают достаточно высокой эффективностью в достижении суррогатной цели — снижения АД до целевого уровня. Адекватная антигипертензивная терапия с использованием комбинированных препаратов оказала положительное влияние на гемодинамический профиль больных ГБ, что выразилось в достоверном снижении ОПС и повышении сердечного выброса. В обеих группах отмечалась оптимизация функционального состояния эндотелия сосудов как по уровню ДЭ ($p < 0,05$), так и по ПФЭ ($p < 0,05$).

Клиническая значимость и возможности коррекции ортостатических нарушений при артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом

Щекотов В.В., Шанько О.В., Киселева Н.Л.

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь

Цель исследования: охарактеризовать особенности диабетической нефропатии и когнитивных функций у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 1 типа, осложненного ортостатической гипотонией (ОГ) и оценить возможность применения венопротектора для коррекции когнитивных нарушений и диабетической нефропатии (ДН).

Материалы и методы. Обследованы 60 больных СД 1 типа в сочетании с АГ. Обязательным условием включения пациентов в исследование являлось наличие ОГ. Средний возраст больных составил $46,01 \pm 1,09$ лет. ДН была диагностирована у всех больных, из них в стадии протеинурии (ПУ) с сохраненной азотовыделительной функцией почек — 20 %, в стадии микроальбуминурии (МАУ) — 80 %. Проводилась ортостатическая проба по Schellong. Микроальбуминурию (МАУ) оценивали с помощью тест-полосок Micral-Test 11 в ортостатической пробе. Нейропсихологическое исследование включало в себя тест-ММСЕ, пробу на запоминание 10 слов, тест Спилбергера Ч. Д., Ханина Ю. Л., опросник Бека. В зависимости от программы терапии пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу, длительности заболевания. Больные обеих групп получали в качестве базисной терапии интенсифицированную инсулинотерапию и гипотензивную терапию эналаприлом. Дополнительно пациенты второй группы получали венопротектор (коммерческое название «Детралекс», фирма Servier, Франция). Длительность лечения составила 30 дней. Больные обследованы до и через 30 и 60 дней терапии.

Результаты. При подборе индивидуальной дозы эналаприла у всех больных удалось добиться целевого уровня АД в обеих группах. В 1 группе были отмечены побочные эффекты антигипертензивной терапии в виде усиления субъективных признаков постуральной гипотензии. Во второй группе достоверно уменьшились субъективные признаки постуральной гипотензии и степень снижения АД в ортостатическом положении. До лечения отмечалось достоверное увеличение уровня МАУ в условиях проведения ортостатической пробы ($p > 0,05$). После курса терапии ингибитором АПФ в 1 группе было зафиксировано достоверное увеличение уровня МАУ в ортостатической пробе через 1 и 2 месяца от начала лечения ($p < 0,0001$). Во второй группе было выявлено значительное снижение уровня МАУ в пробе в сопоставимые сроки ($p < 0,001$). При нейропсихологическом тестировании по шкале ММСЕ у больных АГ на фоне СД 1 типа в сочетании с ОГ показатели находились ниже границы нормы. После комплексной терапии в группе, получавшей комбинированную терапию в сочетании с венопротектором, при оценке когнитивных функций по шкале ММСЕ было выявлено увеличение суммарного балла на 1,1 ($p < 0,001$), а также улучшение кратковременной, долговременной вербальной и зрительной памяти. Нормализовалась психоэмоциональная сфера.

Заключение. Ортостатическую недостаточность у больных СД 1 типа следует рассматривать как фактор повреждения органов-мишеней, который можно корригировать путем проведения венопротекторной терапии.

Показатели макроэргических фосфатов в крови больных первичной подагрой с синдромом артериальной гипертензии

Щербачева О.А., Кушнарченко Н.Н., Говорин А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель: изучить показатели системы «АТФ-АДФ-АМФ» в эритроцитах крови у больных первичной подагрой с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Обследованы 117 больных первичной подагрой, средний возраст которых составил 42 [34; 46] года. Диагноз подагры выставлен на основании классификационных критериев по Wallace S.L., 1977. Группа контроля — 29 здоровых мужчин соответствующего возраста. В эритроцитах крови изучено содержание АТФ (Явербаум П.М. и соавт., 1984), АДФ, АМФ (Bergmeyer H.U., 1965). Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) осуществляли с помощью аппарата «АВРМ» фирмы Meditech (Венгрия) с использованием программного обеспечения Medibase. Уровень мочевой кислоты (МК) сыворотки крови определяли с помощью ферментативного колориметрического теста с использованием реакции с уриказой (HUMAN, Германия).

Результаты. На основании показателей СМАД были выделены 2 группы пациентов: 1-я — с нормальным уровнем АД (18 мужчин) и в сочетании с АГ (99 мужчин) — 2-я группа. Больные первичной подагрой с АГ отличались более длительным течением заболевания, имели более высокий уровень МК сыворотки крови по сравнению с больными подагрой с нормальным АД ($p < 0,05$). У пациентов 1-й группы АТФ уменьшалось в 1,3 раза, а у больных 2-й — в 2,1 раза по сравнению с контролем. В свою очередь, показатели АТФ у лиц с наличием АГ снижались на 37% по сравнению с группой нормотоников ($p < 0,05$). Уровень АДФ в эритроцитах крови пациентов с подагрой 1-й и 2-й групп был меньше на 16% и 23%, соответственно, при этом внутри исследуемых групп была выявлена статистически значимая разница ($p < 0,05$). Уровень АМФ у всех больных подагрой превышал показатель контроля на 29% и 112%, соответственно, при этом выявлены статистически значимые различия среди исследуемых групп ($p < 0,05$). Коэффициент НЭЖК/АТФ увеличивался в 3,7 раза у пациентов с АГ и в 1,6 раза у мужчин без АГ по сравнению со здоровыми лицами. Показатель НЭЖК/АТФ пациентов 2-й группы превышал таковой больных без АГ в 2,3 раза ($p < 0,05$). При проведении корреляционного анализа установлено, что ряд показателей энергетического метаболизма миокарда (АМФ, коэффициент НЭЖК/АТФ) положительно взаимосвязаны с концентрацией МК (коэффициенты корреляции от 0,42 до 0,58, $p < 0,05$), в то же время такие параметры, как АТФ и АДФ, отрицательно коррелировали с уровнем урикемии (коэффициенты корреляции от -0,38 до -0,46, $p < 0,05$).

Выводы. У пациентов с первичной подагрой зафиксированы существенные сдвиги в системе АТФ-АДФ-АМФ. Максимальные нарушения энергетического метаболизма выявлены у больных первичной подагрой с наличием АГ и патогенетически взаимосвязаны с уровнем урикемии.

Клинические особенности первичной подагры в сочетании с артериальной гипертензией

Щербачева О.А., Кушнарченко Н.Н., Говорин А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Цель: проанализировать клинические особенности заболевания у больных первичной подагрой с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Обследованы 117 больных первичной подагрой, средний возраст которых составил 42 [34; 46] года. Диагноз подагры выставлен на основании классификационных критериев по Wallace, 1977. Мочевую кислоту (МК) сыворотки крови определяли с помощью ферментативного колориметрического теста с использованием реакции с уриказой (HUMAN, Германия). Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) осуществляли с помощью аппарата «АВРМ» фирмы Meditech (Венгрия) с использованием программного обеспечения Medibase. Критерием исключения явилось наличие вторичной подагры, острого подагрического артрита, ишемической болезни сердца, сахарного диабета, гипертонической болезни, острых воспалительных и хронических заболеваний в стадию обострения, прием нестероидных противовоспалительных средств и аллопуринола. Всем пациентам проводилось тщательное общеклиническое, лабораторное и инструментальное обследование, визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ).

Результаты. На основании показателей СМАД были выделены 2 группы пациентов: 1-я — с нормальным уровнем АД (18 мужчин, возраст которых составил 41,5 [36,0; 48,5] лет), и в сочетании с АГ (99 мужчин) — 2-я группа (51,0 [45,0; 54,0] год). Выявлено, что больные первичной подагрой с АГ отличались более длительным течением заболевания (8,0 [5,0; 15,0] и 3,0 [2,0; 4,0], соответственно ($p < 0,05$)). Мужчины, страдающие первичной подагрой в сочетании с АГ, имели более высокий уровень МК сыворотки крови по сравнению с больными подагрой с нормальным АД (522,0 [464,0; 610,0] и 476,0 [426,0; 514,0] мкмоль/л, соответственно ($p < 0,05$)). Медиана вовлеченных в воспалительный процесс суставов у пациентов с подагрой с АГ составила 5,0 [2,0; 7,0], что превышало таковую у больных подагрой с нормальным АД (2,0 [1,0; 2,0]), ($p < 0,05$). Мужчины с подагрой с АГ в течение последнего года наблюдения чаще демонстрировали атаки подагрического артрита (3,0 [2,0; 7,0] и 2,0 [0,5; 2,0], соответственно) и выраженность болевого синдрома, оцениваемого по шкале ВАШ, по сравнению с нормотониками (44,5 [37,0; 55,0] и 38,5 [33,5; 47,0] мм, соответственно).

Выводы. Таким образом, у больных первичной подагрой в сочетании с АГ выявлены наиболее выраженные клинические признаки заболевания и уровень урикемии.

Сочетание метаболического синдрома и алкогольного цирроза печени

Эседов Э.М., Абасова А.С., Мурадова В.Р.

Дагестанская республиканская клиническая больница, Махачкала

Метаболический синдром (МС), описанный Reaven G. (1988 г.), включает инсулинорезистентность, гиперинсулинемию, сахарный диабет 2-го типа (СД2), артериальную гипертензию, абдоминальное ожирение, дислипидемию; к признакам этого синдрома относят также стеатогепатоз / стеатогепатит, гиперурикемию. МС встречается и у взрослых, и в детском возрасте. Поскольку при МС наблюдается полиорганное поражение разной степени тяжести, клинический интерес представляет, насколько соотносится фоновое состояние составляющих МС и развитие самостоятельного поражения других органов, которое непосредственно не обусловлено этим синдромом. В связи с этим представляет интерес развитие алкогольной болезни на фоне МС. За последние три года под наблюдением находились пять больных (мужчины в возрасте 51—63 г.) алкогольным циррозом

печени, которому предшествовал МС. Алкогольный цирроз печени и МС были верифицированы клиническими, лабораторными и инструментальными методами исследования. Прогрессирование поражения печени с исходом в цирроз развилось в результате злоупотребления алкоголем (1—1,5 л водки 3—4 раза в неделю на протяжении в среднем 19 лет). Нарастание тяжести состояния больных было связано с прогрессированием алкогольного поражения печени, т.е. у больных МС систематическое употребление алкоголя было фактором ускорения развития цирроза печени. Цирроз печени характеризовался выраженными клиническими признаками (доминировали гепатоцеребральный и гепаторенальный синдромы), высокой активностью цитолитического и холестатического синдромов, нарушением липидного и белкового обмена. Не выявлено параллели между тяжестью цирроза печени и степенью декомпенсации СД2; при субкомпенсированном течении СД2 проявления печеночной недостаточности были более выраженными. При сочетании МС и цирроза печени эффективность терапии СД2 сохраняется, однако позитивный результат нестабильный.

Суточное мониторирование ЭКГ в оценке длительности QT интервала у пациентов с малыми аномалиями сердца

Ягода А.В., Григорян Я.С., Гладких Н.Н.

Ставропольская государственная медицинская академия, Краевой клинический кардиологический диспансер, Ставрополь

Цель: определить роль суточного мониторирования ЭКГ (СМЭКГ) в диагностике удлинения/укорочения интервала QT у пациентов с малыми аномалиями сердца (МАС).

Материал и методы. Обследованы 128 пациентов (78 мужчин, 50 женщин, средний возраст $22,8 \pm 0,3$ лет). МАС были представлены аномальными хордами, пролапсами митрального и трикуспидального клапанов, открытым овальным окном, аневризмами перегородок, двустворчатым аортальным клапаном, а также единичными случаями дополнительных папиллярных мышц, диагональной трабекулы, аневризмы синусов Вальсальвы, пролапса аортального клапана, подклапанной мембраной аорты, увеличенной евстахиевой заслонки. МАС встречались как одиночные варианты (38,3% случаев) и как сочетания по 2-5 (61,7%). ЭКГ регистрировали на электрокардиографе Shiller AT-1. Абсолютную величину QT сравнивали с нормативными значениями в зависимости от частоты сердечных сокращений и пола. Корректированный QT (QTc) интерпретировали в соответствии с рекомендациями European Agency for the Evaluation of Medical Products. По данным СМЭКГ («Кардиотехника-04») оценивали автоматические измерения длительности QTc. Определяли χ^2 , достоверными считали различия при $p \leq 0,05$.

Результаты. Отклонение от нормативных лимитов длительности QT выявлено у 49 (38,3%, $p < 0,05$) пациентов с МАС. При этом на ЭКГ покоя пограничное удлинение QTc (430—450 мс у мужчин и 450—470 мс у женщин) установлено у 23 (46,9%) пациентов, удлинение (>450 мс у мужчин и >470 мс у женщин) — у 12 (24,5%), укорочение QT (<340 мс у мужчин и женщин) — у 5 (10,2%) и патологически короткий QT (<320 мс для лиц обоего пола) определялся у 2 (4,1%) больных МАС. У 7 (14,3%) пациентов удлинение QTc было выявлено только при суточной регистрации ЭКГ, тогда как значения абсолютного и скорректированного интервала QT на ЭКГ покоя соответствовали норме. Характерно, что автоматическая опция измерений QT-интервала при СМЭКГ включала лишь значения QTc >450 мс или <340 мс. Все

случаи нарушения длительности QT при СМЭКГ были транзиторными. Продолжительность регистрации удлиненного QT варьировалась от 1% до 28%, а укороченного — от 1% до 6% времени суточного наблюдения.

Выводы. 1. У пациентов с МАС верификация нарушений длительности интервала QT по значениям абсолютного и скорректированного QT на ЭКГ покоя достаточно высока (85,7%). 2. У больных с пограничными значениями QT на ЭКГ покоя определение периодов транзиторного удлинения/укорочения QT при СМЭКГ может сыграть решающую роль в диагностике нарушений электрической систолы желудочков.

Противовирусная терапия у больных хроническим гепатитом С+G

Якимчук Г.Н., Лазебник Л.Б.

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

Цель исследования: определить эффективность противовирусной терапии (ПВТ) интерфероном в сочетании с рибавирином у больных хроническим гепатитом (ХГ) С+G. Материал и методы исследования. Наблюдались 20 больных ХГС+G умеренной степени активности в возрасте от 21 до 55 лет. Из них: 3(15%) -женщины, 17(85%) — мужчины. Контрольную группу составили 10 больных, не получавших ПВТ. Больные основной и контрольной групп были сопоставимы по полу, возрасту, генотипам HCV. Всем больным проводились клинико-биохимические, иммунологические и вирусологические методы исследования. Пункционная биопсия выполнена 11 больным. ИНФ-альфа назначали в дозе 3 млн МЕ ежд. или ПегИНФ-альфа2а 180 мкг/нед в сочетании с рибавирином 800-1200 мг/сут в течение 24-48 недель в зависимости от генотипа HCV.

Результаты исследования. Генотип 1b выявлен у 5 (25%) больных ХГС+G, генотип 3a — у 14(70%) и 2a — у 1(5%) больного ХГС+G. Величина вирусной нагрузки у основной части больных была умеренной — 65%(n=13) или высокой 15%(n=3). Уровень виремии достоверно не различался ($p=0,195$) у больных с 1b и не с 1b генотипами ($6,42 \pm 1,04 \log 105$ коп/мл и $5,5 \pm 1,73 \log 106$ коп/мл соответственно). Проведена стандартная ПВТ с учетом рекомендаций согласительных конференций. В целях расширения представления о критериях применения комплексной терапии приведен сравнительный анализ эффективности с учетом вида ответа: биохимического (нормализация АлАТ, АсАТ), вирусологического (исчезновение HCV-RНК, HGV-RНК в сыворотке крови) и биохимического+вирусологического в сравнении с базисной терапией. Исчезновение клинических симптомов заболевания происходило на $30,5 \pm 1,3$ день лечения у больных контрольной группы, тогда как у больных на ПВТ — на $24,6 \pm 0,7$ день ($p < 0,005$). Ранний вирусологический ответ (РВО) на ПВТ достигнут в отношении всех случаев HGV и у 16 (75%) больных с HCV. После лечения уровень трансаминаз снижался в обеих группах больных: АлТ — $46,6 \pm 1,3$ Е/л и $28,7 \pm 0,6$ Е/л, АсТ- $39,94 \pm 0,5$ Е/л и $31,10 \pm 0,4$ Е/л соответственно. Однако достоверным снижением ($p < 0,005$) было только у больных, получавших противовирусную терапию. Индекс De Ritis после проведенной терапии имел тенденцию к нормализации в большей степени у больных, получавших ПВТ (до лечения — $1,04 \pm 0,07$ и $1,26 \pm 0,02$, после лечения — $1,15 \pm 0,04$ и $1,27 \pm 0,01$ соответственно). Показатели холестатического синдрома до лечения были изменены у больных обеих групп: билирубин $-24,05 \pm 0,6$ ммоль/л и $28,85 \pm 1,7$ ммоль/л; ГГТП- $211,68 \pm 7,3$ Е/л и $161,72 \pm 7,31$ Е/л; ЩФ- $131,84 \pm 2,82$ Е/л и $133,66 \pm 3,81$ Е/л соответственно. После

лечения нормализация показателей достигнута в отношении уровня билирубина и ГГТП только у больных, получавших ПВТ. Билирубин — $21,5 \pm 1,2$ и $16,1 \pm 0,5$ ммоль/л; ГГТП — $185,0 \pm 4,5$ Е/л и $78,05 \pm 2,42$ Е/л соответственно. Разница показателей между группами достоверна ($p < 0,05$). Существенных изменений содержания щелочной фосфатазы после лечения у больных обеих групп не отмечено: ЩФ — $116,35 \pm 2,53$ Е/л и $120,5 \pm 2,43$ ммоль/л соответственно ($p < 0,5$).

Выводы. Противовирусная терапия у больных ХГС+G, проводимая интерфероном-альфа в сочетании с рибавирином эффективна, не требует увеличения дозы препаратов и длительности ее применения по сравнению с курсом лечения при моноинфекции вирусом гепатита С.

Роль неинвазивных методов исследования при диагностике безболевых форм ИБС

Яковлев А. В., Вязигин Е. А., Андриюшина Н. А.

Дорожная клиническая больница на станции «Новосибирск-Главный», Новосибирск

Цель исследования: оценить роль факторов риска и диагностическую значимость неинвазивных методов диагностики в выявлении безболевых форм ИБС у работников локомотивных бригад. Материал и методы. В ходе исследования было проанализировано 130 случаев стационарного обследования работников локомотивных бригад на базе кардиологического центра НУЗ ДКБ за период 2007-2010 гг. Всем пациентам проводились нагрузочные тесты (ВЭМ по стандартному протоколу Bruce и стресс-ЭХО КГ), селективная коронароангиография (КАГ). 10 пациентам была выполнена мультиспиральная компьютерная ангиография коронарных артерий (МСКТ-ангиография) на аппарате GE Speed-light 64.

Результаты. При проведении КАГ из 130 обследованных у 51 (39%) были выявлены хирургически значимые стенозы магистральных коронарных артерий. При анализе данной группы выяснилось, что у 38 пациентов (74,5%) хотя бы одна нагрузочная проба была положительная. Соответственно, у 13 пациентов (25,5%) обе нагрузочные пробы дали отрицательные результаты. При оценке клинической картины у пациентов с морфологическими изменениями по КАГ в 27 случаях (53%) отсутствовали жалобы на боли в грудной клетке либо какие другие эквиваленты стенокардии. Пациенты группы с безболевой ишемией миокарда были подвергнуты дополнительному анализу на предмет соответствия результатов КАГ и нагрузочных проб. Положительный результат ВЭМ в данной группе был получен у 23 человек (85%), стресс-ЭХОКГ в 45 случаях (89%), при проведении обеих нагрузочных проб положительный результат имел место в 92% случаев. У 10 пациентов с выявленными значимыми хирургическими стенозами коронарных артерий по данным КАГ также была выполнена МСКТ коронарных артерий. При этом у 7 пациентов было получено совпадение локализации значимых стенозов с результатами КАГ.

Выводы. Таким образом, в ходе выполненного исследования была выявлена значительная доля пациентов со значимыми морфологическими изменениями коронарных артерий без какой-либо клинической симптоматики и отрицательными результатами стандартных нагрузочных проб. Вместе с тем проведение нагрузочных проб является важным этапом к определению показаний к КАГ, являющейся «золотым стандартом» в диагностике коронарного атеросклероза. Полученные данные могут быть дополнительным аргументом к расширению показаний к проведению КАГ, в особенности у пациентов, чья профессия связана с риском для жизни других людей (пилоты, водители, машинисты). Однако данная методика является

инвазивной и сопряжена с определенным риском осложнений. Перспективным методом диагностики ИБС может стать внедрение менее инвазивной МСКТ-коронарографии. Однако чувствительность и специфичность данной методики требует уточнения.

Полиморфизм генов ангиотензиногена и рецептора ангиотензина II 1-го типа у больных с хронической сердечной недостаточностью в зависимости от пола

Яковлева Н. Ф., Маянская С. Д., Попова А. А., Яковлев А. В., Березикова Е. Н.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск

Цель исследования: изучить влияние полиморфизмов генов ангиотензиногена (АТГ) и рецептора ангиотензина II 1-го типа (АТ2Р1) на риск развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и гипертонической болезнью (ГБ), а также определить распределение генотипов данных генов в зависимости от пола.

Материал и методы. Обследованы 130 пациентов (86 мужчин и 44 женщины) в возрасте от 45 до 65 лет ($58,6 \pm 6,1$) с ХСН различной этиологии: ИБС в сочетании с ГБ — 94 случая, ИБС — 24 случая, ГБ — 12 случаев. Группа контроля — 116 человек: 56 мужчины и 60 женщин ($52,4 \pm 5,1$ г.) без сердечно-сосудистой патологии. Идентифицировали аллели генов АТГ (Met235Thr) и АТ2Р1 (A1166C) с помощью ПДРФ-анализа ПЦР-продуктов. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью стандартного статистического пакета программ SPSS 13,0.

Результаты. По данным распределения частот генотипов полиморфного локуса Met235Thr (M235T) гена АТГ были получены достоверные различия: частота Т/Т-генотипа среди больных — 30,3%, а в группе контроля — 20,2% ($p = 0,006$); частота генотипа М/М в группе контроля была выше по сравнению с группой больных (31,6% против 18,2%; $p = 0,006$). При исследовании влияния полиморфизма M235T гена АТГ на риск развития ХСН в зависимости от пола оказалось, что аллель Т ($p = 0,022$) и генотип Т/Т ($p = 0,026$) были ассоциированы с риском развития ХСН, а аллель М ($p = 0,021$) и генотип М/М ($p = 0,024$) проявили себя как протективный фактор только у лиц мужского пола, тогда как среди женщин статистически значимых различий между группами контроля и больных мы не обнаружили. По данным распределения частот генотипов полиморфного локуса A1166C гена АТ2Р1 также были получены достоверные различия: частота С/С+А/С генотипов среди больных составила 55,6%, а в контрольной группе — 34,2% ($p = 0,004$), а генотип А/А и аллель А достоверно чаще встречались в группе контроля по сравнению с группой больных ($p = 0,008$). При исследовании частот генотипов и аллелей гена АТ2Р1 в зависимости от пола, оказалось, что у женщин носительство аллеля С было ассоциировано с риском развития ХСН ($p = 0,02$), а генотип А/А проявил себя как протективный фактор ($p = 0,005$). У лиц мужского пола никаких ассоциаций мы не обнаружили.

Выводы. Итак, генотип Т/Т полиморфного локуса Met235Thr (M235T) гена АТГ и генотипы С/С и А/С полиморфного локуса A1166C гена АТ2Р1 ассоциированы с риском развития ХСН у больных ИБС и ГБ, тогда как генотип А/А и аллель А полиморфного локуса A1166C гена АТ2Р1 и генотип М/М и аллель М полиморфного локуса Met235Thr (M235T) гена АТГ ослабляют риск развития данной патологии. Была выявлена связь генетических маркеров с риском развития ХСН в зависимости от половой принадлежности.

Особенности личности пациентов с ревматоидным артритом по индивидуально-типологическому опроснику

Яхин К.К., Якупова С.П., Ахунова Р.Р.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Цель: выявить частоту пограничных психических расстройств (ППР) у больных ревматоидным артритом (РА). Оценить социально-психологический портрет больных РА с ППР и без них.

Материалы и методы. Обследованы 176 пациентов с РА. Основными методиками исследования были обследование клиническим опросником для оценки и выявления невротических состояний и опросником, диагностирующим индивидуально-типологическую принадлежность пациентов (ИТО). Средний возраст пациентов составил 50 [43;58] лет. Средняя длительность заболевания — 6,4 [3;13] года.

Результаты. ППР были выявлены у 113 (64,2%) пациентов. В группе пациентов с ППР невротизация была выражена больше, чем в группе пациентов без ППР. Тревожность была присуща в большей степени пациентам с ППР. Так, в группе пациентов с ППР тревожность была диагностирована у 35% пациентов и у пациентов без ППР у 11%. Другой преобладающей психологической особенностью пациентов с ППР явилась сенситивность (чувствительность и ранимость в отношении средовых воздействий с выраженной потребностью в постоянной привязанности и защите со стороны более сильной личности), диагностированная у 27,4% и 9,52% пациентов соответственно. Еще одной преобладающей психологической особенностью пациентов с ППР была интроверсия (у 22,12% и 7,93% пациентов соответственно). Для личностей такого плана характерны склонность к уходу во внутренний идеализированный мир, замкнутость. Пациенты с ППР были менее ригидны (9,7% и 12,7% пациентов соответственно) и спонтанны (0,9% и 7,9% пациентов соответственно). На стыке таких ведущих тенденций, как тревожность и сенситивность, базируется конформность, проявляющийся в неуверенности в себе и излишней ориентации на общепринятые нормы поведения. Эти тенденции, таким образом, создают почву личностного поведения, предпочитающего уход от конфликта и поиск щадящей общественной среды.

Вывод. У 64,2% пациентов были выявлены ППР. Пациенты с ППР — это люди с повышенной чувствительностью, их психологический портрет выглядит как сплав интровертированности и тревожности. Как правило, они ориентируются на авторитет более сильной личности, для них характерна конформность с чертами зависимости.

Влияние селективных и неселективных нестероидных противовоспалительных препаратов на состояние системы липидной пероксидации

Мосина Л.М., Яшина О.А., Матвеева Л.В., Митина Е.А.

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, кафедра госпитальной терапии, Саранск

Цель исследования: исследовать влияние селективных и неселективных нестероидных противовоспалительных препаратов на состояние систем липопероксидации и антиоксидантной защиты у больных неврологического профиля. В процессе выполнения работы решались следующие задачи: установить клинические особенности течения гастропатий у больных, принимающих селективные или неселективные НПВП; исследовать влияние селективных и неселективных НПВП на состояние системы липопероксидации и антиоксидантной защиты в анализируемой группе пациентов; оценить особенности изменения показателей систем липопероксидации и антиоксидантной защиты при применении селективных и неселективных НПВП в данной группе больных. Нами было проведено наблюдение 50 пациентов, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении МУЗ «ГКБ № 4» г. Саранска в 2010—2011 гг. в течение 1 месяца и получающих НПВП. Всем больным были проведены общеклинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, определение показателей системы липопероксидации (МДА, Fe-МДА, каталаза) до приема НПВП и через 10 дней после лечения НПВП, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, фиброгастроскопия. В результате проведенных исследований было установлено, что назначение НПВП у 24 пациентов из 50 (48% случаев) вызывало диспепсические расстройства, требующие безотлагательного инструментального обследования.

Выводы. 1. Прием НПВС у больных неврологического профиля вызывает появление диспепсических расстройств в 48% случаев. Причем, прием неселективных НПВС способствует возникновению данных симптомов на 2 сутки лечения (50% случаев), а прием селективных НПВС — на 7—10 сутки (66,7% случаев). 2. Среди диспепсических расстройств отмечались: вздутие живота (92%), боли в животе (83,3%), изжога (66,7%), горечь во рту (37,5%), тошнота (29,2%), неустойчивый стул (12,5%). 3. Неселективные НПВП и селективные НПВП способствовали интенсификации процессов перекисного окисления липидов, о чем свидетельствует рост содержания МДА и Fe-МДА сыворотки крови, а также угнетению антиоксидантной защиты, что характеризуется снижением активности каталазы сыворотки крови. 4. Селективные НПВП в отличие от неселективных НПВП оказывают менее выраженную активацию процессов перекисного окисления липидов, так как уровень МДА сыворотки крови при приеме селективных НПВП увеличился на 73%, а при приеме неселективных НПВП — на 121%; уровень Fe-МДА сыворотки крови при приеме селективных НПВП увеличился на 25%, а при приеме неселективных НПВП — на 45%. 5. Прием неселективных НПВП способствует подавлению антиоксидантной системы, снижая активность каталазы сыворотки крови на 44%, а прием селективных НПВП не вызывает изменения активности данного фермента, что свидетельствует о сохранении факторов защиты.

Особенности физического и психического функционирования у больных с синдромом боли в нижних отделах спины при дорсопатии до и после лечения

Алексеев Н.Ю., Кузьменко Н.Ю., Кобанцев Ю.А.

Воронежская государственная медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко, Воронеж

Согласно современным представлениям интенсивность и длительность боли при синдроме боли в нижних отделах спины (БНС) могут быть различными. Поэтому изучение особенностей психического и физического состояния у больных с острым, подострым и хроническим синдромом БНС до и после комплексного лечения представляет несомненный интерес.

Цель: изучить особенности физического и психического функционирования у больных с острым, подострым и хроническим синдромом БНС до и после лечения.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 82 пациента мужского пола, распределенные на 3 группы: 42 пациента с острым, 15 пациентов с подострым и 25 пациентов с хроническим БНС. Средний возраст пациентов — 37 лет, достоверных различий в группах нет. У всех пациентов до и после лечения изучали интенсивность боли с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), процент физических расстройств с помощью опросника Освестри, интегральные показатели физического (PHint SF-36) и психического здоровья (MHint SF-36) по опроснику качества жизни SF-36. Независимые группы сравнивали по критерию Краскела-Уоллеса, зависимые Вилкоксона.

Результаты. Самочувствие больных с острой БНС до начала лечения было статистически значимо хуже, чем в группах с подострой и хронической БНС. Во всех группах до лечения физические расстройства по опроснику Освестри оценивали как «тяжелые нарушения» функций. В процессе лечения во всех группах показатели снизились до «легких» и «умеренных нарушений», КЖ статистически значимо улучшалось. Интенсивность боли по ВАШ до и после лечения между группами существенно не отличалась. После лечения в группах с острой и хронической БНС уменьшение боли было статистически значимо, а в группе с подострой БНС снижение статистически незначимо. Показатели PHint SF-36 до лечения были ниже нормы во всех группах. В группе с острой болью статистически значимо ниже, чем в группах с подострой и хронической БНС. После проведенного лечения во всех исследуемых группах выявили статистически значимое повышение качества жизни по показателю PHint SF-36. Показатель MHint SF-36 в исследуемых группах был ниже нормы, после лечения он статистически значимо повышался во всех группах, хотя и оставался сниженным по окончании лечения. В группе с острой болью он был статистически значимо выше, чем в группах с подострой и хронической БНС, как до, так и после лечения.

Выводы. По влиянию на физическое и психическое функционирование больных острая БНС существенно отличается от подострой и хронической БНС.

Структурные изменения миокарда, изменение внутрисердечной гемодинамики и характеристика состояния ренин-ангиотензиновой системы (РААС) у детей после аллогенной трансплантации костного мозга

Вайнюнская Н И, Семенова Е.В., Гудкова А.Я., Зубаровская Л.С.

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

Введение. Частота острых лейкозов у детей составляет 3,2—4,4 на 100 тыс. человек. Основным методом лечения является стандартная химиотерапия. Высокодозная химиотерапия с трансплантацией аллогенного костного мозга широко используется при лечении прогностически неблагоприятных и резистентных вариантов, а также рецидивов заболевания. Сочетание этих методов позволяет добиться 5-летней безрецидивной выживаемости у 60% пациентов, но является высокотоксичным методом лечения.

Цель работы: изучить состояние РААС и сердечно-сосудистой системы у детей, перенесших аллогенную трансплантацию костного мозга (АллоТКМ).

Материалы и методы. Обследованы 20 детей (12 мальчиков, 8 девочек в возрасте от 9 до 22 лет, средний возраст — 15,6 ± 3,2 года), имевших в анамнезе онкогематологическое заболевание и перенесших АллоТКМ. Период наблюдения с момента проведения АллоТКМ составил от 4 и до 12 лет. Всем детям выполняли эхокардиографическое исследование с оценкой внутрисердечной гемодинамики, определяли активность ренина и концентрацию альдостерона. В контрольную группу были включены 20 детей без хронической соматической патологии.

Результаты и обсуждение. Фракция выброса варьировалась от 50,7 до 75,5% (среднее значение — 61,5% ± 7,6) спустя не менее 4 лет после высокодозной химиотерапии и АллоТКМ, что можно объяснить отсутствием суммарной кардиотоксической дозы препаратов. Пограничные значения фракции выброса (50—53%) были зарегистрированы у 1% детей (n=2). Ни у одного из пациентов не было обнаружено структурных изменений в миокарде. У 8 пациентов выявлено повышение давления в легочной артерии до 30—33 мм рт.ст. Концентрации ренина от 0,4 до 1,6 нг/(мл.ч) (среднее 1 нг/(мл.ч) ± 0,2) и альдостерона от 34,8 до 340 пг/мл (среднее 106,1 пг/мл ± 40,3) у детей основной группы находятся в пределах референтных значений, но достоверно выше значений контрольной группы.

Выводы. Обнаружены повышение активности ренина, концентрации альдостерона и пограничные значения показателей давления в легочной артерии у пациентов, перенесших АллоТКМ. Во всех случаях значимые структурные изменения миокарда не выявлены. По-видимому, в генезе постцитостатической кардиомиопатии наряду с прямым токсическим действием цитостатических препаратов имеет значение их сочетание с присоединением инфекции различной этиологии на фоне развития вторичного иммунодефицита.

Антитела к модифицированному цитруллинированному виментину и цитокиновый профиль при ревматоидном артрите

Воронина М.С., Шилкина Н.П., Виноградов А.А.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

Цель: изучить взаимосвязи титров антител к модифицированному цитруллинированному виментину (АМЦВ), интерлейкина-4 (ИЛ-4), интерлейкина-6 (ИЛ-6) и интерлейкина-8 (ИЛ-8) между собой, со степенью активности ревматоидного артрита (РА), системными проявлениями, динамикой активности и функционального статуса на фоне терапии метотрексатом (МТ).

Материалы. Обследованы 76 пациентов с ревматоидным артритом (РА) (59 женщин, 17 мужчин). 51 больному (45 женщин, 6 мужчин) было выполнено повторное клинико-лабораторное и иммунологическое исследование.

Методы. Активность РА оценивали по индексу DAS28. Класс функциональной недостаточности суставов по индексу HAQ. Определение титра АМЦВ (Ед/мл), ИЛ-4 (пг/мл), ИЛ-6 (пг/мл) и ИЛ-8 (нг/мл) в сыворотке крови осуществлялось с помощью твердофазного иммуноферментного метода.

Результаты. Содержание АМЦВ, ИЛ-6 и ИЛ-8 в сыворотке крови больных РА было достоверно выше, чем в группе контроля ($p < 0,01$). Не выявлено взаимосвязи уровня АМЦВ со степенью активности РА ($p > 0,05$). У больных с системными проявлениями были выявлены высокие титры АМЦВ ($p = 0,002$). В группе пациентов с исходно высокими титрами АМЦВ (более 500 Ед/мл) получен достоверно более низкий уровень ИЛ-6 ($p = 0,03$), наблюдались тенденции к снижению уровня АМЦВ ($p = 0,06$) и увеличению значения DAS28 через 12 месяцев на фоне приема МТ ($p > 0,05$). Уровень ИЛ-6 был достоверно выше у пациентов с высокой степенью активности ($p = 0,01$) и/или сопутствующей ГБ и ИБС ($p = 0,01$). Титр ИЛ-8 был достоверно выше у пациентов с низкой степенью активности ($p = 0,04$) и/или сопутствующей ИБС. У больных РА получен низкий уровень ИЛ-4 — 2,2 (1,9—2,9) пг/мл.

Обсуждение. Можно полагать, что увеличение активности РА через 12 месяцев на фоне приема МТ у больных с исходно высокими титрами АМЦВ связано с низким уровнем ИЛ-6, а последний в свою очередь не участвует в динамике АМЦВ на фоне данной схемы лечения.

Выводы. В работе выявлено, что у больных РА с исходно высоким уровнем АМЦВ имела место тенденция к снижению уровня данного маркера через 12 месяцев на фоне приема МТ. Кроме того, высокие титры АМЦВ ассоциировались с наличием системных проявлений, низким уровнем ИЛ-6 и отсутствием эффекта терапии метотрексатом. Высокие титры ИЛ-6 и ИЛ-8 ассоциировались с наличием сопутствующей сердечно-сосудистой патологии у больных РА в развернутой стадии.

Вторичная цереброваскулярная артериальная гипертензия: клиническая классификация

Германова О.А., Крюков Н.Н., Германов А.В., Вачев А.Н.

Самарский государственный медицинский университет, Самара

В настоящее время в классификации вторичных артериальных гипертензий (ВАГ) нет вторичной цереброваскулярной артериальной

гипертензии при гемодинамически значимом стенозе каротидной бифуркации, не описаны ее клинические варианты. При этом число больных, страдающих атеросклеротическим поражением сосудов брахиоцефального ствола, велико.

Цель работы: разработать клиническую классификацию вторичной цереброваскулярной артериальной гипертензии при гемодинамически значимом стенозе каротидной бифуркации.

Материал и методы. Обследованы 374 пациента с артериальной гипертензией (АГ) при гемодинамически значимом стенозе каротидной бифуркации. Средний возраст — 59,6±8,2 года. Всем была выполнена операция каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ) по классической или эверсионной методике. При этом на этапе дообследования были исключены возможные причины ВАГ.

Результаты и выводы. У большинства больных — 302 (80,7%) после каротидной эндартерэктомии АД нормализовалось или снизилось по сравнению с дооперационным уровнем к 2—10 суткам после операции. Выявленная тенденция была стойкой, сохранялась в течение 3 лет наблюдений. На основании этого мы считаем необходимым выделение цереброваскулярной артериальной гипертонии при гемодинамически значимом стенозе каротидной бифуркации в отдельную самостоятельную форму ВАГ. Целесообразно выделение трех основных ее типов. I тип (латентный) — у 196 (52,4%) больных — характеризуется тем, что по мере увеличения степени выраженности стеноза каротидной бифуркации возрастает АД. При этом факт высокого АД и сам стеноз чаще обнаруживаются случайно. Длительное время сохраняется эффективность проводимой антигипертензивной терапии. И только при достижении гемодинамически значимого стеноза АГ приобретает характер злокачественной. Такой тип опасен из-за поздней диагностики и отсутствия адекватной терапии. При этом типе особенно велик риск развития осложнений. II тип (ундулирующий) — выявлен у 128 (34,2%) пациентов. Развивается на фоне транзиторной ишемической атаки. Характеризуется резким кратковременным повышением АД с яркой клинической картиной. Происходит это у больных при эмболии атероматозными массами на гемодинамически незначимой распадающейся бляшке. III тип (тромбоэмболический) — у 50 (13,4%) больных — развивается на фоне ишемического инсульта при тромбозе, тромбоэмболии (в том числе кардиогенные эмболии) — развивается быстро и сложно корригируется медикаментозно.

Уровни ИЛ-8 и ИЛ-10 у больных диффузным токсическим зобом с поражением сердечно-сосудистой системы

Гома Т.В., Орлова Г.М., Хамнуева Л.Ю.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск

Известно об активации системы цитокинов при ДТЗ, а также при некоторых сер-дечно-сосудистых заболеваниях.

Цель работы: изучить уровень ИЛ-8 и ИЛ-10 у больных диффузным токсическим зобом (ДТЗ) в зависимости от поражения сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы. Обследованы 59 больных ДТЗ: 12 (20,3%) мужчин, 47 (79,7%) женщин, медиана возраста — 40,0 [28,0;49,0] лет. Уровень свободного Т4 у больных ДТЗ составил 37,4 [24,6;60,5] пмоль/л, ТТГ — 0,020 [0,010;0,160] мкМЕ/мл, длительность течения ДТЗ 1,5 [0,5;6,0] лет, количество рецидивов тиреотоксикоза — 1,0 [1,0;3,0]. 1 группу составили 22 больных ДТЗ с «изолированной» синусовой

тахикардией: 1 (4,5%) мужчина и 21 (95,5%) женщина. Медиана возраста — 34,0 [23,0;45,0] года. 2 группа — 24 больных ДТЗ с АГ: 6 (25,0%) мужчин и 18 (75,0%) женщин, возраст — 42,0 [28,5;48,5] года. 3 группа — 13 больных ДТЗ с ФП: 5 (38,5%) мужчин и 8 (61,5%) женщин, медиана возраста — 47,0 [42,0;53,0] года. Больные ДТЗ 1-3 групп не отличались по уровню свободного Т4 и ТТГ ($p>0,05$). Контрольная группа (4 группа) сформирована из 30 здоровых лиц, не отличающихся по возрасту и полу. Исследование сывороточного уровня ИЛ-8 и ИЛ-10 проводилось с помощью диагностических наборов производства ЗАО «Вектор-Бест» (Россия). Для статистического анализа использовалась программа Statistica 6.0 for Windows.

Результаты: Медиана уровня ИЛ-8 у больных ДТЗ составила 20,1[14,5;27,2] пг/мл, ИЛ-10 — 41,2[32,3;77,0] пг/мл, что было выше по сравнению с уровнем цитокинов в контрольной группе (ИЛ-8 был 0,1[0,1;16,6] пг/мл, $p<0,001$; ИЛ-10 — 16,1[15,4;17,0] пг/мл, $p<0,001$). Уровень ИЛ-8 у больных ДТЗ с различным поражением сердечно-сосудистой системы был одинаково высоким по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$ во всех случаях) и не отличался: в 1 группе уровень цитокина составил 21,5[14,5;24,3] пг/мл, во 2 группе — 18,8[12,9;27,1] пг/мл, в 3 группе — 20,1[16,7;30,6] пг/мл ($p>0,05$). У больных ДТЗ 1 группы уровень ИЛ-10 составил 40,1[33,4;69,2] пг/мл, 2 группы — 45,7[31,6;106,9] пг/мл, 3 группы — 40,5[32,5;75,8] пг/мл, что было достоверно выше, чем в 4 (контрольной группе), $p<0,05$. Уровень ИЛ-10 у больных ДТЗ различным поражением сердечно-сосудистой системы (1-3 группы) был одинаково высоким ($p>0,05$).

Выводы. При ДТЗ отмечается активация и дисбаланс системы цитокинов. У больных ДТЗ с различными сердечно-сосудистыми нарушениями не обнаружено значимых отличий по уровню ИЛ-8 и ИЛ-10.

Уровень субъективного контроля при ревматических заболеваниях

Грехов Р.А., Сулейманова Г.П., Харченко С.А., Измайлова М.А., Мьякишев М.В., Черкесова Е.Г., Зборовский А.Б.

Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии, Волгоград

Цель исследования: сравнительное изучение уровня субъективного контроля (УСК) у больных некоторыми ревматическими заболеваниями (РЗ). УСК (или локус контроля) — свойство личности, приписывающее результаты своей деятельности внутренним (интернальность) либо внешним факторам (экстернальность).

Материалы и методы. При психологическом обследовании 87 больных системной красной волчанкой (СКВ) 54 больных системной склеродермией (ССД), 62 больных анкилозирующим спондилартритом (АС), 100 больных фибромиалгией (ФМ), 56 больных остеоартрозом (ОА) использовался опросник УСК (Бажин Е.Ф. и соавт., 1984).

Результаты. У больных СКВ, ССД, АС, ОА были выявлены низкие показатели УСК по шкалам общей интернальности, интернальности в области неудач, производственных отношений и здоровья. Более высокие значения УСК у больных СКВ, ССД, АС, ОА были зарегистрированы по шкалам интернальности в области семейных, межличностных отношений, что может свидетельствовать об ориентации пациентов на позитивные достижения, возможно компенсационного характера, в этих сферах личностно-средового взаимодействия. Исключение составили больные ФМ, у которых эти показатели оставались низкими.

Обсуждение. Таким образом, для больных РЗ характерна тенденция к формированию внешнего локуса контроля. Они обнаруживают наибольшую чувствительность к негативным средовым воздействиям в сферах общей интернальности, неудач, производственных отношений, здоровья. Это отражает сниженную способность преодолевать жизненные трудности, склонность к переносу ответственности за происходящие с ними негативные события на других людей (прежде всего на врачей). Внешний локус контроля усиливает ощущение беспомощности, характерное для пациентов с РЗ. Эта психологическая черта также может быть причиной низкого комплаенса — несоблюдения пациентом назначенного курса лечения.

Выводы. Хотя медикаментозная терапия, безусловно, является основным компонентом лечения РЗ, больные требуют значительно большего: должно быть общепризнано большое значение оценки психологического состояния пациентов. Для успешного лечения больных РЗ необходимо активное вовлечение пациентов в процесс терапии, а также изменение их установок и образа жизни.

Современные возможности выявления липогипертрофий у больных сахарным диабетом, получающих инсулинотерапию

Давиденко И.Ю., Волкова Н.И., Рудакова Ю.А.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Актуальность: на сегодняшний день в списке хронических осложнений сахарного диабета одно из ведущих мест занимают липогипертрофии (ЛГ). Как известно, ЛГ представляют собой структурные изменения подкожно-жировой клетчатки (ПЖК), возникающие у пациентов с сахарным диабетом (СД), получающих инсулинотерапию. Патогенез этого, достаточно частого побочного эффекта, до настоящего времени неизвестен. При этом ЛГ могут обнаруживаться в любом возрасте, при любой длительности инсулинотерапии, в любом месте, куда делается инъекция инсулина и быть любых размеров. Известно, что абсорбция инсулина из участков ЛГ происходит неконтролируемо, вследствие чего у пациентов возникают трудности с компенсацией углеводного обмена, что в свою очередь приводит к развитию осложнений. Однако на сегодняшний день ввиду более высокого качества современных инсулинов и повышения их концентрации стали возникать трудности в верификации патологически измененной ПЖК. Это связано с тем, что внешние проявления ЛГ сильно претерпели изменения и практически не видны невооруженным глазом.

Цель исследования: изучение частоты встречаемости ЛГ среди пациентов с СД, получающих инсулинотерапию.

Материалы и методы. В исследование включены 192 пациента с СД 1 и 2 типов, находившихся на лечении в Городском эндокринологическом центре, получавших инсулинотерапию, среди них 126 женщин и 66 мужчин, средний возраст — $46 \pm 5,9$ года, а стаж диабета — $10 \pm 2,7$ года. ЛГ определялись пальпаторно, а также на основании данных УЗИ ПЖК мест инъекций инсулина. Оценивалось состояние ПЖК в типичных для введения инсулина местах: параумбиликальная область с радиусом 2 см, латеральные поверхности бедер, плеч и области ягодиц.

Результаты. На основании пальпаторных данных ЛГ были обнаружены у 53 пациентов (27,7%), в то время как у 139 больных (72,3%) патологически измененных участков выявлено не было. После чего всем пациентам было проведено УЗИ ПЖК мест инъекций инсулина, по данным которого ЛГ были выявлены у 160 пациентов (83,2%),

включая тех 45 больных с пальпаторными изменениями. Из них с СД 1 типа было 136 человек (71,7%), а с СД 2 типа — 56 больных (28,3%). При этом все пациенты находились на физиологическом (базисно-болюсном) режиме инсулинотерапии. Интересно, что чаще всего ЛГ встречались в параумбиликальной области — 98 пациентов (61%), также наиболее часто ЛГ обнаруживались одновременно в параумбиликальной области и латеральной поверхности бедер либо в параумбиликальной области и латеральной поверхности плеч — 24 и 18 больных соответственно (15%, 11%).

Вывод: 1. Ввиду более высокого качества современных инсулинов и повышения их концентрации ЛГ претерпели ряд изменений. Так, пальпаторно ЛГ были выявлены у 27,7% пациентов, в то время как по данным УЗИ патологически измененная ПЖК встречалась у 83,2%. 2. Проблема ЛГ требует дальнейшего изучения с целью стратификации больных по риску развития ЛГ для дальнейшего углубленного обследования.

Клиническое значение показателей упругоэластических свойств сосудов у больных артериальной гипертензией с дисплазией соединительной ткани

Дедова В.О.

Запорожская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Украины, Запорожье

Согласно Европейским рекомендациям по артериальной гипертензии (АГ) (2009 г.), рекомендовано исследовать показатели, характеризующие жесткость сосудов — толщину комплекса интимы-медии (ТИМ) и скорость распространения пульсовой волны (СРПВ), как критерии поражения органов-мишеней. Исследование упругоэластических свойств сосудов у пациентов с АГ и дисплазией соединительной ткани (ДСТ) актуально, так как ДСТ может влиять на течение АГ.

Цель: изучить упругоэластические свойства сосудов эластического типа на примере общих сонных артерий (ОСА) у больных АГ с ДСТ и без нее.

Материалы и методы. Обследованы 35 больных АГ 1—2 стадии с 1—3 степенью повышения АД высокого и очень высокого риска (26 женщин, 9 мужчин, средний возраст 3 47,9±7,7 года). Пациенты были разделены на две группы — с признаками ДСТ и без них. АГ диагностировали согласно Европейским рекомендациям по АГ (2009 г.), а ДСТ согласно Российским рекомендациям «Наследственные нарушения соединительной ткани» (2009 г.). Исследовали диаметр ОСА в систолу и диастолу, ТИМ с помощью сонографии высокой разрешающей способности на аппарате LOGIQ 5 (General Electric Medical Systems, Германия). Рассчитывали модули Юнга и Петерсона, линейную растяжимость, коэффициент податливости, индекс жесткости, СРПВ по ОСА.

Результаты. При сравнении групп выявлены достоверные различия. Модуль Юнга, характеризующий упругость сосудов, снижается у пациентов с ДСТ (1726,09±805,7, в группе без ДСТ 2785,24±810,8, $p<0,001$). Модуль Петерсона, который характеризует эластичность сосудов, в группе с ДСТ значительно меньше (489±261,2) такого в группе без ДСТ (775±260,3, $p<0,02$). Показатели линейной растяжимости почти вдвое выше в группе с ДСТ (0,0024±0,0002, в группе без ДСТ 0,0014±0,0002, $p<0,02$). Коэффициент податливости больший в группе с ДСТ 0,0013±0,0001 (в группе без ДСТ 0,0009±0,0001, $p=0,004$). Индекс жесткости больший в группе без ДСТ в 6,59±1,85 (в группе с

ДСТ 4,53±1,97, $p=0,008$). В группе с ДСТ СРПВ ниже (5,4421±0,91) по сравнению с СРПВ в группе без ДСТ (6,8836±1,01, $p<0,02$).

Обсуждение. Наше исследование показало, что показатели упругоэластических свойств сосудов эластического типа у больных АГ с ДСТ существенно отличаются от таких показателей у больных АГ без ДСТ. Полученные данные свидетельствуют об отличии в течении АГ на фоне ДСТ. Можно предположить, что изменению жесткости сосудов у таких больных происходит более медленно, что связано со структурой стенки сосудов при ДСТ.

Кардиоренальный континуум у больных артериальной гипертензией в сочетании со вторичным хроническим пиелонефритом

Деревянченко М.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Цель: изучить кардиоренальные взаимоотношения при артериальной гипертензии (АГ) у больных вторичным хроническим пиелонефритом (ХП). В исследование включены 120 пациентов с АГ I—II степени тяжести 45—65 лет: 60 больных АГ и вторичным ХП составили I (основную) группу (средний возраст — 54,5±1,2 года) и 60 больных АГ без ХП — II (контрольную) группу (средний возраст — 55,2±1,2 года). Пациентам проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД), ультразвуковое исследование сердца и почек, определение относительной плотности мочи в утренней порции, уровня микроальбуминурии — (МАУ), креатинина крови (КК) с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD.

Результаты исследования. При анализе результатов СМАД выявлено, что индекс времени систолического артериального давления (ИВ САДдень) и диастолического АД днем (ИВ ДАДдень) достоверно выше у больных АГ и ХП, чем при АГ без ХП (69,0±3,1 vs 53,2±3,2 и 63,8±3,6 vs 51,1±3,8% соответственно). ИВ САД и ИВ ДАД достоверно коррелировали с толщиной почек ($r=0,31$, $r=0,32$ соответственно) и кортикальным индексом ($r=-0,2$, $r=-0,21$ соответственно). Обнаружена обратная связь между ИВ ДАДночь и относительной плотностью мочи в утренней порции ($r=-0,23$, $p<0,05$), ИВ ДАДночь и СКФ ($r=-0,2$, $p<0,05$). При анализе распределения больных по суточному индексу САД (СИ САД) выявлено, что количество пациентов с кривой non-dipper и night-reaker выше в основной группе, чем в контрольной (48,8 vs 25,4% соответственно, $p<0,05$). Установлено, что число лиц с СИ ДАД<10 также достоверно выше среди больных АГ в сочетании с ХП (34,1 vs 18,2% соответственно). Выявлены прямые корреляции между СИ САД, СИ ДАД и удельным весом мочи ($r=0,22$, $r=0,21$ соответственно, $p<0,05$), СИ ДАД и СКФ ($r=0,26$, $p<0,05$). Частота встречаемости МАУ в основной группе составила 100%, а в контрольной — 77% ($p<0,05$). Установлены прямые корреляции между МАУ и показателями СМАД, а также полостными размерами сердца у больных АГ и ХП. Выявлена обратная связь между СКФ и толщиной межжелудочковой перегородки ($r=-0,2$, $p<0,05$), СКФ и показателями диастолической функции сердца ($r=-0,32$, $p<0,05$).

Заключение. Установленные нами взаимоотношения показателей суточного профиля АД, морфофункциональных параметров сердца и структурно-функционального состояния почек отражают параллельное ухудшение состояния органов-мишеней у больных АГ в сочетании со вторичным ХП. Протокол этического комитета № 110-2010 от 20.02.2010 г. — положительное заключение.

О вредных привычках у студентов

Ибрагимов Д.Р.

Городская клиническая больница № 21, Уфа

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) включает в себя следующие основные элементы: рациональный режим труда и отдыха, личную гигиену, закаливание, характер питания и отсутствие вредных привычек. Именно в студенческом возрасте формируются и закрепляются основные жизненные ценности, которые со временем определяют не только здоровье подрастающего поколения, но и общества в целом. В число неблагоприятных факторов образа жизни молодых людей следует отнести нерациональное питание, увлечение фастфудом, употребление алкоголя, табакокурение. Целью нашего исследования было определение частоты употребления фастфуда, энергетических напитков и распространенности вредных привычек у студентов Башкирского государственного медицинского университета.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 300 студентов (75 юношей и 225 девушек) 1 и 4 курсов лечебного факультета в возрасте 17—24 лет (в среднем $19,6 \pm 0,08$). Образ жизни изучали с помощью анонимной анкеты, которая состояла из 15 вопросов.

Результаты. Из числа опрошенных нами лиц употребляют фастфуд 75,7%, в том числе ежедневно — 3,5%, 1-3 раза в неделю — 13,2%, 1—3 раза в месяц — 37,9%, еще реже — 44,9%. Среди студентов 1 курса, потребляющих в составе стандартного набора фастфуда половину суточной нормы калорий, было 30% опрошенных, а к 4 курсу количество таких студентов увеличилось до 53% от общего числа участвовавших в анкетировании. Как выяснилось, фастфуд привлекает своим вкусом 52% опрошенных, быстротой приготовления — 33,9%, доступностью — 12%, невысокой стоимостью — 2,1%. После употребления такой пищи 46,1% студентов испытывают чувство насыщения, но у 35,7% возникает тяжесть в животе, а состояние эмоционального подъема отметили — 18,3% респондентов. Из числа опрошенных 3% считают фастфуд «здоровой пищей», 14% полагают, что могут восполнить суточную потребность организма в питательных веществах употребляя фастфуд, а остальные же студенты считают, что данного рода питание может привести к нарушениям метаболизма в организме, против дальнейшего развития данной сети выступило 63,3% студентов. Режим питания соблюдают лишь 43% студентов, «не прочь перекусить» в ночное время — 54,7% опрошенных. Самыми употребляемыми напитками у студентов по итогам анкетирования является чай или кофе, соки. 69,3% студентов употребляют алкогольные, а 45,3% — энергетические напитки. Среди опрошенных 28,0% студентов курят: сигареты — 50,9%, кальян — 41,5% и курительные смеси — 7,5%.

Обсуждение. Таким образом, ЗОЖ соблюдают не все студенты. Характерными нарушениями являются: несоблюдение правил рационального питания, употребление продуктов быстрого приготовления, энергетических напитков, табакокурение. Неблагоприятное воздействие социально-гигиенических факторов способствуют ухудшению состояния здоровья и снижению трудового потенциала студентов медицинских вузов, что необходимо учитывать при разработке направлений коррекции образа их жизни. Сформированные навыки ЗОЖ будут применяться студентами-медиками в практической врачебной деятельности, что будет направлено и на профилактику заболеваний среди населения.

Различные варианты двухкомпонентной блокады ренин-ангиотензин-альдостероновой системы у больных гипертонической болезнью

Качнов В.А., Тыренко В.В.

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

Актуальность. Несмотря на длительное применение ингибиторов АПФ или блокаторов рецепторов к ангиотензину, препаратов с доказанными органопротективными свойствами, у пациентов, длительно страдающих гипертонической болезнью, развиваются поражения органов мишеней. В связи с этим необходимы поиски новых путей органопротекции у больных гипертонической болезнью.

Цель исследования: сравнить органопротективные свойства комбинированной блокады РААС с применением эналаприла в комбинации с алискиреном или лозартаном.

Материалы и методы. Обследованы 63 пациента с гипертонической болезнью II—III стадии, у которых одним из компонентов терапии являлся ИАПФ. После проведения стандартного обследования пациенты разделены на две группы. В первой группе ($n=31$) к терапии добавлялся алискирен (расилез), во второй группе ($n=32$) — лозартан в оптимальных дозировках. Контрольное обследование через 6 месяцев включало расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ), ЭХО-кардиографию, суточное мониторирование АД, определение уровня микроальбуминурии (МАУ).

Результаты и их обсуждение. Через 6 месяцев комбинированной гипотензивной терапии во второй группе отмечено более выраженное снижение уровня АД по данным СМАД ($p<0,05$). По данным ЭХО-КГ в обеих группах отмечалось достоверно значимое снижение толщины задней стенки левого желудочка и толщины межжелудочковой перегородки, индекса массы миокарда левого желудочка, увеличение фракции выброса левого желудочка и улучшение диастолической функции левого желудочка. Описанные изменения были более выражены в первой группе ($p<0,05$). При расчете уровня СКФ по Кокрофту-Гаулту и MDRD отмечалось некоторое увеличение этих показателей в обеих группах, однако различия не достигли статистической значимости. Также в обеих группах отмечалось статистически значимое снижение уровня МАУ ($p<0,01$) через 6 месяцев терапии, более выраженное снижение уровня МАУ отмечено в первой группе по сравнению со второй ($p<0,01$).

Вывод. Таким образом, комбинация эналаприла с лозартаном обладает более выраженным гипотензивным эффектом, чем комбинация эналаприла с алискиреном. Однако несмотря на менее выраженный гипотензивный эффект комбинации эналаприла и алискирена, применение данных препаратов оказывает более выраженное органопротективное воздействие.

Поражение периартикулярных тканей коленного сустава у больных ревматоидным артритом и остеоартрозом по данным клинического и ультразвукового исследований

Кириллова Э.Р.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Цель: оценить состояние периартикулярных тканей коленного сустава у пациентов с остеоартрозом (ОА) и ревматоидным артритом (РА) клинически и по данным ультразвукового исследования.

Методы. В исследовании приняли участие 76 больных ОА и 50 пациентов с РА. Использовались следующие показатели: выраженность болевого синдрома по опроснику МакГилл, выраженность болевого синдрома по 10 см визуальной аналоговой шкале (ВАШ), функциональное состояние коленного сустава по индексу Лекена, вовлечение околосуставных мышц по индексу мышечного синдрома (ИМС), выраженность поражения сухожильно-связочного аппарата коленного сустава по оригинальным индексам. Было проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) семи участков прикрепления сухожилий и связок обоих коленных суставов: сухожилия четырехглавой мышцы бедра, собственной связки надколенника, медиальной и латеральной коллатеральных связок, «гусиной лапки», сухожилий полуперепончатой мышцы и двуглавой мышцы бедра. Оценивались толщина структуры в месте прикрепления, наличие эрозий и энтезофитов. Статистическая обработка данных проводилась с использованием критериев Спирмена, Краскела-Уоллеса, Манна-Уитни, Фишера и χ^2 с помощью пакета прикладных программ «Статистика».

Результаты и обсуждение. Признаки поражения мышечного и сухожильно-связочного аппарата выявляются как у больных РА, так и ОА. На их состояние влияют наличие и выраженность признаков дегенерации (сужение суставной щели, наличие остеофитов) при обеих нозологических формах. Активность заболевания и величина синовита при РА значимо усиливают поражение мышечного и сухожильно-связочного аппарата. УЗИ превосходит клиническое обследование в выявлении инсерциальных поражений. Преобладание костного или мягкотканого компонента в структуре измененного места прикрепления позволяет выделить типы энтезопатий и определить их характерные признаки. Признаки поражения сухожильно-связочного аппарата коррелируют с проявлениями мышечного синдрома.

Заключение. Поражение периартикулярных тканей — характерный синдром при РА и ОА, который выявляется при клиническом исследовании и подтверждается данными УЗИ. на выраженность поражения периартикулярных тканей коленного сустава влияют проявления основного заболевания.

Кардиоренальные взаимоотношения у пациентов с ишемической болезнью сердца и стенозом почечных артерий

Кирищева Э.К.

Отделенческая больница на станции «Ульяновск» и Ульяновский государственный университет, Ульяновск

Введение. В практике кардиолога внимание чаще всего концентрируется на атеросклеротическом поражении коронарных артерий — ишемической болезни сердца (ИБС). Между тем атеросклеротический стеноз почечных артерий (СПА) встречается достаточно часто. При этом частота СПА и кардиоренальные взаимоотношения у пациентов с ИБС в настоящее время недостаточно изучены. Исследования в основном ограничивались проведением ангиографии почечных артерий у пациентов с рефрактерной артериальной гипертензией.

Идея. Обследовать больных ИБС на наличие СПА независимо от наличия артериальной гипертензии (АГ).

Цель: уточнить частоту атеросклероза почечных артерий у больных ИБС и определить его влияние на течение АГ, функцию почек и ремоделирование левого желудочка.

Материалы и методы. Обследованы 80 больных с подозрением на

ИБС (59 мужчин, 21 женщина, средний возраст составил $52,1 \pm 6,7$ года). Всем пациентам для верификации диагноза хронической ИБС выполнена коронароангиография (КАГ) и одновременно для исключения стеноза почечных артерий ангиография почечных артерий. АГ имели 69 (81%) больных. Анализировали следующие показатели: пол, возраст, индекс массы тела, уровень холестерина, креатинина крови, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), которую рассчитывали по формуле MDRD. По результатам эхокардиографии рассчитывали индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), относительную толщину стенок левого желудочка (ОТСЛЖ).

Результаты и обсуждение. Стеноз почечных артерий выявлен у 9 (11%) пациентов, в том числе гемодинамически значимый — у 8 (10%). Из них — 6 мужчин, 3 женщины. По возрасту, индексу массы тела не было выявлено существенных различий. У всех пациентов с СПА имелась подтвержденная КАГ ишемическая болезнь сердца, причем у 8 из 9 потребовалась реваскуляризация. Все пациенты с СПА имели АГ, среднее САД у пациентов с СПА составило $145,6 \pm 15,9$ мм рт.ст., среднее ДАД — $86,7 \pm 8,29$ мм рт. ст. Степень, стаж АГ, показатели САД и ДАД у больных АГ с СПА и без него не различались. Больные с СПА имели более высокий ИММЛЖ — $157,6 \pm 30,2$ и $127,1 \pm 36,1$ г/м² соотв. ($p=0,02$); более высокие показатели ОТСЛЖ — $0,44 \pm 0,09$ и $0,38 \pm 0,07$ соотв. ($p=0,01$). СКФ была достоверно ниже у больных со стенозом почечных артерий — $55,3 \pm 12,5$ мл/мин/1,73 м² и $69,8 \pm 16,7$ мл/мин/1,73 м² соотв. ($p=0,014$).

Выводы. Атеросклеротический стеноз почечных артерий при почечной ангиографии, выполненной независимо от наличия артериальной гипертензии, у больных ИБС встречается достаточно часто — у 9 (11%), в том числе гемодинамически значимый — у 8 (10%). При этом все пациенты со стенозом почечных артерий имеют одновременно АГ и ИБС с гемодинамически значимыми стенозами коронарных артерий. Больные со стенозом почечных артерий имеют более выраженную ГЛЖ и более низкую скорость клубочковой фильтрации.

Скрытые маркеры атеросклероза у лиц стрессовых профессий

Кондаков В.Д.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Цель: оценить частоту и выраженность скрытых маркеров атеросклероза у пациентов стрессовых профессий, имеющих модифицируемые факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материалы и методы. В исследование были включены 90 мужчин в возрасте 45—55 лет ($47,5 \pm 0,5$ года), имеющих артериальную гипертензию (АГ). По уровню профессионального стресса пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — 43 работника локомотивных бригад с высоким психоэмоциональным напряжением, 2-я группа — 47 пациентов с низким уровнем стресса. Проводилась регистрация офисного систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, плече-лодыжечного индекса (ПЛИ), частоты сердечных сокращений (ЧСС), измерение окружности талии, индекса массы тела (ИМТ), определение уровня холестерина, оценка суммарного сердечно-сосудистого риска (шкала SCORE). Оценка толщины интима-медиа (ТИМ) БЦС проводилась с использованием УЗВР на аппарате Philips EnVisorС. Эндотелиальная функция (ЭФ) определялась в пробе с реактивной гиперемией. Оценка андрогенного статуса проводилась по шкале AMS.

Результаты. Абдоминальное ожирение (окружность талии >90 см) наблюдалось у 54% пациентов 1 группы и 46% пациентов 2 группы, гиперхолестеринемия выявлена в 1,9 раза чаще (66% и 34% в 1-й и 2-й группах, $\chi^2=8,6$, $p=0,005$). Признаки атеросклероза БЦС (ТИМ> 0,9 мм) наблюдались у 75 и 25% пациентов 1-й и 2-й групп соответственно, атеросклероз сосудов нижних конечностей (ПЛИ>0,9) имели 64 и 36% пациентов 1-й и 2-й групп, сочетание признаков атеросклероза данных областей — 15,2 и 14,3% соответственно. Таким образом, у мужчин с профессиональным стрессом признаки атеросклероза выявлены в 3 раза ($\chi^2=21,4$, $p=0,005$) чаще в БЦС, и 1,8 раза ($\chi^2=6,3$, $p=0,01$) чаще в сосудах нижних конечностей. Эндотелиальная дисфункция наблюдалась у 62 и 38% пациентов 1-й и 2-й групп соответственно. Таким образом, у мужчин с профессиональным стрессом дисфункция эндотелия выявлена в 1,6 раза чаще ($\chi^2=4,4$, $p=0,05$). Эректильные нарушения наблюдались у 61 и 39% пациентов 1-й и 2-й групп соответственно. У мужчин с профессиональным стрессом эректильная дисфункция выявлена в 1,6 раза чаще ($\chi^2=4,4$, $p=0,05$). Таким образом, профессиональный стресс приводит к увеличению частоты гиперхолестеринемии, эндотелиальной и эректильной функции, признаков атеросклероза сосудов.

Эффективность комбинированной антиангинальной терапии у больных ишемической болезнью сердца, ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа

Лазарева О.А.

Нижегородская государственная медицинская академия,
Нижний Новгород

Недостаточная пульсурежающая эффективность бета-адреноблокаторов (β -АБ) у больных сахарным диабетом (СД) может быть следствием диабетической кардиальной автономной нейропатии (ДКАН). При поражении симпатического отдела вегетативной нервной системы β -АБ не способны урежать частоту сердечных сокращений (ЧСС) и снижаются их антиангинальные свойства. Включение ивабрадина в терапию больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и СД 2 типа является патогенетически обоснованным.

Цель исследования: изучить влияние комбинации β -АБ и ингибитора If-каналов ивабрадина на частоту ангинозных приступов у больных стабильной стенокардией на фоне ДКАН.

Материалы и методы. Обследованы 48 пациентов со стабильной стенокардией и ДКАН в возрасте от 45 до 67 лет (средний возраст — $58,9 \pm 5,32$), в том числе 34(71%) женщины и 14 (29%) мужчин. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, исследование гликемии натощак, постпрандиальной гликемии, гликозилированного гемоглобина (HbA1c), ЭКГ в 12 стандартных отведениях и 24-часовое ЭКГ-мониторирование с анализом variability сердечного ритма («Миокард-холтер», г. Саров). Пациенты были разделены на 2 группы; больные в первой группе получали комбинированное лечение (ивабрадин 5—7,5мг, конкор/бисогамма 5—10 мг), другие — монотерапию β -АБ (конкор/бисогамма — до 10 мг).

Результаты и обсуждение: Снижение ЧСС через 3 месяца лечения в обеих группах сопровождалось достоверным ($p=0,0011$) снижением частоты приступов стенокардии и потребности в нитратах короткого действия. При этом в группе комбинированной терапии более низкие значения ЧСС соответствовали меньшей частоте приступов стенокардии — 1(1—2) приступа в неделю, в в группе монотерапии

β -АБ частота приступов составила 3(2—4) в неделю. Соответственно, в группе комбинированной терапии количество приема нитратов было меньше, чем в другой группе. По данным ЭКГ-мониторирования у 72% больных выявлена безболевая ишемия миокарда; через 3 месяца лечения зарегистрировано снижение на 19% случаев в группе получавших ивабрадин.

Заключение. Антиангинальная терапия стабильной стенокардии селективными β -АБ недостаточна у больных СД, осложненной ДКАН, в связи с невозможностью достаточного подавления тахикардии из-за нежелательности применения высоких доз β -АБ. Комбинированное применение селективных β -АБ и ивабрадина у больных с ИБС и СД 2 типа позволяет достичь оптимальной ЧСС у 64% пациентов и помогает получить наиболее выраженный антиангинальный эффект по сравнению с монотерапией селективными β -АБ.

Подходы к тромболитису при тромбоэмболии легочной артерии

Леонов А.А., Дюжиков А.А., Орлов А.Е., Шамханьянц В.Д.,
Можаяев И.В., Румбешт В.В.

Центр кардиохирургии, Ростов-на-Дону

Введение. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), многие вопросы в ведении пациентов остаются нерешенными. Анализ медицинской литературы демонстрирует сохраняющееся противоречивое отношение к тромболитису при ТЭЛА и выбору метода его проведения.

Идея. С учетом преимуществ селективного введения фибринолитического средства целесообразно создать протокол проведения комбинированного тромболитиса при массивной ТЭЛА.

Цель: представить первый опыт на примере клинического случая. Материалы и методы. Больной У., 35 лет, поступил в отделение реанимации кардиоцентра в крайне тяжелом состоянии с жалобами на общую слабость, одышку и сердцебиение при минимальной физической нагрузке. 2 недели назад после катания на лыжах в горах отметил приступообразную одышку, сердцебиение, потерял сознание. В связи с сохраняющейся в настоящее время одышкой при обследовании выявлены флотирующий тромбоз глубоких вен нижних конечностей, признаки перенесенной массивной ТЭЛА с 2 сторон. Пациент переведен в кардиоцентр для проведения ангиопульмонографии и имплантации кава-фильтра в нижнюю полую вену. Тромботических масс в стволе легочной артерии (ЛА) не выявлено. В правой и левой ветвях ЛА в области деления на долевые ветви определяются тромботические массы, практически обтурирующие правую и левую ветвь с обедненным контрастированием сегментарных ветвей. Консилиумом решено провести введение актилизе в катетер, установленный в пораженные ветви ЛА с последующим системным введением препарата в дозе 100 мг в условиях отделения реанимации.

Результаты. Переведен из отделения реанимации на 1-е сутки, выписан из кардиоцентра на 16-е сутки. Пациент не предъявляет жалоб, повысилась толерантность к физическим нагрузкам. При контрольной эхокардиографии (ЭхоКС) признаков перегрузки ПЖ нет. Через 2,5 месяца при повторном обследовании одышки при физической нагрузке не отмечает, параметры ЭхоКС в норме, при ангиопульмонографии ствол и ветви ЛА проходимы, рентгенологических признаков ТЭЛА не определяется.

Обсуждения. Данный клинический случай демонстрирует обоснованность проведения селективного тромболитиса у больных

с массивной ТЭЛА с источником эмболии в нижних конечностях. Мы считаем такой подход более оправданным с учетом создания механического препятствия для развития рецидива ТЭЛА, положительной динамики по данным ангиопульмонографии и улучшением клинического состояния пациента как при непосредственной, так и при отсроченной оценке.

Фармакоэпидемиологические и клинические аспекты применения лекарственных средств для устранения симптомов насморка во время беременности

Литвинова М.П.

б городская клиническая больница, Минск

Актуальность темы. Вазомоторный ринит, возникающий во время беременности, именуемый как назальная обструкция, или ринит беременных, является распространенным состоянием. По данным различных исследований, ринит во время беременности регистрируется примерно у 2/3 беременных.

Цель исследования: изучить распространенность насморка во время беременности, изучить практику применения лекарственных средств для устранения симптомов насморка в лечебных учреждениях Беларуси.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в рамках Республиканского многоцентрового одномоментного поперечного исследования «Лекарственные средства и беременность», проведенного в Республике Беларусь в течение года, с ноября 2008 г. по ноябрь 2009 г. В исследовании приняли участие 1334 женщины на разных сроках беременности и 619 врачей из разных областей РБ. Дополнительно для оценки распространения насморка и применения лекарственных средств во время беременности было проведено локальное одномоментное поперечное исследование по самостоятельно разработанным анкетам. Исследование проводилось с августа 2010 г. по январь 2011 г. В нем приняли участие 100 беременных женщин, находящихся в отделениях патологии беременности и родильных отделениях 6 ГКБ.

Результаты исследования и их обсуждение. 1 часть. Анализ по анкетам в рамках локального одномоментного поперечного исследования. Симптомы насморка во время беременности отмечали 59% женщин (у 50% насморк длился 5—7 дней, у 32% — больше 7 дней, у 18% — ринит на протяжении всей беременности). 73% беременных при насморке используют капли для носа, 10% не лечат вообще, 7% используют немедикаментозные методы лечения (промывание солевым раствором, физиотерапевтические методы). 40% опрошиваемых женщин не обращаются к врачу по поводу насморка. 29% самостоятельно используют капли для носа. Велик также процент женщин, нарушающих рекомендуемый режим дозирования назальных спреев: больше 3 раз в день используют капли для носа 7% женщин, более 5 дней — 10% женщин, постоянно — 10%, что может привести не только к попаданию веществ в системный кровоток, а также к тахифилаксии и возникновению медикаментозного ринита, который в последующем очень трудно поддается терапии и приводит к ухудшению качества жизни. 2 часть. Результаты анализа анкет в рамках Республиканского многоцентрового одномоментного поперечного исследования «Лекарственные средства и беременность».

Результаты опроса врачей. Для устранения симптомов насморка во время беременности врачами чаще предлагались фитопрепараты (53,8 и 42,3% в 1-м и 2—3-м триместрах соответственно), салин — 9, 8 и 7, 5%,

оксиметазолин — 9,4 и 19, 3%, нафазолин — 8,5 и 2,1%, гомеопатические средства — 2,5 и 3,1%, ксилометазолин — 1,7 и 2,1%.

Результаты опроса беременных: При опросе беременных о средствах, применяемых для устранения симптомов насморка, были получены следующие результаты. Наиболее часто использовались оксиметазолин (43,3%) и комбинированные препараты (41,4%), в 12,1% случаев — ксилометазолин.

Выводы. 1) Тактика фармакотерапии симптомов ринита во время беременности в недостаточной степени соответствует современным рекомендациям. Имеет место использование препаратов с недоказанной клинической эффективностью и безопасностью при беременности: • Велик процент назначений фитопрепаратов для устранения симптомов насморка во время беременности (53,8 и 42,3% в 1-м и 2—3-м триместрах соответственно). • Использование гомеопатических препаратов (2,5% и 3,1% в 1-м и 2—3-м триместрах соответственно). • Недостаточное использование хлорида натрия (салин — 9,8 и 7,5% в 1-м и 2—3-м триместрах соответственно), который обладает доказанной клинической эффективностью и безопасностью во время беременности.[5] 2) Отмечается широкое использование назальных деконгестантов (55,4% случаев) беременными, применение которых из-за теоретического риска вазоконстрикции маточных сосудов рекомендуется свести к минимуму. При этом 11,7% женщин самостоятельно эпизодически применяют назальные деконгестанты, помимо назначенных врачом.

Особенности иммунного ответа и микробиоценоза дыхательных путей у больных с сочетанием хронической обструктивной болезни легких и сахарного диабета 2 типа

Любавина Н.А.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и сахарный диабет 2 типа (СД 2) являются распространенными во всем мире заболеваниями. В настоящее время недостаточно изучены факторы, способствующие бактериальной колонизации нижних дыхательных путей (НДП) у больных сочетанной патологией, не определено значение растворимых форм дифференцировочных молекул клеток иммунной системы в патогенезе ХОБЛ.

Цель работы: изучить влияние нарушений углеводного обмена при СД 2 на сывороточное содержание растворимых форм дифференцировочных молекул клеток иммунной системы и микробиоценоз НДП у больных ХОБЛ.

Материалы и методы. Обследованы 90 больных ХОБЛ, из них 40 пациентов с сопутствующим СД 2 (I A группа). Всем больным проводились общеклиническое обследование, спирометрия, микробиологическое исследование мокроты. Сывороточное содержание молекул sCD50, sCD54, sCD38, sCD8, sCD95, sHLA I и sHLA-DR определяли иммуноферментным методом, результаты представлены в условных единицах (U/ml) в виде Me[25;75]. Образцы сыворотки крови больных сравнивали с образцами сыворотки 30 здоровых доноров, сопоставимых по полу и возрасту. Результаты и обсуждение. У больных I A группы при декомпенсации СД 2 уровень sCD50, sCD8, sCD95 и sCD38, молекул sHLA I был снижен, а sHLA-DR повышен относительно доноров и больных ХОБЛ без диабета (I B группа) и составил 188[94;293], 260[214;324], 104[41;167], 45[41;97], 566[328;732] и 124[115;134] соответственно. В посевах мокроты

больных I A группы монокультура была выявлена в 20% случаев, ассоциации от 4 до 7 видов встречались чаще, чем у больных I B группы (45% против 25%, $p=0,038$). Выявлена обратная связь между количеством видов микроорганизмов и показателем ОФВ1 ($r=-0,57$ $p=0,04$), а также прямая связь с уровнем гликозилированного гемоглобина ($r=0,68$ $p=0,03$). У больных с компенсированным СД 2 в мокроте чаще выявлялись стрептококки и микрофлора, соответствующая флоре верхних ДП (в 40 и 60% выделенных бактерий), а при декомпенсации СД 2 возрастала роль грибов рода *Candida* и энтеробактерий (ЭБ) (60 и 65% соответственно). Гемофильные и синегнойные палочки и пневмококки выделялись только при декомпенсации СД 2. Выявлена прямая связь уровня гликозилированного гемоглобина и количества в мокроте грибов рода *Candida* ($r=0,89$ $p=0,01$), гликемии натощак и обсемененности ЭБ ($r=0,45$ $p=0,04$). С увеличением продолжительности курения возрастала обсемененность ЭБ и кандидами ($r_1=0,7$ $p_1=0,04$; $r_2=0,71$ $p_2=0,01$ соответственно). В I A группе обнаружена обратная связь показателя проходимости средних бронхов МОС50 и количества ЭБ мокроты ($r=-0,65$ $p=0,045$), а также количества грибов рода *Candida* мокроты с уровнем sCD54 ($r=-0,65$ $p=0,047$) и sCD95 ($r=-0,65$ $p=0,03$).

Заключение. Декомпенсация углеводного обмена у больных с сочетанием ХОБЛ и СД 2 усугубляет влияние интенсивности курения, бронхообструкции, нарушенных механизмов адгезии, активации и апоптоза иммунокомпетентных клеток и приводит к более высокой микробной колонизации бронхиального дерева ЭБ, пневмококками, грибами рода *Candida*.

Новый метод физических тренировок в коррекции гиподинамии у больных ишемической болезнью сердца, перенесших эндоваскулярное вмешательство после острого коронарного синдрома

Лямина Н.П., Разборова И.Б., Носенко А.Н., Котельникова Е.В., Карпова Э.С.

Саратовский научно-исследовательский институт кардиологии, Саратов

Гиподинамия является одним из важных корригируемых факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС).

Цель: оценка эффективности ходьбы с утяжелением при применении на амбулаторном этапе в коррекции гиподинамии у больных ИБС, перенесших эндоваскулярное вмешательство (ЧКВ) после острого коронарного синдрома (ОКС). В исследование включено 38 больных ИБС мужского пола в возрасте от 46 до 63 лет, имевших в анамнезе ОКС и перенесших ЧКВ давностью 3 и более суток к моменту начала физических тренировок (ФТ). Больные не имели противопоказаний к назначению длительных ФТ и получали медикаментозную терапию согласно действующим стандартам. Пациенты были рандомизированы в 2 группы, сопоставимые по клиническому статусу и результатам ЧКВ. В I группе ФТ осуществлялись ходьбой с утяжелением в произвольном темпе не менее 1 часа ежедневно (масса тренирующего груза рассчитывалась индивидуально, приоритет № 2010136208 от 27.08.2010), II группа — группа контроля, не выполняющая ФТ. Исходно и через 6 месяцев выполнения ФТ всем пациентам проводилось клиническое обследование, суточное мониторирование ЭКГ, СМАД, тредмил-тест, оценка качества жизни (КЖ) (опросник ВОЗКЖ-100), оценка степени выраженности гиподинамии (шагомеры Walking Style

II, модель OMRON HJ — 113 — E и сокращенной версии опросника CINDI).

Результаты. При исходной оценке степени выраженности гиподинамии: по опроснику 52% имели низкий уровень физической активности (ФА), 39% — средний, 9% — высокую ФА; по шагомеру: у 86% пациентов имелись признаки гиподинамии, а у 14% их не было. На фоне проведения длительных ФТ через 6 мес. получена положительная динамика в I группе: низкий уровень ФА — 41%, средний — 45%, высокий — 14% пациентов. В II группе отмечена незначительная тенденция к росту гиподинамии: низкий уровень ФА — 58%, средний — 36%, высокий — 6%. По шагомеру в I группе признаков гиподинамии не имели 47%, во II группе — 15%. Прекращения ФТ в связи с развитием осложнений и нежелательных событий не было. Повышение уровня повседневной ФА в I группе сопровождалось повышением толерантности к физической нагрузке (на 26%), улучшением приверженности к медикаментозной терапии (на 13%) и повышением КЖ у всех пациентов. Таким образом, применение ходьбы с утяжелением в качестве тренирующего фактора на амбулаторном этапе эффективно в коррекции гиподинамии у больных ИБС, перенесших ЧКВ после ОКС.

Регуляция пластичности иммунного ответа — путь к успеху в лечении заболеваний легких

Лямина С.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва

Введение. Нарушение пластичности иммунного ответа является основным звеном патогенеза заболеваний легких с воспалительным компонентом.

Идея. Регуляция управления пластичностью иммунного ответа в легких с помощью компонентов микроокружения альвеолярных макрофагов.

Цель: разработка моделей управления пластичностью иммунного ответа при заболеваниях легких.

Материалы и методы. In vitro на культуру альвеолярных макрофагов, выделенных из бронхо-альвеолярной лаважной жидкости пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ, $n=18$), бронхиальной астмой (БА, $n=17$), саркоидозом (СЗ, $n=23$) и у здоровых лиц ($n=15$), воздействовали различными концентрациями интерферона-гамма (INF- γ) и интерлейкина-4 (IL-4) — цитокиновая модель, и сыворотки, содержащей трансформирующий фактор роста TGF- β и сурфактантный белок D (SP-D) — сывороточная модель. Качество биoprogramмирования макрофагов оценивалось по морфологической характеристике (световая микроскопия), продукции цитокинов и экспрессии поверхностных макрофагальных маркеров (проточная цитометрия, Beckman Coulter FC500, FlowCytomix human Th1/Th2 11plex, антитела к CD80, CD 25, CD163, CD206).

Результаты. Установлено, что воздействие INF- γ 10 нг/мл как при ХОБЛ, БА и СЗ, так и у здоровых лиц, сдвигает баланс в сторону M1 фенотипа, способствуя развитию Th1 звена иммунного ответа, тогда как влияние IL-4 40 нг/мл и 80 нг/мл программировало макрофаги на M2 фенотип и обуславливало развитие Th2 иммунного ответа с четкой зависимостью от концентрации IL-4. Изменение концентрации сыворотки, и, соответственно, TGF- β и SP-D, в микроокружении макрофагов целенаправленно программировало фенотип макрофагов или на M1, или M2, обеспечивая развитие преимущественно Th1 или Th2 звена иммунного ответа. Снижение концентрации

сыворотки до 0% программировало макрофаги на M1 фенотип, способствуя развитию Th1 иммунного ответа, последовательное увеличение концентрации сыворотки с 20 до 40% приводило к биопрограммированию макрофагов на M2 фенотип и развитию Th2 ответа с прямой зависимостью от увеличения концентрации. Эффективность биопрограммирования макрофагов при ХОБЛ, БА и СЗ по всем характеристикам была выше при использовании сывороточной модели.

Обсуждение. Таким образом, установлена эффективность разработанных сывороточной и цитокиновой моделей регуляции пластичности иммунного ответа при заболеваниях легких, что позволяет рассматривать данные модели, как новый подход для основ патогенетической терапии заболеваний легких.

Тяжелые металлы при гастроэнтерологических заболеваниях у детей

Майорова А.В., Текуцкая Е.Е.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Микроэлементы играют важную роль во многих физиологических процессах человека. Между тем мало изучена взаимосвязь металло-лигандного гомеостаза с причинами возникновения патологии желудочно-кишечного тракта у детей.

Цель: определение содержания тяжелых металлов (ТМ), и поиск биомаркеров токсического действия ТМ на организм с использованием показателей активности антиоксидантных ферментов у детей с заболеваниями органов пищеварения.

Материалы и методы. Проанализированы биосреды 80 детей в возрасте от 7 до 15 лет, распределены на 2 группы: 1 группа — 60 детей, проживающих на территории Краснодарского края с различным уровнем загрязнения окружающей среды обитания и 2 группа — 20 детей, проживающих на территории с благополучной санитарно-гигиенической ситуацией, с патологией органов пищеварения: хронический гастродуоденит — 25%, язвенная болезнь желудка — 32%, хронический энтерит — 43%. В биосредах с использованием унифицированных методик пробоподготовки и элементного анализа определялись концентрации свинца, кадмия, меди и цинка. В крови — активность каталазы эритроцитов, глутатионредуктазы. Полученные данные обработаны с помощью программы Statistica Версия 6.0.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования у обследуемых детей (77%) 1 группы в сыворотке крови обнаружено повышенное содержание ТМ по сравнению с 2 группой. Так, уровни содержания ТМ составили, мг/дм³: меди — 0,57±0,15, свинца — 0,12±0,01, цинка — 5,05±0,13, кадмия — 0,003±0,001. Нормальное содержание эссенциальных микроэлементов сохраняется лишь у 9% детей с патологией органов пищеварения, что, по-видимому, связано с нарушением их всасывания в желудочно-кишечном тракте. Среднее значение активности каталазы эритроцитов было уменьшено на 20—25% по сравнению со здоровой группой, а глутатионредуктазы на 8—11%. Выводы: Для детей с заболеваниями органов пищеварения характерно накопление кадмия, свинца в сыворотке крови и снижение содержания цинка и меди, что обуславливает угнетение активности антиоксидантной системы защиты организма. Проведенный корреляционный анализ показал, что у детей с высоким уровнем токсичных ТМ и низкой активностью каталазы гастроэнтерологическое заболевание имеет чаще прогрессирующее течение, чем у детей с высоким уровнем ТМ и сохраненной активностью каталазы эритроцитов.

Роль серы в профилактике и лечении респираторных заболеваний

Малоземова В.А., Попов Д.А., Кузнецова О.А.

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

Введение. Воспалительные заболевания органов дыхания являются чрезвычайно распространенной проблемой, что определяет ее медико-социальную значимость. Необходимо учитывать роль серы в патогенезе внутренней патологии.

Цель: оценить эффективность коррекции содержания серы в крови больных респираторными заболеваниями.

Материалы и методы. Обследованы пациенты с воспалительными заболеваниями органов дыхания. Всем больным проводилось комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование, которое включало: общеклинические методы, количественное определение С-реактивного белка в сыворотке крови, оценка показателей тиоловых соединений крови.

Результаты. При обследовании часто и длительно болеющих (ч.д.б.) пациентов выявлен дефицит в крови серы и дисбаланс ее распределения в пользу окисленных структур в системе тиоловых соединений. На фоне терапии серосодержащими препаратами (Тиосульфатом натрия и Ацетилцистеином) во всех группах больных происходит восстановление общего ресурса серы, ее восстановленной фракции, что способствует эффективному смещению ТДО в сторону восстановленных эквивалентов серы. Нормализация присутствия показателей серы в крови привела к перераспределению присутствия Са и Mg в биологических средах, что и иллюстрируют выявленные в исследовании корреляционные зависимости между уровнем ТДО и распределением микроэлементов в плазме и в эритроцитах крови. Таким образом, нормализация баланса Са и Mg в клетках привела к нормализации всех ранее измененных клеточных и гуморальных показателей иммунитета и неспецифической резистентности организма, что демонстрирует многофункциональную биологическую активность серы. Достижимая с помощью заместительной терапии метаболическая коррекция с восстановлением присутствия и функционального участия серы приводило к значительному улучшению клинического состояния наблюдавшихся ч.д.б., при этом существенно снизился уровень заболеваемости пациентов.

Обсуждение. Добавление серосодержащих препаратов к терапии больных заболеваниями органов дыхания эффективно восполняет антиоксидантный ресурс SH-групп тиолов, что сопровождается значительным клиническим улучшением состояния пациентов и ускоряет процесс выздоровления; таким образом, доказанная в работе сопряженность коррекции иммунного статуса и неспецифической резистентности организма с преодолением дефицита и дисбаланса серы мотивирует необходимость подобной метаболической коррекции для профилактики сезонной заболеваемости ч.д.б.

Предикторы продолжения курения у мужчин трудоспособного возраста с артериальной гипертензией

Манюгина Е.А.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Курение — наиболее значимый фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. 17,5% мужчин трудоспособного возраста,

страдающих артериальной гипертензией (АГ), продолжают курить. Цель работы: изучить клинические и психологические предикторы продолжения курения у мужчин с АГ.

Материалы и методы. На первом этапе были изучены качество жизни (КЖ) пациентов с АГ, тип курительного поведения и никотиновая зависимость у 85 мужчин. Из них 32 практически здоровых мужчины и 53 пациента с АГ 1—3 степени, средний возраст — 52,7±1,5 года. На втором этапе были выявлены тип отношения к болезни (ТОБ) и механизмы стрессовлающего поведения — копинг-стратегии (КС) у 30 пациентов с АГ (средний возраст — 48,7±1,8 года). Результаты. Курящие мужчины с АГ имели более выраженные клинические симптомы и ограничение функциональных возможностей. Наличие болезни и снижение КЖ у них не явилось достаточным основанием для отказа от курения. У мужчин, страдающих АГ, и у мужчин без АГ преобладает умеренная никотиновая зависимость. У пациентов, страдающих АГ, ведущим типом курительного поведения является психологическая зависимость и «поддержка» при нервном перенапряжении, а у мужчин без АГ — «поддержка» при нервном перенапряжении. Анализ связи между степенью никотиновой зависимости и уровнем мотивации к курению показал, что у мужчин, страдающих АГ, наличие сильной мотивации к курению не имеет связи с наличием сильной никотиновой зависимостью, но в группе мужчин, у которых АГ сочеталась с ишемической болезнью сердца, такая зависимость имеется. У курящих пациентов с АГ чаще встречались эргопатический ТОБ, а у некурящих пациентов с АГ — гармоничный и тревожный ТОБ. У всех пациентов с АГ были выявлены преимущественно адаптивные варианты КС на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях. У курящих пациентов с АГ наиболее часто встречались следующие механизмы КС: на когнитивном уровне — «сохранение самообладания» и «проблемный анализ», на эмоциональном — «пассивная кооперация» и на поведенческом уровне — «активное избегание» и «сотрудничество». Таким образом, у курящих пациентов с АГ снижение КЖ, обусловленное заболеванием, не ведет к отказу от курения, преобладает умеренная никотиновая зависимость, ведущими типами курительного поведения являются «психологическая зависимость» и «поддержка» при нервном перенапряжении, чаще всего встречается эргопатический ТОБ, для них характерны определенные типы КС, что необходимо учитывать при работе с пациентами.

Изменения фактора роста эндотелия сосудов при хроническом атрофическом гастрите

Матвеева Л.В., Мосина Л.М., Новикова Л.В.

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

В последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости и смертности населения от болезней органов пищеварения. Среди заболеваний желудка наиболее часто встречается хронический гастрит, представляющий собой хроническое воспаление слизистой оболочки желудка (СОЖ) с ее клеточной инфильтрацией, ухудшением физиологической регенерации, атрофией железистого эпителия, кишечной метаплазией и нарушением функций желудка. В свою очередь хронический атрофический гастрит является предязвенным и предраковым состоянием. Для физиологической и репаративной регенерации СОЖ необходимо адекватное развитие микроциркуляторного сосудистого русла. В ангиогенезе при заживлении ран, воспалении важное значение придается фактору

роста эндотелия сосудов (VEGF — vascular endothelial growth factor), который способствует образованию новых и выживанию незрелых кровеносных и лимфатических сосудов. В последние годы активно изучается роль VEGF в патогенезе злокачественных новообразований различной локализации.

Цель исследования: оценить изменения VEGF при хроническом атрофическом гастрите и определить их патогенетическое значение. Обследованы 60 больных хроническим атрофическим гастритом в фазе обострения. Группу сравнения составили 20 практически здоровых жителей Саранска, не имеющих на момент обследования признаков гастропатологии. Методом иммуноферментного анализа определяли сывороточные концентрации VEGF, пепсиногенов -1, -2, гастрин-17 с применением тест-систем ЗАО «Вектор-Бест» и ООО «БИОХИТ». Наличие атрофии СОЖ подтверждали при эзофагогастродуоденоскопии. У больных по сравнению с контрольной группой (119,05±14,12 пг/мл) отмечалось достоверное повышение количества VEGF — 327,5±15,64 (p<0,001), зависящее от степени тяжести атрофии СОЖ и локализации патологического процесса. При тяжелой атрофии слизистой тела желудка уровень фактора роста эндотелия сосудов у больных (n=25) составил — 344,6±25,85 пг/мл, при атрофии слизистой средней тяжести (n=25) — 306,44±22,9 пг/мл, а при атрофическом гастрите антрального отдела желудка (n=10) — 337,4±39,8 пг/мл. Коэффициент диагностической ценности VEGF составил 2,02. Увеличение уровня VEGF может способствовать в условиях гипоксии кратковременному улучшению трофики СОЖ за счет развития сосудистых коллатералей, но их незрелость, извитость, повышенная проницаемость создают дополнительные условия для онкотрансформации желудочного эпителия. Таким образом, VEGF — высокоценный и прогностически значимый маркер при атрофическом гастрите.

Сравнительная характеристика variability сердечного ритма при системных формах AL- и AA-амилоидоза

Мелиоранская Е.И., Полякова А.А., Семернин Е.Н., Гудкова А.Я.

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

Введение. Одной из причин низкой выживаемости пациентов с AL- и AA-амилоидозом является электрическая нестабильность миокарда, ассоциированная с вегетативной дисфункцией.

Цель: изучение особенностей вегетативной регуляции сердца у пациентов с AL- и AA-амилоидозом.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 22 пациента с первичным системным AL-амилоидозом в возрасте от 37 до 84 лет (группа 2) и 5 пациентов с AA-амилоидозом (группа 5). В 1 и 3 группу вошли пациенты с метаболическим синдромом на разных стадиях заболевания. 4 группу составили пациенты с гипертонической болезнью. Материалами исследования variability сердечного ритма (BCP) явились записи суточного мониторирования пациентов, оцененные с помощью программно-аппаратного комплекса KTResult. Выживаемость пациентов оценивалась с помощью метода Каплан-Майера.

Результаты. При частотном анализе BCP в группе пациентов с первичным системным AL-амилоидозом при нагрузке симпатовагальный индекс (LF/HF) был достоверно ниже по сравнению с группой больных гипертонической болезнью (LF/HF — 2,41 ± 0,66; 0,42 ± 0,13 соответственно; p < 0,05). В покое симпатовагальный индекс

(LF /HF) гораздо больше в группе пациентов с метаболическим синдромом и нормальной ФВ ЛЖ (LF /HF — $3,31 \pm 1,68$; $0,47 \pm 0,37$ соответственно; $p < 0,05$). У 4 пациентов с AL-амилоидозом, клинической особенностью которых являлось наличие хронической почечной недостаточности (ХПН), показатели LF и HF были значительно выше по сравнению с остальными пациентами с AL-амилоидозом, метаболическим синдромом и гипертонической болезнью. В группе пациентов с AA-амилоидозом показатели SDNN и HP были значимо выше по сравнению с группой пациентов с AL-амилоидозом (SDNN — $144,72 \pm 12$; $80,7 \pm 29,8$ соответственно, $p < 0,05$; HP — $6,30 \pm 471,2$; $1,67 \pm 152,3$ соответственно), и значимо ниже, чем у пациентов с AL-амилоидозом в сочетании с ХПН (SDNN — $144,72 \pm 12$; $202,3 \pm 89$ соответственно, $p < 0,05$; HP — $1,51 \pm 89,8$; $7,66 \pm 1,03$ соответственно). Согласно кривым Каплан-Майера, за время наблюдения наименьшая выживаемость наблюдалась у пациентов с AL-амилоидозом.

Выводы. Снижение симпатического компонента, ассоциированное с высокой смертностью при AL-амилоидозе, может рассматриваться как глубокое нарушение вегетативной регуляции. У пациентов с AA-амилоидозом активация симпатической и парасимпатической нервной системы менее выражена, чем у пациентов с AL-амилоидозом в сочетании с ХПН.

Гипердиагностика ИБС и кардиомиопатические фенотипы как проявления системного AL амилоидоза

Полякова А.А., Мелиоранская Е.И., Семернин Е.Н., Гудкова А.Я.

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

Введение. Наиболее распространенной формой амилоидоза является системный AL-амилоидоз. Кардиальные проявления системного AL-амилоидоза переменны и составляют 12% в структуре диастолической сердечной недостаточности на Западе. В России подобные исследования не проводились.

Цель: изучить долю системного AL-амилоидоза в структуре диастолической сердечной недостаточности, особенности клинического течения по данным эхокардиографического исследования.

Материалы и методы. В исследование включены 22 пациента. Возраст пациентов варьировался от 37 до 84 лет. Инструментальное исследование сердечно-сосудистой системы включало ЭхоКГ (М-модальный, двумерный и доплеровский режимы).

Результаты. У всех 22 пациентов по данным эхокардиографического исследования выявлена диастолическая дисфункция по типу: нарушения расслабления, псевдонормального и рестриктивного вариантов, а систолическая функция нарушена у 7 из 22 наблюдаемых пациентов (ФВ составила от 8,3 до 39,75%, в среднем — 24,3%). Своевременно диагноз AL-амилоидоза установлен только у 1 из обследуемых пациентов. У 13 пациентов имела место гипердиагностика ИБС, несмотря на значительное увеличение индекса массы миокарда левого желудочка: ИММ ЛЖ составил от 116 до 339 г/м² (среднее значение — 189,6 г/м²) и интактные коронарные артерии по данным коронароангиографии. 3 пациентам первоначально установлен диагноз ГКМП (средняя величина ИММ ЛЖ — 176 г/м², толщина МЖПд — 18,1 мм), 1 пациент наблюдался с диагнозом ДКМП, а у 5 пациентов имела место РКМП (КДР ЛЖ снижен: среднее значение — 40,5 мм, диаметр ЛП увеличен — 50,82 мм, повышен ИММ ЛЖ — 173,7 г/м² и СДЛА — 40,4 мм рт.ст.). В структуре окончательных

диагнозов у 17 пациентов имел место AL-амилоидоз, у 1 пациента AL-амилоидоз, ассоциированный с множественной миеломой, а у 4 больных выявлены смешанные формы амилоидоза: сочетание AL-амилоидоза с транстретиновым амилоидозом (1 пациент), AL-и AA-амилоидоза (1 пациент) и 2 пациентов имели AL- и старческий амилоидоз.

Выводы. Доля AL-амилоидоза, по нашим данным, составила 14% в структуре диастолической дисфункции. Поражение сердца при AL-амилоидозе проявляется как рестриктивная, дилатационная, гипертрофическая кардиомиопатии, а также ИБС и псевдоинфаркты. Основными характеристиками псевдоИБС являлись: анамнестические указания на 2 и более инфаркта миокарда без Q с элевацией сегмента ST, признаки выраженной гипертрофии миокарда, наличие нарушения диастолической функции в сочетании с дилатацией предсердий.

Изменения микроциркуляции и сердечно-сосудистые нарушения у женщин с хирургической менопаузой, возможность их коррекции заместительной гормональной терапией

Пустотина З.М.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Проблема хирургической менопаузы остается актуальной, у 75—80% оперированных женщин в течение нескольких лет после операции развиваются тяжелые сердечно-сосудистые заболевания. Данное исследование поможет установить роль изменений микроциркуляции в патогенезе формирования сердечно-сосудистых нарушений и возможность их коррекции заместительной гормональной терапией (ЗГТ). Цель работы: изучить патогенетические особенности микроциркуляции и ее влияние на формирование артериальной гипертензии (АГ) и структурно-функциональные изменения левого желудочка (ЛЖ) у женщин с хирургической менопаузой и оценить возможность их коррекции заместительной гормональной терапией (ЗГТ).

Материалы и методы. В исследование включены 99 женщин (средний возраст — $42 \pm 6,3$ года), находившиеся в состоянии хирургической менопаузы: 1-я группа — 46 пациенток с постгистерэктомическим синдромом, 2-я группа — 31 женщина с хирургическим климаксом после удаления яичников с гистерэктомией или без нее. Отдельно была выделена 3-я группа женщин (22 чел.), принимающих ЗГТ. В группе контроля обследованы 25 здоровых женщин в возрасте 44 ± 5 лет. Суточное мониторирование артериального давления осуществляли с помощью аппарата Cardiotens-01 фирмы Meditech (Венгрия). Эхокардиографическое исследование проводилось на аппарате Logic 5. Микроциркуляцию изучали методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с помощью аппарата ЛАКК-02 (НПП «Лазма», Россия). Агрегацию тромбоцитов исследовали в обогащенной тромбоцитами плазме с использованием двухканального лазерного анализатора агрегации тромбоцитов НПФ «Биола» (Москва). В качестве индуктора агрегации тромбоцитов применяли растворы АДФ (5 и 10 мкг/мл), коллагена (1 мг/мл) и адреналина (2,5 мкг/мл). Определение показателя лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии (ЛТА) осуществляли по методу Ю.А. Витковского и соавт. (1999 г.) Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ Statistica 6,0.

Результаты. У оперированных женщин был снижен показатель микроциркуляции (ПМ), повышен нейрогенный и миогенный сосудистый тонус по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$). На

фоне ЗГТ ПМ был выше, чем в 1-й и 2-й группах, статистически значимого повышения сосудистого тонуса не выявлено. В группе контроля и в 3-й группе преобладал нормоциркуляторный гемодинамический тип микроциркуляции (ГТМ), в группах оперированных женщин преобладали патологические ГТМ, и чаще встречался застойно-стазический ГТМ. У женщин 1-й и 2-й групп отмечалась активация спонтанной и индуцированной агрегации тромбоцитов, увеличивался показатель ЛТА. У 65% женщин с хирургическим климаксом выявлена артериальная гипертензия, в этой группе выявлены более выраженные нарушения микроциркуляции, чаще встречались патологические ГТМ. В 3-й группе частота развития АГ — 40,9%. У оперированных женщин преобладали концентрическое ремоделирование и концентрическая гипертрофия ЛЖ, даже при отсутствии АГ. В группе пациенток, принимающих ЗГТ, чаще геометрия левого желудочка оставалась ненарушенной (72,7%). У пациенток, имеющих нарушения микроциркуляции достоверно чаще отмечалось концентрическое ремоделирование ЛЖ, а у женщин с нормоциркуляторным ГТМ — нормальная геометрия ЛЖ. Выводы. У женщин с хирургическим климаксом и постгистерэктомическим синдромом имеют место значительные нарушения микроциркуляции, активация сосудисто-тромбоцитарного гемостаза и ЛТА, что обуславливает формирование артериальной гипертензии и оказывает влияние на ремоделирование левого желудочка. При применении ЗГТ отмечается нормализация показателей, что свидетельствует о ее роли в коррекции сердечно-сосудистых нарушений.

Висцеральные поражения при инфекционном эндокардите наркоманов

Рощина А.А.

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

Введение. В последнее десятилетие отмечен рост заболеваемости инфекционным эндокардитом (ИЭ), в том числе у потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) ежегодно (5—6%).

Идея. Изучение клинических проявлений, в том числе висцеральных поражений, позволит улучшить качество диагностики ИЭ у ПИН.

Цель: изучение клинических особенностей, гемодинамических параметров, традиционных маркеров воспаления при ИЭ у ПИН. Обследованы 35 ПИН с достоверным ИЭ нативных клапанов (33 мужчины, 2 женщины, средний возраст — 31,34±5,35 года). Всем больным проведено бактериологическое исследование крови, трансторакальная ЭхоКГ, количественное определение С-реактивного протеина (СРП).

Результаты. Подострое течение ИЭ наблюдалось у 65,7%, острое — у 34,3% ($\chi^2=6,91$, $p<0,01$). Трикуспидальная локализация ИЭ отмечена у 34 больных (97,2%), аортальная — у 1 (2,8%), сочетанное поражение трикуспидального и аортального клапанов — у 5 (14,3%). Из 18 больных с положительной гемокультурой у 15 (83,3%) выделен *Staphylococcus aureus*. У большинства пациентов установлены внесердечные проявления ИЭ, особенно легких — 28 (80%) и почек — 31 (88,6%). Миокардит диагностирован у 18 (51,4%), менингит — у 3 (8,6%). Антибактериальную терапию в первые две недели не получали 24 больных (68,5%) вследствие поздней обращаемости в лечебные учреждения. Миокардит выявлен только среди этих пациентов. Легочная гипертензия отмечена у всех больных (систолическое давление в легочной артерии — 42,67±21,31 мм рт.ст.). Обнаружены

различия диастолических размеров правых отделов сердца при подостром и остром течении ИЭ (размер правого предсердия при подостром ИЭ — 4,63±0,65 см vs при остром ИЭ 4,09±0,70 см, $p<0,05$, правого желудочка — 3,28±0,60 и 2,97±0,60 см соответственно, $p=0,06$). Установлена корреляция между уровнем СОЭ и размером клапанных вегетаций, позитивной гемокультурой ($R=0,49$, $p<0,01$; $R=0,51$, $p<0,01$), а также взаимосвязь уровня СРП с частотой эмболий ($R=0,44$, $p<0,05$) и длительности лихорадки с частотой внутрисердечных абсцессов ($R=0,86$, $p<0,01$).

Заключение. Преобладающими висцеропатиями при ИЭ ПИН является поражение легких и почек. Отсутствие ранней адекватной антибактериальной терапии, возможно, определяет риск развития миокардита у ПИН с ИЭ. СРП адекватно характеризует активность клапанной инфекции при ИЭ у ПИН.

Антигипертензивная эффективность алискирена у больных с системной красной волчанкой

Савина Ж.Е.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль

Введение. Ведущую роль в патогенезе артериальной гипертензии у больных системной красной волчанкой (СКВ) играет активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС). Традиционная терапия ингибиторами АПФ не всегда позволяет достигнуть полной ее блокады. Поэтому проблема адекватного патогенетически обоснованного выбора антигипертензивных средств в условиях комплексной терапии данного заболевания остается актуальной.

Идея. Изучить возможность использования прямого ингибитора ренина — алискирена, воздействующего на иницирующий фермент РААС, в качестве антигипертензивной терапии у пациентов с СКВ.

Цель: оценка эффективности гипотензивного действия алискирена у больных СКВ с синдромом артериальной гипертензии.

Материалы и методы. Обследованы 30 пациентов СКВ (женщины, средний возраст — 46,5±12,8, длительность заболевания — 15,3±18,1), активность заболевания I-II (оценивалась по шкалам SLEDAI, ECLAM). Всем пациентам исходно проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Больным с выявленной артериальной гипертензией назначался алискирен (Расилез, Novartis, Швейцария) в дозе 150 мг в сутки в дополнение к стандартной терапии. Динамику показателей СМАД оценивали через 6 недель от начала лечения.

Результаты. По результатам исходного СМАД у 65% больных СКВ установлен синдром артериальной гипертензии (АГ) I степени. После 6-недельной терапии алискиреном величина дневного среднего систолического артериального давления (САД) уменьшилась на 10,68 мм рт.ст. ($p = 0,004$), а снижение среднего САД в ночные часы составило 18,63 мм рт.ст. ($p = 0,001$). Средние значения диастолического артериального давления (ДАД) уменьшились: на 6,6% в дневные часы и на 9,4% в ночные часы от исходного ($p = 0,004$ и $p = 0,0006$). Индексы времени САД и ДАД составили 0[0:2,9]% и 5,8[1,7:28]% соответственно, что на 58 и 50% ниже исходных значений, при $p = 0,001$ и $p = 0,0001$. Суточный индекс САД пациентов СКВ возрос более чем в 2,5 раза, а СИ ДАД увеличился на 35,7% ($p = 0,0001$ и $p = 0,05$). Таким образом, 40% больных перешли из категории non-dipper в категорию нормального типа суточного профиля dipper.

Обсуждение. Полученные результаты демонстрируют высокий антигипертензивный эффект терапии алискиреном у больных СКВ, который проявился уже на 6 неделе лечения. Препарат достоверно снижал САД и ДАД в течение 24 часов, нормализуя суточный профиль, тем самым значительно улучшая прогноз по кардиоваскулярным осложнениям. Работа одобрена Этическим комитетом ЯГМА 14.12.2010.

Комплексная оценка состояния пациентов с остеохондрозом в процессе проводимого лечения инфракрасной лазерной терапией

Соболева Д.А., Мязин Р.Г., Курушина О.В.

Волгоградская областная клиническая больница № 1, Волгоград

Введение: пациенты с остеохондрозом зачастую испытывают выраженные болевые ощущения при поступлении в стационар и в процессе проводимого лечения. Оценка таких параметров, как болевой синдром, наличие депрессии, влияние болезни на качество жизни человека, особенно важна в выборе способа лечения и подключения дополнительных методов лечения, таких как инфракрасная лазерная терапия.

Идея: Улучшение состояния пациентов с помощью включения дополнительного метода лечения — инфракрасной лазерной терапии.

Цель: оценить возможности инфракрасной лазерной терапии, как дополнения базисного лечения остеохондроза.

Материалы и методы. Исследования проводились на базах кафедр пропедевтики внутренних болезней и неврологии ВолГМУ, а также в неврологическом отделении ВОКБ № 1 г. Волгограда. Оценка болевого синдрома проводилась с помощью визуальной аналоговой шкалы, комплексного болевого опросника, неврологической шкалы оценки депрессии. В исследовании участвовали 16 человек с диагнозом «Пояснично-крестцовый или шейный остеохондроз». 10 составили опытную группу, им кроме базисного лечения было проведено 10 сеансов инфракрасной лазерной терапии. 6 оставшихся составили контрольную группу, лечение которой не подвергалось никаким изменениям.

Результаты. В опытной группе изменение боли в среднем составило 3,6 балла, что в процентном соотношении составляет 56,3%. Это то облегчение боли от исходного, которое получили пациенты, у кого дополнительно проводились процедуры инфракрасной лазеротерапии. В контрольной группе изменение в среднем составило 3,3 балла (39,8%). В оценке удовлетворенности лечением пациенты опытной группы были довольны на 64% от возможного, а больные контрольной группы только на 45%. Опытная группа: депрессия — 0%, возможная депрессия — 10%, отсутствие депрессии — 90%. Контрольная группа: депрессия — 16,7%, возможная депрессия — 16,7%, отсутствие депрессии — 66,6%. Оценка влияния боли на качество жизни. В опытной группе влияние боли на качество жизни составило 49,51%. В контрольной группе влияние боли на качество жизни было почти таким же и составило 48,8%.

Обсуждения. Пациенты опытной группы легче переносили боль. Купирование боли в их группе происходило быстрее, и удовлетворенность лечением была выше, чем в контрольной. Таким образом, включение в стандартизированное лечение боли при остеохондрозе курса инфракрасной лазерной терапии приводит к более быстрому и эффективному снижению болевого синдрома.

Модификация внутриклеточных молекулярных процессов немедикаментозными методами в условиях воспалительной активации иммунной системы

Терехов И.В.

Саратовский военно-медицинский институт, Саратов

Цель работы: поиск немедикаментозных способов коррекции внутриклеточных молекулярных процессов (на модели воспалительной активации).

Материалы и методы. В исследовании использованы образцы цельной крови больных внебольничной пневмонией нетяжелого течения 18—30 лет (n=30). Образцы подвергались СВЧ-облучению на аппарате микроволновой терапии «Акватон» (ООО «ТЕЛЕМАК», г. Саратов) в течение 45 минут (частота — 1000 МГц, плотность потока мощности менее 1 нВт/см²). После 24-часовой инкубации в лизате мононуклеаров методом ИФА определяли уровень ядерного фактора транскрипции NF-κB, ингибитора — IκB, фосфорформы митогенактивируемой киназы p38 MAPK, JNK 1/2, белков p53, p21 и BCL-2. В супернатанте определяли ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-12, ИЛ-23, ИЛ-28A, антиоксидантный статус (АОС). Установлено увеличение содержания фосфорформы MAPK на 18,2% (p=0,011), JNK 1/2 на 11,8% (p=0,14). NF-κB возрстал на 12,5% (p = 0,001), IκB на 22,5% (p = 0,00072), снижалось их соотношение с 1,47 до 1,37 (в норме 1,27). Отмечено увеличение p53 на 23,1% (p=0,011), p21 на 53,9% (p=0,001), BCL-2 на 11,1% (p=0,12), общего АОС клеток на 26,5% (p=0,0001), ИЛ-23 на 13,9% (p=0,0001), незначительное (3—5%) повышение продукции ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-28A и ИЛ-12. Установлена различная чувствительность образцов к СВЧ-воздействию. Так, изменение концентрации NF-κB варьировалось в диапазоне (макс-мин) — 16,3-12,6%; IκB — 26,5-14,9%; JNK 1/2 — 20,8—4,8%; MAPK — 33,9-14,3%, p53 — 65,7-15,8%; p21 — 73,9-46,7%; BCL-2 — 18,2-5,5%; ИЛ-2 — 5,6-1,1%; ИЛ-4 — 28,5-1,4%; ИЛ-10 — 66,9-(-3,1)%; ИЛ-12 — 5,6-1,1%, ИЛ-23 — 25,6-7,7%; ИЛ-28A — 33,3-6,1%; АОС — 65,2-2,1%. Таким образом, выявлено усиление контроля над реализацией генетической информации под влиянием СВЧ-облучения. Учитывая кратковременный однократный режим воздействия, следует признать его достаточно эффективным и перспективным для комплексного применения для коррекции процессов трансдукции и реализации генетической информации. Выявленные иммуномодулирующие эффекты СВЧ-облучения объясняют полученные ранее на животных и культурах тканей результаты (усиление под влиянием облучения регенерации поврежденных тканей, торможение роста перевивных опухолей и злокачественных клеточных линий, противовоспалительное действие излучения), что обуславливает необходимость дальнейшего пристального изучения биологического действия низкоинтенсивного СВЧ-излучения.

Значение оценки эластических свойств сосудистой стенки в диагностике и прогнозе кардиоваскулярных нарушений при ревматоидном артрите

Торкашова Е.В., Повасарис Н.С., Мясоедова Е.Е.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

Повышенный кардиоваскулярный риск у больных ревматоидным артритом (РА) диктует необходимость поиска дополнительных

маркеров для его оценки. В настоящее время в качестве его может рассматриваться жесткость сосудистой стенки, оцениваемая по скорости распространения пульсовой волны (СРПВ).

Цель: оценить клинико-прогностическое значение изменений эластических свойств сосудистой стенки в развитии кардиоваскулярной патологии у больных ревматоидным артритом.

Материалы и методы. Обследованы 95 пациентов (92% женщин) с достоверным РА, из них 1/3 с артериальной гипертензией (АГ) 1—2 степени, в том числе — 60 больных без сопутствующей АГ повторно обследованы в динамике через 1 год. Средний возраст пациентов составил $46,3 \pm 10,4$ года. Серопозитивный вариант — у 50% пациентов, системные проявления — у 30%. У большинства наблюдалась II — III степень активности, 2—3 функциональный класс (ФК). Продолжительность РА — 60 (20;156) лет. Контроль — 36 практически здоровых лиц. Измеряли СРПВ по сосудам эластического типа (Сэ) и модуль жесткости (Ео) на аппаратуре ООО «Нейрософт». Результаты. У больных РА отмечались более высокие уровни Сэ по сравнению с контролем ($6,86 \pm 1,68$ и $6,28 \pm 1,01$, м/с; $p < 0,05$). Через год наблюдения у пациентов с РА Сэ увеличилась с $6,54$ ($6,07$; $7,53$) м/с до $7,16$ ($6,44$; $8,25$) м/с, $p < 0,05$. При расчете отношения шансов (ОШ) выявлено, что возраст более 40 лет увеличивает вероятность повышения Сэ при РА в 9 раз, уровень общего холестерина (ОХ) более 5 ммоль/л, наличие АГ и более двух факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний — в 3 и более раз. При корреляционном анализе установлены взаимосвязи Сэ с DAS28 ($r = 0,34$; $p = 0,01$), с наличием С-реактивного белка ($r = 0,4$; $p = 0,01$), с уровнем сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE ($r = 0,3$; $p = 0,02$), индексом массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) ($r = 0,38$; $p = 0,01$), концентрическим ремоделированием ЛЖ ($r = 0,4$; $p = 0,03$). В ходе регрессионного анализа установлено, что величина ИММЛЖ при РА определяется Сэ, уровнем ОХ и индекса DAS 28. У трети больных РА через год наблюдения впервые выявлено повышение артериального давления (АД) до высокого нормального и АГ 1 степени. При расчете ОШ вероятность развития АГ увеличивается в 9,8 раза при Ео более 1000 дин/см².

Выводы. Увеличение жесткости сосудистой стенки при РА является интегративным показателем кардиоваскулярного риска, что определяет необходимость применения метода СРПВ для дополнительной оценки риска и раннего выявления поражения сердечно-сосудистой системы.

Функция почек у пациентов с подагрой

Халфина Т.Н., Максудова А.Н.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Существенное место в структуре подагры занимает поражение почек. При стойком повышении уровня мочевой кислоты (МК) крови > 470 мкмоль/л риск развития хронической болезни почек (ХБП) увеличивается в 3—10 раз. Большая часть исследований посвящена выявлению поражений почек на стадии ХБП 3—5, в то время как оценка почечной функции у пациентов без признаков ХБП практически не исследована.

Цель исследования: оценить особенности обмена мочевой кислоты у пациентов с подагрой без признаков ХБП и с ХБП.

Материалы и методы. Обследованы 83 больных подагрой, в возрасте от 20 до 69 лет (средний возраст — $51,5 \pm 10,3$ года), 79 мужчины и 9 женщин, с достоверным диагнозом подагра. Пациенты были разделены на 2 группы: первая — 68 пациентов без признаков ХБП,

вторая — 15 пациентов с ХБП 2-3 стадии. Контрольную группу составили 29 практически здоровых человек — 14 женщин и 15 мужчин в возрасте от 24 до 72 лет (средний возраст — $40,9 \pm 14,5$). Обследование пациентов включало: определение мочевой кислоты в крови и суточной моче, с последующим подсчетом ее клиренса, фильтруемого объема (ФО), экскретируемой фракции (ЭФ), относительной реабсорбции; креатинина, с дальнейшим подсчетом СКФ по формуле Кокрофта-Голта. Статистическая обработка данных проводилась с помощью стандартного пакета Statistica for Windows, версия 6.0, использовались непараметрические методы: критерий Манна-Уитни применяемый для сравнения двух независимых групп.

Результаты. СКФ у пациентов с подагрой без ХБП и с ХБП составляла $113,7$ [$96,3$; $128,8$] vs $56,3$ [$50,8$; $74,9$] мл/мин/1,73 м². У пациентов без ХБП по сравнению со здоровой группой выявлены гиперурикемия, снижение клиренса, увеличение ФО МК, снижение ЭФ МК и увеличение реабсорбции $p < 0,001$. В то же время в группе пациентов с подагрой с ХБП по сравнению с пациентами без ХБП выявлены более высокие цифры МК крови $568,5$ [501 ; 668], vs 504 [407 ; 592] мкмоль/л, уменьшение выделения МК с мочой $2,7$ [$1,7$; $4,3$] vs $3,8$ [$2,8$; $5,6$] ммоль/сут, $p < 0,05$, за счет уменьшения ФО МК $18,8$ [$14,8$; $36,6$] мкмоль/мин vs $39,6$ [$27,6$; $46,2$], $p < 0,01$. Различий в уровне ЭФ и реабсорбции МК не найдено.

Выводы. У пациентов больных подагрой с ХБП отмечается снижение выделения МК с мочой за счет уменьшения фильтруемого объема, пациенты без признаков ХБП, имеют канальцевые нарушения обмена мочевой кислоты.

Итоги эпидемиологического исследования по изучению распространенности ревматических заболеваний в Республике Татарстан

Шамсутдинова Н.Г., Якупова С.П.

Казанский государственный медицинский университет, Казань

Введение. Заболевания суставов представляют серьезную социально-экономическую проблему в связи с широкой распространенностью, тяжелым течением и высокой частотой инвалидизации. Значительную долю в общей структуре ревматических заболеваний занимают остеоартроз (ОА) и ревматоидный артрит (РА). Распространенность ревматических болезней можно определить только с помощью специальных, правильно организованных эпидемиологических исследований. Работа такого плана проводилась в России более 25 лет назад, а на территории Республики Татарстан более 30 лет назад. На сегодняшний момент точные статистические данные по распространенности в Республике Татарстан РА, ОА, остеопороза отсутствуют, а существующие цифры, основанные на данных обращаемости населения за медицинской помощью, не отражают истинной картины, поскольку существенно занижены.

Идея. В рамках целевой программы «Социальные и экономические последствия ревматических заболеваний», разработанной ГУ Институтом ревматологии РАМН, разработано и проведено эпидемиологическое исследование частоты встречаемости суставной патологии среди городского и сельского населения Республики Татарстан.

Цель: изучение структуры и распространенности ревматических заболеваний в Республике Татарстан.

Материалы и методы. Проанкетированы 3000 сельских и 3000 городских жителей, из которых отобраны все пациенты с приступами в суставах и случайным образом пациенты с артралгиями. Далее

обследованы 330 сельских и 220 городских жителей, которым были выставлены диагнозы ОА, РА или другой костно-суставной патологии. У пациентов с ОА и РА оценивались тяжесть заболевания, активность, уровень болевого синдрома, функциональная недостаточность (ФН). Рассчитана истинная распространенность ОА и РА.

Результаты. Патология суставов как среди сельских, так и среди городских жителей Республики Татарстан широко распространена. Частота артралгий и артритов у жителей села составила 30,5 и 23,9%, у жителей города — 23,5 и 6,2% соответственно. Из всех обследованных на диагностическом этапе пациентов — жителей села и города, соответственно 73,6 и 60,2% выставлен диагноз ОА, 2,7 и 2,8% —

диагноз РА. У 23,7 и 37% обследованных пациентов определены другие заболевания костно-суставного аппарата. Распространенность РА среди жителей города составила 0,7%, среди жителей села — 1,4%; ОА — 12,4 и 28,5% соответственно. Полученные значения превышают данные распространенности РА и ОА по обращаемости.

Обсуждение. Распространенность ОА и РА, характер течения, ФН различаются в городской и сельской местности, что может быть объяснено различным менталитетом, условиями жизни, доступностью медицинской помощи. Частота выявления этой патологии, полученная в результате эпидемиологического исследования, в 2—2,5 раза превышает данные медицинской статистики.

Сравнительная оценка качества неотложной помощи больным инфарктом миокарда в регионе

Байсултанова М.Б., Эльгаров А.А., Тагирова М.М., Татарова З.И.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Цель: оценить эффективность неотложной помощи больным инфарктом миокарда (ИМ) в регионе.

Материал и методы. Проанализированы медицинская документация (истории болезни, карточки вызовов ССМП), материалы 1643 больных — мужчин (М, 959) 27—82 лет и женщин (Ж, 684) 27—82 лет с инфарктом миокарда (ИМ) 31—85 лет.

Результаты. В первые 6 часов доставлены в стационар лишь 41,3% М и 42,6% Ж с ИМ, через 6—12 часов — 16,8 и 13,6% соответственно, через 12—24 часов — 7,9 и 7,4% и более чем через сутки — 33,9 и 36,2%, что в значительной мере определяет характер течения и прогноз ИМ. Структура неотложной помощи на догоспитальном этапе у М и Ж — «литическая смесь» — 53,5 и 65,6% соответственно; антикоагулянтная терапия (АКТ) — 52,2 и 58,2%; глюкокортикостероиды (ГКС) — 40,2 и 36,9%; мезатон — 40,8 и 41,8%, диуретики — 41,0 и 41,6%; наркотические анальгетики — 32,1 и 33,2%; новокаиномид — 18,9 и 20,0%; магния сульфат — 18,2 и 16,9%; лидокаин — 18,9 и 16,9%; нитраты — 19,2 и 18,1%; аспирин — 14,5 и 15,4%; нейролептаналгезия (НЛА) — 26,5 и 15,9%. В первые часы после развития ангинозного приступа за медицинской помощью обратились лишь 2,8% Ж, в т.ч. самостоятельное обращение за медицинской помощью в ЛПУ — 8 (7,7%) Ж и 22,6% М. В стационарных условиях 10,2% М была проведена инфузия тромболитических препаратов (1,5 млн ЕД стрептокиназы в/в капельно) под мониторным наблюдением. Проведение тромболитизиса у женщин с ИМ было крайне ограниченным (4,5%), что связано с поздним обращением за медицинской помощью. Обезболивание осуществлялось с помощью так называемой литической смеси в 25,1%. Наркотические препараты вводились только в 1/3 случаев (33,2%); еще реже (15,9%) проводилась НЛА. В некоторых случаях НЛА применялась после морфина (или его аналогов), что является ошибочной тактикой. В связи с высокой частотой АГ у лиц с ИМ широко использовалась гипотензивная терапия, в т.ч. и «литическая смесь» в 15,6% случаев, мочегонные (19,9%), раствор магния сульфата (35,1%), клофелин (20,5%). Несмотря на отсутствие противопоказаний, АКТ проведена лишь у 59,7% пациентов, а дезагрегантная — у 14,3%, антиангинальная терапия (нитроглицерин в таблетках сублингвально — 34,1%. В целом, несмотря на проводимую терапию, в состоянии гипотонии в стационар были доставлены 5,3% Ж и 4,7% М с кардиогенным шоком (1,2 и 2,7%), аритмиями сердца (пароксизмы мерцания предсердий, МП) — 2,86 и 4,9%, желудочковая тахикардия — 1,2 и 9,4%, эпизоды фибрилляции желудочков (1,2 и 7,5%), нарушения проводимости сердца: АВ-блокада II степени с периодами Самойлова-Венкебаха (3,6 и 1,9%), полная поперечная АВ-блокада (2,4 и 4,3%).

Выводы. Поздняя обращаемость и неадекватная неотложная помощь характерны для М и Ж с ИМ примерно одинаково часто. Соответствие существующим стандартам оказания неотложной помощи установлено лишь в 1/3 случаев. Необходима разработка

практических рекомендаций по оказанию неотложной помощи пациентам с ИМ и организация постоянно действующего научно-практического семинара для врачей СМП.

Особенности оказания помощи больным с артериальной гипертензией на догоспитальном этапе в условиях коммерческой Службы скорой помощи

Макаров В.А.

«Бан-медика», Москва

Гипертоническая болезнь, несмотря на предпринятые в последние годы мультивекторные усилия со стороны врачебного сообщества, продолжает оставаться весьма значимым медико-социальным фактором, занимая, в частности, значительное место в статистике обращаемости служб ургентной медицины. Однако, несмотря на большое количество материалов, посвященных оказанию помощи на догоспитальном этапе при данной патологии, следует отметить недостаточное освещение особенностей деятельности негосударственных организаций подобного профиля, при все более возрастающей роли коммерческого, а также ведомственного сектора подобных услуг (только в Москве действуют около 35 негосударственных служб скорой помощи). На основании анализа деятельности линейной выездной бригады коммерческой службы со средней нагрузкой в течение одного месяца (вне периодов межсезонья, эпидемий, инфекционных заболеваний и продолжительных геомагнитных возмущений) было установлено следующее. В среднем бригада обслуживала 220 вызовов, из них поводов, связанных с повышением артериального давления — 84 (38%), что значительно превышает аналогичный показатель муниципальной службы. Время доезда варьировалось от 12 до 57 мин. (средний доезд 34 мин.), учитывая выполняемые вызовы до 30 км за пределы МКАД — 24 (28%). Диагноз «гипертонический криз» различного типа был диагностирован у 23 больных (19%), артериальная гипертензия различной этиологии — у 43 (36%), остальные 18 (15%) — несовпадение повода с диагнозом. Госпитализированы были 14 пациентов (12%). Расхождение показателей с аналогичными данными муниципальных служб обусловлено целым рядом факторов, в частности, большей территорией охвата, контингентом пациентов, отсутствия у бригады жестких временных рамок, необходимости буквального выполнения стандартов, а также приоритет комплектования бригады врачами кардиологического профиля. При этом необходимо отметить, что особенность коммерческих вызовов еще и в том, что, как правило, тяжесть состояния таких пациентов в основном более выражена. Определенную трудность составляет и то, что часто встречающееся среди подобного контингента обращение к разным специалистам порой вызывает расхождения в тактике ведения, вплоть до назначения взаимоисключающей терапии либо лекарственных препаратов, не сертифицированных на территории Российской Федерации, что бывает при лечении за границей. Кроме того, остается актуальной общая проблема как для государственных, так и для коммерческих структур — повсеместное распространение

электронных тонометров, что наряду с некорректным самолечением создает дополнительные сложности. Еще одним нюансом являются более частые эпизоды аггравации, выявление которых затруднено в связи с коммерческим характером оказания медицинской помощи. Таким образом, актуальность данной темы заслуживает дальнейшей разработки, одним из путей реализации которой может явиться создание клинических рекомендаций, учитывающих подобную специфику, а также формирования комплекса мер по координации деятельности негосударственных структур, занятых в сфере оказания скорой помощи.

Использование экспресс-теста на сердечный белок, связывающий жирные кислоты, для ранней диагностики острого инфаркта миокарда

Николаев К.Ю., Воевода М.И., Ярохно Н.Н., Бураков А.А.

Научно-исследовательский институт терапии, Новосибирск

Сердечный белок, связывающий жирные кислоты (сБСЖК), является цитозольным протеином, попадающим в кровоток при повреждении миокарда.

Цель данного исследования: оценка диагностической значимости качественного теста на сБСЖК у пациентов с острой болью в грудной клетке для раннего выявления острого инфаркта миокарда (ОИМ). Мы обследовали 108 последовательных пациентов, поступивших в кардиологический стационар с подозрением на ОИМ, и длительностью боли в грудной клетке не более 3 часов. Для определения в крови сБСЖК использовался новый качественный иммунохроматографический экспресс-тест «КардиоБСЖК» производства ООО НПО «БиоТест» (Новосибирск, Россия) с порогом чувствительности 15 нг/мл. Кроме этого, у всех пациентов определялось содержание в крови тропонина I и MB фракции креатинфосфокиназы. Обнаружено, что диагностическая ценность экспресс-теста на сБСЖК была значительно выше, чем у тропонина I и MB фракции креатинфосфокиназы. Чувствительность экспресс-теста на сБСЖК в выявлении ОИМ — 92,0%, а специфичность — 84,8%. Площадь под ROC-кривой для экспресс-теста на сБСЖК была 0,884, что значительно больше, чем для сравниваемых маркеров кардионекроза. Таким образом, новый качественный экспресс-тест на сБСЖК обладает высокой диагностической значимостью в отношении ОИМ в первые три часа после его начала и может широко использоваться в кардиологической и терапевтической практике.

Динамическая электронейростимуляция при вегетососудистой дистонии у подростков

Пафифова А.С., Мамбетов Х.А., Эльгаров А.А.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Динамическая электронейростимуляция (ДЭНС) — разновидность традиционных методов рефлексотерапии, используется широко при различных заболеваниях, в т.ч. и неотложных состояниях у детей и подростков.

Цель: определить терапевтическое значение ДЭНС при вегетососудистой дистонии (ВСД) у школьников.

Материал и методы. Осуществлен анализ медицинской документации СМП г. Баксана за 2010 год, касающийся обращений за неотложной помощью 7-17-летних школьников, и эффективность неотложной помощи 56 подросткам с ВСД (19 — ДЭНС, 36 — традиционная

лекарственная терапия). Результаты. В течение 2010 года за неотложной помощью обратились 196 (1,9%) школьников 7—17 лет. Среди них преобладали подростки с ВСД по гипертоническому (14,8%), гипотоническому (9,7%) и смешанному (3,5%) типу, что составило около трети (28,0%) от общего числа обращений. Следовательно, ранняя диагностика и рациональное лечение учащихся с ВСД требуют оптимизации. Использование ДЭНС у 7 школьников из 9 после сеанса (адекватная методика) с ВСД по гипертоническому типу в течение 5—7 минут состояние значительно улучшилось, АД снизилось: на 5,5 мм рт.ст. систолическое (САД) и на 3,5 мм рт.ст. диастолическое (ДАД); при ВСД по гипотоническому типу — у 5 из 7 параметры САД и ДАД восстановились на фоне нормализации состояния; во всех 3 случаях ВСД по смешанному типу отмечено клиническое улучшение и нормализация уровней АД. Эти данные демонстрируют результативность ДЭНС в качестве метода неотложной терапии подростков с ВСД различных вариантов в 78,9% случаев; в остальных наблюдениях (21,1%) повторные сеансы ДЭНС стабилизировали самочувствие и гемодинамические показатели. Наряду с этим, неотложная лекарственная помощь (в т.ч. и седативные средства) школьникам с ВСД трех форм оказалась достаточной лишь в 58,3%; остальные 8 (22,2%) подростков были госпитализированы, 7 (19,4%) — после комбинированной терапии в приемных отделениях ЛПУ и достижения положительной динамики состояния по настоянию родственников отправлены домой.

Заключение. В структуре вызовов СМП различные формы ВСД среди подростков занимают более четверти (28,0%), что требует внимания специалистов школьной медицины. Дифференцированные методы ДЭНС, адаптированные к вариантам течения ВСД, обеспечивают достижение улучшения состояния (субъективного и объективного) подростков. Полученные данные позволяют рекомендовать использованный вид рефлексотерапии для широкого применения в практической деятельности СМП.

Частота и структура вызовов СМП

Пафифова А.С., Эльгаров А.А., Мамбетов Х.А.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Цель: оценить частоту и структуру вызовов СМП в динамике и определить программу мероприятий по профилактике неотложных состояний.

Материал и методы. Осуществлен анализ материалов СМП г. Баксана Кабардино-Балкарской Республики за 2009—2010 гг.

Результаты. В целом число обращений на СМП г. Баксана в 2009 г. — 16 294 и несколько меньше в 2010 г. — 14 955. При этом значительное место в структуре вызовов занимает гипертоническая болезнь (ГБ) — 3516 (21,6%) и 2878 (19,2%) соответственно; при этом число гипертонических кризов (ГК) составило 459 (2,9%) и 325 (2,2%). Ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия были причиной обращений — 641 (3,9%) в 2009 г. и 530 (3,5%) в 2010 г.; острая сердечно-сосудистая патология (ТЭЛА) — 137 (0,8%) и 85 (0,56%); аритмия — 138 (0,8%) и 106 (0,7%) и мозговые инсульты (МИ), в т.ч. кома — 80 (0,5%) и 65 (0,4%). Суммарно в связи с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) обращения составили 6072 (37,6%) и 5268 (35,6%), что подчеркивает значение раннего выявления и оптимального лечения пациентов с ССЗ. Хирургические заболевания (острый живот, аппендицит, холецистит и панкреатит; ущемленная грыжа, перфорация язвы желудка и 12-перстной кишки, иные хирургические болезни, легочные, желудочные, кишечные и носовые

кровотечения) — 6200 (38,0%) и 1436 (9,7%); почечная колика — 475 (2,9%) и 505 (3,4%); острые и хр.заболевания почек — 56 (0,3%) и 65 (0,4); бронхиальная астма — 997 (6,1%) и 810 (5,4%); пневмония, бронхит, плеврит — 733 (4,0%) и 558 (3,7%); аллергические реакции, в т.ч. анафилактический шок — 185 (1,1%) и 126 (0,8%); внематочная беременность — 52 (0,3%) и 60 (0,4%); аборт и другие кровотечения — 49 (0,3%) и 52(0,3%); наркотическая, алкогольная кома — 87(0,5%) и 147 (1,0%); другие комы и шок — 7 (0,04%) и 10 (0,06%); пищевые отравления, острый гастрит — 246 (1,5%) и 141 (0,9); несчастные случаи (травмы, отравления) — 631 (3,9%) и 754 (5,0%); ОРЗ, грипп, ангина — 2927 (15,2%) и 1943 (13,0%); др. инфекции — 4 (0,02%) и 1 (0,007%); неврологические заболевания — 1414 (8,7%) и 1917 (12,8%); хронические заболевания — 901 (5,5%) и 968 (6,5%); сахарный диабет, кома — 91 (0,5%) и 70 (0,46%); заболевания женских половых органов, кроме кровотечений — 41 (0,25%) и 60 (0,4%).

Выводы. При относительной стабилизации числа вызовов в течение двух лет в их структуре достоверно преобладают неотложные состояния, обусловленные ССЗ, хирургической патологией и хроническими болезнями; разработаны практические рекомендации по оптимизации наблюдения лиц с указанными состояниями на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Частота и структура неотложных состояний среди пенитенциарных женщин

Тагирова М.М., Эльгаров А.А., Татарова З.И., Эльгаров М.А.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Цель: оценить частоту и структуру неотложных состояний у пенитенциарных женщин.

Материал и методы. Выполнен анализ документации зарегистрированных вызовов Станции скорой медицинской помощи (ССМП) и оказания неотложной помощи в медицинской части исправительной колонии (ИК) за 2010 г. и 6 месяцев 2011 г.

Результаты. В течение 1,5 года всего случаев вызова ССМП (97) и оказания неотложной помощи в медицинской части ИК (286) оказалось 383. В связи с артериальной гипертензией (АГ) — 40 (10,4%) и 170 (44,4%),соответственно, всего 210 (54,8%); кардиалгиями — 45 (11,7%) и 79 (20,6), всего 124 (32,4%); нарушениями ритма сердца (НРС), преимущественно, синусовая тахикардия — 2 (0,5%) и 5 (1,3%), всего 7 (1,8%); синдромом острого живота — 11 (2,9%) и 34 (8,8), всего 45 (11,7%); травмами (переломы нижних конечностей) — 2 (0,5%) и 2(0,5%), всего 4 (1,0%); гипертермией — 11 (2,8%) и 43 (11,2%), всего 54 (14,1%); приступами эпилепсии — 8 (2,1%) и 34 (8,9%), всего 42 (11,0%); бронхиальной астмой (приступы удушья) — 13 (3,4) и 60 (15,7%), всего 73 (19,1%); симуляцией и аггравацией — 8 (2,1%) и 20 (5,2%), всего 28 (7,3%). Анализ представленных данных свидетельствует о том, что значительная часть неотложных состояний обусловлена сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) — 341 (89,0%), среди которых достоверно преобладают обращения из-за АГ (61,6%). Если исключить субъективное и установочное отношение осужденных женщин, то представляется возможным снижение роли АГ в структуре вызовов при условии регулярного приема лекарств. Вместе с тем алкоголизм, наркомания имеют важное значение в возникновении неотложных состояний. В течение 2010 г. зарегистрировано 18 больных алкоголизмом и 188 — наркоманией; на конец 1-го полугодия 2011 г. на учете состояли 6 женщин с алкоголизмом и 82 — наркоманией, что оказывает влияние на частоту и структуру неотложных состояний среди указанного контингента. Выводы.

Неотложные состояния у пенитенциарных женщин в подавляющем большинстве (61,6%) случаев связаны с ССЗ, реже — с приступами бронхиальной астмы (19,1%), гипертермией (14,1%) и эпилепсией (11,0%) которые поддерживаются распространенностью алкоголизма и наркомании, что требует поиска способов коррекции поведенческих привычек и выполнения медико-психологических рекомендаций осужденными.

Неотложные состояния у пенитенциарных мужчин

Татарова З.И., Эльгаров А.А., Тагирова М.М., Эльгаров М.А.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Цель: изучить распространенность неотложных состояний и их структуру среди пенитенциарных мужчин.

Материал и методы. Проанализированы случаи неотложных состояний у пенитенциарных мужчин за 2010 г.

Результаты. Из 536 осужденных мужчин в течение 1 года неотложные состояния наблюдались у 78 (14,5%). В структуре вызов преобладали лица с гипертоническим кризом (ГК,19,2%), приступами эпилепсии (19,2%), травмами (15,4%) и гипертермией (ОРЗ, ОРВИ,15,4%) которые отмечались преимущественно в дневное время (72,2%). Боли в сердце (кардиалгии,10,2%), приступы стенокардии (5,1%), нарушения ритма сердца (2,5%) вкпе с ГК (19,2%) составили более трети (37,2%) всех вызовов. Обращения по поводу заболеваний нервной системы (19,1%) и органов дыхания (15,2%) заняли 2-е и 3-е места в структуре неотложных состояний среди пенитенциарных мужчин. В связи с острым животом за неотложной помощью обратились 5 чел. (6,4%); аггравация (симуляция) зафиксирована также у 5 (6,4%). В абсолютном большинстве случаев оказанная неотложная помощь была эффективной (93,4%), за исключением 5 наблюдений: 3 — с ГК (3,8%), 1 — с синдромом острого живота (1,3%) и 1 — эпилептический статус (1,3%). При ГК 2 лицам потребовалась повторная (через 1—1,5 часа) помощь, а лица с острым животом и затянувшимся приступом эпилепсии по клиническим показаниям были госпитализированы в соответствующие отделения стационаров. В целом ГК отмечался среди мужчин 50 лет и старше, у которых гипертоническая болезнь (ГБ) сочеталась с заболеваниями органов дыхания в 60% случаев. Установлено, что у 5 (33,3%) мужчин 50—60 лет до осуждения наблюдалась ГБ, 2 из них периодически и не системно принимали гипотензивные препараты, остальные 3 не обращались и не лечились. Из числа мужчин с кардиалгиями приступы стенокардии наблюдались у трех лиц 55 лет и старше, неоднократно судимых, с длительным стажем курения, которые до ареста регулярно не лечились; при этом они охотно и аккуратно принимали лечение во время отбывания наказания; двое других лиц 46 и 48 лет с эпизодами стенокардии, ранее не судимые, отличались значительным психоэмоциональным напряжением, повышением массы тела и черепно-мозговыми травмами в анамнезе. Всего стенокардия зарегистрирована у 5 (62,5%) из 8 мужчин с кардиалгиями; у остальных 3 лиц боли в сердце отмечались в связи с неустойчивым артериальным давлением и частыми стрессами, сопровождавшиеся нарушением ритма сердца (1 наблюдение). Причинами острого живота оказались обострение хронического холецистита (3,8%) и панкреатита (2,5%), острым колитом (2,5%) и острым аппендицитом (1,3%).

Выводы. На основании представленных данных о частоте и структуре неотложных состояний у пенитенциарных мужчин разработаны практические рекомендации по оптимизации динамического медико-

психологического мониторинга лиц, прежде всего, с различными заболеваниями, а также с факторами риска последних.

Анализ причин несовпадения диагноза инсульта на догоспитальном и госпитальном этапе оказания помощи в г. Архангельске

Хасанова Н.М., Попов В.В., Чеснокова О.А., Маурина Е.А.

Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Е.Е. Волосевич, Архангельск

Введение. Догоспитальный этап является важнейшим в оказании своевременной и полной помощи больному с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).

Цель работы: анализ причин несоответствия диагноза, установленного бригадой скорой медицинской помощи (СМП) и врачом неврологом приемного отделения МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Е.Е. Волосевич».

Материалы и методы. Проведено ретроспективное выборочное исследование карт оказания помощи бригадами центральной подстанции МУЗ «Станция скорой медицинской помощи (ССМП)» и историй болезни пациентов МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Е.Е. Волосевич» за период сентябрь—ноябрь 2010 г. Все симптомы разделены на общемозговые, очаговые неврологические (с использованием опросника FAST), признаки декомпенсации фоновых заболеваний.

Результаты. Всего доставлено 183 пациента, из них 40,4% (72) мужчины, 59,6% (111) — женщины, из них у 34%(62) пациентов диагноз ОНМК не подтвердился при осмотре невролога приемного отделения. При анализе выявлено, что у 40% (25) больных этой группы при оказании догоспитальной помощи определена общемозговая симптоматика с нарушением сознания разной степени выраженности, а очаговый дефицит (с использованием опросника FAST) определялся только у 50% (31) пациентов; у 82% (51) из них зафиксировано артериальное давление (АД) выше 170/100 мм рт.ст. В группе больных с подтвержденным в стационаре ОНМК общемозговая симптоматика с нарушением сознания выявлена у 23% (28) больных, очаговый дефицит с использованием опросника FAST выявлен на догоспитальном этапе в 80% (96); у 96% (116) из них АД при оказании догоспитальной помощи выше 170/100 мм рт.ст. По данным НИИ инсульта РГМУ (2009) при оказании неотложной помощи населению г. Москвы с учетом наиболее специфичного симптома (односторонней слабости в конечностях) совпадение диагностики ОНМК СМП и стационаром достигло 96%.

Выводы. Согласно рекомендациям НИИ инсульта РГМУ (2009) эффективность догоспитального этапа оказания помощи больным с ОНМК складывается из повышения качества диагностики ОНМК, снижения времени транспортировки в стационар и грамотного определения тактики госпитализации. Обязательным для установления диагноза ОНМК на догоспитальном этапе является наличие очагового неврологического дефицита, зафиксированного в карте оказания медицинской помощи, используя формализованные шкалы и опросники.

Содержание

Сборник тезисов VI национального конгресса терапевтов

Многоцелевая терапия гастроинтестинальных заболеваний <i>Malfertheiner (Малфертейнер) Р.(П.)</i> <i>Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektologie Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg</i>	3
Оценка некоторых общих и профессиональных факторов риска развития гипертонической болезни у рабочих <i>Атаманчук А.А., Тараканова С.Н.</i>	3
Выявляемость нарушений углеводного обмена у больных с постинфарктным кардиосклерозом <i>Аблина К.Н., Какорин С.В., Карамышев Д.В.</i>	3
Распространенность хронической сердечной недостаточности у больных ишемической болезнью сердца с нарушением углеводного обмена <i>Аблина К.Н., Какорин С.В., Аверкова И.А.</i>	4
Перспективы применения современных методов обследования и психологического тестирования при профессиональных заболеваниях легких <i>Аверина О.М., Бабанов С.А.</i>	4
Диагностическая значимость эхокардиологических показателей при оценке систолической функции правого желудочка <i>Акрамова Э.Г.</i>	4
Особенности физического и психического функционирования у больных с синдромом боли в нижних отделах спины при дорсопатии до и после лечения <i>Алексеев Н.Ю., Кузьменко Н.Ю., Кобанцев Ю.А.</i>	5
Взаимосвязь провоспалительных цитокинов с липидами крови у больных острыми формами ишемической болезни сердца <i>Алексеева Г.В., Гавришева Н.А., Панов А.В., Шляхто Е.В.</i>	5
Клинико-диагностическое значение антител к нуклеозидам при системной красной волчанке <i>Алехина И.Ю., Александров А.В., Бондаренко Е.А., Коренская Е.Г., Парамонова О.В., Александрова Н.В., Емельянов Н.И., Зборовская И.А.</i>	6
Оценка качества жизни у больных остеоартрозом в процессе реабилитации <i>Алиханова К.А., Абуғалиева Т.О.</i>	6
Оценка качества жизни больных артериальной гипертонией с метаболическим синдромом у лиц пожилого возраста <i>Алиханова К.А., Жакипбекова В.А., Серикова М.С.</i>	7
Влияние состояния левого желудочка на функцию почек у больных с артериальной гипертонией <i>Андреева Д.В.</i>	7
Особенности возбуждения левого желудочка при ИБС с и без ГЛЖ по данным ЭКГ <i>Андреичев Н.А., Галеева З.М.</i>	7
ЭКГ в топической диагностике инфаркта миокарда <i>Андреичев Н.А., Галеева З.М.</i>	8
Регионы информативных признаков при гипертрофии левого желудочка при ЭКГ <i>Андреичев Н.А., Галеева З.М.</i>	8
Ивабрадин при лечении ИБС со стенокардией напряжения и хронической сердечной недостаточностью I и IIA стадиями <i>Андреичев Н.А., Галеева З.М.</i>	9

Анализ результатов хирургического лечения пароксизмальных тахикардий Андрянов М.Т.	9
Место селективного β -1-адреноблокатора Беталок в лечении пациентов с сердечно-сосудистой патологией на догоспитальном этапе Аникин Е.В., Холкин И.В., Хусаинова Д.Ф.	9
Влияние гиполипидемической и омега-3 ПНЖК терапии на липидно-реологические показатели крови у больных сахарным диабетом тип 2 с сопутствующей ХИБС Апухтин А.Ф., Инина Л.И.	10
Факторы риска гипертонической болезни у рабочих машиностроительных предприятий Московской области Атаманчук А.А., Любченко П.Н.	10
Особенности метаболических нарушений у мужчин с хронической обструктивной болезнью легких и сахарным диабетом 2 типа Афанасьева И.И., Шамурова Ю.Ю.	10
Гендерно-возрастные особенности агрегатно-сuspензионного состояния крови у пациентов с ишемической болезнью сердца и различной степенью стеноза коронарных артерий Ахмадуллина Л.Г., Малинова Л.И.	11
Влияние современной базисной терапии на функцию щитовидной железы у больных ревматоидным артритом Ахунова Г.Р., Валева Ф.В., Киселева Т.А.	11
Применение метода компьютерной томографии в диагностике пылевых заболеваний легких Бабанов С.А., Васюков П.А., Аверина О.М., Осадчий А.С., Устинова Т.А., Коренченко Н.В.	12
Совершенствование медицинского обслуживания работающего населения Бабанов С.А., Васюкова Г.Ф., Тюрин М.Н., Устинова Т.В., Коренченко Н.В., Бабанова Н.Т., Аверина О.М.	12
Клиническая диагностика больных бронхиальной астмой с учетом возрастного дебюта Багаева С.Н., Евтушенко Г.Н., Акаева С.А.	13
Патология сердечно-сосудистой системы у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких Багаева С.Н., Евтушенко Г.Н., Акаева С.А.	13
Влияние уровня доходов на качество жизни больных бронхиальной астмой Багаева С.Н., Евтушенко Г.Н., Акаева С.А.	13
Роль неинвазивной диагностики неалкогольной жировой болезни печени на примере FibroScan у пациентов с метаболическим синдромом Багиров Р.Н., Трошина Т.И., Кичигина О.Н., Курская А.Г.	14
Холестероз желчного пузыря — ранний маркер атеросклеротического процесса у больных с метаболическим синдромом Багиров Р.Н., Трошина Т.И., Кичигина О.Н.	14
Уровень метаболитов оксида азота и эндотелина-1 у больных с метаболическим синдромом и холестерозом желчного пузыря Багиров Р.Н., Трошина И.А., Гончарова М.В., Сидорова Е.А.	14
Течение инфекционного эндокардита в современной практике Базина И.Б., Павлова М.В.	15
Медико-психологические аспекты реабилитации постинфарктных больных Байсултанова М.Б., Эльгаров А.А., Татарова З.И., Эльгаров М.А.	15
Сравнительная оценка качества неотложной помощи больным инфарктом миокарда в регионе Байсултанова М.Б., Эльгаров А.А., Тагирова М.М., Татарова З.И.	15
Динамика маркеров начальной стадии патологии сосудов у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска под воздействием генерических и оригинальных препаратов Баландина Ю.А., Тарловская Е.И., Сапожникова И.Е., Максимчук Н.С.	16

Фармакотерапевтическая оценка комплексного растительного средства при твиновой дислипидемии <i>Банзаракшеев В.Г., Ажунова Т.А., Нагаслаева О.В.</i>	16
Фармакотерапевтическая эффективность многокомпонентного растительного средства при этаноловой дислипидемии <i>Банзаракшеев В.Г., Ажунова Т.А., Нагаслаева О.В.</i>	17
Роль колоноскопии в оценке функционального состояния толстой кишки при различных заболеваниях <i>Баранская Е.К., Сизова Ж.М., Великолуг К.А.</i>	17
Антрум-гастрит и дуоденогастральный рефлюкс <i>Барт Б.Я., Михайлулов С.В., Силуянов С.В., Михайлулова М.П., Николаева А.С.</i>	18
Опыт проведения тромболиза на удаленных локациях <i>Барташевич Б.И.</i>	18
Характеристика эндотелиальной дисфункции у больных сахарным диабетом 2 типа на фоне гиполлипидемической терапии <i>Батрак Г.А., Мясоедова С.Е.</i>	19
Состояние слизистой оболочки желудка у больных циррозом печени <i>Бедельбаева Г.Г.</i>	19
Факторы риска внезапной смерти у больных с метаболическим синдромом <i>Бекишева М.Г., Котляров А.А., Дмитриева О.А., Карякина Т.Н., Сурина Т.А.</i>	19
Цитокины у пациентов со стенокардией покоя и вазоспастической стенокардией <i>Белокопытова И.С., Палеев Ф.Н., Москалец О.В., Зотова О.В.</i>	20
Изменение С-реактивного белка при различных функциональных классах стенокардии <i>Белокопытова И.С., Палеев Ф.Н., Москалец О.В., Минченко Б.И., Зотова О.В.</i>	20
Некоторые показатели витаминного статуса у женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями <i>Белокрылова Л.В., Молокова М.С., Медведева И.В., Пушников А.А.</i>	21
Возможности ультразвуковой диагностики нестабильности надколенника <i>Беляев Д.В., Чижов П.А.</i>	21
Иммунологические механизмы нарушения пуринового метаболизма при системной красной волчанке и системной склеродермии <i>Бenedицкая Е.В., Алехина И.Ю., Курбанова Р.Д., Шилова Л.Н., Александрова Н.В., Черкесова Е.Г., Емельянова О.И., Александров А.В.</i>	21
Оценка эффективности затрат на терапию никотиновой зависимости варениклином перед проведением плановых кардиохирургических вмешательств у пожилых пациентов <i>Бережнова М.С., Рудакова А.В.</i>	22
Особенности суточного мониторирования pH пищевода и ЭКГ у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, ассоциированной с артериальной гипертензией <i>Береснева Л.Н., Хлынова О.В.</i>	22
Роль диспансеризации в реабилитации больных с постинфарктным кардиосклерозом <i>Бибарсова А.М.</i>	23
Оценка функции почек при гипертонической нефропатии и факторы ухудшающие прогноз <i>Бикмухамметова Э.И., Сигитова О.Н., Щербакова А.Г. Богданова А.Р.</i>	23
Влияние полиморфизма маркера G/T гена TCF7L2 на риск развития метаболического синдрома <i>Бирюкова Е.В., Соловьева И.В., Гарбузова М.А.</i>	23
Миокардит у больных с генетическими кардиомиопатиями: клинико-морфологическая диагностика, лечение, исходы <i>Благова О.В., Недоступ А.В., Коган Е.А., Седов В.П., Гагарина Н.В., Мершина Е.А., Донников А.Е., Куприянова А.Г., Зайденов В.А.</i>	24

Дилатационная кардиомиопатия воспалительного генеза: диагностика с применением биопсии миокарда и результаты специфического лечения <i>Благова О.В., Недоступ А.В., Коган Е.А., Седов В.П., Сулимов В.А., Абугов С.А., Фролова Ю.В., Дземешкевич С.Л., Донников А.Е., Куприянова А.Г., Зайденов В.А.</i>	24
Анемия, качество жизни и нарушения настроения у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника <i>Бодрягина Е.С., Абдулганиева Д.И.</i>	25
Нарушения спектра короткоцепочечных жирных кислот на фоне аллергодерматоза <i>Бойкова И.С., Загидуллин Ш.З., Власова Н.А.</i>	25
Динамика метаболитов кишечной микрофлоры у больных аллергодерматозом на фоне лечения Энтеросаном <i>Бойкова И.С., Загидуллин Ш.З., Власова Н.А.</i>	25
Концентрация ренина плазмы у пациентов с хронической сердечной недостаточностью при различных терапевтических вариантах блокады ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) <i>Бондарева З.Г., Арутюнян И.В., Цыганкова О.В., Екимова Ю.С., Латынцева Л.Д.</i>	26
Субклиническая пневмония <i>Борисов И.М., Борисова М.С.</i>	26
Диагностика и лечение иммунных нарушений при стандартизации терапевтической помощи <i>Борисов А.Г.</i>	27
Частота развития пневмоний у больных с нарушениями иммунитета на фоне онкогематологической патологии <i>Борисова И.С., Каплан П.Е.</i>	27
Острая декомпенсация сердечной недостаточности и сопутствующая патология <i>Борисова М.В.</i>	28
Влияние уровня артериального давления на качество жизни у больных с сочетанием артериальной гипертензии и бронхиальной астмы <i>Боровков Н.Н., Добротина И.С., Бердникова Л.В.</i>	28
Особенности клинических проявлений артериальной гипертензии у больных хроническим гломерулонефритом <i>Боровкова Н.Ю., Хорькина Ю.А., Боровков Н.Н., Маслова Т.И.</i>	28
Динамика показателей состояния левого желудочка сердца при лечении ренопаренхиматозной артериальной гипертензии <i>Боровкова Н.Ю., Хорькина Ю.А., Бирюкова Л.А., Аршинова А.И., Боровков Н.Н.</i>	29
Курение и риск развития хронической обструктивной болезни легких среди населения крупного промышленного города <i>Ботова Ж.О., Степанищева Л.А.</i>	30
Ремоделирование левого желудочка и провоспалительные цитокины у больных хронической сердечной недостаточности на фоне постинфарктного кардиосклероза <i>Боченина Ю.А., Кузнецов Г.Э., Тенчурина Л.Р., Мурзакаев И.Г., Лапшина О.В.</i>	30
Лечение суправентрикулярной экстрасистолии у больных климактерической кардиопатией <i>Брек В.В., Кучеренко О.Д.</i>	30
Автоматизированная экспертная оценка качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью, обусловленной гипертонической болезнью <i>Бурмистров В.И.</i>	31
Показатели липидвысвобождающей способности лейкоцитов при добавлении ФНО- α in vitro у больных ишемической болезнью сердца <i>Буцева Т.В., Мишланов В.Ю., Владимирский В.Е., Туев А.В.</i>	31
Влияние хронического очага инфекции в носоглотке на уровень тирозиновой кислоты <i>Бутакова Н.В.</i>	31

Классификация септического эндокардита Н.Д. Стражеско с позиций представлений о первично-хроническом септическом эндокардите <i>Бушманова Г.М., Непомнящих Л.М.</i>	32
Особенности формирования артериальной гипертензии у рабочих пылевых профессий <i>Вавилова В.А., Рушкевич О.П., Мелентьев А.В.</i>	32
Заблеваемость моряков Сахалинской области выявленная при медицинских осмотрах <i>Вагин В.А., Фоимных С.А.</i>	33
Структурные изменения миокарда, изменение внутрисердечной гемодинамики и характеристика состояния ренин-ангиотензиновой системы (РААС) у детей после аллогенной трансплантации костного мозга <i>Вайнюнская Н.И., Семенова Е.В., Гудкова А.Я., Зубаровская Л.С.</i>	33
Особенности лабораторных показателей у лиц разного возраста в остром периоде инфаркта миокарда с подъемом ST <i>Валиахметов М.Н., Веневцева Ю.Л., Гомова Т.А., Мельников А.Х.</i>	34
Оценка 10-летней вероятности остеопоротических переломов с использованием программы FRAX <i>Васильев А.Г., Мясоутова Л.И., Лапшина С.А.</i>	34
Изменения минеральной плотности кости у пациентов с ревматическими заболеваниями <i>Васильев А.Г., Мясоутова Л.И., Лапшина С.А.</i>	34
Вариабельность ритма сердца и диастолическая функция левого желудочка у больных с ожирением без ишемической болезни сердца <i>Васильева Ю.А., Кратнов А.Е.</i>	35
Распространенность основных факторов риска сердечно-сосудистой патологии у работников нефтеперерабатывающей отрасли в условиях Крайнего Севера <i>Вахитова З.Р., Мухетдинова Г.А.</i>	35
Парадоксы манжеточной пробы у больных артериальной гипертензией II степени женщин с избыточной массой тела <i>Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Бондаренко В.С., Мирошниченко О.М., Кулик Н.А.</i>	35
Особенности функционального состояния бывших спортсменов среднего и пожилого возраста <i>Веневцева Ю.Л., Мельников А.Х., Борисова О.Н., Казидеева Е.Н.</i>	36
Гормонально-метаболические показатели у юношей с ожирением, манифестирующим в пубертатном периоде <i>Вербовой А.Ф., Долгих Ю.А.</i>	36
Некоторые гормональные показатели при ожирении, дебютировавшем в пубертатном периоде, в зависимости от уровня артериального давления <i>Вербовой А.Ф., Долгих Ю.А.</i>	37
Дегенеративные изменения аортального клапана: необструктивная аортальная кальцификация и аортальный стеноз. Сходство <i>Верещагина Г.Н., Чибисова Е.А., Шабалин А.В.</i>	37
Дегенеративные изменения аортального клапана: необструктивная аортальная кальцификация и аортальный стеноз. Различия <i>Верещагина Г.Н., Чибисова Е.А., Шабалин А.В.</i>	38
Респираторная мышечная дисфункция в дифференциальной диагностике одышки у лиц молодого возраста с дисплазией соединительной ткани <i>Вершинина М.В., Нечаева Г.И., Говорова С.Е., Рожкова М.Ю.</i>	38
Изменение нагрузки повышенным и пониженным АД в течение суток у больных артериальной гипертензией под влиянием Метопролола <i>Виноградов А.И., Рубанова М.П., Вебер В.Р., Губская П.М., Сухенко И.А.</i>	39
Особенности нарушения внутрисекреторной функции поджелудочной железы при хроническом панкреатите <i>Винокурова Л.В., Шулятьев И.С., Дроздов В.Н., Березина О.И., Варванина Г.Г.</i>	39

Формирование соматической патологии у работающих в условиях воздействия производственного шума <i>Власова Е.М.</i>	40
Гендерные особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни <i>Водопьян А.В., Водопьян О.В.</i>	40
Возможности коррекции психоэмоциональных нарушений у больных с хроническим некалькулезным холециститом <i>Волвач Л.В., Хисматуллина Г.Я., Быченкова М.А., Улямаева В.В.</i>	41
Морфо-электрофизиологические аспекты морфогенеза нейролептической кардиомиопатии <i>Волков В.П.</i>	41
К вопросу о нейролептическом амилоидозе <i>Волков В.П.</i>	42
Диабетическая периферическая нейропатия как фактор риска развития ишемической болезни сердца у больных сахарным диабетом 2 типа <i>Волкова Н.И., Сорокина Ю.А., Харахашян А.В., Давиденко И.Ю.</i>	42
Современные возможности выявления липогипертрофий у больных сахарным диабетом, получающих инсулинотерапию <i>Волкова Н.И., Давиденко И.Ю., Рудакова Ю.А.</i>	42
Скрининг эндогенного гиперкортицизма у пациентов с сахарным диабетом 2 типа без специфических симптомов (пилотное исследование) <i>Волкова Н.И., Антоненко М.И., Ганенко Л.А., Алексеева Н.А.</i>	43
Особенности изменений центральной гемодинамики при вибрационной болезни <i>Воробьева Е.В., Бабанов С.А.</i>	43
Влияние хондроитин сульфата и глюкозамина сульфата на антикристаллообразование мочи к оксалатам кальция у больных с остеоартрозом и синдромом гипероксалурии <i>Воронина Н.В., Беляева И.Н., Гребенюк Г.Н., Рябцева Е.Г.</i>	44
Оценка количества навязанного ритма у больных ишемической болезнью сердца и электрокардиостимуляцией <i>Воронина Н.В., Скидан В.И., Чирикова И.А.</i>	44
Антитела к модифицированному цитруллинированному виментину и цитокиновый профиль при ревматоидном артрите <i>Воронина М.С., Шилкина Н.П., Виноградов А.А.</i>	45
Маркеры и спектр поражения почек у пациентов с ВИЧ-инфекцией <i>Гаджикулиева М.М., Ющук Н.Д., Волгина Г.В., Кочарян К.А.</i>	45
Ивабрадин при сочетании стенокардии напряжения и ХСН <i>Галева З.М., Андреев Н.А.</i>	46
Зависимость показателей продольной деформации миокарда левого желудочка, а также ее скорости от частоты сердечных сокращений у здоровых людей <i>Галимская В.А., Донченко И.А., Глумсков А.Б.</i>	46
Клиническая эффективность внутривенного применения метопролола при гипертонических кризах, осложненных острым коронарным синдромом и тахикардиями <i>Гапонова Н.И., Терещенко С.Н., Абдрахманов В.Р., Бараташвили В.Л.</i>	46
Эффективность парентеральной формы проксодолола у пациентов с гипертоническим кризом в условиях скорой медицинской помощи <i>Гапонова Н.И., Бараташвили В.Л., Абдрахманов В.Р., Филиппов Д.В., Терещенко С.Н.</i>	47
Оценка эффективности эрадикационной терапии у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки по данным гастроэнтерологического центра г.Саранска <i>Герасименко И.В., Зверева, С.И., Литюшкина М.И., Козлова Л.С., Строкова О.А.</i>	47

Особенности внебольничных пневмоний при гриппе А/Н1N1 <i>Герасимова А.С., Тарасеева Г.Н., Олейников В.Э.</i>	48
Скрининг атрофического гастрита при массовых осмотрах населения <i>Герман С.В., Зыкова И.Е., Модестова А.В., Ермаков Н.В.</i>	48
Вторичная цереброваскулярная артериальная гипертензия: клиническая классификация <i>Германова О.А., Крюков Н.Н., Германов А.В., Вачев А.Н.</i>	49
Микробиологическая характеристика <i>Candida</i> , выделенных при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей <i>Годвалов А.П., Быкова Л.П.</i>	49
Сравнительная оценка клинико-функциональных показателей в остром периоде инфаркта миокарда у больных с сахарным диабетом типа 2 в состоянии компенсации и у больных без сахарного диабета с нормогликемией <i>Голикова А.А., Стрюк Р.И., Сергиенко И.В., Кожуховская О.Л.</i>	50
Особенности течения первичного билиарного цирроза у пожилых <i>Голованова Е.В., Слупская В.А.</i>	50
Уровни ИЛ-8 и ИЛ-10 у больных диффузным токсическим зобом с поражением сердечно-сосудистой системы <i>Гома Т.В., Орлова Г.М., Хамнуева Л.Ю.</i>	51
К вопросу о повышении эффективности лечения пациентов с корешковым болевым синдромом поясничной локализации <i>Гончаров Д.И., Загоруйко О.И., Гнездилов А.В., Медведева Л.А.</i>	51
Влияние метформина на метаболические параметры больных с метаболическим синдромом <i>Гончарова М.В., Багиров Р.Н., Сидорова Е.А., Чеснокова Л.В., Трошина И.А.</i>	51
Изменения спектра липидов и липопротеидов крови у пациентов с ожирением и метаболическим синдромом <i>Гончарова М.В., Трошина И.А., Сидорова Е.А., Багиров Р.Н.</i>	52
Состояние факторов антитромботической защиты у больных артериальной гипертонией <i>Горшунова Н.К., Желтобрюх А.В.</i>	52
Соотношение лептино-и инсулинорезистентности на фоне ожирения у пожилых женщин с артериальной гипертонией <i>Горшунова Н.К., Логинов П.В.</i>	53
Значение NO-регуляции антиагрегационной активности сосудистой стенки у больных артериальной гипертонией пожилого возраста <i>Горшунова Н.К., Соболева Н.И.</i>	53
Состояние факторов антитромботической защиты у больных артериальной гипертонией <i>Горшунова Н.К., Желтобрюх А.В.</i>	53
Особенности показателей электрокардиографии у больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки <i>Горячева А.А., Коваленко Т.В., Барсуков А.В.</i>	54
Диагностическое значение определения содержания церулоплазмينا в ротовой жидкости при инфаркте миокарда <i>Горячева О.Г., Терехина Н.А., Зубарев М.А.</i>	54
Суточный профиль артериального давления у молодых лиц с наследственной отягощенностью по артериальной гипертонии <i>Гребенкина И.А., Маянская С.Д., Попова А.А., Березикова Е.Н., Яковлева Н.Ф.</i>	55
Уровень субъективного контроля при ревматических заболеваниях <i>Грехов Р.А., Сулейманова Г.П., Харченко С.А., Измайлова М.А., Мякишев М.В., Черкесова Е.Г., Зборовский А.Б.</i>	55
Нарушения коронарного кровообращения и электрической нестабильности сердца у пациентов с ИБС, ассоциированной с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью <i>Гриценгер В.Р., Губанова Г.В., Потапова М.В.</i>	56

Возможности лечения стабильной стенокардии у пациентов пожилого возраста с хронической обструктивной болезнью легких <i>Грозева Я.В., Королев Д.И., Ушакова С.Е., Глик М.В.</i>	56
Микроэмболический синдром у больных с фибрилляцией предсердий неклапанной этиологии <i>Гронтковская А.В., Аминова Н.В., Боровков Н.Н., Жирнова Е.В.</i>	56
Антитела к модифицированному цитруллинированному виментину в дифференциальной диагностике суставного синдрома <i>Грунина Е.А., Гусева Г.Ю.</i>	57
Выживаемость больных ревматоидным артритом за 15 лет <i>Грунина Е.А.</i>	57
Бетаксолон и острое ремоделирование миокарда под влиянием прозерина в эксперименте <i>Губская П.М., Рубанова М. П., Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Бондаренко В.С.</i>	57
К вопросу легочной гипертензии у больных с системными заболеваниями соединительной ткани <i>Гулиева Г.И.</i>	58
Качество жизни больных ревматоидным артритом и остеоартритом крупных суставов <i>Гульнева М.Ю., Носков С.М.</i>	58
Клеточный состав крови у лиц с пролапсом митрального клапана и его особенности в зависимости от наличия вегетативной дисфункции <i>Гурмач М.А., Чижов П.А., Лапшина Л.Г.</i>	59
Факторы, определяющие показатели центрального аортального давления у нормотензивных лиц по данным суточного мониторирования сосудистой ригидности <i>Гусаковская Л.И., Матросова И.Б., Борисова Н.А., Томашевская Ю.А.</i>	59
Клиническая ценность суточных показателей центрального аортального давления у нормотензивных лиц, больных артериальной гипертензией и метаболическим синдромом <i>Гусаковская Л.И., Матросова И.Б., Сергацкая Н.В., Олейников В.Э.</i>	60
Биохимические «маркеры» острой ишемии миокарда <i>Гюнтер Н.А., Хайкин И.В., Розанов В.Е., Бондаренко А.В.</i>	60
Антиоксиданты в комплексной терапии острой послеоперационной печеночной недостаточности <i>Гюнтер Н.А. Розанов В.Е. Хайкин И.В.</i>	61
Современные возможности выявления липогипертрофий у больных сахарным диабетом, получающим инсулинотерапию <i>Давиденко И.Ю., Волкова Н.И., Рудакова Ю.А.</i>	61
Возвращающиеся инфекции — современная проблема терапии <i>Даниелян Т.Ю., Годовалов А.П., Быкова Л.П.</i>	61
Оценка вероятности тромбоэмболии легочной артерии на догоспитальном этапе <i>Даниленко И.М., Хусаинова Д.Ф., Соколова Л.А.</i>	62
Патология билиарной системы у больных сахарным диабетом в практике врача-терапевта <i>Данилова М.Л., Трусов В.В.</i>	62
Распространенность остеоартроза среди жителей Республики Бурятия <i>Данчинова А.М., Батудаева Т.И.</i>	63
Клинические формы остеоартроза среди жителей Республики Бурятия <i>Данчинова А.М., Батудаева Т.И.</i>	63

Качество жизни больных остеоартрозом крупных суставов в Республике Бурятия <i>Данчинова А.М., Батудаева Т.И.</i>	63
Эффективность применения методов общей магнитотерапии в восстановительном лечении больных остеоартрозом <i>Десярев В.К., Александров А.В., Никитин М.В., Ненашева Н.В., Черкашина И.В., Зборовский А.Б.</i>	64
Маркеры инфекции <i>Chlamidophyla pneumoniae</i> (СР) при хроническом гепатите (ХГ) и циррозе печени (ЦП) <i>Дедов А.В., Панов А.А.</i>	64
Клиническое значение показателей упруго-эластических свойств сосудов у больных артериальной гипертензией с дисплазией соединительной ткани <i>Дедова В.О.</i>	65
Влияние концентраций различных веществ на заболеваемость населения ставропольского края <i>Дементьева Д.М., Безроднова С.М., Михайлова Ю.Н., Лобозова О.В.</i>	65
Некоторые демографические показатели в регионе с неоднозначной экологической обстановкой <i>Дементьева Д.М., Хорева О.О., Безроднова С.М., Лобозова О.В.</i>	66
Вариабельность клинических синдромов нейроциркуляторной дистонии у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в зависимости от гендерных особенностей <i>Демидова Л.А., Демидов А.А., Курьянова Л.В.</i>	66
Типы ремоделирования сердца у больных сердечно-сосудистой патологией пожилого и старческого возраста <i>Денисова Е.А., Молчанов А.В.</i>	67
Дисфункция эндотелия у работников горно-рудной промышленности <i>Денисова Е.А., Лепко Е.Е.</i>	67
Закономерности формирования сердечно-сосудистой патологии у ветеранов великой отечественной войны и долгожителей поволжского региона <i>Денисова Т.П., Шульдяков В.А., Малинова Л.И., Шувалов С.С.</i>	67
Кардиоренальный континуум у больных артериальной гипертензией в сочетании со вторичным хроническим пиелонефритом <i>Дервянченко М.В.</i>	68
Сравнительная эффективность бета-блокаторов, антагонистов кальция и ингибиторов АПФ у больных с атеросклеротической аневризмой брюшной аорты в раннем послеоперационном периоде <i>Джалилова Д.А., Гайдукова Н.И., Потешкина Н.Г., Хамитов Ф.Ф.</i>	68
Иммунная реактивность при ревматоидном артрите у пожилых <i>Джалилова Р.А., Сулейманов С.Ш., Габимова Т.Я., Тирулов М.М.</i>	69
Рискометрия хронических неинфекционных заболеваний у лиц молодого возраста <i>Джанаева Э.Ф., Шишова С.А., Шеметова Г.Н.</i>	69
Влияние сменной работы на распространенность артериальной гипертензии <i>Джериева И.С., Волкова Н.И., Славный П.П., Зибарев А.Л., Панфилова Н.С., Попова Е.Н.</i>	70
Коррекция активности антиоксидантной системы у больных с метаболическим синдромом препаратом мелатонина <i>Джериева И.С., Волкова Н.И., Славный П.П., Зибарев А.Л., Панфилова Н.С.</i>	70
Микроциркуляция в коже пальцев кистей у рабочих с гипертонической болезнью и без нее <i>Дмитрук Л.И., Атаманчук А.А., Лапитан Д.Г.</i>	71
Оценка патогенетической терапии остеоартрита коленных суставов <i>Долгова Е.А., Никифоров А.А., Никифорова Л.В., Ракита Д.Р., Заигрова Н.К.</i>	71

Развитие гематологических осложнений у больных хроническим гепатитом С, получающих комбинированную противовирусную терапию <i>Донцов Д.В.</i>	71
Показатели качества жизни у больных пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией в зависимости от гендерных различий и состояния функции почек <i>Дронова Т.А., Криушин С.И., Маршала С.Н., Щекина Е.И.</i>	72
Толщина комплекса интима-медиа у больных системной красной волчанкой и системной склеродермией <i>Дряженкова И.В.</i>	72
Состояние питания больных сахарным диабетом с учетом обеспеченности микроэлементами с антиоксидантными свойствами <i>Дударева Л.А., Волошина М.А., Батюшин М.М., Микашинович З.И., Калмыкова Ю.А., Смирнова О.Б., Боханова Е.Г., Мегеря С.Д.</i>	73
Роль генов альфа-2-бета-адренорецепторов и эндотелиальной NO-синтазы в генезе фибрилляции предсердий <i>Дудкина К.В., Никулина С.Ю., Шульман В.А.</i>	73
Определение пенетрантности у больных с фибрилляцией предсердий (ФП) <i>Дудкина К.В., Никулина С.Ю., Шульман В.А.</i>	74
Применение глюкокортикоидов при лечении пневмоний в период эпидемии гриппа А H1N1 <i>Дурова О.А., Ларева Н.В., Лузина Е.В.</i>	74
Лимфоцитарно-тромбоцитарная адгезия и содержание цитокинов у больных ревматоидным артритом <i>Дурова О.А., Ларева Н. В.</i>	74
Зависимость уровня физической активности и субклинических признаков атеросклероза <i>Евгеньева А.В., Заводчиков А.А., Красивина И.Г., Лаврухина А.А., Чаморовский А.Н.</i>	75
Панникулит Вебера—Крисчена <i>Егорова О.Н., Белов Б.С., Карпова Ю.А., Раденска-Лоповок С.Г., Сажина Е.Г., Тарасова Г.М.</i>	75
Роль HVA1c в развитии осложнений госпитального периода ИМспST у больных с инсулинорезистентностью, не имевших нарушений углеводного обмена в анамнезе <i>Еленская Т.С., Благовещенская О.П., Квиткова Л.В., Барбараш О.Л.</i>	76
Факторы риска и состояние коронарного русла у женщин, перенесших инфаркт миокарда в возрасте до 50 лет <i>Енисеева Е.С., Квашин А.И., Власюк Т.П., Реут Ю.А., Максютя Е.В.</i>	76
Сравнительная характеристика субъективной и объективной клинической симптоматики при экстрасистолической аритмии <i>Еремеев А.Г.</i>	76
Анализ лечения артериальной гипертонии у лиц пожилого возраста с полиморбидностью <i>Ермакова А.Е., Киндрас М. Н.</i>	77
Возможности прибора «Кардиовизор — ОбС» в диагностике кардиологических аспектов синдрома гипермобильности суставов <i>Есина Е.Ю.</i>	77
Влияние фармакологической коррекции депрессивных расстройств в амбулаторных условиях на качество жизни больных тяжелой хронической обструктивной болезнью легких <i>Есипенко Ю.В., Мамеко А.Н., Мельников И.И., Ищенко Н.В.</i>	78
Гемодинамика у лиц молодого возраста с повышенным нормальным АД и АГ I степени <i>Ефремушкин Г.Г., Харлова А.Г., Максакова Е.И., Филиппова Т.В.</i>	78
Клинико-функциональная характеристика больных и инвалидов при поражении митрального клапана <i>Жакилбекова В.А., Алиханова К.А.</i>	78
Эхокардиография с тканевой доплерометрией в исследовании диастолической функции сердца у больных с AL-амилоидозом <i>Жданова Е.А., Рамеев В.В., Моисеев С.В., Сафарова А.Ф., Козловская Л.В., Мухин Н.А.</i>	79

Оценка предполагаемых факторов риска развития автономной кардиоваскулярной диабетической нейропатии <i>Жердева Л.А., Бредихина М.Н., Акаимова О.Н.</i>	79
К вопросу о роли микроэлементного гомеостаза в формировании сердечно-сосудистой патологии у жителей Карелии <i>Жестяников А.Л., Карапетян Т.А., Доршакова Н.В.</i>	80
Особенности гемодинамики и вегетативной регуляции у больных артериальной гипертензией мужчин с нормальным и с избыточным индексом массы тела <i>Жмайлова С.В., Вебер В.Р., Мирошниченко О.М., Кулик Н.А.</i>	80
Особенности одышки у больных бронхиальной астмой <i>Жук Е.А., Мясоедова С.Е., Глебова К.Е., Кириченко Н.В., Торкашова Е.В.</i>	81
Коморбидный фон соматической патологии у больных рассеянным склерозом <i>Завалина Т.В., Шутов А.А.</i>	81
Значение газоаналитических показателей на фоне тредмил-теста в диагностике легочной и центральной гемодинамики у больных хроническим обструктивным бронхитом и при его сочетании с ишемической болезнью сердца <i>Заволовская Л.И., Пестова А.Б., Соколова В.И.</i>	82
Психологический и гормональный профиль больных ожирением и влияние его на эффективность снижения массы тела <i>Завражных Л.А., Смирнова Е.Н.</i>	82
Вегетативные нарушения и эндотелиальная дисфункция у больных хроническим простатитом <i>Зайцев Д.Н., Говорин А.В., Первалова Е.Б., Цырендоржиева В.Б.</i>	83
Насколько оправдано многосуточное холтеровское мониторирование? <i>Зайцева И.А.</i>	83
Некоторые клинические особенности хронической обструктивной болезни легких <i>Закарая М.Г., Бикина Н.А., Буренков В.Н., Нанчикеева М.Л.</i>	83
Эффективность ацеклофенака (азртал) и мелоксикама (мовалис) у больных пожилого возраста с остеоартрозом <i>Замятина Е.А., Багирова Г.Г.</i>	84
Инновационные технологии в кардиологической практике <i>Зарубина Е.Г., Панин П.Ф., Габидуллова Д.А., Емельянова Н.Г., Барынкина О.В.</i>	84
Коррекция Мелаксеном артериального давления и мозгового кровотока у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца <i>Заславская Р.М., Щербань Э.А., Логвиненко С.И.</i>	84
Клиническое значение оценки характеристик сенсомоторных расстройств у больных бронхиальной астмой <i>Зиц С.В., Максимова А.В., Гутник Б.И.</i>	85
Анализ дисперсии интервала QT и конечной части желудочкового комплекса у больных с пароксизмальной фибрилляцией предсердий <i>Знаменская И.А., Щеглова Е.В., Веденева Е.В., Минасова Е.Н.</i>	85
Особенности патогенетических параллелей андрогенодефицита и стабильной стенокардии <i>Золододов В.И., Усков В.М., Гайворонская Л.М., Усков М.В.</i>	86
Определение и анализ степени тяжести хронического панкреатита <i>Зорина В.А., Иванов А.Г., Кононова Н.Ю.</i>	86
Зависимость структурно-функционального состояния печени от нарушения ее микроциркуляции при вибрационной болезни <i>Зуева М.А., Шпагина Л.А., Кухарева Е.А.</i>	86
Дисплазия соединительной ткани: опыт эндоэкологической реабилитации <i>Зыкина С.А., Чернышова Т.Е., Бутолин Е.Г., Лазаерва Л.В.</i>	87

Диагностические параметры хронической алкогольной зависимости и алкогользависимых заболеваний <i>Зюбина Л.А., Артамонова О.Г., Брындина И.Е., Зуева М.А.</i>	87
Характеристика функционального состояния почек у лиц старшей возрастной группы в условиях жизнеугрожающей острой сосудистой катастрофы <i>Зюбина Л.Ю., Годик С.Д., Андреев В.М., Зуева М.А., Паначева Л.А.</i>	88
Необходимость оценки факторов риска социально значимых заболеваний в условиях первичного звена <i>Зюбина Л.Ю., Кармановская С.А., Паначева Л.А., Зуева М.А.</i>	88
Возможности суточного мониторирования электрокардиограммы в выявлении пароксизмальных суправентрикулярных нарушений ритма <i>Вакулина И.И., Скачков О.А., Удовиченко И.А.</i>	88
Качество жизни и эмоциональный статус у больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией <i>Ибатов А.Д.</i>	89
О вредных привычках у студентов <i>Ибрагимов Д.Р.</i>	89
Разработка метода ВЭЖХ для изучения фармакокинетики дипептидного димерного аналога фактора роста нервов ГК-2 с нейропротективной активностью <i>Иванникова Е.В., Бойко С.С., Жердев В.П., Гудашева Т.А.</i>	90
Остеопороз позвоночника у мужчин с артериальной гипертензией <i>Иванова Ю.И., Чижов П.А.</i>	90
Оценка урикозурического действия препаратов лозап и диротон у больных с гиперурикемией при наличии артериальной гипертензии <i>Иванова К.В., Майко О.Ю.</i>	91
Применение пульсоксиметрии в амбулаторной практике для объективизации степени тяжести течения инфекции и прогноза при гриппе и острой респираторной вирусной инфекции <i>Ивлева А.Я., Мартынова Е.В., Минина Е.С.</i>	91
К вопросу об эффективности норфлоксацина при инфекциях мочевыводящих путей у пациенток с сахарным диабетом 2-го типа в постменопаузе <i>Избенко В.С., Волкова Н.И., Набока Ю.Л., Карасенко Н.В.</i>	91
Клиническая эффективность агомелатина в терапии инсомнических проявлений посткоммоционного синдрома <i>Извозчиков С.Б.</i>	92
Синдром хронической тазовой боли: анализ проблемы <i>Извозчиков С.Б.</i>	92
Особенности структуры щитовидной железы у больных с хронической почечной недостаточностью <i>Иноземцева М.П., Иноземцев П.В., Панова Т.Н.</i>	93
Артериальная гипертензия у больных с хронической почечной недостаточностью <i>Иноземцева М.П., Иноземцев П.В., Панова Т.Н.</i>	93
Влияние петлевого диуретика торасемида на динамику биохимических показателей у больных с хронической сердечной недостаточностью при сочетании ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких <i>Иосифова Э.К., Терентьева Н.Н.</i>	93
Повышение эффективности лечения хронической сердечной недостаточности у больных с сочетанием ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких <i>Иосифова Э.К., Терентьева Н.Н.</i>	94

Особенности когнитивной дисфункции у пациентов с сахарным диабетом 2 типа <i>Исакова Д.Н., Дороднева Е.Ф., Салахова Е.И., Чибулаева Е.В.</i>	94
Особенности кардиоренальных изменений у больных с хронической болезнью почек и гипертонической болезнью <i>Искендеров Б.Г.</i>	94
Лазерное излучение в комплексном лечении больных после операции аортокоронарного шунтирования на раннем санаторном этапе реабилитации <i>Исхаков Н.Н., Баженова В.В., Евстропова Н.Н., Исхаков Э.Н.</i>	95
Эффективность локрена и акредилола в лечении АГ у женщин в постменопаузе <i>Ишмурзин Г.П., Ахмерова Р.И., Якупова З.Н.</i>	95
Особенности гипотензивной терапии у молодых пациентов с артериальной гипертензией <i>Ишмухаметова А.Н., Каипова Э.Р.</i>	96
Возможности диагностики и лечения желчно-каменной болезни на ранних стадиях <i>Ищенко Н.В., Мордасова В.И., Есипенко Ю.В.</i>	96
Ультразвуковое исследование при воспалительных заболеваниях легких <i>Кабанов В.А., Живчикова Е.В.</i>	97
Состояние психической сферы студентов медицинской академии <i>Каблинова П.С., Сокол Т.А., Семченкова М.Ю., Михалик Д.С.</i>	97
Влияние сочетания артериальной гипертензии и патологии органов пищеварения на функциональное состояние подростков и лиц молодого возраста <i>Казидева Е.Н., Веневцева Ю.Л.</i>	98
Поражение коронарных артерий и аорты у больных, умерших от острого инфаркта миокарда, с нарушенным и нормальным углеводным обменом <i>Какорин С.В., Карамышев Д.В., Аблина К.Н., Ильина Т.О.</i>	98
Применение иммунохроматографического метода определения белка, связывающего жирные кислоты, для ранней диагностики острого инфаркта миокарда <i>Калиниченко Р.М., Копылов Ф.Ю.</i>	98
Структурно-функциональные показатели левого желудочка у больных хронической сердечной недостаточностью в зависимости от функционального класса <i>Камышишникова Л.А., Ефремова О.А.</i>	99
Новые технологии и первые результаты <i>Карамова Ф.А., Ржанникова Н.И., Зуйкова Т.Г.</i>	99
Особенности хронической болезни почек у больных системной склеродермией <i>Кароли Н.А., Ребров А.П., Волошинова Е.В., Платицына Ю.В.</i>	100
Особенности диагностики ХОБЛ у больных хронической сердечной недостаточностью <i>Кароли Н.А., Ребров А.П., Костюк Р.В.</i>	100
Диагностика и гиподиагностика смешанного заболевания соединительной ткани <i>Кароли Н.А., Никитина С.В.</i>	101
Клинические особенности нарушений минеральной плотности костной ткани при кальцинированном аортальном стенозе <i>Карпова Н.Ю., Рашид М.А., Казакова Т.В., Кошкина Г.И., Шостак Н.А.</i>	101
Узловатая эритема: особенности течения и клинической картины <i>Карпова Ю.А., Белов Б.С., Егорова О.Н., Раденска-Лоповок С.Г.</i>	102

Особенности ремоделирования костной ткани при заболеваниях тазобедренного сустава воспалительной и невоспалительной природы <i>Карякина Е.В., Гладкова Е.В.</i>	102
Дисплазия соединительной ткани и коморбидные состояния <i>Кац Я.А., Скрипцова А.А.</i>	103
Различные варианты двухкомпонентной блокады ренин-ангиотензин-альдостероновой системы у больных гипертонической болезнью <i>Качнов В.А., Тыренко В.В.</i>	103
Анализ контингента инвалидов вследствие сахарного диабета <i>Каширова Е.Ж., Брызгалова С.М., Жилина Н.М.</i>	103
Энтезопатии плечевого сустава <i>Кириллова Э.Р., Шамсутдинова Н.Г.</i>	104
Поражение периартикулярных тканей коленного сустава у больных ревматоидным артритом и остеоартрозом по данным клинического и ультразвукового исследований <i>Кириллова Э.Р.</i>	104
Суточная экскреция натрия у больных артериальной гипертензией <i>Кириченко А.А., Закирова Н.Л.</i>	104
Реакция артериального давления у соль-чувствительных пациентов на тест-нагрузку <i>Кириченко А.А., Закирова Н.Л.</i>	105
Кардиоренальные взаимоотношения у пациентов с ишемической болезнью сердца и стенозом почечных артерий <i>Кирищева Э.К.</i>	105
Инфекционный эндокардит и антифосфолипидный синдром: новые аспекты взаимосвязи <i>Кисляк С.В., Резник И.И.</i>	106
Оценка влияния комплексной реабилитации больных, перенесших нарушение мозгового кровообращения, на уровень двигательной активности и депрессии <i>Кислякова Е.А., Полячкова О.В., Полячкова Н.А., Салтыкова О.И.</i>	106
Пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи: частота встречаемости, особенности течения <i>Клестер Е.Б., Лычев В.Г., Клестер К.В.</i>	107
Особенности поражения органов пищеварения у больных сахарным диабетом 2 типа <i>Климентьева Г.И., Курникова И.А.</i>	107
Анальгетическая нефропатия у пожилых <i>Кнышова С.А., Агранович Н.В., Малыхин Ф.Т., Кнышов Ю.Ф.</i>	108
Скрытые маркеры атеросклероза у лиц стрессовых профессий <i>Кондаков В.Д.</i>	108
Роль окислительного стресса в проаритмической настроенности миокарда у лиц молодого возраста с предикторами внезапной сердечной смерти <i>Копылова Н.В.</i>	108
Опыт ведения регистра больных бронхиальной астмой в муниципальных поликлиниках <i>Кореннова О.Ю., Вершинина М.В., Алексеева С. В.</i>	109
Комплексное лечение артериальной гипертензии у женщин перименопаузального периода <i>Корягина С.В.</i>	109

Уровень здоровья и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у студентов-медиков <i>Корягина Н.А., Рямзина И.Н., Рагель А.С., Шапошникова А.И., Авдеев А.В.</i>	110
Качество жизни у больных хронической сердечной недостаточностью <i>Кошелева Н.А., Ребров А.П.</i>	110
Школа комбинированной патологии как новый подход в реабилитации больных артериальной гипертензией в сочетании с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки <i>Кравцова Т.Ю., Щекотов В.В., Алексеева Н.Г.</i>	111
Влияние «Виагры» на толерантность к нагрузкам у больных ИБС <i>Кравченко А.И., Березуцкий В.И.</i>	111
Влияние приобретенного андрогенодефицита на качество жизни мужчин с хронической сердечной недостаточностью <i>Кравченко А.А., Провоторов В.М., Семенова Е.А.</i>	112
Влияние крайней степени ожирения на внутриклеточный метаболизм нейтрофилов, уровень мочевой кислоты и риск развития сахарного диабета 2 типа у взрослых людей <i>Кратнов А.Е., Бабунина Е.В., Кратнов А.А., Ражева О.К., Назарова Ю.В.</i>	112
Клиническое значение антагониста рецептора интерлейкина-1 у больных артериальной гипертензией <i>Крюков Н.Н., Киселева Е.В., Ардатова Л.В., Крюкова М.Л.</i>	113
Криоглобулинемия у больных хроническим вирусным гепатитом С и уровень эндогенной интоксикации <i>Кузнецов П.Л., Борзунов В.М., Веревищikov В.К., Рузанов Е.В.</i>	113
Антибактериальные антитела у больных системной и склеродермией <i>Кулибин А.Ю., Романов В.А.</i>	113
Панкреатогенный сахарный диабет: развитие и выявляемость <i>Куницына М.А., Кашкина Е.И.</i>	114
Особенности лечения умеренной артериальной гипертензии в условиях гор <i>Курданов М.А.</i>	114
Роль особенностей строения венечных артерий и функционального состояния эндотели в развитии ишемической болезни сердца у пожилых женщин без ангиографических признаков стеноза коронарных артерий <i>Курникова Е.А., Рябкова Т.Н., Сухов В.К., Нестерко А.О., Ковалев Ю.Р.</i>	114
Динамика маркеров системного воспаления у больных с метаболическим синдромом и неалкогольной жировой болезнью печени <i>Курская А.Г., Багиров Р.Н., Чеснокова Л.В., Трошина И.А.</i>	115
Противоаритмическая эффективность амиодарона у больных с нарушениями углеводного обмена <i>Кучеренко О.Д., Кучеренко Д.О.</i>	115
Содержание некоторых цитокинов и растворимых рецепторов к ним у больных первичной подагрой с артериальной гипертензией <i>Кушнарченко Н.Н., Говорин А.В., Терешков П.П., Щербакова О.А.</i>	116
Содержание неэтерифицированных жирных кислот и глицерола в плазме крови у мужчин с первичной подагрой в зависимости от наличия синдрома инсулинорезистентности <i>Кушнарченко Н.Н., Говорин А.В., Щербакова О.А.</i>	116
Нарушение диастолической функции левого желудочка у мужчин с хронической обструктивной болезнью легких средней степени тяжести <i>Лаврушина О.С.</i>	117
Артериальная гипертензия и смертность от мозгового инсульта: практическая значимость современных рекомендаций <i>Лазунина Л.Е., Соколов И.М., Железнякова Н.А., Гафанович Е.Я., Конобеева Е.В.</i>	117

Эффективность комбинированной антиангинальной терапии у больных ишемической болезнью сердца, ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа <i>Лазарева О.А.</i>	117
Морфологические изменения печени у больных хроническим гепатитом, обусловленным сочетанной вирусой инфекцией <i>Лазебник Л.Б., Потапова В.Б., Якимчук Г.Н.</i>	118
Влияние сочетания бронхиальной астмы и ожирения на уровень цитокинового статуса <i>Лазуткина Е.Л., Ландышев Ю.С., Цырендоржиев Д.Д., Музыченко Л.М., Базилевич А.Ю., Герасимец Е.А.</i>	118
Опыт применения препаратов урсодезоксихолевой кислоты в лечении неалкогольной жировой болезни печени <i>Лазуткина Е.Л.</i>	119
Клинико-рентгенологическая характеристика пневмоний у беременных, ассоциированных с гриппом А/ H1N1 sw1 <i>Лазуткина Е.Л., Ландышев Ю.С., Гоборов Н.Д., Маркова Е.В., Лазуткин Н.Н., Демуря О.В., Базилевич А.Ю., Герасимец Е.А.</i>	119
Современные методы диагностики расстройств ортостаза <i>Лалин В.В., Петров А.Л., Лебедева И.А.</i>	119
Воспалительная боль в спине в практике врача первичного звена <i>Лапшина С.А., Мясоутова Л.И., Протопопов М.С.</i>	120
Депрессивные расстройства в постменопаузальном периоде <i>Ларева Н.В., Говорин А.В.</i>	120
Хроническая болезнь почек в многопрофильном стационаре <i>Ларева Н.В., Лузина Е.В., Чабан Н.Ю.</i>	121
Гиперурикемия при хронической сердечной недостаточности <i>Ларина В.Н., Барт Б.Я.</i>	121
Тромбофилия — причина тромботических инцидентов у больных ХСН постинфарктного генеза <i>Ларина Ю.В., Некрутенко Л.А.</i>	122
Возможность оценки кардиопульмонального барорефлекса посредством одновременной регистрации сердечного и пульсового ритмов <i>Лебедева Е.П., Калакутский Л.И., Лебедев П.А., Федотов А.А.</i>	122
Возможность оценки степени коронарного стеноза посредством одновременной регистрации сердечного и пульсового ритмов <i>Лебедева Е.П., Качковский М.А., Лебедев П.А., Калакутский Л.И., Федотов А.А.</i>	122
Клинико-диагностическое значение фетального гемоглобина как маркера тканевой гипоксии при хронических гепатитах и циррозах печени <i>Левитан Б.Н., Касьянова Т.Р., Кривенцев Ю.А., Колчина О.С.</i>	123
Ультразвуковые параметры правых отделов сердца у больных хроническим гепатитом и циррозом печени <i>Левитан Б.Н., Касьянова Т.Р., Любарт Н.И.</i>	123
Взаимосвязь пролапса митрального клапана и заболеваний щитовидной железы <i>Лекарева И.В., Бабаева А.Р.</i>	124
Подходы к тромболизису при тромбоэмболии легочной артерии <i>Леонов А.А., Дюжигов А.А., Орлов А.Е., Шамханьянц В.Д., Можяев И.В., Румбешт В.В.</i>	124
Распространенность и степень выраженности никотиновой зависимости среди разных групп населения <i>Леонова С.В., Семченкова М.Ю., Михалик Д.С.</i>	124
Вероятность и частота переломов у женщин пожилого возраста с остеопорозом <i>Ли Е.Д., Дроздов В.Н., Мешалкина Л.Ю.</i>	125

Применение 64-спиральной КТ-ангиографии в диагностике ишемической болезни сердца у пациентов с высоким риском ее развития <i>Ликов И.В., Морозов С.П., Сальников Д.В., Сидоренко Б.А.</i>	125
Оценка состояния коронарных шунтов у пациентов с клиническим ухудшением течения ишемической болезни сердца с помощью 64-спиральной компьютерной томографии <i>Ликов И.В., Сидоренко Б.А., Морозов С.П., Сальников Д.В.</i>	126
Сравнительная оценка возможностей 64-срезовой компьютерной томографии в выявлении гемодинамически значимых и критических стенозов коронарных артерий <i>Ликов И.В., Сидоренко Б.А., Морозов С.П., Сальников Д.В.</i>	126
Фармакоэпидемиологические и клинические аспекты применения лекарственных средств для устранения симптомов насморка во время беременности <i>Литвинова М.П.</i>	126
Велотренировки у больных пожилого и старческого возраста с сочетанной сердечно-сосудистой патологией <i>Ломакина Н.А., Молчанов А.В., Кондакова Г.Б.</i>	127
Фактор курения в развитии хронического панкреатита <i>Лоранская И.Д., Мулухова Э.В.</i>	127
Диагностика нарушений церебральной гемодинамики при хронической обструктивной болезни легких <i>Лоскутова Н.В., Меньшикова И.Г., Квасникова Ю.В., Ищенко В.В., Шевченко Е.А.</i>	128
Адекватность лечения больных варфарином <i>Лузина Е.В., Ларева Н.В., Дурова О.А., Карелина О.А., Соколова Ю.А.</i>	128
Изучение ассоциаций генов ферментов биотрансформации ксенобиотиков с развитием алкогольного гепатита <i>Лукманова Л.И., Давлетшин Р.А., Юлдашев В.Л., Асадуллин А.Р., Викторова Т.В.</i>	129
Особенности ремоделирования и эндотелиальная дисфункция у больных хронической обструктивной болезнью легких <i>Лычев В.Г., Клестер Е.Б., Клестер К.В.</i>	129
Особенности иммунного ответа и микробиоценоза дыхательных путей у больных с сочетанием хронической обструктивной болезни легких и сахарного диабета 2 типа <i>Любавина Н.А.</i>	130
Повышение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли как фактор риска развития гипертонической болезни у рабочих машиностроительного предприятия <i>Любченко П.Н., Атаманчук А.А., Дмитрук Л.И.</i>	130
Новый метод физических тренировок в коррекции гиподинамии у больных ишемической болезнью сердца, перенесших эндоваскулярное вмешательство после острого коронарного синдрома <i>Лямина Н.П., Разборова И.Б., Носенко А.Н., Котельникова Е.В., Карпова Э.С.</i>	130
SP-D — дополнительный специфический маркер тяжести заболевания при хронической обструктивной болезни легких <i>Лямина С. ., Сметнева Н.С., Попкова А.М., Малышев И.Ю.</i>	131
Регуляция пластичности иммунного ответа — путь к успеху в лечении заболеваний легких <i>Лямина С.В.</i>	131
Тяжелые металлы при гастроэнтерологических заболеваниях у детей <i>Майорова А.В., Текуцкая Е.Е.</i>	132
Особенности оказания помощи больным с артериальной гипертонией на догоспитальном этапе в условиях коммерческой Службы скорой помощи <i>Макаров В.А.</i>	132

Современные аспекты обучения навыкам оказания первой медицинской помощи в высших учебных заведениях <i>Макаров В.А.</i>	133
Взаимосвязь вольтажных электрокардиографических критериев гипертрофии левого желудочка и индекса массы тела при гипертонической болезни <i>Маковеева Е.А., Ефимова Л.П.</i>	133
Динамика артериального давления у больных гипертонической болезнью в процессе интервальных нормобарических гипоксических тренировок <i>Максимов Н.И., Помосов С.А.</i>	133
Сравнительный анализ сердечно-сосудистого риска при артериальной гипертензии <i>Максютова Л.Ф., Максютова А.Ф., Фазлыева Р.М., Валеева Л.А., Амирова Г.Ф., Кудашева Н.А., Парасюк Е.Г.</i>	134
Прогностические критерии формирования ишемической болезни сердца у мужчин на основе математического моделирования регуляции уровня глюкозы крови <i>Малинова Л.И., Шувалов С.С., Денисова Т.П.</i>	134
Роль серы в профилактике и лечении респираторных заболеваний <i>Малоземова В.А., Попов Д.А., Кузнецова О.А.</i>	135
Клинико-диагностическое значение изучения цитокинов у больных с внебольничной пневмонией <i>Малыхин Ф.Т., Шутко И.С.</i>	135
Значимость критериев выбора антибактериальных препаратов для лечения заболеваний органов дыхания <i>Малыхин Ф.Т.</i>	135
Изучение фармакоэкономической эффективности лечения больных с артериальной гипертензией в современных условиях <i>Маль Г.С., Звягина М.В., Алыменко М.А.</i>	136
Инвазивное лечение многососудистой коронарной болезни сердца <i>Манченко И.В., Обрезан А.Г., Седова Е.В., Бобров А.Л.</i>	136
Предикторы продолжения курения у мужчин трудоспособного возраста с артериальной гипертензией <i>Манюгина Е.А.</i>	137
Статистическое управление качеством лечения больных артериальной гипертензией на фоне ожирения <i>Маркова Е.В., Усков В.В., Усков В.М., Золоедов В.И.</i>	137
Анализ гендерных особенностей больных нейроциркуляторной дистонией <i>Маслова Н.В., Демидова Л.А., Демидов А.А., Баткаева Э.Р.</i>	137
Изменения фактора роста эндотелия сосудов при хроническом атрофическом гастрите <i>Матвеева Л.В., Мосина Л.М., Новикова Л.В.</i>	138
Возможности доплерографического исследования в прогнозировании развития и течения эндотелиальной дисфункции при артериальной гипертензии у лиц пожилого возраста <i>Мауер С.С., Долгошеева Е.П., Белоусова Ю.О.</i>	138
Значение нарушений липидного обмена в патогенезе поражений сердца у пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией <i>Медведев Н.В., Голубев И.В., Голубева Е.С., Попова А.Б.</i>	139
Маркеры миокардиальной дисфункции у больных артериальной гипертензией пожилого возраста <i>Медведев Н.В., Бабухин Е.Э., Цой Л.В., Суркова С.М.</i>	139
Нейрокогнитивное и нейропсихологическое тестирование пациентов, оперированных на восходящем отделе и дуге аорты <i>Медведева Л.А., Загоруйко О.И., Белов Ю.В., Богопольская О.М., Гончаров Д.И.</i>	140

Эндотелиальная дисфункция у больных гипотиреозом Медведева Т.А.	140
Особенности вегетативных нарушений и изменение артериального давления у пациентов с соединительнотканными дисплазиями сердца Медведева Т.В., Чижов П.А.	140
Содержание фактора Виллебранда в крови больных с гипотиреозом Медведева Т.А.	141
Сравнительная характеристика вариабельности сердечного ритма при системных формах AL- и AA-амилоидоза Мелиоранская Е.И., Полякова А.А., Семернин Е.Н., Гудкова А.Я.	141
К вопросу реформы службы скорой медицинской помощи Мельман А.А.	141
Типы гиперлипидемий у больных метаболическим синдромом Мельникова О.М., Зюбина Л.Ю., Панчева Л.А., Войтович Т.В., Андреев В.М., Шпагина Л.А.	142
Частота рецидивов, риск тромбоэмболического инсульта и антропометрические параметры у больных рецидивирующей фибрилляцией предсердий Мензоров М.В., Шутов А.М., Бубнова Т.В., Мензорова Е.Н.	142
Острое повреждение почек у больных инфарктом миокарда и эффективность тромболитической терапии Мензоров М.В., Шутов А.М., Климова Т.В., Михайлова Е.В., Шарафутдинова А.Ф.	143
Профилактика бериллиевых поражений бронхолегочной системы Мерзликин Л.А., Западинская Е.Э.	143
Диагностические возможности биоимпедансного анализа в лечении пневмонии Меркулов И.А., Рузанов Д.Е., Покровский В.Е.	144
Влияние терапии ритуксимабом на уровень провоспалительных цитокинов в сыворотке крови у больных ревматоидным артритом Мещерина Н.С., Безгин А.В., Гришина О.В., Князева Л.А.	144
Система гемостаза и эндотелиальная функция у больных с эссенциальной артериальной гипертензией Мирсаева Г.Х., Сарагулова Г.Р.	145
Структурно-функциональные изменения сосудов микроциркуляторного русла миокарда крыс при воздействии хрома Митрофанова И.С., Саликова С.П.	145
Закономерности стресс-индуцированной динамики гемолитической стойкости эритроцитов при заболеваниях негематологического профиля Михайлис А.А.	145
Изучение качества жизни у больных бронхиальной астмой Михайлова О.Д., Волкова Н.Н., Климентова С.В.	146
Изучение состояния тревожности у больных хроническим панкреатитом в сочетании с метаболическим синдромом Михайлова О.Д., Сергеева П.О., Пензина Е.С.	146
Особенности течения и лечения пневмонии у ВИЧ-инфицированных пациентов Михайловская Т.В., Мишина И.Е., Орлова С.Н., Гудухин А.А., Стипакова А.В.	147
Возможности коррекции сахарного диабета типа 2 у пациентов с печеночной недостаточностью Моргунов Л.Ю.	147
Распространенность дефицита андрогенов у пациентов с соматической патологией Моргунов Л.Ю., Бондаренко Т.В.	147

Комплексное воздействие на механизмы инсулинорезистентности у пациентов с андрогенным дефицитом и сахарным диабетом типа 2 <i>Моргунов Л.Ю.</i>	148
Субклинический гипотиреоз как прогностический фактор острого ишемического инсульта <i>Моргунов Л.Ю., Баринов О.С.</i>	148
Терапия метаболического синдрома тестостероном у мужчин с андрогенным дефицитом и выраженным ожирением <i>Моргунов Л.Ю.</i>	149
Ведение и родоразрешение беременных после операций на сердце в анамнезе <i>Мравян С.Р., Петрухин В.А., Пронина В.П., Мареева М.Ю.</i>	149
Цитоморфологические маркеры поражения нижних дыхательных путей при непродолжительном табакокурении <i>Мун И.Е., Добрых В.А., Медведева Е.В., Ковалева О.А.</i>	149
Вторичная венозная гипертония у больных истинной полицитемией <i>Муравьева Л.П.</i>	150
Временные показатели вариабельности ритма сердца у больных сахарным диабетом 1 типа, осложненным кетоацидозом <i>Муха Н.В., Говорин А.В., Первалова Е.Б., Радаева Е.В., Суворова Т.В.</i>	150
Эффективная терапия осложненных гипертонических кризов <i>Мухамбетьярова С.А.</i>	151
Определение мозгового натрийуретического пропептида для оценки сердечной дисфункции у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом <i>Мухетдинова Г.А., Фазлыева Р.М., Борис Г.Д., Исламова Л.Ю.</i>	151
Оценка эффективности пролонгированной терапии непрямыми антикоагулянтами при венозном тромбозе у носителей полиморфизма 4G/5G в гене ингибитора активатора плазминогена <i>Мяленка Е.В., Федорова Т.А., Пирожкова Е.Г., Карягина И.Ю., Веселкин Н.П., Яблонский П.К.</i>	151
Влияние симвастатина на показатели ММП-9 и ТИМП-1 у пациентов с метаболическим синдромом в сочетании с фибрилляцией предсердий <i>Наумов Д.В., Ахмедов В.А.</i>	152
Возможности исследования натрийуретического пептида В-типа у больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий в сочетании с метаболическим синдромом <i>Наумов Д.В., Ахмедов В.А.</i>	152
«Идиопатические» аритмии: клиничко-морфологическая диагностика и результаты специфического лечения <i>Недоступ А.В., Благова О.В., Коган Е.А., Сулимов В.А., Абугов С.А., Куприянова А.Г., Зайденов В.А., Донников А.Е.</i>	153
Влияние патогенетического типа гиперурикемии на висцеральные поражения при подагре <i>Ненашева Т.М.</i>	153
Качество обследования и лечения пациентов с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом в амбулаторной практике <i>Нестеров Ю.И., Полтавцева О.В., Хомушку У. Т., Сат Ш.Ю.</i>	153
Об особенностях частоты болезней органов пищеварения среди жителей Якутии и факторах риска <i>Неустроева Т.С., Кривошапкин В.Г., Лебедева У.М., Дохунаева А.М.</i>	154
Распространенность факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в популяции жителей Уфы в возрастной группе от 40 до 60 лет <i>Низамутдинова Р.С., Салахов Э.М., Дмитриев А.В., Кураева Л.Н., Кривошеева Л.Н.</i>	154
Факторы риска заболеваний среди мужчин и женщин в возрасте 20—29 лет, обследованных в центре здоровья: связь с табакокурением <i>Низамутдинова Р.С., Крюкова А.Я., Салахов Э.М.</i>	155

Ведение больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в городской поликлинике <i>Низамутдинова Р.С., Зарипова Г.Д., Зарипова Н.Д.</i>	155
Использование экспресс-теста на сердечный белок, связывающий жирные кислоты для ранней диагностики острого инфаркта миокарда <i>Николаев К.Ю., Воевода М.И., Ярошно Н.Н., Бураков А.А.</i>	155
Нарушения ритма у больных первичным гипотиреозом в зависимости от фазы компенсации заболевания <i>Николаева А.В., Дубовцева В.Н.</i>	156
Распространенность диабетической нефропатии у больных сахарным диабетом 2 типа с гипогликемическими состояниями <i>Ничитенко М.С., Чесникова А.И., Кудинов В.И., Корсун Н.А., Московец А.Б., Беспалова Е.В.</i>	156
Влияние регионарной мышечной слабости на эффективность локальной терапии гонартроза глюкокортикостероидными препаратами <i>Носков С.М., Козлова О.Г.</i>	156
Частота встречаемости различных комбинаций генов у больных гипертонической болезнью работников локомотивных бригад <i>Обыденникова О.Н., Крюков Н.Н., Киселева Г.И.</i>	157
Распределение вариантов полиморфизма генов у работников локомотивных бригад с учетом стадии и степени артериальной гипертонии <i>Обыденникова О.Н., Крюков Н.Н.</i>	157
Диагностическое значение биоэлектрографии у больных хронической обструктивной болезнью легких и оперированных вентральными грыжами <i>Овсянников Е.С.</i>	158
Соматическая заболеваемость при эпилепсии у женщин репродуктивного возраста <i>Одинцова Г.В., Сайкова Л.А.</i>	158
Определение уровня мочевой экскреции трансформирующего фактора роста $\beta 1$ и экскреции моноцитарного хемоаттрактантного протеина-1 у больных диабетической нефропатией <i>Окрочкова И.В., Бондырева А.В., Свиловская С.И., Галченкова О.С., Князева Л.И.</i>	158
Показатели упругоэластических свойств артериального русла у больных сахарным диабетом 2 типа с артериальной гипертензией <i>Окрочкова И.В., Князева Л.А., Горяинов И.И., Князева Л.И., Ивакин В.Е., Степченко М.А.</i>	159
Влияние комплексной терапии на суточные показатели сосудистой ригидности у табакозависимых пациентов <i>Олейников В.Э., Матросова И.Б., Гусаковская Л.И., Елисеева И.В., Томашевская Ю.А.</i>	159
Рубцевание гастродуоденальных язв у лиц пожилого и старческого возраста <i>Оленина Л.С., Камнева Н.В., Шадрина Л.В.</i>	160
Хроническая болезнь почек в практике врача — терапевта <i>Орлова Г.М., Фатахова О.А., Шеметова В.Г., Скоморовская М.Б.</i>	160
Влияние различных схем лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на иммуногистохимические показатели <i>Осадчук А.М., Давыдкин И.Л., Бараева Р.А., Белозерова Т.С., Строганова Е.С., Бараев И.А.</i>	160
Оценка терапевтической эффективности дибикора в лечении различных форм гастроэзофагеальной рефлюксной болезни <i>Осадчук А.М., Палушкина М.Г.</i>	161
Влияние профессионального стресса на развитие кардиометаболических факторов риска <i>Осипова И.В., Антропова О.Н., Калинина И.В., Воробьева Е.Н.</i>	161
Особенности скрытой (маскированной) артериальной гипертонии у лиц с профессиональным стрессом <i>Осипова И.В., Антропова О.Н., Зальцман А.Г., Пырикова Н.В.</i>	162

Морфологические особенности слизистой желудка, обуславливающие торпидное течение хронического гастрита с хроническими эрозиями <i>Охотникова М.В., Трусов В.В., Кузнецов Е.П., Чернов А.Н.</i>	162
Качество жизни больных при совместном течении хронической обструктивной болезни легких и ишемической болезни сердца <i>Павленко В.И.</i>	162
Особенности состояния плазменного гемостаза у больных хронической обструктивной болезнью легких, ассоциированной с ишемической болезнью сердца <i>Павленко В.И.</i>	163
Распространенность астмы у студентов Краснодара <i>Павлицук С.А., Алексеенко Е.А., Лабинцева Н.В.</i>	163
Проблемы здоровья и болезни, диагностики и лечения с историко-философских позиций <i>Пальцев А.И., Воевода М.И.</i>	164
Возрастные аспекты патологии поджелудочной железы. Принципы лечения больных хроническим панкреатитом пожилого и старческого возраста <i>Пальцев А.И., Воевода М.И., Еремина А.А., Шаратов И.В.</i>	164
Характеристика дислипидемий при сочетании вибрационной болезни и артериальной гипертензии <i>Паначева Л.А., Зюбина Л.Ю., Платонова Е.А.</i>	165
Состояние системного гемостаза и гемодинамические типы микроциркуляции при высоком нормальном артериальном давлении и артериальной гипертензии 1-2 степени <i>Паначева Л.А., Шпагина Л.А., Кухарева Е.А., Пятакова Е.Ф.</i>	165
Легочная гипертензия как стратификационный фактор при коморбидной патологии: остром коронарном синдроме и хронической обструктивной болезни легких <i>Панин П.Ф., Зарубина Е.Г., Габидуллова Д.А., Емельянова Н.Г., Барынкина О.В.</i>	165
Изучение сочетаний различных нозологических форм у пациентов с заболеваниями щитовидной железы <i>Панина А.А., Гумилевский Б.Ю.</i>	166
«Словник» одышки как первичный инструмент в диагностике легочной и сердечно-сосудистой патологий <i>Параева О.С., Мартыненко Т.И., Дронов С.В.</i>	166
Особенности клинической эффективности терагерцовой терапии у больных стенокардией различного пола <i>Паршина С.С., Афанасьева Т.Н., Головачева Т.В., Гриценгер В.Р., Петрова В.Д., Потапова М.В., Тихонова С.А.</i>	167
Оптимизация лечения аритмии у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта <i>Паршина С.С., Афанасьева Т.Н.</i>	167
Динамическая электронейростимуляция при вегетососудистой дистонии у подростков <i>Пафифова А.С., Мамбетов Х.А., Эльгаров А.А.</i>	167
Эффективность динамической электронейростимуляции при артериальной гипертензии <i>Пафифова А.С., Эльгаров А.А.</i>	168
Частота и структура вызовов СМП <i>Пафифова А.С., Эльгаров А.А., Мамбетов Х.А.</i>	168
Оценка функционального состояния лейкоцитов крови методом определения величины энергии их спонтанного таксиса <i>Пащенко И.Г., Песков А.Б., Пащенко Н.Н., Клочкова Т.С.</i>	169
Некоторые клинические особенности сахарного диабета 1 типа, осложненного кетоацидозом <i>Перевалова Е.Б., Муха Н.В., Соколова Н.А., Радаева Е.В., Зайцев Д.Н., Серебрякова О.М.</i>	169

Роль фитотерапии при лечении рецидивирующей мочевой инфекции <i>Перепанова Т.С.</i>	170
Сердечный белок, связывающий жирные кислоты, в диагностике поражения миокарда у больных туберкулезом легких <i>Пермякова И.Н., Левитан Б.Н., Заклякова Л.В., Бакумцева Л.С.</i>	170
Показатели тромбоцитарно-коагуляционного гемостаза у пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа в зависимости от достижения целевых значений артериального давления <i>Петрик Г.Г., Павлищук С.А.</i>	170
Влияние суточного профиля артериального давления на ремоделирование сонных артерий у больных с артериальной гипертонией <i>Поветкин С.В.</i>	171
Соматические и психоэмоциональные нарушения при ампутациях у больных с синдромом «диабетическая стопа» <i>Подателева Т.А., Бобров М.И., Исаченкова О.А.</i>	171
Взаимосвязь инсулинорезистентности и уровня цитокинов у пациентов с цереброваскулярными осложнениями на фоне метаболического синдрома <i>Полтавцева О.В., Нестеров Ю.И.</i>	172
Гипердиагностика ИБС и кардиомиопатические фенотипы как проявления системного AL-амилоидоза <i>Полякова А.А., Мелиоранская Е.И., Семернин Е.Н., Гудкова А.Я.</i>	172
Оценка качества сна у больных с головной болью напряжения при хронической гипертонической энцефалопатии <i>Полячкова О.В.</i>	172
Предикторы благоприятного течения ИБС у больных пожилого, старческого возраста и долгожителей <i>Помогайбо Б.В., Филиппов А.Е.</i>	173
Эмболические осложнения при современном инфекционном эндокардите <i>Пономарева Е.Ю.</i>	173
Кластерный анализ факторов ишемической болезни сердца на фоне хронических обструктивных болезней легких <i>Попова М.А., Терентьева Н.Н., Иосифова Э.К.</i>	174
Вазорегулирующая функция сосудистого эндотелия у пациентов пожилого возраста с артериальной гипертонией <i>Попова А.А., Яковлева Н.Ф., Березикова Е.Н., Яковлева И.В., Лукша Е.Б., Пластинина Е.О., Юнникова О.И.</i>	174
К вопросу нарушений гонадовисцеральных связей у мужчин с эректильной дисфункцией <i>Порядина И.А., Шардин С.А., Коган О.С.</i>	174
Оксидантный статус и его коррекция у больных ишемической болезнью сердца <i>Потапов В.Н., Лупач Н.М., Лукьянов П.А.</i>	175
Оксидантная активность при воспалительных заболеваниях толстого кишечника <i>Потапов В.Н., Веселкина Е.С., Лукьянов П.А.</i>	175
Немедикаментозные методы терапии синдрома раздраженного кишечника <i>Потапов В.Н., Джа Джамба, Чжао Пэйюнь, Мурадов Ш.</i>	176
Взаимосвязь кожных проявлений и ведущих симптомокомплексов у больных системной красной волчанкой <i>Потехин Н.П., Фурсов А.Н., Филиппов А.В., Барсов М.И., Филатова Е.А.</i>	176
Синдром Бланда-Уайта-Гарланда у взрослой пациентки <i>Потиевская В.И., Алексеева Ю.М.</i>	177
Метаболический синдром и структурно-морфологические особенности атеросклеротического поражения сонных артерий <i>Праскурничий Е.А., Князев А.Н.</i>	177

Нарушения липидного обмена у больных артериальной гипертензией <i>Прекина В.И., Самолькина О.Г., Зорькина А.В., Кудашкин С.С., Ефремова О.Н., Есина М.В.</i>	178
Метаболический синдром у больных артериальной гипертензией <i>Прекина В.И., Самолькина О.Г., Зорькина А.В., Кудашкин С.С., Есина М.В., Ефремова О.Н.</i>	178
Лечение сартанами (Апровель) артериальной гипертензии у больных бронхиальной астмой <i>Прибылова Н.Н., Прибылов С.А., Прусакова О.Ю., Алиуллин Р.В., Скороходова Л.В.</i>	178
Лечение бронхиальной астмы у беременных <i>Приходько О.Б., Ландышев Ю.С., Бабцева А.Ф., Романцова Е.Б., Смородина Е.И., Горячева С.А.</i>	179
Эпидемиологические особенности заболеваний почек в Амурской области <i>Приходько О.Б., Путинцев Д.В., Смородина Е.И., Макагон И.М., Кормановская Н.П., Агеенко А.А., Сатурова М.В., Бардов В.С.</i>	179
Уровень тестостерона у больных хронической сердечной недостаточностью <i>Провоторов В.М., Семенова Е.А., Кравченко А.Я.</i>	180
Диагностика анкилозирующего спондилита в практике врача <i>Протопопов М.С.</i>	180
Особенности диагностики лечения больных бронхиальной астмой и артериальной гипертензией <i>Прусакова О.Ю.</i>	180
Активность фактора фон Виллебранда и микроциркуляторные расстройства у женщин с хирургической менопаузой <i>Пустотина З.М., Ларева Н.В., Солпов А.В.</i>	181
Изменения микроциркуляции и сердечно-сосудистые нарушения у женщин с хирургической менопаузой, возможность их коррекции заместительной гормональной терапией <i>Пустотина З.М.</i>	181
Изменение некоторых параметров у больных с гриппозной пневмонией в сочетании с метаболическим синдромом <i>Пушников С.В., Пушников А.А.</i>	182
Вирусно-бактериальные пневмонии <i>Пчелинцев В.П., Бороздин А.В., Гиривенко А.И., Козырева Э.А., Дьячкова О.Н., Юдина Г.Н., Бель Е.В., Корнюшкина Г.И.</i>	182
Поражение сердца у больных хроническими гепатитами <i>Радаева Е.В., Говорин А.В., Чистякова М.В.</i>	183
Инсулиноподобный фактор роста-1 и хроническая сердечная недостаточность у пациентов с артериальной гипертензией <i>Разин В.А., Гимаев Р.Х.</i>	183
Возвращаясь к проблеме <i>Helicobacter pylori</i> <i>Рапопорт С.И., Хуцишвили М.А.</i>	183
Имеет ли право на существование диагноз «Функциональное расстройство»? <i>Рапопорт С.И., Колесников Д.Б.</i>	184
Значение электрофизиологического комплекса Asrtocard в диагностике изолированной фибрилляции предсердий <i>Рахматуллов Ф.К., Захарова О.В., Рахматуллов А.Ф., Пчелинцева С.А., Рахматуллова А.Ф., Грачева Ю.Н., Зиновьева Е.Г.</i>	184
Вариабельность и нарушения ритма сердца при кальцинированном аортальном стенозе <i>Рашид М.А., Карпова Н.Ю., Казакова Т.В., Шапилов А.В., Пискунов Д.В.</i>	185
Инфекционный эндокардит: клиничко-морфологическая эволюция за тридцатилетний период наблюдений <i>Резник И.И., Кисляк С.В.</i>	185
Синдром цитолиза при острой посттравматической печеночной недостаточности <i>Розанов В.Е., Болотников А.И., Хайкин И.В.</i>	186

Возможности прогноза ишемического повреждения миокарда у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой <i>Розанов В.Е., Болотников А.И., Гюнтер Н.А., Хайкин И.В., Бондаренко А.В.</i>	186
Синдром холестаза при острой посттравматической печеночной недостаточности <i>Розанов В.Е., Болотников А.И., Хайкин И.В.</i>	186
Синдром гепатодепрессии при острой посттравматической печеночной недостаточности <i>Розанов В.Е., Болотников А.И., Хайкин И.В.</i>	187
Структура заболеваемости ревматическими болезнями населения города Саратова <i>Романова Н.А., Молчанова Л.И.</i>	187
Сравнительная характеристика клинической картины и нарушений функции внешнего дыхания у больных пневмонией различных возрастных групп <i>Романова Н.А.</i>	187
Роль современных методов исследования в ранней диагностике сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин молодого возраста, работающих с вредными производственными факторами <i>Романова Н.А., Поварова Т.В.</i>	188
Апоптоз нейтрофилов и его связь с провоспалительными цитокинами у больных различными формами красной волчанки и склеродермии <i>Романова Н. В., Капрельянц Е. Ю., Шилкина Н. П.</i>	188
Структурно-функциональные особенности сердца у больных с метаболическим синдромом, осложненным коронарным атеросклерозом <i>Романова Т.А., Воевода М.И., Петрова И.Р.</i>	189
Особенности артериальной ригидности в остром периоде инфаркта миокарда <i>Ромашова А.А., Козырев О.А.</i>	189
Висцеральные поражения при инфекционном эндокардите наркоманов <i>Рощина А.А.</i>	190
Изменения эндотелиальной функции у здоровых и у больных артериальной гипертензией с различным психозмоциональным фоном во время проведения манжеточной пробы <i>Рубанова М.П., Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Бондаренко В.С., Кулик Н.А.</i>	190
Клиническая эффективность реканализации хронических окклюзий коронарных артерий при низкой фракции выброса левого желудочка <i>Рузанов И.С., Шитиков И.В., Титков И.В., Санбаев А.К., Журавель М.С., Олейник А.О., Бобров А.В.</i>	190
Инфаркт миокарда у женщин пожилого и старческого возраста <i>Рыжова Т.А., Бичан Н.А.</i>	191
Предиабетические состояния и сахарный диабет у пациентов с безболевым ишемией миокарда <i>Ряполова Е.А., Нечаева Г.И., Притыкина Т.В.</i>	191
Влияние хондроитин сульфата на функциональный статус больных гонартрозом и коксартрозом <i>Савелова Е.Е., Майко О.Ю., Попова Л.В.</i>	192
Взаимосвязь функционального состояния больных гонартрозом и коксартрозом с рентгенологической стадией заболевания <i>Савелова Е.Е., Майко О.Ю., Попова Л.В.</i>	192
Электрокардиографические изменения при хронических гепатитах и циррозах печени <i>Савельева Т.В., Пименов Л.Т., Ежов А.В., Чернышова Т.Е., Иванов Л.А.</i>	193
Изменение артериального давления и диурез у женщин с первичной (эссенциальной) артериальной гипотонией <i>Савенков М.П., Постникова З.В., Иванов С.Н., Савенкова А.М.</i>	193
Антигипертензивная эффективность алискирена у больных с системной красной волчанкой <i>Савина Ж.Е.</i>	193

Динамика психосоматических расстройств на фоне лечения у пациентов с хроническим болевым синдромом, обусловленным патологией опорно-двигательного аппарата <i>Самойлова Н.В., Жидков И.Л., Загоруйко О.И., Гнездилов А.В., Медведева Л.А.</i>	194
Основные биохимические и иммунологические показатели у больных с хроническим вирусным гепатитом С <i>Сарычева Ю.А., Чернышева Т.В., Ткаченко И.В., Красиков С.И., Айсувакова О.П.</i>	194
Особенности течения суставного синдрома на фоне хронического вирусного гепатита С <i>Сарычева Ю.А., Чернышева Т.В., Ткаченко И.В.</i>	195
Преваленс рефрактерной артериальной гипертензии, поражения почек у больных с хроническими аутоиммунными воспалительными заболеваниями суставов <i>Сафроненко А.В., Сафроненко В.А., Харсеева Г.Г., Выставкина Е.А., Демидова А.А.</i>	195
Как изменились подходы к лечению больных с инфарктом миокарда за последние годы <i>Сафроненко В.А., Хрипун А.В., Годунко Е.С.</i>	196
Использование ритмокардиографии для оценки влияния кардиотропных препаратов на пейсмекерную активность синусового узла у пациентов с ишемической болезнью сердца <i>Сафронова Э.А., Миронова Т.Ф., Черкасов А.Ю., Шадрина И.М.</i>	196
Оценка качества медицинской помощи у больных с внебольничной пневмонией <i>Светлый Л.И.</i>	196
Уровень трансформирующего фактора роста $\beta 1$ и показатели функционального состояния эндотелия у больных гипертоническим вариантом хронического гломерулонефрита <i>Свидовская С.В., Галченкова О.С., Князева Л.И., Горяйнов И.И., Степченко М.А.</i>	197
Ультразвуковые диагностические признаки острой реакции трансплантат против хозяина желудочно-кишечного тракта после аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток крови <i>Северина Е.К., Оксас А.Е., Голощапов О.В., Станкевич Ю.А., Зубаровская Л.С., Афанасьев Б.В.</i>	197
Социальный статус пациентов с панкреатической недостаточностью <i>Седова Г.А.</i>	198
Клиника HDV-инфекции в зависимости от генотипа вируса <i>Семенов С.И., Тихонова Н.Н., Кривошапкин В.Г.</i>	198
Диагностика холестаза в поликлинической практике <i>Сергеева Е.А., Бурдина Е.Г., Григорьева Е.В., Шиндяпина О.В.</i>	199
Влияние систолодиастолической дисфункции сердца на его ремоделирование у больных инфарктом миокарда <i>Сердюков Д.Ю., Гордиенко А.В., Стариенко Е.А.</i>	199
Виды кровотока в печеночных венах у больных инфарктом миокарда <i>Сердюков Д.Ю., Гордиенко А.В., Стариенко Е.А.</i>	199
Некоторые показатели периферической крови у больных гриппом А/Н1N1 <i>Серебрякова О.М., Романова Е.Н., Филев А.П., Перевалова Е.Б.</i>	200
Цитокиновая система при развитии фиброза у больных с неалкогольной жировой болезнью печени <i>Сивкова А.А., Ларева Н.В., Лузина Е.В.</i>	200
Функция и гемодинамическое состояние почек при ишемической болезни сердца со стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий <i>Сигитова О.Н., Архипов Е.В., Богданова А.Р.</i>	201
Патогенетическая терапия нарушений когнитивной функции у больных хронической сердечной недостаточностью <i>Сизова Ж.М., Богатырева Л.М., Лapidус Н.И.</i>	201

Составляющие качества жизни городского населения Северного региона <i>Сирусина Ад.В., Сирусина А.В., Рагозин О.Н.</i>	201
Оценка динамики показателей variability сердечного ритма при применении различных схем антигипертензивной терапии у больных с артериальной гипертензией и первичным гипотиреозом в стадии медикаментозной компенсации <i>Скаржинская Н.С., Чесникова А.И., Терентьев В.П., Сафроненко В.А.</i>	203
Сравнительная эффективность различных комбинаций антигипертензивных препаратов у женщин с артериальной гипертензией при метаболическом синдроме и клиническом гипотиреозе и их влияние на антропометрические показатели <i>Скибицкий В.В., Пыхалова Н.Е., Фендрикова А.В., Пыхалова И.Е.</i>	203
Постхолоцеистэктомический синдром и его связь с остеохондрозом шейного отдела позвоночника <i>Скрябин Е.Г., Тюрина Е.В., Болотнова Т.В.</i>	204
Изменение показателей миолиза под влиянием физической нагрузки у мужчин молодого возраста в организованном коллективе <i>Слободянюк С.Н., Жарский С.Л., Слободянюк О.Н.</i>	204
Особенности рабдомиолиза вследствие физической нагрузки у мужчин молодого возраста в организованном коллективе <i>Слободянюк С.Н., Жарский С.Л., Слободянюк О.Н.</i>	205
Противовоспалительный эффект метформина у больных сахарным диабетом 2 типа, перенесших инфаркт миокарда <i>Смирнова Е.Н.</i>	205
Комплексная оценка состояния пациентов с остеохондрозом в процессе проводимого лечения инфракрасной лазерной терапией <i>Соболева Д.А., Мязин Р.Г., Курушина О.В.</i>	205
Характер нарушений сердечного ритма при супрессивной терапии левотироксином (ретроспективный анализ) <i>Соколова А.Ю.</i>	206
Чувствительность к левофлоксацину основных возбудителей у больных с бронхолегочными заболеваниями <i>Соколова В.И., Васильева Е.Н., Орлов В.А.</i>	206
Сопряженность изменений свертывающей и противосвертывающей систем крови при заболеваниях почек <i>Сократов Н.В.</i>	207
Сравнительная эффективность слабительного средства на основе лактитола (Экспортал) и препарата на основе лактулозы (лактулоза) в терапии хронических запоров <i>Солдатова Г.С., Петухова А.В.</i>	207
Тревожность и депрессия у пациентов с артериальной гипертензией и факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний <i>Соловьева К.Б., Королева Е.Б.</i>	208
Анализ показателей общей выживаемости больных в начальные периоды инфаркта миокарда <i>Сотников А.В., Яковлев В.В., Гордиенко А.В., Носович Д.В.</i>	208
Клиническая эффективность стандартных схем лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях дневного стационара <i>Степанщица Л.А., Фаттахова Н.В., Закорлюкина Т.Л.</i>	209
Значение определения эндотоксина крови при помощи LAL-теста у пациентов с циррозом печени <i>Сторожаков Г.И., Ильченко Л.Ю., Федоров И.Г., Теребилина Н.Н., Мерзликина Н.Н.</i>	209
Сердечно-сосудистые осложнения и факторы риска атеросклероза у больных системными васкулитами <i>Стрижаков Л.А., Моисеев С.В., Семенова Е.Н., Диттерле В.Е., Кузнецова Е.И.</i>	209
Сравнительная оценка влияния характера вегетативных проявлений на показатели суточного профиля артериального давления у женщин в климактерическом периоде с гипертонической болезнью на фоне применения гипотензивной терапии <i>Стрюк Р.И., Голикова А.А., Махулова А.М.</i>	210

Микроциркуляция как основа клеточно-гуморальной теории общей патологии Сухов К.В.	210
Гирудотерапия при заболеваниях желудочно-кишечного тракта Сухов К. В.	211
Компьютерная капилляроскопическая оценка периферического кровообращения на уровне тканевой микроциркуляции при вертеброневрологической патологии Сухов К.В., Глинянова А.Г., Журавлева О.В.	211
Гирудотерапия в комплексном лечении ренальной патологии Сухов К.В., Ржищев С.А.	212
Роль апоптоза и перекисного окисления белков в патогенезе ассоциированных гипертонической болезни и воспалительных заболеваний пародонта Сычева Ю.А.	212
Кардиоваскулярный риск у пенитенциарных женщин с артериальной гипертонией Тагирова М.М., Эльгаров А.А., Татарова З.И., Эльгаров М.А.	213
Частота и структура неотложных состояний среди пенитенциарных женщин Тагирова М.М., Эльгаров А.А., Татарова З.И., Эльгаров М.А.	213
Психологические особенности женщин в постменопаузе, страдающих метаболическим синдромом Таинкин А.А., Мартынова А.Г., Скворцов Ю.И.	213
Клинико-тезиографическая оценка больных с субклиническим гипотиреозом Тайжанова Д.Ж.	214
Кристаллография плазмы крови при субклиническом гипотиреозе Тайжанова Д.Ж., Тауешева З.Б.	214
Исследование влияния ладастена на уровень провоспалительных цитокинов и поведение мышей самок C57BL/6 после введения липополисахарида (LPS) Таллерова А.В., Коваленко Л.П., Кузнецова О.С., Дурнев А.Д., Середенин С.Б.	215
Эффективность урсодеооксиголевой кислоты при метаболическом синдроме Танченко О.А., Нарышкина С.В.	215
Распространенность метаболического синдрома у женщин, работающих в химическом производстве, предварительные результаты Тараненко Л.А.	216
Особенности распространенности ишемической болезни сердца и артериальной гипертонии среди пенитенциарных мужчин Татарова З. И., Эльгаров А.А., Эльгаров М.А., Тагирова М.М.	216
Неотложные состояния у пенитенциарных мужчин Татарова З.И., Эльгаров А.А., Тагирова М.М., Эльгаров М.А.	216
Исследование параметров микроциркуляции у пациентов в остром периоде инфаркта миокарда в зависимости от вида проводимой терапии Тектова А.С., Стрюк Р.И., Бернс С.А.	217
Влияние ИАПФ на гемодинамику в комплексной терапии пациентов с сочетанием ИБС и ХОБЛ Терентьева Н.Н., Попова М.А., Иосифова Э.К.	217
Модификация внутриклеточных молекулярных процессов немедикаментозными методами в условиях воспалительной активации иммунной системы Терехов И.В.	218

Состояние молекулярных механизмов саногенеза у больных пневмонией под влиянием низкоинтенсивного СВЧ-облучения <i>Терехов И.В., Аржников В.В., Лищенко О.А., Бондарь С.С., Дзюба А.А.</i>	218
Информативность некоторых маркеров воспаления в оценке тяжести внебольничной пневмонии <i>Терехов И.В., Солодухин К.А., Лищенко О.А., Бондарь С.С., Дзюба М.А.</i>	219
Пульсурежающая терапия при кардиопульмональной патологии <i>Терещенко О.И., Ложкина М.В., Коваленко Е.В., Радзевич А.Э.</i>	219
Гены HLA II класса локусов DR и DQ при хронических гепатитах и циррозах печени HCV- этиологии <i>Титаренко Ю.Б., Левитан Б.Н., Попов Е.А., Ахминеева А.Х.</i>	220
Возможности метода гомеопатии при лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта <i>Томкевич М.С.</i>	220
Определение состава тела методом биоимпедансного анализа у больных с фибрилляцией предсердий (практические возможности и перспективы развития) <i>Топольская Н.В., Никулина С.Ю., Гринштейн Ю.И., Николаев В.Г., Николаева Н.Н., Николаева Л.В., Чернова А.А., Кускаев А.П., Красевская М.А., Чупахина В.А., Синдеева Л.В.</i>	220
Проблемы заболеваний органов пищеварения у будущих матерей <i>Топчий Н.В.</i>	221
Постравматическое стрессовое расстройство и хроническая абдоминальная боль — общая проблема адаптации у ветеранов боевых действий <i>Торгашов М.Н., Пальцев А.И.</i>	221
Значение оценки эластических свойств сосудистой стенки в диагностике и прогнозе кардиоваскулярных нарушений при ревматоидном артрите <i>Торкашова Е.В., Повасарис Н.С., Мясоедова Е.Е.</i>	221
Роль Адаптола в комплексной антиаритмической терапии у пациентов с синдромами преэкситации желудочков <i>Треногина К.В., Василец Л.М., Туев А.В., Кривая А.А.</i>	222
Особенности мнестических нарушений при дислипидемии на фоне сочетанной сердечно-сосудистой патологии <i>Третьяков С.В.</i>	222
Степень выраженности утомляемости у больных хронической сердечной недостаточностью в зависимости от возраста <i>Третьяков С.В.</i>	223
Динамика маркеров дисфункции эндотелия у больных хроническим калькулезным холециститом в периоперационном периоде в процессе терапии <i>Третьякова Ю.И., Щекотов В.В., Циммерман И.Я.</i>	223
Исследование инсулина и кортизола в динамике лечения больных желчнокаменной болезнью <i>Тронина Д.В., Горбунов А.Ю., Вахрушев Я.М.</i>	224
Влияние метаболической коррекции на некоторые показатели гемостаза у больных с метаболическим синдромом в условиях ОРВИ <i>Трошина И.А., Медведева И.В., Малеев В.В.</i>	224
Риск формирования хронической болезни почек при метаболическом синдроме <i>Трусов В.В., Казакова И.А.</i>	225
Коррекция гипогонадизма трансдермальным андрогелем у мужчин с метаболическим синдромом <i>Трусов В.В., Шмыкова Н.Е., Муранова Л.В., Фишова В.М.</i>	225
Комплексный анализ полиморфизма генов провоспалительных цитокинов и антиоксидантной защиты при хронической обструктивной болезни легких <i>Уклистая Т.А., Гусейнов Г.Т., Мартиросян Е.Ф., Галиуллина Е.А., Полунина О.С.</i>	225

Окислительная устойчивость липопротеинов низкой плотности у пожилых больных артериальной гипертонией с различным уровнем С-реактивного белка <i>Украинцева Д.Н., Горшунова Н.К.</i>	226
Кальциноз кольца митрального клапана у пожилых больных — эхокардиографическая характеристика <i>Урвачева Г.М.</i>	226
Оценка факторов риска атеросклероза у пожилых больных с идиопатическим кальцинозом кольца митрального клапана <i>Урвачева Г.М., Чипигина Н.С., Шостак Н.А.</i>	226
Особенности самоконтроля гликемии в оптимизации лечения больных гипертонической болезнью на фоне метаболического синдрома <i>Усков В.В., Маркова Е.В., Усков В.М.</i>	227
Оптимизация лечения артериальной гипертонии на фоне метаболического синдрома <i>Усков В.В., Маркова Е.В., Усков В.М.</i>	227
Особенности эффективности лечебно-профилактических мероприятий у больных ХОБЛ <i>Усков В.М., Веденеев А.И., Усков М.В., Теслинов И.В.</i>	228
Изучение уровня качества жизни и подходов к ее коррекции больных ХОБЛ, протекающей на фоне ожирения, с целью повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий <i>Усков В.М., Веденеев А.И., Усков М.В., Теслинов И.В.</i>	228
Особенности моделирования исходов лечения артериальной гипертензии <i>Усков В.М., Маркова Е.В., Усков В.В.</i>	228
Роль определения величины интим-медиа брахицефальных сосудов в прогнозировании коронарного атеросклероза у больных ИБС <i>Федоров В.С., Трусов В.В.</i>	229
Результаты внедрения клинических рекомендации по диагностике саркоидоза <i>Федорова О.К., Филатова Е.А., Савельев А.В., Бердников Р.Б., Попов В.А.</i>	229
Прогностическое значение показателей эндотелиальной дисфункции на разных стадиях хронической болезни почек <i>Федосеев А.Н., Кудрякова А.С., Смирнов В.В., Елизова М.Г., Марчук Е.В.</i>	230
Определение типа и степени выраженности полинейропатии у больных, получающих программный гемодиализ <i>Федосеев А.Н., Шестаков В.В., Ваулин И.Н., Кудрякова А.С., Сальникова И.А.</i>	230
Гемодинамические аспекты применения лазерной терапии у больных пожилого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями <i>Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г., Халтурина И.Г., Мельникова Ю.А.</i>	230
Артериальная гипертензия на рабочем месте у лиц опасных профессий: «на перекрестке» клиники, диагностики и лечения <i>Фисун А. Я., Зубарев А.Ф., Лиферов Р.А., Паценко М.Б.</i>	231
Влияние лекарственной терапии на динамику показателей функции внешнего дыхания у больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких. Результаты долгосрочного когортного исследования <i>Фомина К.А., Жиляев Е.В., Тглоев К.И.</i>	232
К вопросу дифференциальной диагностики диссеминированных процессов в легких <i>Фролова Т.И.</i>	232
Возможные механизмы развития миокардитов у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой <i>Хайкин И.В., Розанов В.Е., Болотников А.И., Бондаренко А.В.</i>	232
Механизмы формирования циркуляторных нарушений при острой посттравматической сердечной недостаточности <i>Хайкин И.В., Розанов В.Е., Бондаренко А.В.</i>	233

Роль тиол-дисульфидной системы в развитии острой сердечной недостаточности у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой <i>Хайкин И.В., Розанов В.Е., Гюнтер Н.А., Бондаренко А.В.</i>	233
Клиническая эффективность электромагнитного излучения миллиметрового диапазона в комплексном лечении больных с сердечно-сосудистой патологией <i>Халтурина И.Г., Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г.</i>	234
Состояние перекисного окисления липидов у больных подагрой в зависимости от уровня мочевой кислоты <i>Халфина Т.Н., Валеева И.Х.</i>	234
Изучение обмена мочевой кислоты у больных подагрой и его связь с клиническими показателями <i>Халфина Т.Н., Максудова А.Н.</i>	234
Оценка метаболизма мочевой кислоты в почках <i>Халфина Т.Н., Максудова А.Н.</i>	235
Функция почек у пациентов с подагрой <i>Халфина Т.Н., Максудова А.Н.</i>	235
Хронические гепатиты в условиях общетерапевтического стационара <i>Хамитов Р. Ф., Миняева Э. Р., Хайруллина А. И.</i>	236
Анализ причин несовпадения диагноза инсульта на догоспитальном и госпитальном этапе оказания помощи в г. Архангельске <i>Хасанова Н.М., Попов В.В., Чеснокова О.А., Маурина Е.А.</i>	236
Клиническое течение и диагностика патологии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных сахарным диабетом 2 типа <i>Хасиева М.К., Басиева З.К., Басиева О.О.</i>	236
Эффективность антиромбоцитарной терапии у больных с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе <i>Холкин И.В., Хусаинова Д.Ф., Аникин Е.В., Соколова Л.А.</i>	237
Артериальная гипертензия как предиктор кардиоваскулярных осложнений у больных системной склеродермией <i>Хрипунова А. А., Хрипунова И. Г.</i>	237
Реактивные артриты (РЕА) в терапевтической практике <i>Хрипунова И.Г., Хрипунова А.А.</i>	238
Динамика чувствительности и реактивности микрососудов — диагностические критерии осуществления индивидуальной патогенетической терапии артериальной гипертензии <i>Хугаева В.Н.</i>	238
Особенности нейроэндокринной регуляции у пациентов с эндемическим зобом <i>Цаболова З.Т., Зангиева О.Д., Басиева О.О.</i>	238
Особенности иммунного статуса у работников предприятий горнорудной промышленности в условиях йододефицита <i>Цаболова З.Т., Зангиева О.Д.</i>	239
Опыт прерывистого применения нитратов при различных функциональных классах ишемической болезни сердца <i>Чекова О.А., Камнева Н.В., Шадрина Л.В.</i>	239
Использование лечебной физкультуры в комплексной терапии коксартроза у больных с комбинацией остеоартроза и гипертонической болезни <i>Черанева С.В., Чижов П.А.</i>	240
Дисметаболическая нейропатия в практике терапевта: проблемы медицинской экспертизы и реабилитации <i>Чернышова Т.Е., Соловьев А.А., Ерашева М.В.</i>	240

Гастроинтестинальная форма диабетической нейропатии: прогностическое значение, реабилитация <i>Чернышова Т.Е., Курникова И.А., Стяжкина С.Н., Климентьева Г.И.</i>	241
Дисметаболическая нейропатия в практике терапевта: проблемы медицинской экспертизы и реабилитации <i>Чернышова Т.Е., Соловьев А.А., Ерашева М.В.</i>	241
Дегенеративные изменения аортального клапана в гендерном аспекте <i>Чибисова Е.А.</i>	241
Влияние милдроната на кардиальные и экстракардиальные жалобы у пациентов с соединительнотканными дисплазиями сердца <i>Чижов П.А., Табаков В.В., Смирнова М.П.</i>	242
Влияние комплекса провокационных проб на выявление нарушений ритма у больных ишемической болезнью сердца и электрокардиостимуляцией <i>Чирикова И.А.</i>	242
Отдаленные клинико-функциональные результаты аортокоронарного шунтирования и баллонной коронарной ангиопластики со стентированием <i>Чирико М. М.</i>	243
Сравнительная характеристика хирургического (аортокоронарное шунтирование и баллонная коронарная ангиопластика со стентированием) и медикаментозного лечения ишемической болезни сердца по результатам медико-социальной экспертизы <i>Чирико М.М., Кантемирова Р.К.</i>	243
Тиоктовая кислота в лечении кардиоваскулярной нейропатии при сахарном диабете <i>Шавлохова Э.А., Харебова Ф.Ю.</i>	244
Итоги эпидемиологического исследования по изучению распространенности ревматических заболеваний в Республике Татарстан <i>Шамсутдинова Н.Г., Якупова С.П.</i>	244
Оценка частоты факторов риска остеопороза, имеющих снижение минеральной плотности кости, у жителей г. Казань <i>Шамсутдинова Н.Г., Якупова С.П.</i>	244
Клинико-рентгенологические особенности пневмонии, ассоциированной с гриппом АН1N1 <i>Шаповалова Т.Г., Сажина Е.Ю., Казакова В.В., Шашина М.М., Редько Н.М.</i>	245
Гены липидного метаболизма и формирование атерогенного субфракционного профиля липопротеинов крови <i>Шахтштейндер Е.В., Рагино Ю.И., Полонская Я.В., Каштанова Е.В., Куликов И.В., Воевода М.И.</i>	245
Оценка клинической эффективности препарата Спарекс при функциональном диспепсическом синдроме <i>Шевчук В.В., Малютина Н.Н., Варнин С.К., Кашкина Н.В.</i>	246
Пути сохранения трудового потенциала у подростков, проживающих в йоддефицитном регионе <i>Шевчук В.В., Малютина Н.Н., Кашкина Н.В.</i>	246
Состояние органов-мишеней при постинфарктной сердечной недостаточности <i>Шеина И.П., Некрутенко Л.А., Туев А.В.</i>	246
Эритроцитарные антигены групп крови при сердечно-сосудистых заболеваниях <i>Шелег М.О., Чижов П.А., Плотников А.Б.</i>	247
Некоторые показатели здоровья населения г. Читы <i>Шелудько Л.П., Курбатова Н.С., Казанцева Е.А.</i>	247
Хронофизиологические аспекты терапии запора <i>Шемеровский К.А.</i>	248
Артериальная гипертензия при системных ревматических заболеваниях <i>Шилкина Н.П.</i>	248

Тромбоцитарный серотонин при различных факторах риска развития острого атеротромботического ишемического инсульта <i>Шилоносова И.В.</i>	248
Влияние метотрексата на антибиотикорезистентность условно-патогенных бактерий <i>Шитов Л.Н., Романов В.А.</i>	249
Метаболический синдром и эндотелиальная дисфункция <i>Шишкин А.Н.</i>	249
Провоспалительная цитокинемия и жесткость артериальной стенки у больных с метаболическим синдромом <i>Шишова А.С., Князева Л.И., Степченко М.А., Борисова Н.А., Лукашов А.А., Яковенко Л.В., Мещерина Н.С.</i>	250
Инновационное решение взаимодействия служб поликлинического звена и кабинетов здоровья системы здравоохранения <i>Шорина Л.А., Гайдт М.А., Благодатов В.С.</i>	250
Трофологический статус как критерий тяжести течения хронических диффузных заболеваний печени <i>Шубина М.Э.</i>	251
К проблеме сердечно-сосудистого и почечного континуума <i>Шуркевич А.А., Зюбина Л.Ю., Татарнинова К.С., Андреев В.М., Годик С.Д.</i>	251
Острое повреждение почек в практике терапевта. Критерии RIFLE или AKIN? <i>Шутов А.М., Мензоров М.В., Астапенко Е.А., Серов В.А., Савинова Г.А., Киселева Т.С.</i>	251
Анализ выполнения стандартов лечения артериальной гипертензии <i>Шутраев А.И., Прибылова Н.Н., Харченко А.В.</i>	252
Предикторы отдаленных событий пациентов с ИБС и гипертонической болезнью <i>Щапова Н.Н., Омеляненко М.Г.</i>	252
Оценка приверженности к лечению больных, перенесших острый инфаркт миокарда <i>Щеглова Е.В., Боева О.И., Знаменская И.А., Ромашкина Т.В.</i>	253
Клинико-функциональное ремоделирование легких при циррозе печени и влияние на него различных методов лечения <i>Щекотов В.В., Воробьева А.А., Барламов П.Н.</i>	253
Психовегетативные нарушения при хроническом гепатите и циррозе печени <i>Щекотов В.В., Щекотова А.П.</i>	253
Сравнительная эффективность комбинированной терапии у больных артериальной гипертензией <i>Щекотов В.В., Антипова А.А., Пунтус Е.В.</i>	254
Клиническая значимость и возможности коррекции ортостатических нарушений при артериальной гипертонии у больных сахарным диабетом <i>Щекотов В.В., Шанько О.В., Киселева Н.Л.</i>	254
Показатели макроэргических фосфатов в крови больных первичной подагрой с синдромом артериальной гипертензии <i>Щербакова О.А., Кушнарченко Н.Н., Говорин А.В.</i>	255
Клинические особенности первичной подагры в сочетании с артериальной гипертензией <i>Щербакова О.А., Кушнарченко Н.Н., Говорин А.В.</i>	255
Сочетание метаболического синдрома и алкогольного цирроза печени <i>Эседов Э.М., Абасова А.С., Мурадова В.Р.</i>	255
Суточное мониторирование ЭКГ в оценке длительности QT интервала у пациентов с малыми аномалиями сердца <i>Ягода А.В., Григорян Я.С., Гладких Н.Н.</i>	256

Противовирусная терапия у больных хроническим гепатитом С+G <i>Якимчук Г.Н., Лазебник Л.Б.</i>	256
Роль неинвазивных методов исследования при диагностике безболевого форм ИБС <i>Яковлев А.В., Вязигин Е.А., Андриюшина Н.А.</i>	257
Полиморфизм генов ангиотензиногена и рецептора ангиотензина II 1-го типа у больных с хронической сердечной недостаточностью в зависимости от пола <i>Яковлева Н.Ф., Маянская С.Д., Попова А.А., Яковлев А.В., Березикова Е.Н.</i>	257
Особенности личности пациентов с ревматоидным артритом по индивидуально-типологическому опроснику <i>Яхин К.К., Якупова С.П., Ахунова Р.Р.</i>	258
Влияние селективных и неселективных нестероидных противовоспалительных препаратов на состояние системы липидной пероксидации <i>Мосина Л.М., Яшина О.А., Матвеева Л.В., Митина Е.А.</i>	258

Сборник тезисов конкурса молодых ученых

Особенности физического и психического функционирования у больных с синдромом боли в нижних отделах спины при дорсопатии до и после лечения <i>Алексеев Н.Ю., Кузьменко Н.Ю., Кобанцев Ю.А.</i>	259
Структурные изменения миокарда, изменение внутрисердечной гемодинамики и характеристика состояния ренин-ангиотензиновой системы (РААС) у детей после аллогенной трансплантации костного мозга <i>Вайюнская Н.И., Семенова Е.В., Гудкова А.Я., Зубаровская Л.С.</i>	259
Антитела к модифицированному цитруллинированному виментину и цитокиновый профиль при ревматоидном артрите <i>Воронина М.С., Шилкина Н.П., Виноградов А.А.</i>	260
Вторичная цереброваскулярная артериальная гипертензия: клиническая классификация <i>Германова О.А., Крюков Н.Н., Германов А.В., Вачев А.Н.</i>	260
Уровни ИЛ-8 и ИЛ-10 у больных диффузным токсическим зобом с поражением сердечно-сосудистой системы <i>Гома Т.В., Орлова Г.М., Ханмуева Л.Ю.</i>	260
Уровень субъективного контроля при ревматических заболеваниях <i>Грехов Р.А., Сулейманова Г.П., Харченко С.А., Измайлова М.А., Мякишев М.В., Черкесова Е.Г., Зборовский А.Б.</i>	261
Современные возможности выявления липогипертрофий у больных сахарным диабетом, получающих инсулинотерапию <i>Давиденко И.Ю., Волкова Н.И., Рудакова Ю.А.</i>	261
Клиническое значение показателей упругоэластических свойств сосудов у больных артериальной гипертензией с дисплазией соединительной ткани <i>Дедова В.О.</i>	262
Кардиоренальный континуум у больных артериальной гипертензией в сочетании со вторичным хроническим пиелонефритом <i>Деревянченко М.В.</i>	262
О вредных привычках у студентов <i>Ибрагимов Д.Р.</i>	263
Различные варианты двухкомпонентной блокады ренин-ангиотензин-альдостероновой системы у больных гипертонической болезнью <i>Качнов В.А., Тыренко В.В.</i>	263
Поражение периартикулярных тканей коленного сустава у больных ревматоидным артритом и остеоартрозом по данным клинического и ультразвукового исследований <i>Кириллова Э.Р.</i>	263

Кардиоренальные взаимоотношения у пациентов с ишемической болезнью сердца и стенозом почечных артерий <i>Кирищева Э.К.</i>	264
Скрытые маркеры атеросклероза у лиц стрессовых профессий <i>Кондаков В.Д.</i>	264
Эффективность комбинированной антиангинальной терапии у больных ишемической болезнью сердца, ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа <i>Лазарева О.А.</i>	265
Подходы к тромболизису при тромбоэмболии легочной артерии <i>Леонов А.А., Дюжиков А.А., Орлов А.Е., Шамханьянц В.Д., Можяев И.В., Румбешт В.В.</i>	265
Фармакоэпидемиологические и клинические аспекты применения лекарственных средств для устранения симптомов насморка во время беременности <i>Литвинова М.П.</i>	266
Особенности иммунного ответа и микробиоценоза дыхательных путей у больных с сочетанием хронической обструктивной болезни легких и сахарного диабета 2 типа <i>Любавина Н.А.</i>	266
Новый метод физических тренировок в коррекции гиподинамии у больных ишемической болезнью сердца, перенесших эндоваскулярное вмешательство после острого коронарного синдрома <i>Лямина Н.П., Разборова И.Б., Носенко А.Н., Котельникова Е.В., Карпова Э.С.</i>	267
Регуляция пластичности иммунного ответа — путь к успеху в лечении заболеваний легких <i>Лямина С.В.</i>	267
Тяжелые металлы при гастроэнтерологических заболеваниях у детей <i>Майорова А.В., Текуцкая Е.Е.</i>	268
Роль серы в профилактике и лечении респираторных заболеваний <i>Малоземова В.А., Попов Д.А., Кузнецова О.А.</i>	268
Предикторы продолжения курения у мужчин трудоспособного возраста с артериальной гипертонией <i>Манюгина Е.А.</i>	268
Изменения фактора роста эндотелия сосудов при хроническом атрофическом гастрите <i>Матвеева Л.В., Мосина Л.М., Новикова Л.В.</i>	269
Сравнительная характеристика вариабельности сердечного ритма при системных формах AL- и AA-амилоидоза <i>Мелиоранская Е.И., Полякова А.А., Семернин Е.Н., Гудкова А.Я.</i>	269
Гипердиагностика ИБС и кардиомиопатические фенотипы как проявления системного AL амилоидоза <i>Полякова А.А., Мелиоранская Е.И., Семернин Е.Н., Гудкова А.Я.</i>	270
Изменения микроциркуляции и сердечно-сосудистые нарушения у женщин с хирургической менопаузой, возможность их коррекции заместительной гормональной терапией <i>Пустотина З.М.</i>	270
Висцеральные поражения при инфекционном эндокардите наркоманов <i>Рощина А.А.</i>	271
Антигипертензивная эффективность алискирена у больных с системной красной волчанкой <i>Савина Ж.Е.</i>	271
Комплексная оценка состояния пациентов с остеохондрозом в процессе проводимого лечения инфракрасной лазерной терапией <i>Соболева Д.А., Мязин Р.Г., Курушина О.В.</i>	272

Модификация внутриклеточных молекулярных процессов немедикаментозными методами в условиях воспалительной активации иммунной системы <i>Терехов И.В.</i>	272
Значение оценки эластических свойств сосудистой стенки в диагностике и прогнозе кардиоваскулярных нарушений при ревматоидном артрите <i>Торкашова Е.В., Повасарис Н.С., Мясоедова Е.Е.</i>	272
Функция почек у пациентов с подагрой <i>Халфина Т.Н., Максудова А.Н.</i>	273
Итоги эпидемиологического исследования по изучению распространенности ревматических заболеваний в Республике Татарстан <i>Шамсутдинова Н.Г., Якупова С.П.</i>	273

Сборник тезисов форума «Скорая помощь 2011»

Сравнительная оценка качества неотложной помощи больным инфарктом миокарда в регионе <i>Байсултанова М.Б., Эльгаров А.А., Тагирова М.М., Татарова З.И.</i>	275
Особенности оказания помощи больным с артериальной гипертонией на догоспитальном этапе в условиях коммерческой Службы скорой помощи <i>Макаров В.А.</i>	275
Использование экспресс-теста на сердечный белок, связывающий жирные кислоты, для ранней диагностики острого инфаркта миокарда <i>Николаев К.Ю., Воевода М.И., Ярошно Н.Н., Бураков А.А.</i>	276
Динамическая электронейростимуляция при вегетососудистой дистонии у подростков <i>Пафифова А.С., Мамбетов Х.А., Эльгаров А.А.</i>	276
Частота и структура вызовов СМП <i>Пафифова А.С., Эльгаров А.А., Мамбетов Х.А.</i>	276
Частота и структура неотложных состояний среди пенитенциарных женщин <i>Тагирова М.М., Эльгаров А.А., Татарова З.И., Эльгаров М.А.</i>	277
Неотложные состояния у пенитенциарных мужчин <i>Татарова З.И., Эльгаров А.А., Тагирова М.М., Эльгаров М.А.</i>	277
Анализ причин несовпадения диагноза инсульта на догоспитальном и госпитальном этапе оказания помощи в г. Архангельске <i>Хасанова Н.М., Попов В.В., Чеснокова О.А., Маурина Е.А.</i>	278